

## **Dra. Vicky Fumadó**

### **Objetivos formativos**

Los niños adoptados internacionalmente provienen de países más pobres, sanitariamente deficientes, donde algunas enfermedades de distribución mundial son más prevalentes, y pueden no estar diagnosticadas. Además pueden presentar Patología no habitual en nuestro medio. Es posible también que no estén bien vacunados o que les falten vacunas, si estas vacunas no son de rutina en su país de origen.

### **Introducción**

Los niños adoptados internacionalmente provienen de países más pobres sanitariamente deficientes, donde algunas enfermedades de distribución mundial son más prevalentes y pueden no estar diagnosticadas. En ocasiones provienen de países donde es posible la transmisión de enfermedades tropicales no bastante conocidas por nosotros, como la malaria. Es posible también que no estén bien vacunados o que les falten vacunas, si estas vacunas no son de rutina en su país de origen. Estos niños, por tanto, pueden no tener un buen estado de salud cuando lleguen a nuestro país, y ser portadores de enfermedades aún no diagnosticadas, ya que han estado expuestos a más riesgos sanitarios. Además, se debe tener en cuenta que en los orfanatos se dan unas condiciones que pueden favorecer la transmisión de enfermedades infecciosas.

A veces, estos niños proceden de familias pobres que no los pueden mantener o han estado abandonados por creencias populares o culturales, pero también provienen de un sector de población donde hay más riesgo de distocia social, y han podido recibir maltratos y abusos.

Los padres adoptivos están muy motivados y tienen mucho interés por mejorar el estado de salud de su hijo. Debe tenerse en cuenta que muchos de ellos son padres «nuevos» y se los debe ayudar a no crear falsas expectativas y orientarlos adecuadamente.

Por tanto, el examen médico en estos niños va orientado a diagnosticar enfermedades infecciosas importadas, enfermedades infecciosas más prevalentes en estos países y a diagnosticar otras enfermedades y/o alteraciones aún no diagnosticadas. Así, además de buscar sistemáticamente las enfermedades infecciosas, debemos practicar exploraciones para conocer el estado nutricional, el desarrollo psicomotor y practicar exploraciones ópticas y auditivas que nos permitan igualar los conocimientos que tenemos con los niños de nuestra población, y dar pautas a los padres adoptivos para ayudarlos a realizar el proceso de adaptación de la mejor forma posible.

Por todo esto es necesario sistematizar la actuación, con exploraciones y pruebas complementarias, para tener conocimiento tan pronto como sea posible del estado de salud de estos niños.

### **Proceso previo a la adopción**

En ocasiones los padres consultan al pediatra antes de aceptar el niño adoptado, o bien cuando éste ya ha sido asignado. Pero aún no han ido a recogerlo y tienen algunas dudas. Estas situaciones pueden ser muy variadas pero debemos tener una pauta de actuación más o menos establecida delante de estos padres:

1. Debemos comprobar que los padres estén bien informados, sobretodo en referencia a dos aspectos fundamentales: el niño y el viaje que deben realizar (y todo aquello necesario para el niño)
2. Debemos vigilar que los padres no se creen falsas expectativas sobre el hijo adoptivo, que no esperen un «niño Perfecto»
3. Debemos dar la información con precaución para no crear el síndrome de «niño vulnerable»

## La primera visita

¿Cuál es el mejor momento para hacer la primera visita?

Si el niño está enfermo, tiene fiebre, diarrea u otro problema se debería visitar inmediatamente. Si el niño no está enfermo se puede esperar a hacer la primera visita entre la segunda y la cuarta semana después de regresar del viaje.

### **Anamnesis**

Es difícil hacer una buena historia clínica. Los problemas más frecuentes que nos encontramos son los siguientes:

- ? Antecedentes familiares desconocidos.
- ? Antecedentes del embarazo y del parto desconocidos o poco detallados.
- ? Enfermedades anteriores desconocidas y a veces con diagnósticos falsos, o exagerados.
- ? Desconocimiento del entorno social, emocional y cultural del niño.

Los principales datos que es necesario recoger en la anamnesis se incluyen en la tabla I. Los síntomas indicativos de enfermedad más significativos son: diarrea (aguda o crónica), fiebre (aguda o recidivante), tos, pérdida de peso y hematuria.

