

---

# La salud de los niños adoptados en el extranjero por familias del País Vasco y Navarra (1997-2004)

M. de Aranzabal Agudo<sup>a</sup>, M. Labayru Echevarria<sup>b</sup>, I. Ocio Ocio<sup>c</sup>, B. Rodríguez Pérez<sup>c</sup>, E. Vera de Pedro<sup>c</sup>, C. Villate Szigriszt<sup>d</sup>, S. Ortuzar Yandidas<sup>c</sup>, A. Iceta Lizarraga<sup>e</sup>, M. de Miguel Maiza<sup>f</sup>, E. Astobiza Beobide<sup>b</sup>, A. Pérez Fernández<sup>b</sup>, MV. Rezola Solaun<sup>g</sup>

<sup>a</sup>CS de Agurain-Salvatierra, Araba.

<sup>b</sup>Hospital de Cruces, Bizkaia.

<sup>c</sup>Hospital Txagorritxu, Araba.

<sup>d</sup>ASPACE, Gipuzkoa.

<sup>e</sup>CS Alsasua, Navarra.

<sup>f</sup>CS Burlada, Navarra.

<sup>g</sup>CS Alsa, Gipuzkoa.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:427-47

Maite de Aranzabal Agudo, mdearanzabal@gmail.com

## Resumen

**Objetivo:** estudiar el estado físico, el desarrollo psicomotor y la adaptación de niños adoptados internacionalmente entre 1997 y 2004 en el País Vasco y Navarra al llegar y un año después.

**Material y métodos:** doble encuesta médica y psicológica bilingüe anónima a todas las familias adoptantes.

**Resultados:** se enviaron 1.647 encuestas y se recibieron 420 (25,5%). Los niños provenían de China, Latinoamérica y Europa del Este. Media y mediana de edad: 2 años.

Malnutrición: 9% índice de masa corporal (IMC) < 2 DE (desviaciones estándar); los valores del Z score para el peso, la talla y el IMC evolucionaron de -1 DE al llegar a casi 0 DE un año después.

Parasitosis intestinal: 18,5%; infección tuberculosa latente: 5,5%; serología de hepatitis B alterada: 4%; una lúes tratada; anemia: 12,2%; alteraciones visuales: 11,4%; y déficit auditivo: 1%.

Trastorno psicomotor global: 2,5%, retraso área motora: 8%, comportamiento retraído 18,2%, conducta hiperactiva 18,6%. Un año después 1,6%, 5%, 7,1% y 13,2% respectivamente. Ninguna alteración espectro autista. Control esfínteres, sueño y alimentación similares a nuestra población.

**Conclusiones:** en general, alteraciones físicas poco graves con satisfactoria evolución. Desarrollo psicomotor adecuado para la mayoría. Al año buena evolución excepto los 7 casos gra-

---

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ves (4 con información preadoptiva al respecto). Se debe investigar sobre el excesivo número de niños con comportamiento hiperactivo y sobre el posible retraso del lenguaje.

Con respecto a otras publicaciones, encontramos iguales patologías pero con incidencia menor tanto en datos objetivos (auxología, vacunaciones y estudios complementarios) como en el lenguaje, la adaptación social o el desarrollo psicomotor. El grado de satisfacción de los padres es altísimo.

Los gobiernos deberían exigir informes preadoptivos fidedignos y completos ya que la patología es, sin duda, mayor en estos niños.

Los pediatras de Atención Primaria son los indicados para el diagnóstico y el seguimiento coordinado siempre que se mejore la difusión de los protocolos de adopción internacional.

**Palabras clave:** Adopción internacional, Niños, Estado nutricional, Conducta, Desarrollo psicomotor.

### Abstract

**Objective:** to study physical status, psychomotor development, and social adaptation at arrival and a year after of 420 children (25.5%) adopted internationally in the Basque Country and Navarra. Most children come from China, Latin America and East Europe. Median and mode: 2 years of age.

**Method:** medical and psychological survey administered to each of the adopting families to complete with their pediatrician.

**Results:** 9% malnourished (BMI < 2 SD). Z score for weight, height and BMI increased from -1SD to almost 0 SD after one year.

Psychomotor retardation from mild to serious 8%. Introspective behaviour 18.6%. Hyperactive behaviour 18.2. After one year, 7% and 13% respectively.

No autistic spectrum disorders. Sphincter control, sleep quality and nutrition behaviour similar to that of the local population.

**Conclusions:** mild physical diseases, the majority of which disappeared or were improved after one year. Psychomotor development is good in general, especially after one year, except for the seven severe cases, four of which had bad preadopting reports. There is a substantial percentage of hyperactive behaviour and also a possible language delay.

In respect to other publications, vaccinations, nutrition, height, weight, examinations, social adaptation and psychomotor development showed better results.

Preadopting reports present serious deficits but are not always false. Our governments should struggle to obtain good preadopting reports.

First line pediatricians are the appropriate ones to coordinate monitoring as long as the diffusion of the adoption protocols improves.

**Key words:** International adoption, Children, Nutritional status, Behaviour, Psychomotor development.

## Introducción

La adopción internacional ha experimentado un incremento extraordinario en los últimos años. España fue el primer país de la Unión Europea y el se-

gundo en el mundo en número absoluto de adopciones en 2004. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el período de 1997-2004 se adoptó en nuestro país a 24.042 niños

precedentes del extranjero; de éstos, 1.648 fueron adoptados por familias residentes en el País Vasco y Navarra<sup>1</sup>.

Se sabe que los niños adoptados tienen más factores de riesgo para padecer problemas de salud que los nacidos en familias estructuradas. El objetivo de este estudio es evaluar a los niños adoptados en el País Vasco y Navarra al llegar y después de un año. También se analizaron: la variabilidad entre niños de diferentes orígenes, la aparición de posibles secuelas, y el uso de protocolos de estudio y seguimiento por parte de los pediatras.

### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo descriptivo de todos los niños adoptados en el extranjero desde 1997 hasta 2004. Desde julio hasta diciembre de 2004, se envió una encuesta médica y psicológica bilingüe desde las Diputaciones Forales de Álava, Guipúzcoa, Vizcaya y Navarra a cada familia adoptante. Se respondía de forma anónima y en ella se solicitaban datos sobre la salud de su hijo al llegar y 12 meses después.

