

## Adopción internacional: manejo en la postadopción

Fecha de la última revisión: 28/05/2016

### ¿De qué hablamos?

Las tendencias globales de la adopción internacional están cambiando y hay que analizar sus causas.

La adopción internacional presenta unas características especiales que hace necesario un abordaje singular desde el punto de vista sanitario. Por ello es necesario que los profesionales que prestan una atención directa a los niños adoptados dispongan de instrumentos técnicos que les permitan afrontar su trabajo con garantía.

Todos los niños procedentes de adopción internacional tienen el antecedente de haber estado expuestos a potenciales factores de riesgo para la salud, por lo que la mayoría de los problemas de salud física, del neurodesarrollo y de adaptación social que presentan a su llegada, o que puedan surgir en el futuro, van a ser consecuencia de la exposición a dichos factores.

La evaluación médica inicial no debe demorarse más de 15 días y lo ideal es que se realice en los 3 primeros días tras la llegada. Hay que tener presente que las enfermedades infecciosas representan la mayor parte de los problemas médicos observados y existe la posibilidad de transmisión a los miembros de la familia adoptante o de la comunidad. Además, el fracaso en la identificación e intervención precoz de sus problemas de salud no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades de adaptación e integración en la nueva unidad familiar. Es recomendable que la evaluación inicial y el seguimiento longitudinal sean realizados por pediatras especializados en medicina de la adopción internacional.

Muchas de las pruebas de cribado de laboratorio recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero van a depender del país de origen, de la existencia de informes médicos previos, de la edad, del examen físico y de los signos o síntomas clínicos que presente. Sin embargo, hay una serie de pruebas que se deben realizar con independencia de que hayan sido efectuadas en el país de origen y con resultados normales o negativos.

La adopción internacional ha demostrado ser muy satisfactoria como medio para proteger el bienestar y el desarrollo físico, psicológico y emocional del menor. La mayoría de los problemas de salud física y mental con que llegan los niños adoptados en el extranjero se han solucionado o recuperado en los tres primeros años de convivencia con la familia adoptiva. De cualquier forma, hay que tener presente que un porcentaje nada despreciable de estos niños presenta problemas de salud física, trastornos del neurodesarrollo y/o psicopatológicos importantes. En unos casos observados desde su llegada y que no se solucionan con el tiempo, mientras que en otros se manifiestan durante su seguimiento. Por ello es necesario saber cuando hay que derivar a subespecialistas pediátricos, servicios especializados de estimulación temprana y servicios de intervención psicosocial diagnóstico-terapéutica.

### ¿Cómo evoluciona la adopción internacional en España y en el mundo?

Tras casi una década de incrementos exponenciales en las adopciones internacionales, las tendencias generales en los últimos años muestran una disminución generalizada de la adopción internacional en todo el mundo. En concreto, desde 2008, en España han descendido un 74% y en el conjunto de los principales países de acogida un 43%.

Las principales razones del descenso de las adopciones internacionales han sido:

- La mayoría de los países de origen han cambiado su política social y la legislación respecto a las adopciones: unos limitando el perfil de los padres adoptivos extranjeros y apoyando la adopción nacional, y otros han puesto fin a las adopciones extranjeras.
- Las autoridades de los países de acogida también han suspendido o limitado las adopciones con algunos de los países de origen hasta que haya garantías de que el proceso se realiza correctamente.
- El perfil de los niños adoptables ha cambiado. Los países de origen están asignando para adopción un mayor número de niños con problemas importantes de salud física o mental, y la mayoría de las familias adoptantes no solicitan o no son idóneas para la adopción de niños con necesidades especiales.
- El impacto de la crisis económica de los últimos siete años ha impedido a algunos futuros padres adoptivos involucrarse en un proceso que es costoso.
- Las dificultades actuales de la adopción internacional y los largos tiempos de espera ha provocado que algunas familias recurran a métodos de procreación médicamente asistida y a madres de alquiler extranjeras.