### **Tabla I: Principales datos que deben recogerse en la anamnesis en la primera visita**

- ? Lugar de procedencia (país, zona, ambiente rural o urbano)
- ? Fecha de llegada a nuestro país
- ? Fecha de la adopción (desde cuando están reunidos padres e hijo)
- ? Síntomas de enfermedad
- ? Tipo de lactancia
- ? Controles médicos en el país de origen
- ? Vacunaciones

### **Vacunaciones**

Los niños adoptados de otros países pueden no haber recibido las vacunas habituales del país receptor o presentar un calendario de vacunación incompleto, porque las vacunas habituales de su país de origen no son las mismas, o, simplemente, no estar inmunizados.

Si existen dudas sobre el estado de vacunación del niño, se debe vacunar de nuevo. Estas dudas se plantean sobretodo con la vacunación de DTP y polio.

En estos países se administra la vacuna del sarampión a los nueve meses, por lo que es importante revisar éste dato, y administrar la vacuna triple vírica.

Los niños menores de cinco años se deberán vacunar contra el *Haemophilus influenzae* tipo b, ya que ésta vacuna no se administra rutinariamente en los países de baja renta. Pasa lo mismo con la vacuna antimeningococo C.

De otro lado, puede que hayan recibido la vacuna antihepatitis B, ya que en muchos países está incorporada al calendario de vacunación del primer año de vida.

Los niños que provienen de Asia (China) mayores de un año, pueden haber recibido la vacuna anti-encefalitis japonesa B.

Durante la exploración física se buscará la existencia de escara en el deltoide, que corresponde a la vacuna BCG.

## **Exploración física**

### **Estado nutricional**

En la exploración física del niño adoptado en otros países es especialmente importante valorar el estado nutricional. La obtención de medidas antropométricas es importante y una forma objetiva que nos permite valorar el estado nutricional, aunque estas medidas se comparen con gráficas de desarrollo ponderoestatural de nuestro país, que no pertenece al mismo grupo étnico. Estas medidas sobretodo nos permitirán hacer un control evolutivo del estado nutricional del niño.

Se deben tener en cuenta los problemas de mala absorción. La intolerancia a la lactosa no es una entidad rara entre grupos adoptados de Africa y Asia, y es relativamente común encontrarla después de tratar infecciones intestinales por protozoos (*Giardia* lconlia).

En los niños severamente mal nutridos es importante estudiar detalladamente los déficit de vitaminas y minerales.

### **Desarrollo psicomotor**

En la valoración del desarrollo psicomotor es importante tener en cuenta las variables socioculturales, la posible privación emocional del niño y su estado de salud. Hay datos sobre los niños que han estado en orfanatos que muestran que el desarrollo psicomotor de estos niños puede corresponder a edades inferiores, todo y que es reversible con afecto y estimulación adecuados. Pero esto no significa que los hallazgos de la primera exploración deban infravalorarse.

La medida del perímetro craneal es muy importante. El hallazgo de una microcefalia obliga al estudio de títulos de anticuerpos por rubeola, toxoplasmosis y sífilis. El estudio serológico por citomegalovirus debe valorarse con cuidado, ya que la presencia de IgG puede indicar tanto una adquisición en el útero, como una transmisión perinatal o bien horizontal más tarde. Además, hay una gran prevalencia en toda la población, sin una traducción clínica, de manera que muchas veces confunde más al clínico en vez de ayudar en el diagnóstico. Delante el hallazgo de una macrocefalia y retardo psicomotor debemos descartar la toxoplasmosis y, sobretodo, el hipotiroidismo.

## **Lesiones cutáneas y de mucosas**

En la exploración inicial debemos descartar los ectoparásitos; la escabias y la pediculosis son las más frecuentes. Las infecciones en la piel por *Staphylococcus aureus* o las micosis, incluyendo la *Tinea corporis* y la *Tinea capitis*, no son hallazgos raros en los niños adoptados. Es importante explorar si hay adenopatias o nódulos cutáneos en la cresta ilíaca o en la meseta tibial, si el niño está en edad escolar o es adolescente y viene de una región endémica de oncocercosis. Otras infecciones cutáneas importantes que podemos encontrarlos en la exploración son la miasis, la tungiasis, la larva migrante y la leishmania cutánea.

La lepra es una enfermedad crónica que afecta la piel y el sistema nervioso periférico. Su incubación puede ser de 3 a 5 años, por tanto, se puede manifestar en los niños adoptados años después de llegar al país receptor. Esto obliga a buscar lesiones cutáneas (como manchas despigmentadas) y palpar los nervios en la exploración física.