La primera parte de la encuesta constaba de varios apartados médicos que debían ser cumplimentados con la ayuda del pediatra del niño. En el primer apartado, antecedentes del niño tanto físicos como psicológicos o intelectuales

hasta el momento de la adopción. En el segundo apartado, datos de la primera evaluación en nuestro país, como lugar del examen, exploración física y auxología –posteriormente confrontada con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para menores de 5 años y de nuestro entorno para mayores<sup>2</sup>–, hematimetría, perfil férrico, calcio/fósforo, perfil hepático, perfil renal, serologías de lúes, hepatitis y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tres estudios de heces con parásitos, coprocultivo, sedimento urinario, prueba de Mantoux (y radiografía de tórax en su caso) y comportamiento social (adecuado, retraído o hiperactivo), hábitos del niño (sueño, esfínteres y alimentación) y patrones del desarrollo psicomotor.

No se solicitó una valoración con exámenes específicos para el desarrollo. La evaluación para alteraciones locomotoras, del lenguaje y de la motilidad fina y gruesa se realiza en nuestro medio con el test Haizea-Llevant.

También se evaluó la concordancia o no de estos datos con los informes recibidos del país.

El último apartado refleja esta misma información un año después de vivir en la nueva familia y, para finalizar, se anotaban secuelas a largo plazo o enfermedades crónicas.

La segunda parte de la encuesta solicitó datos exclusivamente psicológicos y de satisfacción de la familia: 44 cuestiones en formato cualitativo contestadas por los padres. Se dividía en cuatro bloques relacionados con áreas problemáticas, miedos educativos, vinculación familiar y satisfacción por la adopción. Se finalizaba preguntando a los padres sobre su necesidad de recurrir a asociaciones de padres, profesionales no pediatras y necesidades generales a lo largo del proceso.

Cinco meses después del primer envío, se realizó un segundo llamamiento mandando de nuevo encuestas-recoratorio.

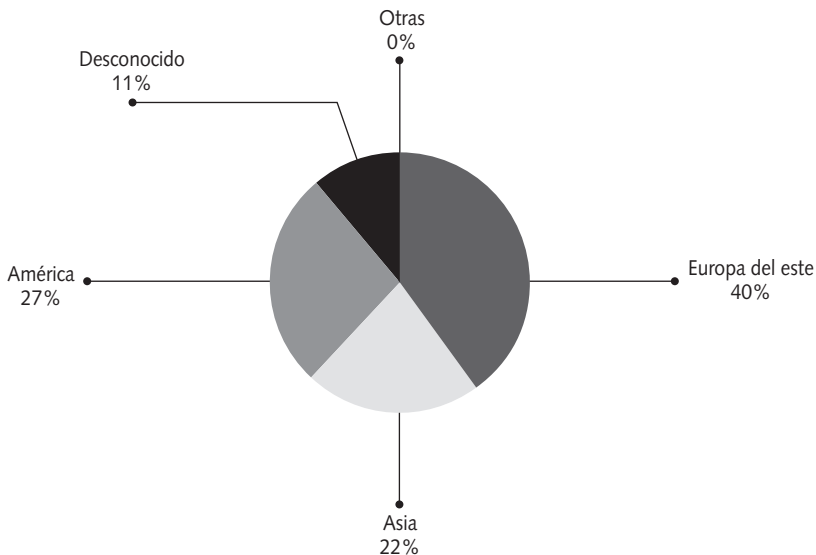
## Resultados

### Aspectos generales

Obtuvimos 420 encuestas de las 1.648 enviadas (25,5%), pero en algunas de ellas no todos los datos estaban cumplimentados; 226 fueron mujeres (55%) frente a 190 varones (45%). Los países de origen son superponibles a los del resto de las comunidades españolas (figura 1).

Sexo: en países de Europa del Este se adoptó a casi el doble de niños que de niñas (92/51), existiendo también un predominio de varones en Sudamérica aunque menos llamativo (52/41). Los

Figura 1. Procedencia de los 420 niños estudiados (porcentaje).



adoptados en Asia son mayoritariamente de sexo femenino (77/2).

Edad: media y mediana de edad de 2 años, con un rango entre 2 meses y 16 años (figura 2).

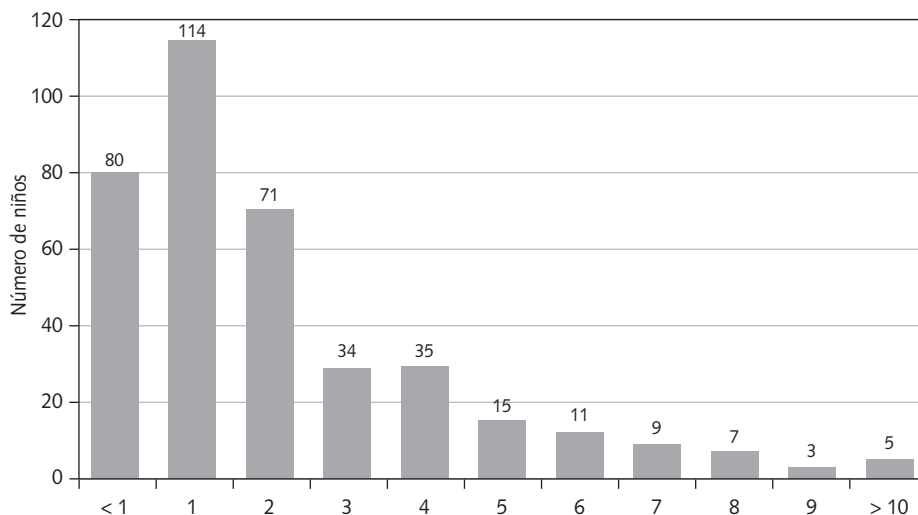
En sus países de origen han vivido el 68% en instituciones, el 19% en familias de acogida y un 11% en ambas residencias (un 2% no contesta).

El tiempo medio desde que llegó el niño hasta que fue visto por el pediatra fue de 21 días. La segunda visita evaluada fue la de control un año después. En la figura 3 se muestra el tipo de centro donde se realizó la evaluación del niño adoptado al llegar.