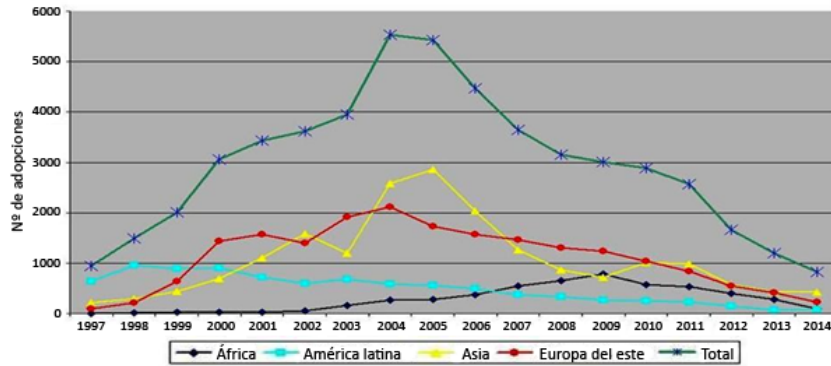
Tabla 1. Adopciones internacionales en España durante el periodo 1997-2014. (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

	1997-2002	2003-2008	2009-2014	Totales	%Total
<b>África</b>	153	2.284	2.679	5.116	9,67
<b>América latina</b>	4.706	3.023	1.029	8.758	16,56
<b>Asia</b>	4.330	10.800	4.143	19.273	36,44
<b>Europa del este</b>	5.361	10.084	4.303	19.748	37,33
<b>Total</b>	<b>14.550</b>	<b>26.191</b>	<b>12.154</b>	<b>52.895</b>	<b>100,00</b>

Rusia, China, Etiopía y Colombia suponen el 80,5% del total de niños adoptados en España durante el período 1997-2014.

Rusia, China, Etiopía y Colombia suponen el 75,1% del total de niños adoptados en España durante el período 2009-2014.

Vietnam (6,1%), Filipinas (3,2%), y Kazajstan (2,8%) suponen el 12,1% del total de niños adoptados en España durante el período 2009-2014.



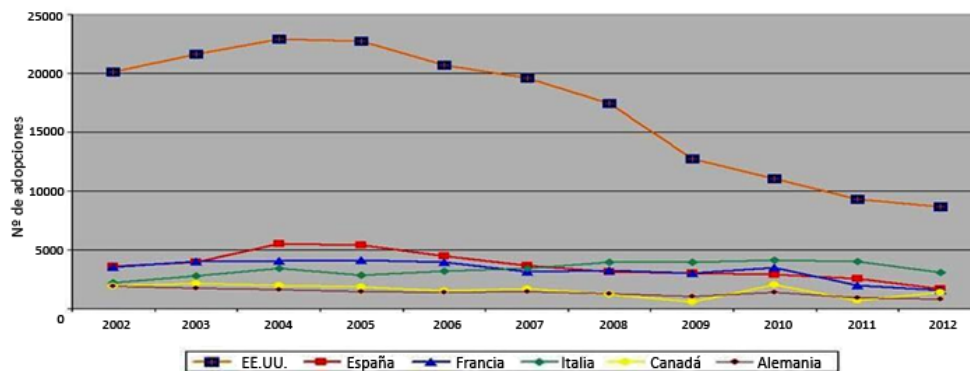
**Evolución de las adopciones internacionales en España: período 1997-2014**

Tabla 2. Adopciones internacionales en los principales países de acogida (2002-2012). (Fuente: Centro Internacional de Referencia para los Derechos del Niño Privado de Familia: SSI/CIR)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Totales
EE.UU.	20.099	21.616	22.884	22.728	20.679	19.613	17.433	12.753	11.058	9.319	8.668	186.850
España	3.625	3.951	5.541	5.423	4.472	3.648	3.156	3.006	2.891	2.560	1.669	39.942
Francia	3.551	3.995	4.079	4.136	3.977	3.162	3.271	3.017	3.504	1.995	1.569	36.256
Italia	2.225	2.772	3.402	2.874	3.188	3.420	3.977	3.964	4.130	4.022	3.106	37.080
Canadá	1.926	2.180	1.955	1.871	1.535	1.712	1.208	605	2.006	694	1.367	17.059
Alemania	1.919	1.720	1.632	1.453	1.388	1.432	1.251	1.025	1.412	934	801	14.967
Países bajos	1.130	1.154	1.307	1.185	816	782	767	682	705	528	488	9.544
Suecia	1.107	1.046	1.109	1.083	879	800	793	912	655	538	466	9.388
Suiza	558	722	658	452	455	394	497	444	301	471	314	5.266
Noruega	747	714	706	582	448	426	304	344	353	297	231	5.152
Dinamarca	609	522	527	586	448	429	395	498	419	338	219	4.990
Australia	561	472	502	585	576	568	440	441	222	215	149	4.731
<b>Totales</b>	<b>38.057</b>	<b>40.864</b>	<b>44.302</b>	<b>42.958</b>	<b>38.861</b>	<b>36.386</b>	<b>33.492</b>	<b>27.691</b>	<b>27.656</b>	<b>21.911</b>	<b>19.047</b>	<b>371.225</b>

China, Etiopía, Rusia, Colombia, Corea del sur, Ucrania, República democrática del Congo, Filipinas, India y Bulgaria son los 10 principales países de origen de los niños adoptados en el período 2010-2012.