## **Enfermedades que deben considerarse**

### **Anemias y hemoglobinopatias**

Debe hacerse un hemograma completo a todos los niños para detectar anemia; el estudio específico de hemoglobinopatias lo haremos cuando las alteraciones en la serie roja sean sugestivas o en los casos que por la etnia o el país de origen exista un gran riesgo (Africa subsahariana, Caribe y el subcontinente indio)

El hallazgo de anemia nos debe llamar la atención sobre la posibilidad de déficits dietéticos, de la presencia de nematodos intestinales, de la posibilidad de episodios de malaria, de otras infecciones crónicas, o bien de causas genéticas.

### **Déficit de hierro**

La anemia ferropénica es muy prevalente en los países de baja renta (PBR), y muy frecuente y grave, sobretodo, en lactantes y niños pequeños (6-24 meses de edad). En general, el déficit de hierro se desarrolla lentamente y no tiene manifestaciones clínicas hasta que la anemia es grave, aunque las consecuencias de éste déficit existan previamente. Por tanto, estará indicado hacer el estudio del hierro en el primer examen y tratar con hierro oral según los resultados. (Un valor bajo de ferritina en suero nos indica que se debe suplementar con hierro)

No está indicado determinar por sistema el plomo en suero, Pero en los niños adoptados con anemia refractaria al tratamiento con hierro, debe considerarse la posibilidad de intoxicación por plomo.

### **Déficit de glucosa-6-fosfatodehidrogenasa (G6PD)**

Debemos sospechar una anemia hemolítica delante de una anemia normocítica e hipocroma con aumento de urobilina y bilirrubina en orina. Esta Patología tiene una incidencia más alta en el Africa subsahariana.

La detección de la enzima G6PD es importante en el caso que deba tratarse con primaquina (tratamiento de elección por las formas intrahepáticas del *Plasmodium vivax* y *ovale*) u otros tratamientos que puedan desencadenar crisis de hemólisis.

## **Anemia de células falciformes**

Puede estar indicado buscarla sistemáticamente en niños del Africa sub-sahariana, o del Caribe, donde tiene una prevalencia más alta. En según que zonas de Africa puede oscilar entre el 5 y el 40% .

## **Talasemias**

Los síndromes talasémicos, o por alteración cuantitativa, son enfermedades de transmisión autosómica codominante, frecuentes en la cuenca del Mediterráneo, el subcontinente indio y el sudeste asiático.

La talasemia beta menor es la más frecuente. Su expresión clínica es más evidente en casos de infecciones, embarazo y situaciones de estrés. No hay un tratamiento específico, y se aconseja administrar ácido fólico de forma periódica.

En los niños del sudeste asiático puede encontrarse la hemoglobina E.

## **Hepatitis víricas**

Una gran proporción de niños de estos países padecen la hepatitis A cuando son muy pequeños (en los primeros años de vida), de manera que hay pocos motivos para solicitar anticuerpos por este virus si no hay síntomas sugestivos de la enfermedad. El único motivo puede ser conocer si el niño presenta inmunidad contra la enfermedad para evitar volverlo a vacunar.

La prevalencia de hepatitis B en los PBR es grande. Esto se traduce en una alta prevalencia entre los niños adoptados internacionalmente, que puede oscilar entre el 5 y el 30%. Los índices más elevados corresponden a niños procedentes de Asia, Africa y algunos países de Europa oriental. Muchas veces en estos niños se ha determinado la presencia de HBsAg. Pero solo esta prueba no es suficiente para conocer el estado de portador; éste es un error frecuente y por éste motivo es necesario saber interpretar los resultados de los estudios serológicos (Tabla II). Debe determinarse la presencia de HBsAg, de anticuerpos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B anti-HBs) y de anticuerpos contra el núcleo del VHB anti-HBc). las pruebas de detección de HBsAg y anti-HBs no identifican los niños que se encuentran en el «periodo ventana» de la infección aguda. En estos casos el diagnóstico se establecerá por la presencia de anti-HBc (IgM) y la ausencia de HBsAg.