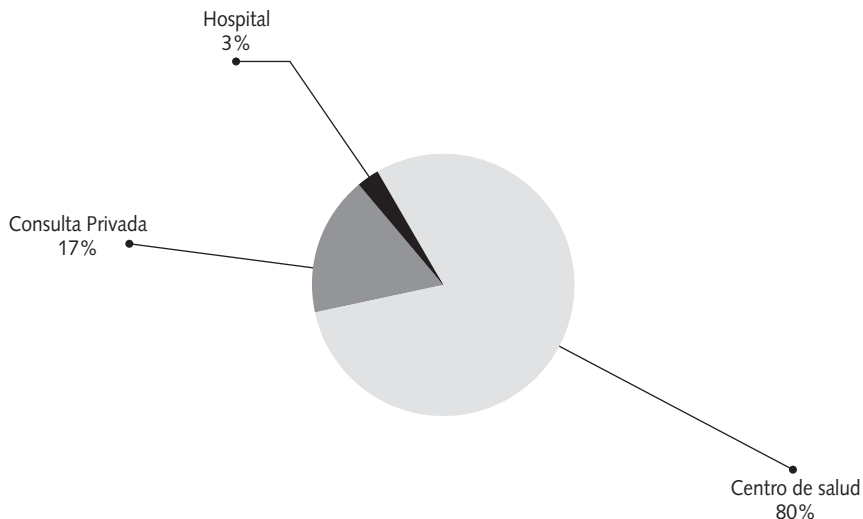
### Datos preadoptivos

- Enfermedades hereditarias: sólo conocemos tres casos de retraso psicomotor en la madre; de los niños de éstas sólo uno es microcéfalo con grave retraso psicomotor.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la madre: sólo contestaron 90 (20%), de los cuales, 13 casos (14%) fueron positivos. De éstos, 10 son de países de Europa del Este, 2 de Sudamérica y 1 de China.
- Alcoholismo materno: en 32 casos (7,7% del total) se refería este antecedente; de ellos, 25 eran originarios de Europa del Este (71,8%),

Figura 2. Edad de los niños en el momento de la adopción (años).



**Figura 3.** Tipo de centro donde se realizó la evaluación inicial tras la llegada (porcentaje).



6 de Latinoamérica (15,6%) y 1 de China.

- Parto: en el 67,1% (282) de los casos ignoramos el momento del parto y en el 26,5% el peso al nacer. Se definían como "pretérmino" 38 niños, 27 (71%) de países de Europa del Este y el resto de Sudamérica; y 100 como "nacidos a término", de los cuales 18 fueron de "bajo peso para su edad gestacional" y no llegaban a los 2.500 g. No conocemos la edad gestacional.
- En 16 niños se refería una condición relacionada con sufrimiento

fetal o hipoxia en el parto y en 2 con displasia broncopulmonar.

- El retraso psicomotor, intelectual y/o neurológico está descrito en 50 niños de 297 (16,8%); predominan entre ellos los de Europa del Este (24) sin diferencia entre sexos.
- En los informes preadoptivos se nombraron múltiples patologías: cardiopatía (5), tuberculosis tratada (2), desnutrición (8), anemias (7), maltrato (5), infecciones broncopulmonares o asma (33; 17 de Europa del Este) y diversas infecciones leves como otitis, dermatitis, varicela o caries.

## Vacunaciones

Sólo en 239 (57%) había datos sobre el estado de inmunización. En el resto desconocemos el estado vacunal. El porcentaje de documentación obtenida fue similar según las procedencias aunque algo superior en países de Europa de Este (66%) que en asiáticos (61%) y sudamericanos (58%). Analizando las vacunas independientemente:

- BCG: el 78,9% está vacunado (92% en los procedentes de países de Europa del Este, 74% en asiáticos y 55% en americanos).
- DTP: el 85,7% está vacunado, sin apenas diferencias entre países.
- Antipolio oral: el 90,3% está vacunado (el 94% de los procedentes de Europa del Este y Asia y el 82% de los de América Latina).
- Hepatitis B: el 65% está vacunado (pero de Latinoamérica sólo el 40%).

- Antisarampionosa: el 65% está vacunado (un 55,3% de los procedentes de América Latina, un 73% de los de Europa del Este y un 70% de los de Asia).

## Enfermedades encontradas

En la tabla I se muestran los exámenes realizados. En la tabla II se pueden ver las enfermedades más importantes encontradas.

Como se observa en las figuras 4, 5 y 6, sólo un 9% de los niños estaba por debajo del percentil 3 del peso al llegar; un 8% en el caso de la talla. Y el 100% ha entrado en percentiles apropiados 12 meses después de su llegada. Los valores medios de Z score para el peso y para la talla fueron respectivamente de  $-0,83$  y  $-0,78$ . Al año, fueron de  $-0,09$  y  $-0,11$  respectivamente considerándose malnutrición un  $IMC < 2$  DE. Los perímetros craneales estaban en percenti-

**Tabla I.** Exámenes complementarios realizados (porcentaje sobre el total de niños evaluados)

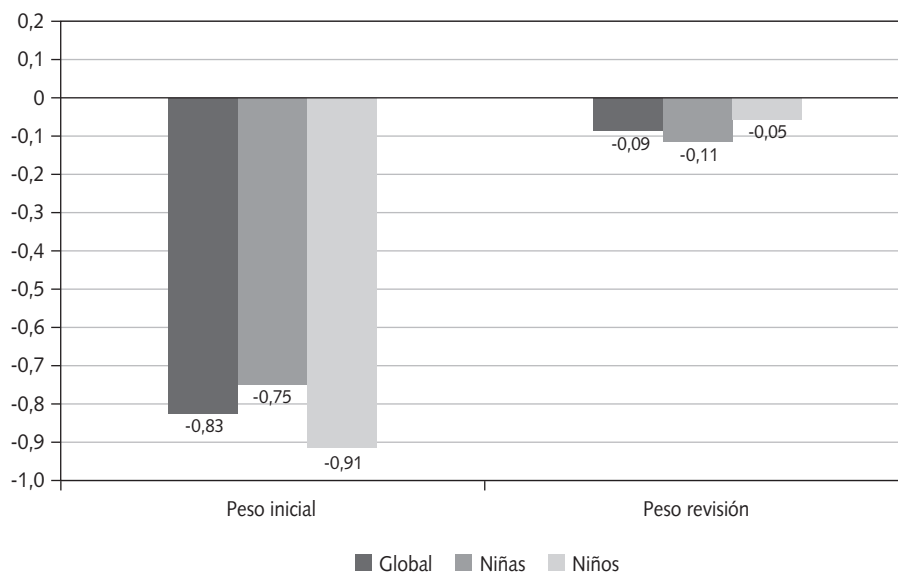
Estudio	n	Porcentaje
Hematimetría	305	72,6
Bioquímica básica	284	68
Parásitos en heces	270	66
Función visual y auditiva	377	90
Mantoux	128	38
Serologías	128	38
Coprocultivo	227	60
Valoración auxológica	370	88

**Tabla II. Enfermedades encontradas al llegar y al año de su estancia con la familia adoptante**

Patologías importantes encontradas	Porcentaje al llegar	Porcentaje al año
Alteraciones auditivas	1,1	2
Alteraciones visuales	11,4	11,1
Anemia	12	NC
Parásitos intestinales	18,5	0
Serología positiva del virus de la hepatitis B	3,8	NC
Infección latente de tuberculosis	5,5	NC
Lúes	1	1
Serología positiva del virus de la inmunodeficiencia humana	0	1*
Malnutrición por auxología	9	0

\* Caso dudoso; posiblemente se trata de un error. NC: no consta.

