

**Título:**

Guía consensuada para pediatras y otros profesionales sanitarios. Texto adaptado de la Guía CORA.

**Autores:**

Grupo de desarrollo de la Guía CORA *Consenso en adopción internacional*<sup>a,b</sup>

**Contacto:**

Maite de Aranzábal Agudo:

**Declaración de posibles conflictos de intereses:** Ninguno.

**Fecha de envío:** 29 de agosto de 2009.

---

<sup>a</sup> (por orden alfabético) Susana Alberola López (pediatra, Palencia), Ana Berastegui Pedro-Viejo (psicóloga, Madrid), Maite de Aranzábal Agudo (pediatra, Vitoria), Ángel Cortes Lozano (pediatra, Madrid), Victoria Fumadó Pérez (pediatra, Barcelona), Milagros García López-Hortelano (pediatra, Madrid), Jesús García Pérez (pediatra, Madrid), Ángel Hernández Merino (pediatra, Alcorcón, Madrid), Julián Lirio Casero (pediatra, Madrid), Alberto Núñez López (coordinación general, Alcalá de Henares, Madrid), Gonzalo Oliván Gonzalvo (pediatra, Zaragoza), Lila Parrondo Creste (psicóloga, Madrid).

<sup>b</sup> El texto que se presenta corresponde a un extracto de la obra “Adopción Internacional. Guía *breve* para pediatras y otros profesionales sanitarios, 2008. Valladolid: CORA, 2008” realizado por Maite de Aranzábal Agudo y aprobado por el grupo.

**Resumen:** La adopción internacional es un fenómeno social en auge en nuestro medio. Todos los niños procedentes de adopción internacional tienen el antecedente de haber estado expuestos a múltiples factores de riesgo sociosanitario. Es por ello que CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento) reunió a un grupo de profesionales elaboró una guía consensuada para establecer de manera protocolizada la consulta médica preadoptiva, la evaluación inicial y el seguimiento de los adoptados en el extranjero. En este texto se presenta un extracto de dicha guía.

**Palabras clave:** Adopción internacional.

**Abstract:** International adoption is a social phenomenon on the rise in our country. All children from International adoption have a history of being exposed to multiple risk factors for health. That is why CORA (Coordinating Association in Defense of Adoption and Fostering) assembled a group of professionals developed a guide to establish consensus on a protocol pre-adoption medical consultation, appraisal and monitoring of adopted abroad. This text is an excerpt from the guide.

**Keywords:** International adoption.

## **Introducción**

La adopción internacional ha aumentado en nuestro entorno de forma extraordinaria. Todos los niños procedentes de adopción internacional (AI) tienen el antecedente de haber estado expuestos a potenciales factores de riesgo sociosanitario tanto por la pobreza económica como por procesos infecciosos, genéticos o ambientales, perinatales o de privación afectiva o negligencia continuada. Es por ello que CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento) reunió a un grupo de profesionales que trabajan con estos niños y elaboró una guía consensuada para establecer de manera casi protocolizada la consulta médica preadoptiva, la evaluación inicial y el seguimiento de los adoptados en el extranjero. En este texto se presenta un extracto de dicha guía<sup>1,2,3</sup>.

## **Factores de riesgo y problemas de salud en la adopción internacional**

Obviamente estos niños tienen más factores de riesgo de salud tanto psicológicos como físicos debido a la pobreza, falta de higiene, de cuidados alimentarios, preventivos, médicos, enfermedades endémicas de sus países o carencia afectiva sin posibilidad en general de crear un vínculo o referencia.

En las tablas I, II y III se pueden ver los problemas de salud más frecuentes sobre la base de la experiencia clínica obtenida en la evaluación de más de 6.000 niños adoptados por familias españolas en distintos países extranjeros.

Haciendo un breve resumen, el 90% de los problemas son leves y reversibles a corto o medio plazo, un 5% son reversibles a largo plazo, y otro 5% deja secuelas o son irreversibles.