**Tabla II: Interpretación de los resultados de las serologías de la hepatitis B**

HBsAg	Anti-HBc	Anti-HBs	Interpretación
negativo	negativo	negativo	No inmune, no expuesto o recientemente expuesto
positivo	positivo / negativo	negativo	Infección aguda o crónica
	positivo	negativo	Infección aguda en periodo de ventana
negativo	positivo / negativo	positivo	Infección pasada, inmune, o anticuerpos adquiridos de la madre en niños < 6m
negativo	negativo	positivo	Inmune por la vacuna
positivo	positivo	negativo	Infección crónica, si los resultados persisten más de 6 meses

El estado de portador crónico de la hepatitis B se define como la persistencia del HbsAg durante más de seis meses, confirmado por la presencia de IgG anti-Hbcore.

En los portadores debe evaluarse la infecciosidad (determinando el antígeno HBe y la presencia del virus delta) y descartar la hepatitis activa crónica (determinando las enzimas hepáticas). Cuando diagnostiquemos un portador crónico deben vacunarse los contactos domiciliarios, haciendo primero el estudio serológico.

La hepatitis D sólo es posible en presencia de replicación activa del VHB. Es poco frecuente, pero su prevalencia es más alta en Europa oriental, Africa, América del Sur y Oriente Medio.

La hepatitis C se puede transmitir también verticalmente de la madre al niño, o por transmisión horizontal por exposición con sangre. La presencia de anticuerpos en niños de más de quince meses de edad es diagnóstico de infección. Éste diagnóstico se debe confirmar midiendo el RNA del virus.

## **Sífilis**

En los PBR es frecuente la sífilis congénita y es frecuente su presencia sin diagnóstico ni tratamiento adecuado. En los niños adoptados en el extranjero se tiene que evaluar la presencia de sífilis por medio de pruebas serológicas fiables. Debe hacerse el estudio serológico con pruebas reagínicas, (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con pruebas treponémicas (FTA-ABS). Si se confirma que las dos pruebas son positivas, debemos buscar signos de sífilis congénita, incluyendo la radiografía de los huesos largos y pruebas de VDRL en líquido cefalorraquídeo. El tratamiento se hará con penicilina G Durante 14 días.

## **Infección por VIH**

El riesgo de presentar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los niños adoptados depende del país de origen y de los riesgos individuales.

En el primer examen debemos pedir la prueba para conocer la presencia de VIH, ya que las pruebas hechas en el país de origen no son bastante fiables. Hay diferentes pruebas para medir los anticuerpos frente al VIH-1 y el VIH-2. La prueba de enzima inmunoensayo (ELISA) para detectar anticuerpos de VIH es fácil y más barata. Si utilizamos sólo esta prueba para los niños que acaban de llegar, puede ser que no identifiquemos una infección reciente. Por esta razón se recomienda hacer la prueba por VIH-1 y VIH-2 por ELISA y estudiar por técnica de PCR o por cultivo la presencia de DNA VIH-1. El estudio de los anticuerpos y de la viremia nos permite diagnosticar una infección reciente.

Si sólo se hacen pruebas de determinación de anticuerpos, se deben repetir seis meses después de la llegada a fin de identificar los niños que se encontraban en el período en que aún eran seronegativos.

## **Enfermedades respiratorias**

### **TUBERCULOSIS**

La tuberculosis es una enfermedad de fácil contagio casual que en los últimos años ha aumentado asociada al VIH.

El procedimiento correcto para estudiar estos niños es la realización de la prueba de tuberculina (PPD) de forma rutinaria. La mayoría de los niños en los PBR han recibido la vacuna BCG. Este dato puede interferir en la lectura de la prueba del PPD, pero la induración provocada se puede diferenciar de una prueba positiva. Por tanto, haber recibido la vacuna no excluye la realización de un PPD en los niños que acaban de llegar (Tabla III). Las radiografías sistemáticas de tórax en niños sin síntomas y con PPD negativo no son necesarias.

**Tabla III: Interpretación del PPD**

Induración	Interpretación	Recomendación
< 5 mm	Negativo	Observación
> 5 mm	Positivo si: evidencia RX, inmunodeprimido, VIH(+), o contacto conocido.	RX tórax. Según la clínica, investigar más. Profilaxis o tratamiento según los resultados.
? 10 mm	Positivo en niños no vacunados.	RX tórax. Si no hay evidencia de enfermedad después de investigar, hacer profilaxis y seguimiento o tratar según los resultados.
? 15 mm	Positivo siempre, también en niños vacunados.	Igual que el anterior

A los niños con el PPD por encima de 5 mm hay que hacerles RX de tórax. En los niños vacunados consideraremos positivo el PPD si fuese igual o superior a 15 mm.

