

y alcohol, y recibir orientación sobre prácticas sexuales seguras para proteger a sus compañeros de sexo y a la comunidad en su totalidad (www.hepprograms.org). Estudios recientes que han valorado la terapia con antivíricos sugieren mejores resultados si se emprende su administración en forma oportuna. Se cuenta con tratamientos terapéuticos que incorporan el empleo de interferón alfa, ribavirina e interferón pegilado en adultos con hepatitis C crónica (infección vírica). Sin embargo, en Estados Unidos la FDA no ha aprobado el uso de dichos regímenes para personas menores de 18 años. La consulta con un especialista experto en hepatopatías crónicas permitirá esclarecer las opciones de nuevos tratamientos, y si han sido aprobados para usar en niños (www.niddk.nih.gov/health/digest/pubs/chrnhepc/chrnhepc.htm). Si el adolescente tiene una infección por virus de hepatitis C diagnosticada debe recibir vacunas contra los virus de hepatitis A y B si no fue inmunizado previamente.

Se ha definido con certeza la enorme frecuencia de hepatitis en las poblaciones de jóvenes en correccionales. Tales instituciones, de forma conjunta con los departamentos de salud pública y otros recursos de la comunidad, tienen la oportunidad de valorar, incluir, erradicar y evitar la infección del hígado en un segmento tan vulnerable de la sociedad como son los jóvenes internados. La hepatitis C constituye uno de los grandes problemas dentro de las correccionales en su conjunto porque no se cuenta con una vacuna para proteger a los prisioneros y al público. La cifra extraordinariamente grande de estado de portador crónico en sujetos ya infectados, agrava el peligro para sus propias comunidades al ser liberados. La naturaleza controlada del sistema correccional permite emprender muchas de las estrategias de prevención y tratamiento de la hepatitis en una población de niños que por lo demás sería difícil de abordar. Los pediatras deben colaborar con las organizaciones de salud pública estatales y locales, así como con los administradores de correccionales, para ocuparse de las necesidades sanitarias de los jóvenes detenidos y también para proteger a la comunidad en su totalidad.

.....

VALORACIÓN MÉDICA INICIAL EN BUSCA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN NIÑOS EXTRANJEROS ADOPTADOS*

Cada año familias de Estados Unidos adoptan más de 18 000 niños de otros países. Más de 90% de los pequeños extranjeros adoptados provienen de Asia (China, Corea del Sur, Vietnam, India y Camboya), América del Centro y del Sur (Guatemala y Colombia) y países en el este de Europa (Rusia, Rumania, Ucrania, Kazajstan y Bulgaria). Son muy pocos los niños provenientes de África y el Medio Oriente que son adoptados en Estados Unidos. Los orígenes diversos de los menores, el desconocimiento de sus antecedentes clínicos antes de la adopción, las circunstancias de vida en que se desenvolvían (como orfanatorios, hogares de adopción o ambos) y la escasez de atención médica fiable en algunos países en desarrollo, hacen que su valoración sea una tarea muy difícil, aunque de suma importancia en su cuidado.

* Para obtener más información, véase Canadian Pediatric Society. *Children and Youth New to Canada: Health Care Guide*. Ottawa, Ontario: Canadian Paediatric Society, 1998; y las páginas Web de los CDC (www.cdc.gov) y la Organización Mundial de la Salud (www.who.int).

Los niños extranjeros adoptados pueden diferir de los refugiados en cuanto a su valoración y tratamiento médicos antes de llegar a Estados Unidos (país de adopción), y en la frecuencia de algunas enfermedades infecciosas. Los niños refugiados posiblemente estuvieron en campos de confinamiento durante meses y quizá en ellos recibieron atención y tratamiento médicos, pero es muy variable el acceso a la atención clínica y la calidad de la misma en el caso de pequeños de otras naciones. A todos los niños en adopción y los refugiados se les practica obligatoriamente una exploración clínica, tarea de un médico designado por el Departamento de Estado norteamericano, en su país de origen antes de internarse en Estados Unidos. Sin embargo, dicho examen o exploración se limita a completar las exigencias legales para la identificación sistemática de algunas enfermedades transmisibles y también la búsqueda de algunos defectos físicos o psíquicos graves que constituirían un impedimento para concederles la visa de residencia permanente. Tal valoración no constituye un examen integral de la salud del menor. Los documentos médicos que acompañan a los niños extranjeros adoptados por lo común son obsoletos y tal vez inexactos y no se cuenta con un solo método de saber si tales datos son fiables. Por todo lo comentado, la valoración y el tratamiento médicos que se basen sólo en tales registros pueden hacer que la detección de enfermedades infecciosas sea inadecuada y se retrase el inicio, o bien se omitan algunas medidas preventivas como serían las vacunaciones.