En los últimos tres años estamos observando una mejora del nivel medio del estado de salud a la llegada de estos niños, hecho que sugiere que están recibiendo mejores cuidados durante su acogida en los domicilios o centros tutelares extranjeros.

## **La consulta en preadopción: ¿en qué consiste?**

La visita preadoptiva es importante para:

- Orientar a la familia en base a los informes y documentación recibidos.
- Aconsejar sobre el viaje y posibles necesidades médico-preventivas del menor.
- Preparar la visita postadoptiva.

Debe de quedar claro que el pediatra no es quien decide si el niño es “adoptable” o no, sólo interpreta la documentación.

## **La evaluación médica inicial**

Son atendidos en nuestro Sistema Nacional de Salud de manera similar al resto de la población infantil. La Pediatría de Atención Primaria es ámbito apropiado para la asistencia inicial de estos menores. Se realizará a los 15 días de la llegada del niño excepto si presenta enfermedad aguda

¿Qué evaluar? Se realizará anamnesis de los antecedentes del menor a través de la recopilación de la información sociosanitaria que pueda aportar la familia de forma escrita u oral, así como una exploración física minuciosa y la realización de pruebas de cribado.

Dentro de la evaluación medica inicial debemos diferenciar dos tipos de procedimientos: una evaluación básica e inicial para todos los niños (tabla IV) procedentes de AI y una especifica para algunos niños (tabla V), en determinados casos según su edad, país de origen, informes médicos previos, signos o síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial.

## **Seguimiento**

Debido a que en un elevado porcentaje de los niños adoptados en el extranjero se detectan problemas en la evaluación médica es recomendable realizar un seguimiento prolongado en el tiempo. Este seguimiento debería ser multidisciplinar y sistematizado, siendo coordinado por el pediatra responsable del menor (tabla VI).

## **Crecimiento y estado de nutrición**

La malnutrición aparece en el 20% de los adoptados internacionalmente. Su origen principal esta en la situación socioeconómica, pudiendo ser agravada por otros elementos negativos.

Para conocer el estado de nutrición en la mayoría de los casos incluso desde lactante puede ser suficiente esta formula:  $Peso\ real \times 100 / Peso\ de\ un\ niño\ normal\ para\ la\ misma\ talla$ . Según ésta, si el déficit ponderal para la talla es del 10 al 15% la malnutricion será leve; si lo es del 15 al 25%, moderada, y si es mayor del 25%, grave.

En caso de mala ganancia ponderal conviene recordar otros factores agravantes como la intolerancia a la lactosa de causa genética o adquirida, las infecciones intestinales crónicas o repetidas, celíaquía o la alergia a proteínas de vacuno. Estas últimas enfermedades son a menudo silentes y sólo en ocasiones son reconocidas por intolerancias, flatulencia o dolor abdominal. Deben realizarse analíticas pertinentes y añadir proteínas totales, perfil tiroideo y marcadores de celíaquía

La alimentación en los niños de adopción reciente -si no presentan una grave desnutrición- será equilibrada y sana introduciendo paulatinamente los alimentos y con la formula o leche correspondiente a su edad. Si se trata de niños malnutridos es recomendable ir diversificando la dieta paulatinamente prestando aún más atención a posibles intolerancias, prescribiendo un polivitamínico por algún tiempo.

Entre los problemas mas comunes de hábitos alimenticios se encuentran la ingesta desproporcionadamente alta, y su contrario, el rechazo a la comida por la textura o diferencia con la anterior. En este caso hay que ir espesando la comida paulatinamente. Una vez descartadas todas las patologías algunos niños siguen teniendo heces blandas, flatulencia o ansiedad por la comida durante meses.

Las secuelas de la malnutrición a largo plazo son mayores cuanto mayor haya sido el periodo de privación social o nutricional. Sin embargo, los estudios demuestran que tras 3 o 4 años de tratamiento psicoafectivo y buena alimentación, la recuperación es

total -física y mentalmente- si la adopción fue antes de los 6 meses, y casi total si fue antes de los 4 años.