El riesgo de resistencias a los tratamientos por la tuberculosis en los niños que proceden del Africa subsahariana y del sudeste asiático es muy alto, por tanto en los pacientes con enfermedad activa se recomienda obtener cultivos y hacer un estudio de resistencias, para seleccionar apropiadamente la terapia.

### **Melioidosis**

Los niños procedentes del sudeste asiático pueden presentar una melioidosis que se puede manifestar como una neumonía o parotiditis y en algunas ocasiones pueden provocar una sepsia. Es producida por la *Burkholderia pseudomallei*, que se encuentra en el suelo. En las áreas endémicas la seroconversión es del 24% por año, en los niños entre 6 y 42 meses, con infecciones con síntomas en niños menores de un año. El organismo se puede aislar en sangre u otros tejidos, pero el test de hemoaglutinación indirecta es sencillo y práctico para hacerlo en niños. La enfermedad es más grave en niños pequeños. El tratamiento de elección es la ceftazidima.

## **Malaria**

La enfermedad se encuentra distribuida por 103 países del trópico y del subtropical. Es producida por un protozoo intracelular, el plasmodio. Hay cuatro especies que pueden infectar al ser humano: Plasmodium falciparum, vivax, ovale y malariae. La transmisión se produce a través de la picada de la hembra del mosquito Anopheles.

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por el acceso febril, acompañado de vómitos y cefaleas, la esplenomegalia, la anemia y la trombocitopenia. El patrón febril de los primeros días de infección es parecido a otras enfermedades bacterianas, vitales o parasitarias.

La forma más grave y la más frecuente es la producida por el Plasmodium falciparum, que puede producir malaria cerebral y otras complicaciones. Las otras especies producen formas más leves, pero pueden presentar recurrencias incluso años después de abandonar la zona endémica. En el caso de P. malariae se pueden presentar episodios febriles muchos años más tarde y en los niños se puede asociar a una síndrome nefrótico como complicación.

Delante de un episodio febril en un niño que procede de una zona endémica se tiene que realizar una gota gruesa y una extensión fina para descartar la malaria.

## **Parasitosis intestinales**

En los niños adoptados podemos encontrar síntomas digestivos. El más frecuente es la diarrea; las causas pueden ser múltiples, pero no es extraño encontrar bacterias (Salmonella, Shigella, Campylobacter y Yersinia), que son las causantes del cuadro digestivo, y por esto es recomendable hacer un coprocultivo (se debe incluir la investigación de rotavirus y la determinación de las diferentes especies de E. coli, en el caso que se aisle este germen).

Los parásitos también pueden ser una causa de diarrea, especialmente los protozoos (Entamoeba histolytica y Giardia lamblia), y por esto la determinación de parásitos en tres muestras de heces también estará indicada. Los patógenos más comunes son la Giardia lamblia, l'Ascaris lumbricoides, el Trichuris trichiuria, la Hymenolepis enana, y la Entamoeba histolytica.

La presencia de parásitos pluricelulares en el organismo puede elevar el número de eosinófilos en la sangre periférica, por tanto, este hallazgo ha de obligar a continuar investigando por parásitos pluricelulares.

Los helmintos generalmente no se pueden transmitir de persona a persona, y la prevalencia de los parásitos va disminuyendo con el tiempo de estancia en el país receptor. La Taenia solium es una excepción y puede sobrevivir años en el tubo digestivo excretando huevos, que una vez ingeridos pueden producir casos de neurocisticercosis.

El Strongyloides stercoralis mantiene un ciclo autoinfectivo, de forma que puede sobrevivir durante años después de haber abandonado el trópico, y puede producir un síndrome de hiperinfección en las personas inmunodeprimidas. Por tanto, si tenemos sospecha se deberá buscar el parásito exhaustivamente en cultivos específicos, antes de dar una terapia esteroide, sobretodo si hemos encontrado eosinofilia en la sangre

Si el niño procede de un área endémica de esquistosomiasis, se hará una historia para conocer los riesgos de exposición. En sangre también encontraremos una eosinofilia en presencia de esquistosomiasis. Las complicaciones de la enfermedad pueden aparecer años después, ya que las manifestaciones clínicas en el episodio agudo pasan desapercibidas en muchas ocasiones. Para detectar el esquistosoma haematobium debemos buscarlo en la orina, se tiene que hacer búsqueda de esquistosomas en orina en el caso de de hematuria en niños adoptados de Africa. El esquistosoma mansoni lo detectaremos en las heces. Podemos hacer, además, serologías específicas por esquistosomas en sangre periférica.