España es el tercer país del mundo en número de adopciones internacionales durante el período 2010-2012, y el segundo durante el período 2002-2012.



**Evolución de las adopciones internacionales en los 6 principales países de acogida: período 2002-2012**

**¿Cuáles son las evaluaciones médicas recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero?**

(Cilleruelo MJ, 2008; CORA, 2008; Eckerle JK, 2013; Hayes P, 2013; Jones VF, 2012; Oliván Gonzalvo G, 2005; Oliván Gonzalvo G, 2014; Palacios J, 2011)

**1. Evaluación del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal.** Se debe determinar el peso, la longitud/talla y el perímetro cefálico, y debe calcularse el índice de masa corporal. Es preciso usar gráficas de crecimiento estandarizadas (de la Organización Mundial de la Salud [OMS] o del país adoptante) o, en el caso de que existan, las propias de la etnia o país de origen. Si las medidas de los parámetros antropométricos se encuentran dentro de los estándares de referencia de la OMS o del país adoptante, entonces son apropiadas. Si el niño no está dentro de la curva y no se observa en los 6 primeros meses un crecimiento recuperador (incremento superior a +0,5 DE) debe ser evaluado para descartar otros problemas médicos, especialmente en los niños adoptados por debajo del año de edad. En los adoptados por encima del año de edad, y dependiendo del grado de retraso de crecimiento previamente existente

(que es proporcional al tiempo de permanencia en el orfanato, estimándose un retraso de la talla/edad de 1 mes por cada 3-5 meses de estancia en el orfanato), el crecimiento recuperador de la talla y del perímetro cefálico puede tardar más tiempo. Existe una alta correlación entre el retraso de peso, talla y perímetro cefálico y la existencia de problemas médicos (cuanto más bajo son el peso, talla y perímetro cefálico, se observan más problemas médicos y más severos). El normal crecimiento de la cabeza en los primeros 3 años de vida es un buen indicador de un normal crecimiento y desarrollo del cerebro. Existe una alta correlación entre la presencia de microcefalia y la existencia de problemas neurológicos o discapacidad intelectual. Además, el perímetro craneal es un indicador inespecífico de malnutrición intrauterina y durante la primera infancia. Por tanto, su crecimiento recuperador es un dato favorable de la ulterior evolución del desarrollo psicomotor. Al valorar el estado de nutrición hay que investigar si existen problemas o intolerancias con la alimentación. En el cribado del raquitismo, además de las pruebas bioquímicas de laboratorio, es preciso el estudio radiológico de la rodilla/muñeca. Al evaluar el desarrollo puberal (estadios de Tanner) hay que tener presente cómo es la evolución del desarrollo puberal del país de origen con el fin de evitar diagnósticos erróneos de pubertad temprana o precoz.

**2. Evaluación del desarrollo psicomotor** (examen de desarrollo de Denver/Haizea-Llevant/Battelle, en menores de 6 años). Estas pruebas valoran el nivel de desarrollo de la motricidad (gruesa o postural y fina o manipulativa), de la comunicación (lenguaje) y psicológico (adaptación personal y social, desarrollo cognitivo), es decir, el nivel de desarrollo general o global del niño. Debe realizarse en los primeros 1-2 meses tras su llegada y repetirlo a los 6 meses, momento en que será más representativo del nivel del niño. En esta segunda evaluación, si el niño muestra un retraso mayor al retraso transicional esperado (se estima que por cada 3-4 meses de estancia en un orfanato se produce un retraso del desarrollo psicomotor de 1 mes) o no se ha producido una mejoría en el área o áreas retrasadas (los problemas motores son los primeros en resolverse), especialmente si tiene más de 1 año o si existe ansiedad parental, debe remitirse a un servicio de estimulación temprana. En la mayoría de los casos el retraso psicomotor, tras la estimulación adecuada, se recupera en 1-2 años. Existe una alta correlación entre el retraso de desarrollo psicomotor, especialmente el motórico grueso y fino, y el retraso de peso, talla y perímetro cefálico (cuanto más severo es el retraso psicomotor, más bajos son el peso, la talla y el perímetro cefálico). Existe también una alta correlación entre la presencia de problemas médicos serios y el retraso de desarrollo psicomotor (cuanto más problemas médicos y más severos, mayor es el grado de retraso motor grueso y fino, cognitivo y del lenguaje, y por lo tanto, más bajos son el peso, la talla y el perímetro cefálico). La presencia de un retraso evidente del desarrollo psicomotor, especialmente si se asocia microcefalia, obliga a realizar estudio serológico para descartar infección congénita por rubéola, toxoplasmosis, sífilis, citomegalovirus, etc. La asociación de macrocefalia, obliga a descartar infección congénita por toxoplasmosis y sobre todo hipotiroidismo. A la hora de evaluar el desarrollo psicomotor hay que tener presente la confirmación o la sospecha de que el niño fue prematuro.