### **Crecimiento y gráficas**

Es importante seguir de cerca el crecimiento durante al menos 2 años con controles cada 6-12 meses aunque la duración variará según casos individuales.

En el retraso de talla, siempre que mantengan un percentil de velocidad de crecimiento de 25 o más, una vez descartadas otras causas y siempre que la edad ósea sea acorde con la cronológica en más menos 1 año (puede estar más retrasada en los casos de malnutrición o deprivación social), se sugiere esperar al menos 18 meses antes de enviar al endocrinólogo, ya que casi todos estos niños realizan el *catch-up* durante el primer año en el nuevo país.

Recomendamos el uso de las tablas de referencia de nuestra comunidad o país [www.aepap.org/crecorbegozo.htm](http://www.aepap.org/crecorbegozo.htm) y [www.aeped.es/protocolos/nutricion/9.pdf](http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/9.pdf) o las publicadas por la OMS (de momento sólo para menores de 5 años) realizadas con una amplia muestra de niños de cada continente. disponibles en [www.who.int/childgrowth/en/](http://www.who.int/childgrowth/en/)

### **Seguimiento del desarrollo psicomotor**

Para evaluar el desarrollo psicomotor se recomienda el test de Denver (0-6 años) o el test Haizea-Llevant (0-5 años). Estas pruebas valoran el grado de desarrollo de las áreas manipulativas (motricidad fina), postural (motricidad gruesa), del lenguaje y psicosocial y los pediatras sabemos manejar. Una evaluación al llegar y otra a los 6 meses. Si se observa un gran retraso al llegar o si no se ha producido una mejoría en el área o áreas retrasadas -los problemas motores son los primeros en resolverse- o existe ansiedad parental muy llamativa, debe remitirse a un servicio de Atención Temprana.

En la mayoría de los casos el retraso psicomotor, tras la estimulación y apoyo adecuados, se recupera en 1 año.

### **Evaluación y actualización del estado de inmunización**

Ausencia de certificados oficiales de vacunación -o documentos de vacunación no veraces- (en un 39-65% de los casos, especialmente cuando los niños proceden de Rusia y China). En los procedentes de Europa del Este, Rusia y China se ha observado que hasta en el 5% de los casos se certifica la administración de una o más vacunas antes de la fecha en que nació el menor.

Calendario incompleto o diferente al vigente en nuestro medio, ya que los países de origen frecuentemente utilizan pautas de vacunación que difieren de las nuestras. Las principales diferencias se encuentran en el tipo de vacunas utilizadas, la edad recomendada de administración, el número de dosis y el intervalo entre las mismas al menos 28 días).

También hay que tener presente que muchos niños adoptados, incluso con un calendario correcto, pueden no haber desarrollado una respuesta adecuada como consecuencia de la malnutrición presente en cerca del 20% de los casos.

Revisar las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de la comunidad adoptiva. El objetivo es que estos niños alcancen el mismo nivel de inmunizaciones que los demás niños de nuestro medio según su edad en el menor plazo de tiempo posible. También revisar las de sus contactos domésticos.

En el caso de que no haya datos concluyentes respecto a la correlación entre los registros vacunales y el nivel de protección de los niños adoptados en el extranjero, las dos estrategias posibles son:

- 1) La vacunación sistemática en función de la edad y sin considerar los registros vacunales previos.
- 2) La realización de cribado serológico previo a la vacunación. Para ampliar información: consultar la guía extensa, disponible en [www.coraenlared.org](http://www.coraenlared.org).

### **Evaluación y seguimiento psicosocial**

Problemas de ajuste inicial:

- Problemas de sueño: dificultades para conciliar el sueño, pesadillas, insomnio, hipersomnia o sueño intranquilo.
- Problemas con la alimentación.
- Reacciones regresivas: enuresis y encopresis secundaria, episodios repentinos de llanto, miedo o ira aparentemente inmotivados y difícil de consolar.
- Dificultades para la vinculación: ansiedad de separación, miedo o rigidez en el contacto físico, agresividad o rechazo frente a los intentos de acercamiento afectivo.
- Problemas sociales: aislamiento, miedo al contacto social con otros niños o con adultos cercanos, sociabilidad indiscriminada.