**Figura 4. Evolución del peso (global, niñas, niños; DE).**



les, excepto tres que se situaban por debajo del percentil 3.

En cuanto a los resultados de la bioquímica básica, las alteraciones más fre-

cuentes se encontraron en el perfil hepático (6,7%), el metabolismo calcio/ fósforo (5,6%) y la proteinemia sérica (4%). También, un 4,8% de los coprocultivos



Figura 5. Evolución de la talla (global, niñas, niños; DE).

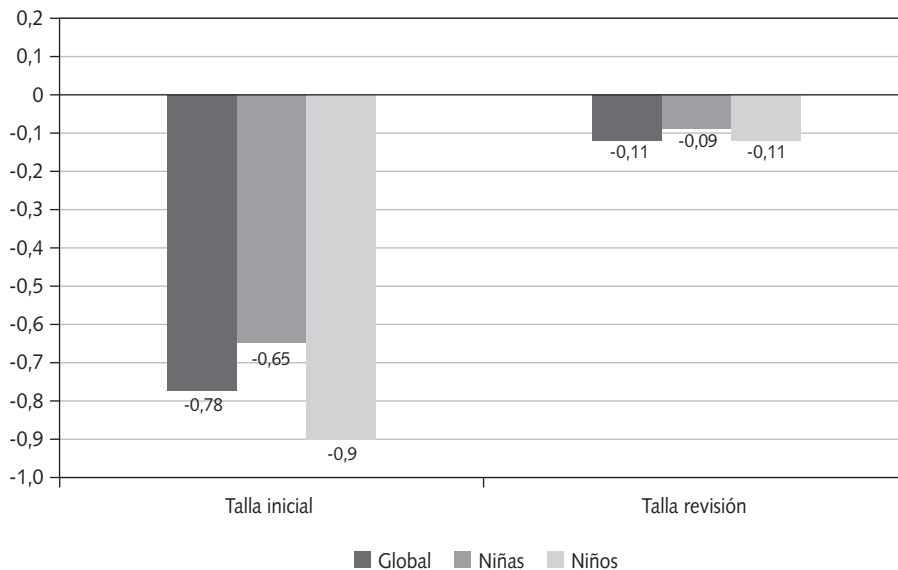
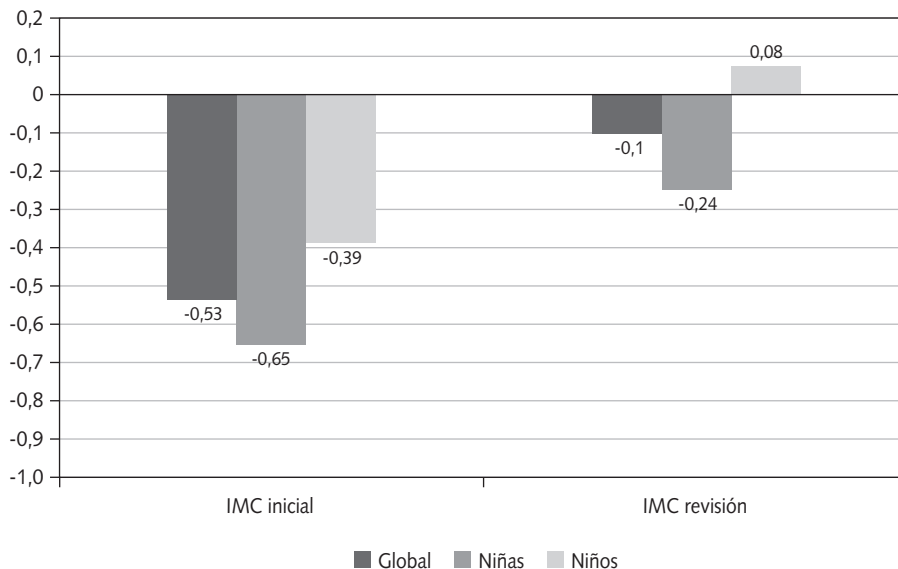


Figura 6. Evolución del índice de masa corporal (IMC) (global, niñas, niños; DE).



fueron positivos. Otras patologías encontradas fueron: dos esferocitosis, una celiaquía, una pubertad precoz femenina, un caso de secuelas radiológicas de raquitismo y una psoriasis cutánea. Precisarón valoración cardiológica doce niños, de los cuales sólo en uno se diagnosticó una comunicación interauricular. También fueron frecuentes las enfermedades respiratorias agudas, otitis medias, dermatitis atópicas, problemas ortopédicos como genu valgo o pies cavos y en algún niño patologías congénitas susceptibles de tratamiento quirúrgico.

### Desarrollo psicomotor

A su llegada se valoraron cualitativamente alteraciones en la exploración en diversos aspectos de desarrollo psicosocial. En este campo el porcentaje de respuestas fue del 93%.

Hubo alteración del aparato locomotor –incluidos defectos ortopédicos– en el 9% de los niños y algún tipo de problema en la manipulación en el 7,5% (en conjunto, un 8%). Al año, 16 niños (4,2%) presentaban alteraciones locomotoras, 9 de ellos no detectados en la valoración inicial y 7 con problemas en la manipulación motora (en conjunto, 5%) (tabla III).

Retraso en el lenguaje se diagnosticó en el 19,5% (se valoró esta cuestión sólo en mayores de 2 años). Al año, persiste en un 10,2% de los mayores de 2 años. El porcentaje oscila entre el 8,5-10,2% según se considere 2 ó 3 años el límite para la valoración. En el grupo de niños de Latinoamérica es sólo del 4%.