Las enfermedades infecciosas constituyen algunas de las entidades médicas que se identifican con mayor frecuencia en los niños adoptados extranjeros en el primer día de revisión sistemática después de su llegada a Estados Unidos. Los menores pueden estar asintomáticos y por tal razón, los diagnósticos se formularán gracias a estudios de detección sistemática además de la anamnesis y la exploración física. Ante el hecho de que en etapa prenatal no se hicieron estudios de detección sistemática de virus de hepatitis B, sífilis y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y ante la elevada prevalencia de algunas parasitosis intestinales y tuberculosis, habrá que someter a dicho tipo de investigación a todos los adoptados extranjeros al llegar a Estados Unidos. En el cuadro 2-17 se incluyen las pruebas de detección sistemática de enfermedades infecciosas que se sugieren en tal etapa (véanse los resúmenes en la sección 3, con datos específicos de cada enfermedad). Además de las infecciones, hay que integrar como parte de la valoración de todo niño adoptado, otros aspectos médicos y del desarrollo que incluyen evaluación de la audición y la visión, del crecimiento y el desarrollo y la nutrición, conocer la exposición al plomo, hemogramas e índices de eritrocitos completos y examen físico en busca de anomalías congénitas.

Los niños extranjeros adoptados deben ser examinados en término de dos semanas de su internamiento a Estados Unidos o en fecha anterior si hay alguna duda clínica o sanitaria inmediata. Los padres por lo común tienen escasa información sobre el niño antes de adoptarlo. Es conveniente que ellos se reúnan con el médico antes de la adopción para revisar la información disponible y comentar problemas médicos comunes en cuanto a sus futuros hijos adoptivos. Los progenitores que no se han reunido con el médico antes de la adopción deben avisarle el momento en que su hijo llega, de tal forma que se pueda concertar oportunamente una valoración clínica inicial.

Hepatitis vírica

La prevalencia de los marcadores de la infección por el virus de hepatitis B (*hepatitis B virus*, HBV) que incluye el antígeno de superficie de dicha partícula (*hepatitis B surface*

Cuadro 2-17. Métodos de detección sistemática de enfermedades infecciosas en niños extranjeros adoptados

Pruebas serológicas para detectar virus de hepatitis B
Antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg)
Anticuerpo contra el antígeno de superficie HB (anti-HBs)
Anticuerpo contra el antígeno central de hepatitis B (anti-HBc)
Métodos serológicos para detectar virus de hepatitis C (véase el texto)
Métodos serológicos para detectar sífilis
Pruebas sin treponemas (RPR, VDRL, ART)
Pruebas con treponemas (MHA-TP, FTA-ABS)
Pruebas serológicas para detectar virus 1 y 2 de inmunodeficiencia humana
Hemograma completo con índices eritrocíticos
Coproparasitoscópico en busca de huevecillos y parásitos (tres muestras) ¹
Coproparasitoscópico en busca de antígenos de <i>Giardia lamblia</i> y <i>Cryptosporidia</i> (una muestra) ¹
Cutirreacción con tuberculina ¹

RPR, reagina plasmática rápida; VDRL, *Venereal Disease Research Laboratories*; ART, prueba automatizada de reagina (*automated reagin test*); MHA-TP, prueba de microhemaglutinación de *Treponema pallidum* (*microhemagglutination test for Treponema pallidum*); FTA-ABS, absorción de anticuerpos fluorescentes contra treponema (*fluorescent treponemal antibody absorption*).