**3. Evaluación del estado de inmunización.** Se deben revisar las vacunaciones administradas en el país de origen (certificación oficial) y adecuarlas a las del calendario vigente de la comunidad adoptiva y de acuerdo con la edad del niño. Se sabe que los niños adoptados de países extranjeros que aportan un registro de inmunizaciones tienen una protección vacunal global mayor que los que no lo aportan. También se ha observado que los niños adoptados de países de Europa del este, Latinoamérica y Vietnam son los que tienen una mejor protección vacunal global. No obstante, el tener un registro de inmunizaciones no asegura la protección para cada antígeno en particular. Entre las posibles explicaciones se han señalado la administración de vacunas no inmunogénicas por estar caducadas o no haber sido conservadas y manipuladas adecuadamente, la administración de vacunas con unos intervalos recomendados inapropiados, una documentación de las inmunizaciones administradas incorrecta o intencionalmente falsificada para dar la impresión de que el niño ha recibido un cuidado adecuado, y una respuesta inmunitaria subóptima a todas o algunas de las vacunas administradas atribuible a un deficiente estado de salud. Desde un punto de vista científico, la estrategia razonable sería realizar serologías vacunales en aquellos niños mayores de 18 meses que tienen registradas la administración de al menos 4 dosis de polio, 4 dosis de DTP, 3 dosis de hepatitis B y una dosis de triple vírica en los informes médicos, y vacunar solo a los susceptibles. Desde un punto de vista más práctico y economicista, en los niños mayores de 18 meses con inmunizaciones registradas la estrategia sería administrar una dosis de triple vírica y una dosis de DTPa y continuar el calendario de acuerdo a su edad. En los niños mayores de 18 meses sin registro de inmunizaciones y en los menores de 18 meses, se les aplicará el calendario de vacunación acelerado vigente en su comunidad. 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.

**4. Evaluación de la piel.** Identificando la presencia de enfermedades infecciosas, erupciones o infestaciones (entre las que destacan escabiosis, pediculosis, impétigo, tiñas y molluscum contagiosum), anomalías congénitas (hemangiomas, nevus, manchas mongólicas, etc.) y cicatrices (que pueden ser el resultado de inmunizaciones o abusos previos). Debe realizarse un cuidadoso examen del área ano genital para identificar cualquier anomalía sospechosa de abusos sexuales previos o mutilación genital.

**5. Evaluación de la visión y de la audición.** De especial importancia en niños con el antecedente de prematuridad, exposición prenatal a agentes tóxicos o infecciosos, hipoxia neonatal, malformaciones craneofaciales, historia de otitis frecuentes o que presenten un retraso importante del neurodesarrollo. Debe realizarse en el primer mes tras su llegada por un oftalmólogo y otorrinolaringólogo infantil.

**6. Evaluación de la dentición.** El raquitismo, la malnutrición, el exceso de azúcar en la dieta, la falta de cepillado dental y la ausencia de fluoración del agua de bebida en los orfanatos, dan lugar a problemas en la dentición. Por ello, se debe evaluar la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño posterior de la dentición secundaria. Debe realizarse en los primeros dos meses tras su llegada por un odontólogo infantil.

**7. Evaluación de la edad cronológica.** En algunos países, especialmente India, Nepal, Etiopía y China, a los niños se les suele asignar una fecha de nacimiento que se corresponde con el momento en que fue encontrado tras su abandono, con la fecha de ingreso en el orfanato o con su apariencia física. En los casos en que existan dudas de la edad cronológica, ésta se determinará a través de la edad ósea (radiografía de mano izquierda y atlas de Greulich-Pyle), la edad dental (dentograma, ortopantomografía), la edad de desarrollo psicomotriz (Denver/Haizea-Llevant/Battelle, en menores de 6 años) y la edad de desempeño escolar y madurez social (psicopedagogo). Debe realizarse a la llegada y 12 meses después de la adopción (periodo de transición adecuado para la evaluación formal de la edad cronológica). De esta forma se evitarán diagnósticos erróneos de pubertad temprana y pubertad precoz.