### **Dificultades ante las que pedir ayuda postadoptiva especializada**

- Dificultades de integración social incluidos episodios de racismo o discriminación que el niño y la familia no saben cómo afrontar.
- Comportamientos sexuales precoces.
- Comportamientos que a la familia le resultan intolerables o imposibles de afrontar.
- Conductas que ponen en peligro su salud (autoagresiones, consumo de sustancias, deseo de hacerse daño a sí mismo, fugas) o la salud de los demás (el niño nos agrede o nos asusta, agrede gravemente a otros).
- El niño se muestra deprimido y sufriendo pasado un tiempo razonable de convivencia.
- El niño tiene dificultades escolares que en el colegio no saben abordar.
- La familia manifiesta que la vida de sus otros hijos está siendo afectada negativamente.
- La familia manifiesta sentir vergüenza de cómo es o cómo se comporta su hijo.
- La familia presenta serias dificultades para aceptar el crecimiento de su hijo o para separarse de él.

- La familia se manifiesta desbordada, sin fuerzas o sin ilusión para afrontar la crianza del niño.
- La familia se muestra incapaz de hablar con el niño sobre la adopción o alguno de sus aspectos.
- La familia siente al niño como un extraño o el niño no los reconoce como padres pasado un tiempo de convivencia (+ 6 meses).
- La relación con el niño está generando serios desacuerdos en la pareja.
- La relación con el niño genera sentimientos de tristeza o de angustia persistentes en algún miembro de la familia que bloquean la relación.

Para ampliar información consultar la guía extensa disponible en [www.coraenlared.org](http://www.coraenlared.org).

**Tabla I.**

Problemas de salud muy frecuentes (> 25%).

---

- Crecimiento físico (talla/edad -2 DE, puntuación Z).
  - Ferropenia con o sin anemia.
  - Problemas dermatológicos leves.
  - Problemas adaptativos de la alimentación y del sueño.
  - Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon títulos de anticuerpos protectores.
  - Parasitosis intestinal con o sin síntomas digestivos.
  - Infecciones propias del niño (aparato respiratorio, digestivo, ORL).
- 

DE: desviación estándar.

**Tabla II.**

Problemas de salud frecuentes (5-25%).

---

- Retraso desarrollo psicomotor leve.
- Crecimiento físico (talla/edad entre -2 y -3 DE)
- Estado nutricional (peso/edad, peso/talla, IMC entre -2 y -3 DE)
- Trastornos de conducta tipo impulsividad o atención dispersa.
- Problemas específicos del desarrollo madurativo:
  - Adaptación social
  - Control esfinteriano.
  - Adaptación escolar, etc.
  - Lenguaje.
- Problemas bucodentales:
- Alteraciones oftalmológicas y ORL.
- Enfermedades infecciosas: infección tuberculosa latente.
- Eosinofilia.
- Inexactitud de la edad cronológica.

---

DE: desviación estándar.

### **Tabla III.**

Problemas de salud infrecuentes (< 5%).

---

- Infección por el virus de la hepatitis B (aguda, crónica o resuelta).
- Hemoglobinopatías.
- Alteraciones endocrinas.
  - Disfunción tiroidea (generalmente hipotiroidismo subclínico).
  - Variantes del desarrollo puberal (retraso puberal, pubertad temprana).
- Trastornos del crecimiento y nutrición graves:
  - Talla / edad o índices ponderales menor de -3 DE.
  - Raquitismo.
- Trastornos psicopatológicos graves:
  - Trastornos de conducta.
  - Síndrome de estrés postraumático.
- Trastornos de origen prenatal: hipoxia crónica, infección intrauterina, exposición al alcohol (trastornos del espectro alcohólico fetal, síndrome alcohólico fetal), exposición a drogas/fármacos.
- Enfermedades infecciosas adquiridas /congénitas (≈1%):
  - Tuberculosis activa.
  - Sífilis.
  - Paludismo.
  - Enfermedad de Chagas.
  - Otras enfermedades parasitarias.
  - Poliomielitis, tos ferina, sarampión.
  - Infección aguda por el virus de la hepatitis A.
  - Anticuerpos o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
  - Anticuerpos o infección por virus hepatitis C.
  - Toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes.
- Malformaciones congénitas (cardíacas, osteoarticulares, genitales, renales y vías urinarias, labio leporino-paladar hendido, etc.).