¹ Véase el texto

antigen, HBsAg) en niños extranjeros adoptados varía de 1 a 5%, según el país de origen y el año estudiado. La hepatitis B es el cuadro más prevalente en niños adoptados que provienen de Asia, África y algunas naciones del centro y este de Europa (como Rumania) y estados recientemente independizados de la ex-Unión Soviética (como Rusia y Ucrania). Sin embargo, la infección comentada también se identifica en pequeños adoptados provenientes de otros países. Por todo lo expuesto, en los niños habrá que practicar métodos serológicos para identificar la infección por el virus mencionado que incluya HBsAg, anticuerpo contra dicho antígeno de superficie (anti-HBs) y anticuerpo contra el antígeno central de la hepatitis B (anti-[*hepatitis B core antigen*, HBc]) para identificar infección actual o crónica, infección pasada pero resuelta o manifestaciones de inmunización (véase “Hepatitis B”, sección 3). Los estudios para identificar el virus de hepatitis B realizados en el país de origen quizá no sean útiles, porque se registra sólo la prueba de “hepatitis B” sin ninguna especificación concreta e incluso en los registros es variable la precisión de los datos. El virus de la enfermedad tiene un largo periodo de incubación, por ello es posible que el niño se hubiese infectado para la fecha en que se realizó la prueba o en lapsos muy cercanos. Por tal razón, hay que pensar en repetir la evaluación seis meses después de la adopción. La presencia de la infección crónica por HBV lo denota la persistencia del antígeno de superficie por más de seis meses. Si se detecta dicho antígeno en el niño, habrá que valorarlo para corroborar la presencia de una infección crónica por el virus y también practicar estudios en busca de signos bioquímicos de hepatopatía crónica, así como una valoración de la intensidad de la enfermedad y el posible tratamiento (véase “Hepatitis B”, sección 3).

Antes de que el niño adoptado se integre a su nueva familia, todos los miembros de ella deben ser vacunados contra la hepatitis B, sean cuales sean los resultados de los

métodos de estudio en busca de dicha enfermedad en el menor. La institución de la vacunación obligatoria contra HBV en los niños en Estados Unidos ayuda a disminuir el peligro de la infección por dicho virus en los contactos escolares y en el núcleo hogareño del niño adoptado, pero muchos adultos quizá no estén inmunizados contra dicha forma de hepatitis. Habrá que vacunar con HBV a todos los contactos hogareños susceptibles del niño al que, una vez en Estados Unidos, se le detecta la presencia del antígeno de superficie de HB. En el caso de que no se identifique dicho antígeno, el niño adoptado debe ser vacunado contra HBV tan pronto sea posible, y para ello se seguirá el calendario recomendado de vacunaciones en niños y adolescentes (véase fig. 1-1). No es necesario vacunar al niño que tiene antígeno de superficie y anticuerpos contra el antígeno central de la hepatitis B.

El virus de hepatitis D, que aparece sólo junto con la réplica activa de HBV, puede identificarse en niños adoptados, particularmente los provenientes del este de Europa, África, América del Sur y Oriente Medio. Se cuenta con métodos serológicos para identificar la infección por el virus de hepatitis D (véase “Hepatitis D”, sección 3), pero no se recomienda su práctica sistemática porque la positividad de la prueba, es decir, la presencia de dicho virus no modifica el tratamiento clínico.

Muchos niños extranjeros adoptados se han contagiado del virus de hepatitis A (*hepatitis A virus*, HAV) en los comienzos de su vida y, por tal motivo, poseen ya protección. No están indicados los métodos sistemáticos serológicos para detectar anticuerpos contra HAV, y así identificar a niños susceptibles. Sin embargo, debido a que en algunas zonas de Estados Unidos se recomienda comenzar antes de los dos años de edad las vacunaciones sistemáticas de los niños contra HAV (véase “Hepatitis A”, sección 3), cabe pensar en la búsqueda de anticuerpos contra HAV como un método económico para saber si los niños en cuestión tienen signos de haber padecido la infección. Si el menor no tiene signos de que tuvo la infección, pero vive en una zona de alto riesgo, deberá ser vacunado contra la hepatitis A.

La detección serológica sistemática en busca de infección por el virus de hepatitis C no está indicada por la baja prevalencia de infección en casi toda la zona. Sin embargo, hay que practicar tal método en niños que provienen de China, Rusia, Este de Europa y el Sudeste Asiático. La decisión de practicar métodos serológicos sistemáticamente a niños de otras zonas dependerá de los datos de anamnesis (p. ej., haber recibido hemoderivados, consumo de drogas por la madre) y la prevalencia de la infección en el país de origen del niño.

Virus citomegálico

No se recomienda la identificación sistemática de los virus citomegálicos.