Comportamiento: el 18,2% de los niños mayores de 1 año son calificados de “comportamiento retraído” por su pe-

**Tabla III.** Enfermedades encontradas al llegar y al año de su estancia con la familia adoptante

Alteraciones del desarrollo	Porcentaje al llegar	Porcentaje al año
Déficit motor	8,0	5,0
Retraso del lenguaje	19,5	10,0
Comportamiento retraído	18,2	7,1
Comportamiento hiperactivo	18,6	13,2
Alteraciones del espectro autista	0	0
Alteraciones de la alimentación	35,4	9,7
Alteraciones del sueño	14,0	5,6
Falta de control del esfínter anal	5,5	0,78
Falta de control del esfínter urinario	5,5	0,78
Retraso global (en varios ítems)	2,5	1,6

diatra y su familia, mientras que el 18,6% muestra "comportamiento hiperactivo" y el 63,2% conducta calificada como adecuada a su llegada. Al año, un 7,1% de los niños se seguía definiendo como retraído y un 13,2% como de comportamiento hiperactivo. En ningún caso se han detectado alteraciones en la conexión con el medio ni se han etiquetado de trastornos del espectro autista ni al llegar ni en sucesivas visitas.

En cuanto a los hitos de adaptación social, alimentación, control de esfínteres y sueño, observamos que:

- Al llegar, el 14% duerme mal; al año, el 5,6%.
- Control de esfínter anal: el 5,5% de niños con más de 3 años no controlaba el esfínter anal al llegar; y queda un solo caso por resolver un año después (0,78%). Control diurno de esfínter urinario: idénticas cifras al caso anterior.
- Alimentación: el 21,4% come exageradamente al llegar y el 14% come demasiado poco. De ellos, el 6,3% sigue comiendo exageradamente un año después mientras que lo hace demasiado poco el 3,4%.

Entre los diagnósticos finales de patologías neuropsiquiátricas figuran: una parálisis cerebral, una disfasia, un trastorno grave del comportamiento y cinco

retrasos psicomotores globales; en conjunto, un 2,5%. Tres de ellos tuvieron partos prematuros y cuatro informes de retraso psicomotor. No incluimos retrasos leves en un área exclusivamente.

Se comprueba que entre los 19 con un peso menor de 2.000 g al nacer, hay posteriormente tres alteraciones visuales, tres auditivas, tres motoras, cuatro comportamientos hiperactivos, dos retrasos del lenguaje, un retraso escolar y una microcefalia.

Entre los 32 con antecedente de alcoholismo materno hay retrasos motores o de lenguaje en cinco, alteraciones visuales en cuatro, comportamientos hiperactivos en cuatro y uno con comportamientos retraído.

Satisfacción por la adopción: siendo las respuestas mucho, bastante, poco o nada, sólo una familia está poco contenta con el aspecto físico del niño, otra con el aspecto psicológico y cinco poco contentas con la evolución de su hijo. El resto, el 99%, están muy o bastante contentas.

## Discusión

Se estudió a toda la población de niños adoptados del País Vasco y Navarra y no sólo a los niños dirigidos a un centro terciario o profesional especializado determinado. En este aspecto se dife-

rencia de casi todos los trabajos publicados hasta el momento y puede ser clave para explicar los satisfactorios resultados obtenidos. El 80% fue visto en consultas de Atención Primaria (gratuita en nuestro país). Sólo se vio al 3% en una consulta hospitalaria.

El porcentaje de encuestas recibidas (25%) fue decepcionante, puesto que no hay apenas datos sobre adoptados en nuestro país y se supone que son familias concienciadas al respecto, lo que podría producir un cierto sesgo de resultado desconocido. Sin embargo, la muestra es buena y suficiente. Hay que añadir la falta de datos en algunas encuestas. Ambas cosas han impedido efectuar una aplicación estadística de mayor potencia.

La edad, la relación de sexos y el origen de los niños coinciden con la distribución en el resto de comunidades españolas pero no siempre con los trabajos publicados en Norteamérica (EE. UU.).

Un dato curioso es que muchas familias con hijos biológicos previos adoptan a niños: el 28% frente al 6% en años previos<sup>3</sup>.

La falta de seguimiento del protocolo puede explicarse por su divulgación en el año 2001 en nuestra comunidad habiendo sido muchos de los niños adoptados.

La edad de adopción, aunque con un gran rango, tiene una media y una mediana de 2 años. Esto es importante porque la edad es un factor determinante a la hora de hallar patologías. Se usaron las tablas de desarrollo de nuestro medio siguiendo la propuesta de la OMS, que afirma que los niños que crecen en un ambiente óptimo tienen similar crecimiento final independientemente de sus antecedentes geográficos y/o genéticos<sup>4</sup>, aunque tampoco con las nuevas tablas de la OMS para menores de 5 años aparecen más malnutriciones.

### **Seguimiento del protocolo para niños adoptados**

Tomando como modelo el protocolo de consenso pediátrico sobre niños adoptados promovido por CORA<sup>5</sup>, podemos observar que la fecha de la primera visita, las exploraciones de desarrollo psicomotor y físico y los datos auxológicos son recogidos en casi todos los niños cuando acuden a sus pediatras. Sin embargo, los datos analíticos rondan el 70%; la prueba de Mantoux sólo se recoge en el 32% de los casos y, como hemos mostrado en nuestra población de niños adoptados, esta prueba es positiva en un número no despreciable.

Esto puede explicarse porque el protocolo se divulgó en nuestra comunidad

a finales del año 2000 y muchos de los niños adoptados lo fueron anteriormente. Sin embargo es importante, pues la omisión de determinadas analíticas o la equivocada interpretación de los resultados constituyen la primera causa de error diagnóstico. Hostetter vio que había un 63% de diagnósticos insospechados y la mayoría detectados exclusivamente por análisis básicos; y la mitad hubieran dado secuelas a largo plazo de no corregirse<sup>6,7</sup>.

### **Informes preadoptivos**

El dato más significativo es que disponían de informes preadoptivos un número muy escaso de adopciones y si disponían de ellos tenían muchas carencias. Esto coincide con otros trabajos<sup>8</sup>. Un total del 7,7% de familias sabía que había antecedentes maternos de alcoholismo. Sin embargo, 373 no conocían el antecedente, por lo cual el número podría ser mayor. De ellos, hay problemas de comportamiento o de desarrollo en el 43%. Lo mismo ocurre con el 4% de antecedentes de ETS, que contaba con 330 casos desconocidos.