---

DE: desviación estándar.

#### **Tabla IV.**

Evaluación médica básica recomendada a todos los niños adoptados en el extranjero.

- Exploración física completa.
- Evaluación del crecimiento y estado de nutrición.
- Evaluación inicial del desarrollo psicomotor.
- Evaluación de signos de maltrato.
- Evaluación del certificado oficial de inmunizaciones.
- Evaluación de la visión y audición.
- Pruebas de cribado de laboratorio:
  - Hemograma.
  - Hierro, transferrina y ferritina séricos.
  - Bioquímica elemental.
  - Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo).
  - Parásitos en heces (3 muestras).
  - Serología VIH (anti-VIH 1 y 2) <sup>a,b</sup>.
  - Serología hepatitis B (incluir los marcadores: HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total) <sup>c</sup>, serología hepatitis C (anti-HCV) <sup>d,e</sup>.
  - Serología sífilis (RPR y/o VDRL) <sup>f</sup>.
  - Prueba de tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml; 2 UI PPD RT-23) <sup>a,g</sup>.

<sup>a</sup> Considerar la repetición a los 3-6 meses para descartar el periodo de incubación de un posible contagio anterior a la adopción no diagnosticado (para VIH, sólo en casos con historia dudosa o procedentes de África subsahariana y que no haya realizado la prueba de PCR; para tuberculosis, en casos de Mantoux inicial negativo).

<sup>b</sup> VIH. Si la serología (ELISA) es positiva, se debe confirmar el diagnóstico: en menores de 18 meses, se realizarán dos pruebas de confirmación diagnóstica mediante técnica de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa); en mayores de 18 meses, se confirmará repitiendo anti-VIH-1 y VIH-2 (Western-Blot).

<sup>c</sup> Si la serología es positiva, determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y anti-hepatitis Delta.

<sup>d</sup> Si serología positiva en niño mayor de 18 meses, confirmar diagnóstico determinando carga viral (VHC-RNA) por PCR.

<sup>e</sup> Repetir a los 6 meses solo en caso de clínica sospechosa o duda.

<sup>f</sup> Si pruebas reagínicas positivas confirmar con prueba treponémica específica (FTA-ABS IgG) y derivar. Esta prueba se realizará también en todos los menores de 1 año con confirmación o sospecha de que su madre tuvo sífilis.

<sup>g</sup> Realizar incluso en niños vacunados de BCG. La lectura debe realizarse a las 48-72 horas. Una induración mayor o igual a 10 mm se considera positiva

(independientemente de que haya sido o no vacunado de BCG) e implica realizar estudio radiológico de tórax. Si la induración es menor de 10 mm, se considera negativo. Habría que repetirlo a los 3-6 meses (ver apartado b) para evitar falsos negativos por inmunodepresión secundaria a desnutrición, infestación parasitaria, tratamiento con corticoides, infección por VIH, etc. Si el niño presenta clínica sugestiva de tuberculosis, sospecha epidemiológica, radiología de tórax patológica y/o está inmunodeprimido, una induración mayor o igual a 5 mm debe considerarse positiva. Cualquier niño con sospecha de enfermedad tuberculosa, debe ser valorado en un Centro especializado.

---

## Tabla V.

Evaluación médica específica recomendada a algunos <sup>a</sup> niños adoptados en el extranjero.