En el estudio de las heces podemos identificar algunas especies que no requieren tratamiento, ya que no son patógenas para los humanos (Tabla IV)

#### **Tabla IV: Parásitos intestinales que no requieren tratamiento**

##### **Nematodas**

Diocotophyma renale, Dipetalonema perstans, Dipetalonema streptocerca, Syngamus laryngeus, Ternidens deminutus

##### **Protozoos**

Chilomastix mesnili, Enteromonas hominis, Retortamonas intestinalis, Trichomonas tenax, Endolimax nana, Entamoeba coli, Entamoeba gingivalis, Entamoeba hartmani, Entamoeba poleki, Iodamoeba buetschlii.

#### **Filariosis**

Las filarias no son transmisibles en nuestro país, ya que las condiciones climáticas no son las adecuadas, ni existen los insectos vectores. Estas enfermedades causan poca mortalidad en el niño y no tienen ninguna repercusión en la comunidad receptora. Se deben buscar delante de prurito nocturno, atrofia cutánea o en el estudio de una eosinofilia, en niños que provienen de zonas endémicas.

#### **Pruebas complementarias**

De acuerdo con lo anterior, después de la primera visita, es necesario poner en marcha un conjunto de pruebas complementarias (Tabla V)

#### **Tabla V: Pruebas complementarias que deben realizarse en la primera visita de un niño que no presente sintomatología específica**

##### Hemograma

- ? Perfil hepático y renal
- ? Estudio de hierro
- ? Electroforesis de hemoglobinas (según procedencia o con hemograma sugestivo)
- ? Metabolismo cálcico básico (Ca, P, fosfatasas alcalinas)
- ? Serologías por hepatitis B y C, VIH y sífilis
- ? Cribaje de hipotiroidismo de y fenilcetonuria hasta los diez años
- ? PPD ( con radiografía de tórax si PPD > 5mm)
- ? Estudio de parásitos de heces (tres muestras)
- ? Serología para la enfermedad de Chagas (niños procedentes de zonas endémicas de América Central y del Sur)
- ? Estudio de parásitos de orina en caso de hematuria (niños procedentes de Africa subsahariana, Egipto o otras zonas de Marruecos)

## Visitas sucesivas

En las visitas sucesivas deben tenerse en cuenta algunos puntos de especial interés:

- ? Evaluación del desarrollo psicomotor. Esta evaluación se puede hacer más exacta alrededor de los tres meses después de la adopción, cuando el niño y la familia ya están mejor adaptados.
- ? Detección de trastornos del vínculo.
- ? Evaluación del desarrollo físico.
- ? Seguimiento del calendario de vacunación correspondiente.
- ? Repetición, si es necesario, de estudios serológicos.

Evidentemente, debe tenerse siempre presente la posibilidad diagnóstica de cualquier patología pediátrica, como en cualquier niño de nuestro medio.

## Agradecimiento

A los doctores Santi García-Tonel y Jordi Pou, por su visión global de la infancia y la familia.

## Bibliografía

1. Allué X. Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 21-24.
2. Antal GM. Present status of therapy and serodiagnosis of syphilis. WHO document. WHO/VDT/Res 1979; 70: 359.
3. Erhardt L. Sickle Cell Disease. Diagnosis, management, education and research. Saint Louis: CV Mosby, 1973.
4. Hostetter MK. Infectious Diseases in Internationally Adopted Children: Findings in Children from China, Russia, and Eastern Europe. A: *Advances in Pediatric Infectious Diseases* (Vol 14). Nova York: Mosby, 1999; 147-161.
5. Hostetter MK, Iverson S, Thomas WE, et al. Prospective medical evaluation of internationally adopted children. *N. Engl J Med* 1991; 325: 479-485.
6. Mahoney FB. Hepatitis B virus. A: Long 55, Pickering LK, Prober CG, eds. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. Nova York: Churchill Livingstone, 1997; 1197-1225.
7. Maldonado YA. Epidemiology of HIV infection in children and adolescents A: Long 55, Pickering LK, Prober CG, eds, *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. Nova York: Churchill Livingstone, 1997; 739-752.
8. Oliván G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-140.
9. Schulpen TW. Migration and child health: the Dutch experience. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 351-356.
10. Starke JR, Corres AG. Management of mycobacterial infection and disease in children. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 455-470.