El peso al nacimiento resulta desconocido en 269 niños. Aun así, de los 138 restantes, entre prematuros menores de 2.500 g y bajo peso para la edad gestacional hay 38 casos (27%). Es posible

que al ser un dato muy influyente en el futuro de los bebés, en el país de origen sólo se diera información de los casos patológicos, suponiéndose el resto de casos con parto normal. En cualquier caso, si consideramos de riesgo a niños con un peso menor de 2.000 g, el porcentaje disminuiría al 6,1%, lo cual coincide con la tasa de prematuros menores de 36 semanas en el año 2000 en nuestra comunidad, que fue de 6,8%.

En suma, de los 54 casos con informe preadoptivo de retraso intelectual o neurológico grave, sólo 18 (8%) tuvieron alguno de los aspectos investigados patológicos a su llegada, siendo la hiperactividad el problema más detectado. Esto coincide con Albers y Johnson<sup>9</sup>, que comparan informes pre- y postadoptivos y concluyen que coinciden en muy poco: a pesar de oscuros diagnósticos especialmente neurológicos, se vio que ningún niño tenía un problema grave y muchos otros diagnósticos no se confirmaron aunque aparecieron algunos nuevos. Sí hallaron altos porcentajes de retraso del desarrollo motor fino (82%), del lenguaje (59%) y emocional (53%)<sup>9</sup>. La conclusión es que existe una gran carencia de informes y una gran discrepancia entre éstos y la realidad, pero siguen siendo niños de gran riesgo.

Hay algunos trabajos que valoran el estado físico de estos niños al llegar; sin embargo, excepto alguno reciente en España<sup>10</sup> y otro en Francia<sup>11</sup>, casi todos son norteamericanos<sup>8,9,12-14</sup>. Estos estudios difieren enormemente en el porcentaje de afectados aunque no en las patologías. Esa diferencia puede deberse a que los niños son de distinto origen y edad; unos han estado en orfanatos y otros en familias de acogida, y los métodos de estudio han sido variables. Además, algunos se han realizado hace 20 años y la situación del país "donante" en algunos casos era de catástrofe (guerras, inundaciones, dictaduras, epidemia por transmisión de sangre contaminada de forma masiva...) o de enorme pobreza, o las situaciones socioeconómicas o las políticas referentes al cuidado y la cesión de niños abandonados han cambiado.

### **Vacunas**

Nuestros resultados coinciden con Miller<sup>15</sup>, que encuentra cartillas de vacunación en el 54% de los guatemaltecos, y con Albers<sup>9</sup>, en cuyo estudio sólo hay informes vacunales en un 57%; aunque en nuestro estudio los que tienen cartilla vacunal tienen más completas las inmunizaciones. Lo ideal sería comprobar el grado de inmunidad por

la titulación serológica, pero esto no es posible retrospectivamente; y, por otro lado, Hostetter<sup>xvi</sup> y Miller<sup>15</sup> demostraron (aunque sin grupo control) que los títulos de anticuerpos en niños adoptados no correspondían con lo escrito en los informes. En nuestro medio, si hay dudas se repite la vacunación sistemática empezando de cero, y si el informe es creíble se continúa el calendario según la edad.

### **Anemias**

Las anemias tanto ferropénicas como, en menor medida, por hemoglobinopatías u otras son más frecuentes en estos niños. Las prevalencias en niños adoptados oscilan entre el 3,4% de Jenista<sup>17</sup>, hasta más del 30% de varios estudios tanto de Miller<sup>8,12,15</sup> como europeos<sup>10,11</sup>. En nuestro trabajo es del 12%.

### **Parásitos intestinales**

Nuestra incidencia del 18,5% es habitual en otros estudios, en los que varía desde el 1,7% de Oliván<sup>18</sup> o el 3,6% de Johnson<sup>13</sup> hasta el 35% que obtiene Miller<sup>15</sup>. Normalmente, estas parasitaciones parecen lógicas en niños provenientes de instituciones donde hay poca higiene y fácil contagio. Aunque tienen escaso reflejo clínico a corto plazo, se recomienda el análisis de heces (detec-

ción de parásitos en tres muestras sucesivas).

### **Hepatitis B**

El 50% de los rumanos adoptados en 1990 estaba infectado por transmisión horizontal<sup>4</sup> y en otros países de Europa del Este, África y Asia el contagio también era frecuente<sup>9,13,17</sup>. Actualmente, en muchos países se vacuna a los recién nacidos y la infección está presente en menor número. En los últimos estudios de Miller<sup>15</sup> con niños rumanos y chinos aparece en un 6-9% de los casos y con latinoamericanos no se encuentra a ningún niño infectado; Sonego halla un 16,2% en niños africanos<sup>10</sup> y Oliván<sup>18</sup> tan sólo un 3,3% con niñas chinas, cifra cercana a la nuestra de un 4%.

Aun así, la tasa de prevalencia de la hepatitis B en la población general del País Vasco en el año 2000 fue sólo del 1,22/100.000<sup>19</sup>, por lo cual las prevalencias halladas obligan a realizar este examen al llegar y a asegurarse de que los familiares están vacunados.

### **Lúes**

La incidencia es extremadamente baja en todos los estudios excepto en los africanos, que es del 5,4%<sup>11</sup>, y en países de la antigua URSS<sup>9</sup>, pero al ser una en-

fermedad tratable es recomendable investigarla siempre.

### **Infección por el VIH**

Apenas ha habido casos en niños adoptados excepto en Rumanía en la época de Ceaucescu. Tal vez fallecen antes de llegar o probablemente los excluyen de las listas de candidatos para adopción.

En nuestro estudio apareció una serología positiva al año de estar aquí pero telefonados todos los hospitales de la zona, no tienen referencia de este posible caso, por lo cual pensamos que se trata de un error. Sin embargo, siguen teniendo altas tasas en zonas de Tailandia, India y África<sup>20</sup>, y dado que el tratamiento mejora e impide complicaciones, es fundamental su investigación.

### **Tuberculosis**

La infección tuberculosa en los países de procedencia es más frecuente que en las sociedades occidentales; la tasa en menores de 14 años, en el año 2000, según Salud Pública del País Vasco fue de 2,84/100.000<sup>19</sup> y las prevalencias en otros estudios con menores adoptados oscilaban aproximadamente entre 2-8%<sup>6-9,12-16</sup>, rango en el que se incluye nuestra muestra con un 5,5%. Por eso, tanto en niños adoptados como en inmigrantes se recomienda realizar el Mantoux y se deja-

rá la realización de la radiografía de tórax para los casos en que la sintomatología lo indique.