Enteropatógenos

Por medio del estudio coproparasitológico en busca de huevecillos y parásitos, hecho por un laboratorio experto, se podrá identificar algún elemento patógeno en 15 a 35% de los niños extranjeros adoptados. La prevalencia de parásitos intestinales varía con la edad del menor y su país de origen. Los patógenos identificados con mayor frecuencia son *Giardia lamblia*, especies de *Hymenolepis*, *Ascaris lumbricooides* y *Trichuris trichiura*. Se identifican con menor frecuencia parásitos como *Strongyloides stercoralis*, *Entamoeba histolytica* y uncinarias. Por lo común basta una muestra de excremento para la

identificación de huevecillos y parásitos intestinales en niños asintomáticos, aunque algunos expertos recomiendan someter a pruebas tres muestras para detectar invasión por *Ascaris* y tenias, que pudieran ser asintomáticas. Si existen signos o síntomas de vías gastrointestinales o malnutrición, habrá necesidad de analizar tres muestras de excremento de dichos niños sintomáticos en busca de huevecillos y parásitos, además de la muestra en la cual se buscó el antígeno de *G. lamblia* y *Cryptosporidium parvum*. Además, se hará cultivo de muestras de excrementos en niños con diarrea, en busca de especies de *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Escherichia coli* O157:H7. La terapia para erradicar los parásitos intestinales por lo común brinda resultados satisfactorios, pero no siempre hay erradicación total de ellos. Por tal motivo, es importante repetir las pruebas de identificación de huevecillos y parásitos después de tratar a niños que siguen estando sintomáticos, y así se podrá eliminar satisfactoriamente los parásitos. Además, hay que valorar de nuevo en busca de los parásitos mencionados a todos los niños con signos o síntomas de vías gastrointestinales que surgen o reaparecen meses o años después de haber llegado los menores a Estados Unidos. Es posible que con los métodos de detección inicial de huevecillos y parásitos no se detecten algunos parásitos de los intestinos como especies de *Cyclospora* y *S. stercoralis*.

Tuberculosis

Los niños adoptados provenientes de otros países suelen padecer tuberculosis. Las cifras notificadas de una infección latente por *Mycobacterium tuberculosis* varían de 0.6 a 19%. La enfermedad puede ser más grave en niños de corta edad y reactivarse en años ulteriores, razón por la cual adquiere importancia particular en dicha población de alto riesgo la detección sistemática con la prueba de tuberculina (cutirreacción) (*tuberculin skin test*, TST) (véase “Tuberculosis”, sección 3). No está indicada la práctica sistemática de radiografías de tórax en niños asintomáticos cuyos resultados de la cutirreacción con tuberculina son negativos. Sin embargo, dado que es común la malnutrición entre los niños extranjeros adoptados, surge la preocupación y la duda de que algunos de ellos puedan ser anérgicos. Si se sospecha malnutrición, habrá que repetir la cutirreacción tuberculínica una vez que mejoró la nutrición del pequeño. Haber recibido la vacuna del bacilo de Calmette-Guérin (BCG) no constituye contraindicación para practicar TST, y la positividad de la cutirreacción tampoco debe ser atribuida a la vacuna mencionada. En los niños en cuestión se necesitan más estudios para saber si tienen tuberculosis y si necesitan tratamiento (véase “Tuberculosis”, sección 3). Si se sospecha dicha enfermedad en niños adoptados provenientes de otros países, habrá que hacer todos los intentos por aislar la micobacteria y estudiar su susceptibilidad a fármacos, dada la elevada prevalencia de resistencia a medicamentos, en muchos países.

Sífilis

La sífilis congénita, en particular la que ataca el sistema nervioso central, quizá no se diagnosticó o incluso fue tratada inadecuadamente en niños adoptados provenientes de algunos países en desarrollo. Cada pequeño de ese grupo debe ser sometido a pruebas sistemáticas en busca de sífilis, por estudios serológicos fiables sin treponemas y con treponemas, independientemente del antecedente o informe del tratamiento (véase “Sífilis”, sección 3). Se valorará a todo niño con una prueba serológica treponémica

positiva para saber la extensión de la infección y así aplicar el tratamiento apropiado (véase “Sífilis”, sección 3).

Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El peligro de que los niños extranjeros adoptados estén infectados por VIH depende de su país de origen y de factores de riesgo individuales. Ante los cambios rápidos de las características epidemiológicas de la infección por dicho virus y el hecho de que los niños pudieran provenir de poblaciones que están expuestas a alto riesgo de tener la infección, en todo niño extranjero por adoptar se harán pruebas sistemáticas en busca de VIH. En los datos de envío suele incluirse los resultados de una prueba de VIH de muchos niños, pero es probable que tal información proveniente del país de origen no sea fiable. En niños menores de 18 meses de vida se pueden detectar anticuerpos que provinieron de la madre a través de la placenta, sin que exista infección en ellos. En consecuencia, si se identifican anticuerpos contra VIH en el niño asintomático de esa edad, se necesita valoración clínica, estudios de vigilancia y orientación (véase “Humana, infección por virus de inmunodeficiencia [VIH]”, sección 3).

Otras enfermedades infecciosas

Entre las infecciones cutáneas por bacterias y hongos que se detectan a menudo en niños extranjeros adoptados están la sarna y la pediculosis. Hay que orientar a la familia de adopción que revise al menor en busca de signos de una y otra parasitosis para emprender el tratamiento y evitar el contagio de otros miembros de la familia (véanse “Escabiasis” [sarna] y “Pediculosis”, sección 3). Pocas veces los niños extranjeros en adopción presentan enfermedades como fiebre tifoidea, paludismo, lepra o melioidosis. No es recomendable la detección sistemática y temprana de tales enfermedades, pero descubrir signos como fiebre, esplenomegalia, infecciones de vías respiratorias, anemia o eosinofilia obligarán a emprender una valoración adecuada con base en las características epidemiológicas de enfermedades infecciosas en el país de origen del niño y así identificar la causa de su enfermedad. Si el menor provino de un país con paludismo, habrá que pensar en tal enfermedad e incluirla en las entidades del diagnóstico diferencial (véase “Paludismo”, sección 3).

Los clínicos deben sospechar la posibilidad de algunas enfermedades que son propias de los niños adoptados y sus manifestaciones clínicas. Algunas, como la cisticercosis del sistema nervioso central, pueden tener largos periodos de incubación y tal vez no ser detectadas en la fase de búsqueda inicial. Por tal motivo, con base en los datos de la valoración inicial hay que considerar la repetición de la evaluación seis meses después de la adopción. En casi todos los casos, mientras más largo sea el intervalo desde la adopción hasta la aparición de un síndrome clínico, habrá menor posibilidad de atribuir este último a un patógeno adquirido en el país de origen.

Inmunizaciones

Algunos niños extranjeros adoptados poseerán documentación escrita de vacunaciones hechas en su país de origen. A pesar de que suele haber documentación de vacunaciones como la del bacilo BCG, la aplicación de toxoides diftérico y tetánico y de tos ferina (*diphtheria and tetanus toxoids and pertussis*, DTP), la vacuna contra virus

poliomielítico, sarampión y hepatitis B, pocas veces se aplican vacunas como la que se tiene contra *Haemophilus influenzae* tipo B, parotiditis y rubéola, y rara vez se aplican las elaboradas contra *Streptococcus pneumoniae* y varicela. Los niños y adolescentes extranjeros adoptados deben ser vacunados conforme a los calendarios recomendados en Estados Unidos para ambos grupos de edad sanos (véanse fig. 1-1 y cuadro 1-6) o a los de la Organización Mundial de la Salud. En términos generales será mejor no aceptar la documentación escrita de las vacunaciones como evidencia inequívoca de que se han aplicado, salvo que vacunas, fechas de aplicación, número de dosis, intervalos entre las dosis y edad del paciente en la fecha en que se le aplicaron sean similares a los calendarios estadounidenses o de la Organización Mundial de la Salud vigentes (véase “Vacunaciones hechas fuera de Estados Unidos”, sección 1). En otros países se producen algunas vacunas con potencia inadecuada, aunque casi todas las que se usan a nivel mundial son elaboradas con los debidos estándares de control de calidad y por ello su acción es fiable. Sin embargo, por lo común no se cuenta con datos sobre su almacenamiento, manejo, sitio en que fueron administradas, potencia y distribuidores. Antes los escasos datos en cuanto a la verificación de los registros de vacunación en otros países, una opción para asegurar que se aplicaron las vacunas y que fueron inmunógenas es valorar las concentraciones de anticuerpos a los antígenos aplicados. Pueden hacerse pruebas serológicas para saber si existen concentraciones protectoras de anticuerpos. Cuando hay duda, una alternativa igualmente aceptable sería volver a vacunar al menor.