---

- Analizar criterios clínicos de sospecha de Síndrome alcohólico fetal <sup>b</sup>.
  - Evaluación de la dentición.
  - Evaluación del desarrollo puberal.
  - Evaluación de la edad cronológica.
  - Pruebas de cribado de laboratorio:
    - Estudio de hemoglobinopatías <sup>c</sup>.
    - Talasemias, drepanocitosis, otras hemoglobinopatías.
    - Glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.
    - Bioquímica, sedimento de orina y cultivo.
    - Coprocultivo <sup>d</sup> (1 muestra).
    - Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.) <sup>e</sup>.
    - Función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH) <sup>f</sup>.
    - Estudio de paludismo (gota gruesa y frotis de sangre periférica) <sup>g</sup>.
    - Investigación de citomegalovirus (cultivo de orina, IgM, IgG), toxoplasmosis y rubéola (IgM, IgG) <sup>g,h</sup>.
    - Serología hepatitis A (IgM, IgG) <sup>g</sup>.
    - Serología de enfermedad de Chagas (*Tripanosoma Cruzi*, IgG) <sup>i</sup>.
- 

<sup>a</sup> Según edad, país, informes médicos, niños con necesidades especiales, clínica y/o datos del examen inicial básico.

<sup>b</sup> Especialmente en procedentes de la Federación Rusa y Europa del este. Ver <http://depts.washington.edu/fasdnp/pdfs/guide2004.pdf> y <http://depts.washington.edu/fasdnp/>

<sup>c</sup> Talasemias: China, India y sudeste Asiático; drepanocitosis: Caribe, África subsahariana, India, Latino América; déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenada: África subsahariana).

<sup>e</sup> En menores de 6 meses a los que no se les ha realizado cribado neonatal.

<sup>f</sup> En mayores de 6 meses con retraso del desarrollo o con macrocefalia.

<sup>g</sup> En casos con sospecha clínica.

<sup>h</sup> La investigación de citomegalovirus está indicada, aún en casos sin sospecha clínica, cuando la madre adoptante está embarazada.

<sup>i</sup> Las áreas endémicas son Centroamérica y Sudamérica. Si la serología convencional es positiva, derivar.

---

## **Tabla VI.**

### Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional.

---

- Problemas de salud detectados en la evaluación médica inicial.
- Respuestas a los tratamientos administrados.
- Evolución longitudinal <sup>a</sup> de:
  - Crecimiento y estado nutricional.
  - Desarrollo psicomotor.
  - Adecuada administración de inmunizaciones <sup>b</sup>.
- Adaptación de la alimentación.
- Evolución del desarrollo:
  - Puberal <sup>c</sup>.
  - Visión / Audición.
  - Dentición.
  - Afectivo-emocional y comportamiento.
  - Lenguaje.
  - Social-escolar.
- Posible aparición problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos.

---

<sup>a</sup> Observando si se produce la recuperación esperada de los retrasos o trastornos existentes.

<sup>b</sup> En menores de 18 meses y mayores de esta edad sin certificado oficial o con certificado no fiable, se recomienda administrar todas las vacunas (calendario acelerado), con independencia de las que se hayan administrado en su país de origen. A todos los niños se les administrarán las vacunas pertinentes para adecuar sus inmunizaciones al calendario oficial vigente de la comunidad adoptiva o al recomendado por la Asociación Española de Pediatría.

<sup>c</sup> Especialmente en niñas adoptadas por encima de los 4 años de edad procedentes de India, sudeste de Asia y Latino América ([www.sepeap.es/libros/endocrino/Tanner.htm](http://www.sepeap.es/libros/endocrino/Tanner.htm)).

---

## Bibliografía

---

- <sup>1</sup> Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López -Hortelano M, García Pérez J, Hernández Merino A, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G, Parrondo Creste. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios, 2008. Madrid: CORA, 2008.
- <sup>2</sup> Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López -Hortelano M, García Pérez J, Hernández Merino A, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G, Parrondo Creste. Adopción Internacional. Guía *breve* para pediatras y otros profesionales sanitarios, 2008. Valladolid: CORA, 2008.
- <sup>3</sup> Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, García Pérez J, Hernández Merino A, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G, Parrondo Creste. Consens en Adopció Internacional. Guia *breu* per a pediatres i altres professionals sanitaris. Valladolid: CORA, 2008.