### **Malnutrición, crecimiento**

Además de estar presentes en un alto porcentaje de los niños adoptados internacionalmente tanto la malnutrición como el retraso de crecimiento, hay asociación negativa del Z score de las tallas con el tiempo de orfanato (carencias físicas y afectivo-sociales) y correlación directa entre el retraso del peso, la talla y el perímetro craneal con el retraso psicomotor según ha quedado ampliamente demostrado<sup>18,21</sup>. En cualquier caso, los estudios a medio plazo demuestran que la recuperación es total física, mental y en problemas de comportamiento si la malnutrición no era muy grave y la adopción fue antes de los 6 meses y muy buena si fue antes de los 4-6 años<sup>11,14,22-26</sup>.

En nuestro estudio aparece un 9% de malnutridos, dato considerable pero inferior a los de otros trabajos. Asimismo, nuestros resultados para los Z scores de peso y talla han sido muy favorables, estando la media al llegar en valores bajos pero dentro de 1 DE.

La explicación puede ser que hemos definido malnutrición como una IMC menor de -2 DE pero también que las condiciones de alimentación y afectivi-

dad en que viven actualmente estos niños en determinados países de origen han mejorado. Esto, unido a que los perímetros craneales casi en su totalidad estaban dentro de percentiles y a que la edad media del grupo era de 2 años, ha podido contribuir a la buena recuperación de peso y talla obtenidos al año de vivir entre nosotros.

### **Desarrollo psicomotor**

Nuestros resultados (8% de retraso motor y 19% del lenguaje) han sido peores que en la población general, pero mejores que los de casi todos los trabajos publicados<sup>6,9,14,17,22</sup>, aunque teniendo en cuenta que sus cifras de prevalencia varían entre el 5-75%. La razón de este amplio rango tal vez sea que valorar el desarrollo psicomotor y del lenguaje en niños adoptados a su llegada no es fácil: no hay pruebas de desarrollo formales para una población que, en muchas ocasiones, no habla nuestro idioma, no ha recibido aprendizaje básico ni estímulos de ningún tipo, no tiene fuerza muscular y/o carece de estabilidad emocional para llevar a cabo un examen formal a su llegada. Todo esto puede llegar a hacer pensar en un falso retraso del desarrollo. Nosotros hemos confiado en el test Haizea Llevant y en la experiencia de nuestros pediatras ya que



aunque le puede faltar precisión, sí detecta los signos de alarma en el desarrollo psicomotor. Por otro lado, insistimos en que nuestro trabajo incluye a todos los niños adoptados y no sólo a los que van a un especialista.

Al igual que en el plano físico y la malnutrición, los niños tienen una buena recuperación al año. Los pacientes claramente retrasados fueron enviados al especialista.

Hay que destacar de nuevo que entre los informados como prematuros hemos encontrado posteriormente una gran parte de los problemas de desarrollo y comportamiento.

### **Retraso del lenguaje**

Hasta el momento, la US Preventive Services Task Force no ha incluido la adopción como factor de riesgo para el retraso del lenguaje pues no hay estrategias de detección en poblaciones especiales. Pero, lo que es más importante, concluye que no hay datos suficientes para manifestarse a favor o en contra del uso sistemático de pruebas formales breves para detectar los retrasos del lenguaje en niños menores 5 años en el ámbito de la asistencia primaria<sup>25</sup>.

La prevalencia de los retrasos del lenguaje varía entre el 2,3-19% en menores de 5 años<sup>26</sup>. Según estos datos, nuestras

cifras serían iguales o inferiores a las de la población general, resultado que muestra lo dificultoso de esta valoración.

El porcentaje hallado de alteraciones auditivas es algo inferior al 3% que obtienen en otros estudios<sup>6,10</sup>, pequeño para ser el causante de un retraso del lenguaje pero suficiente para pensar en este posible diagnóstico debido a la prematuridad, los antecedentes familiares u otitis mal tratadas.

### **Desarrollo emocional y comportamiento**

En situación de orfanato, o incluso tras pasar por casas de acogida, los niños adoptados no han podido crear relaciones intensas y prolongadas, no tienen un referente claro, ni el sentimiento de ser importantes para nadie. Esto puede causar baja autoestima y lo que en psicología se denomina "trastorno de apego" y "falta de vínculo".

Según algunos autores<sup>27,28</sup>, el orfanato, incluso sólo durante los dos primeros años de vida, podría ocasionar graves efectos a largo plazo sobre el comportamiento social y afectivo, como problemas de sueño, enuresis o encopresis, conductas de autoestimulación y autoagresión, tendencia a las rabietas, falta de amigos íntimos y querencia por los adultos, hiperactividad, agresividad o

conducta antisocial, llegando a patrones pseudoautísticos<sup>29</sup>. Pero éste es un tema muy controvertido y otros lo desmienten. Incluso algunos resultados paradójicos de estos trabajos mostraban más alteraciones en niños adoptados antes de los seis meses de edad que en adoptados mayores.

Por otro lado, en una encuesta realizada a padres de niños adoptados y a sus médicos, mientras que los primeros vieron problemas sólo en un 9% de los niños, los pediatras los señalaron en el 22%. Esto nos llevó a estudiar el problema con la visión del pediatra y de los padres. Nuestras respuestas han obtenido buenos resultados en cuanto al sueño, el control de esfínteres y la alimentación, pero no tan buenos, como ya hemos dicho, en cuanto al comportamiento hiperactivo (un 18% en la primera visita y un 13% al año), o retraído (18 y 7% respectivamente).

La prevalencia del TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) estimada varía según los países, las escalas para orientar el diagnóstico, los cambios sucesivos de los criterios diagnósticos y la influencia de factores culturales y del nivel socioeconómico. Nuestra encuesta no estudiaba la presencia formal del TDAH sino que simplemente preguntaba a padres y pediatras sobre la observación en

sus hijos de "comportamiento" hiperactivo. Y, según esto, nuestras estimaciones superarían la prevalencia en población general de Europa (2-5%)<sup>30</sup> y EE. UU. (4-12%)<sup>31</sup>, aunque no tanto a las de Latinoamérica (16%)<sup>32</sup>.