El cuadro 2-18 señala las vacunas respecto de las cuales se pueden hacer pruebas de anticuerpos, especifica el tipo de métodos por practicar y señala estrategias recomendadas o alternativas. En niños mayores de seis meses de vida con documentación escrita de vacunaciones, o sin ella, el médico debe considerar la posibilidad de identificar y valorar los anticuerpos contra difteria y tétanos, virus de hepatitis B y virus poliomielíticos, para saber si el menor posee concentraciones de ellos, en nivel protector. Si las concentraciones brindan protección, entonces habrá que completar las series de vacunaciones, según convenga para la edad del menor. Es posible medir los anticuerpos contra sarampión, parotiditis y rubéola para saber si el niño posee inmunidad contra dichas enfermedades. Muchos menores necesitarán una dosis de las vacunas contra parotiditis y rubéola porque ellas pocas veces son aplicadas en países en desarrollo. Puede hacerse pruebas para valorar anticuerpos contra sarampión, y si arrojan resultados positivos, se podrá administrar una dosis de vacuna triple (MMR) para protección contra parotiditis y rubéola. En niños menores de 12 meses de vida será mejor no evaluar anticuerpos contra sarampión y varicela, por la posible presencia de anticuerpos provenientes de la madre. En la actualidad no existe ninguna prueba que valore anticuerpos que sea lo suficientemente fiable o que se pueda practicar de manera sistemática para valorar la inmunidad a la tos ferina. Si no se cuenta con métodos serológicos de pruebas y tampoco se puede asegurar que el menor recibió vacunas inmunógenas, una decisión prudente sería repetir toda la serie.

Cuadro 2-18. Estrategias para la valoración y la vacunación de niños extranjeros adoptados¹

Vacuna	Estrategia recomendada	Estrategia alternativa
Contra hepatitis B	Estudios serológicos para detectar antígeno de superficie de hepatitis B	—
Toxoides de difteria y tétanos y tos ferina acelular (DTaP)	Vacunar con DTaP y emprender pruebas serológicas para detectar anticuerpos IgG específicos contra las toxinas de tétanos y difteria en caso de que surja reacción local intensa a la primera dosis	Niños cuyos registros indican haber recibido tres dosis o más: estudios serológicos para detectar anticuerpos IgG específicos contra las toxinas de difteria y tétanos antes de aplicar dosis complementarias o usar una sola dosis de refuerzo de DTaP, seguidos de métodos serológicos después de un mes para buscar anticuerpos IgG específicos contra las toxinas de difteria y tétanos para volver a vacunar según sea apropiado (véase el texto)
Contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Vacunación apropiada a cada edad	—
Contra virus de poliomielitis	Vacunar con el producto hecho con virus poliomiélticos inactivados (IPV)	Métodos serológicos en busca de anticuerpos neutralizantes de los tipos 1, 2 y 3 de los virus poliomiélticos (disponibilidad escasa) o aplicar una sola dosis de IPV para después realizar pruebas serológicas en busca de anticuerpos neutralizantes a los tres tipos del virus mencionado
Contra sarampión-parotiditis-rubéola (triple o MMR)	Aplicar la vacuna triple o medir anticuerpos contra sarampión, y si se les detecta, aplicar la vacuna triple para obtener protección contra la parotiditis y la rubéola	Métodos serológicos para detectar anticuerpos del tipo de inmunoglobulina G (IgG) contra los virus de la vacuna, según lo indique el registro de vacunaciones
Contra varicela	Vacunación (apropiada a la edad) de niños que no tienen antecedentes frables de haber padecido la varicela o pruebas serológicas de protección	—

continúa

Cuadro 2-18. Estrategias para la valoración y la vacunación de niños extranjeros adoptados¹ *continuación*

Vacuna	Estrategia recomendada	Estrategia alternativa
Contra neumococos	Vacunación apropiada a la edad DTaP; toxoides de difteria y tétanos y tos ferina acelular (<i>diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis</i>); IPV, virus poliomiélfíticos inactivados (<i>inactivated poliovirus vaccine</i>); MMR, sarampión-parotiditis-rubéola (<i>measles-mumps-rubella</i>)	—

¹ Centers for Disease Control and Prevention. General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices and the American Academy of Family Physicians. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51 (RR-2):1-35. Véanse también figura 1-1 y cuadro 1-6.