En conjunto, es una observación repetida que se mantiene al año más de lo deseable. Sería recomendable estudiar más profundamente este trastorno en niños adoptados y tenerlo presente a la hora de evaluarlos para poder ofrecer un correcto tratamiento.

La mayoría de los problemas emocionales se corrigen con el tiempo aunque siempre con la premisa de cuanto antes ocurra la adopción, menor la patología; también aquí la barrera se sitúa en los 5-6 años<sup>33</sup>.

En conclusión, los niños adoptados entre 1997 y 2004 en el País Vasco y Navarra presentaron, en general, alteraciones físicas o psicológicas poco graves y que en su mayoría desaparecen o aminoran al año de edad. Su grado de adaptación social al año es bueno y el grado de satisfacción de los padres es altísimo. Sin embargo, sí existe un pequeño número de niños con patologías graves de los cuales algunos presentaban un informe preadoptivo negativo que resultó ser cierto y parece haber un porcentaje mayor que en la población general tanto de niños con "com-

portamiento" hiperactivo como de posibles retrasos del lenguaje; ambos temas deberán ser estudiados profundamente en el futuro. Parece tener importancia en nuestros resultados el haber tomado una muestra de niños que van al pediatra general y no a un especialista concreto. Hubiera sido útil tener un grupo control pero, al no haberlo, queda en el aire la pregunta de si a los niños adoptados, por el hecho de serlo y de ser tan deseados, se les mira meticulosamente cualquier patología.

En nuestra opinión, los pediatras de Atención Primaria son los indicados para

detectar los problemas y hacer un seguimiento coordinado de los niños enviando a los que lo precisen a los especialistas. Sin embargo, resulta imprescindible realizar una mejor difusión de los protocolos de control y seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional, pues en demasiados casos faltan exploraciones importantes.

### Agradecimientos

A las Diputaciones Forales, a las familias y a los pediatras del País Vasco y Navarra, especialmente a R. Ugarte Libano.

---

### Bibliografía

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. Adopciones Internacionales 1997-2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Disponible en [www.mtas.es](http://www.mtas.es)

2. Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal). Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2004. Disponible en [www.aepap.org/crecorbegozo.htm](http://www.aepap.org/crecorbegozo.htm)

3. Góngora M, Lorenzo MA. La adopción internacional en España. Período 1995-1999. Experiencias de ADECOP. Alicante: ADECOP; 2000.

4. De Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr.* 1996;64:650-8.

5. De Aranzabal M, Cortés A, Fumadó V, García M, Hernández A, Lirio J, Oliván G, Núñez A. Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CO-RA; 2005. Disponible en [www.coraenlared.org/contenido/salud.htm](http://www.coraenlared.org/contenido/salud.htm)

6. Hostetter M, Iverson S, Dole K, Johnson D. Unsuspected infectious diseases and other medical diagnoses in the evaluation of internationally adopted children. *Pediatrics.* 1989;4:559-64.

7. Hostetter M, Iverson S, Thomas W, Mckenzie D, Dole K, Johnson D. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Eng J Med.* 1991; 325:479-85.

8. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics*. 2005;115:e710-5.
9. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe: comparison with preadoptive medical records. *JAMA*. 1997;278:922-4.
10. Sonogo M, García J, Pereira J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:489-91.
11. Bureau JJ, Maurice C, Brémond M, Despert F, Rolland JC. L'enfant adopté d'origine étrangère en France. Analyse de 68 observations sur 12 ans au CHU de Tours. *Arch Pediatr*. 1999;6:1053-8.
12. Miller L, Kiernan M, Mathers M, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:40-5.
13. Johnson D, Traister M, Iverson S, Dole K, Hostetter M, Miller L. Health status of US adopted chinese orphans. *Pediatric Research*. 1996;39:793.
14. Smith-García T, Brown J. Health of children adopted from India. *J Community Health*. 1989;14:227-41.
15. Miller L. Internationally adopted children immigration Status. *Pediatrics*. 1999;103:1078.
16. Hostetter M, Johnson D. Immunization status of adoptees from China, Russia, and Eastern Europe. *Pediatric Res*. 1998;43:147a.
17. Jenista J, Chapman D. Medical problems of foreign-born adopted children. *Am J Dis Child*. 1987;141:298-302.
18. Oliván Gonzalvo G. Estado de salud de niños adoptados en China. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:37-45. Disponible en [www.pap.es](http://www.pap.es)
19. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Informe de Salud Pública 2001. Vitoria: Gobierno Vasco; 2002. [comunicación personal].
20. UNAIDS. Informe 2006 sobre la epidemia mundial de sida. [Consultado el 15/07/2007]. Disponible en [www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/2006-GR\\_es.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp)
21. Voos LD, Mulligan J, Betts PR. Short stature at school entry. An index of social deprivation? *Child Care Health Development*. 1998;24:145-56.
22. Rutter M, The English and Romanian Adoptees Study Team. Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. *J Child Psychiat*. 1998;39:465-76.
23. Mitchell SA, Jenista JA. Health care of the internationally adopted child. Part 2: chronic care and long term medical issues. *J Pediatr Health Care*. 1997;11:117-26.
24. Johnson D. Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatric Ann*. 2000;29:234-41.
25. Grady M, Calonge N. Detección de los retrasos de la fonación y el lenguaje en los niños preescolares: recomendaciones. *Pediatrics* (ed. esp.). 2006;61:95-9.
26. Nelson HD, Nygren P, Walter M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. Disponible en [www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm)
27. Frank DA, Klass PE, Felton E. Infants and young children in orphanages: one view from paediatrics and child psychiatry. *Pediatrics*. 1996;97:569-78.
28. Verhulst F, Althaus M, Versluis-Den Bieman H. Problem behaviour in international adoptees: I. an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;29:94-103.
29. Rutter M, ERA Study Team. Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *J Child Psychol Psychiatr*. 1999;40:537-49.
30. Ralston SJ, Lorenzo MJM, The ADORE Study Group. ADORE-Attention-Deficit Hyperac-

tivity Disorder Observational Research in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;42 (Suppl 1):S36-42.

**31.** Committee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Quality Improvement and Subcommittee on Guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000;105:1158-70.

**32.** Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*. 2005;40:716-22.

**33.** Verhulst F, Althaus M, Versluis-Den Bieman H. Problem Behavior in International Adoptees: II. Age at placement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:104-11.