**8. Otras evaluaciones.** Basándonos en la información existente en los informes médicos del país de origen, en los hallazgos de la exploración realizada en la visita inicial y/o en los controles de seguimiento evolutivo, se debe consultar a subespecialistas pediátricos: neurólogo: microcefalia, signos o síntomas neurológicos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso del desarrollo psicomotor con inapropiada recuperación [Nota: *en más del 90% de los informes médicos preadoptivos de los niños procedentes de países de Europa del este y Kazajstán se relatan múltiples diagnósticos neurológicos que sugieren la existencia de problemas o déficits del neurodesarrollo severos y que en la mayoría de los casos no son confirmados en la evaluación médica tras su llegada*]; genetista/dismorfólogo: rasgos craneofaciales dismórficos; gastroenterólogo: historia de dolor abdominal recurrente crónico, crecimiento recuperador inapropiado; infectólogo/hepatólogo: infección crónica por virus de la hepatitis B o C, esplenomegalia o hepatomegalia asintomática; traumatólogo/ortopeda: displasia del desarrollo de la cadera, dismetría de extremidades; radiólogo: raquitismo, sífilis congénita, malformación osteoarticular; endocrinólogo: pubertad temprana/precoz, disfunción tiroidea, talla baja

patológica; cardiólogo: soplo cardíaco, arritmia; nefrólogo/urólogo: historia de infección del tracto urinario y ecografía renal anormal, criptorquidia; neumólogo/alergólogo: asma bronquial; oftalmólogo: estrabismo, disminución de la agudeza visual; ORL: hipertrofia adenoidea con apnea del sueño, hipoacusia; pediatra social: en todos los niños hay que evaluar la presencia de secuelas de maltrato a través de indicadores físicos y comportamentales (ver guía: [Maltrato infantil: indicadores físicos y comportamentales en el menor](#)); psiquiatra/psicólogo: en los niños que manifiesten trastornos de conducta tras 6 meses de su llegada se evaluarán mediante el "Child Behavioral Checklist de Achenbach" (niños entre 4-16 años) y en función del tipo y gravedad de la alteración conductual se requerirá la derivación.

### ¿Cuáles son las pruebas de cribado de laboratorio recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero?

(Cilleruelo MJ, 2008; CORA, 2008; Eckerle JK, 2013; Jones VF, 2012; Oliván Gonzalvo G, 2005; Oliván Gonzalvo G, 2006; Oliván Gonzalvo G, 2008; Piñeiro R, 2012; Raabe VN, 2014; Staat MA, 2011)

- Hematimetría completa (serie roja, blanca y plaquetaria).
- Hierro, transferrina y ferritina séricos.
- Estudio de hemoglobinopatías. Sólo en niños con alteraciones sugestivas en la serie roja y procedentes de zonas de riesgo: talasemias (China, India y sudeste Asiático); drepanocitosis (Caribe, África subsahariana, India, Latinoamérica); déficit glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (África subsahariana).
- Niveles de plomo en sangre venosa. Sólo en niños mayores de 12 meses y menores de 6 años, especialmente en los procedentes de orfanatos o de la calle, con anemia refractaria al tratamiento con hierro (beta-talasemia minor descartada), retraso del neurodesarrollo o trastornos del comportamiento (pica, irritabilidad, hiperactividad).
- Bioquímica de orina con examen microscópico del sedimento.
- Urocultivo. Sólo si existen datos sospechosos de infección.
- Parásitos y huevos en heces (3 muestras, con un intervalo de 48-72 horas entre cada muestra).
- Antígeno de Giardia lamblia y anticuerpo fluorescente directo para Cryptosporidium. Sólo si existe fuerte sospecha clínica y las investigaciones parasitológicas en heces repetidas resultan negativas.
- Coprocultivo (1 muestra). Sólo si existe diarrea con fiebre, especialmente si es sanguinolenta.
- Enzimas hepáticas (GOT, GPT).
- Función renal (urea, creatinina).
- Cribado de raquitismo (calcio, fósforo, fosfatasa alcalina). Determinar 25-OH-colecalciferol y PTH sólo si existe sospecha clínica.
- Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.). Sólo en lactantes menores de 6 meses a los que no se ha realizado cribado neonatal.
- Pruebas de función tiroidea (TSH, T4 libre). En todos los niños mayores de 6 meses con retraso del desarrollo físico y/o psicomotor o con macrocefalia.
- Prueba de tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml 2 UT PPD RT 23). En todos los niños, independientemente de si existe historia de vacunación con BCG (buscar cicatriz vacunal) o si las pruebas de tuberculina en su país fueron negativas. Una historia de vacunación con BCG al nacer no interfiere el resultado de la prueba de tuberculina en los niños mayores de 3 años de edad. En los niños menores de 3 años de edad, la vacunación con BCG puede causar un falso positivo de la prueba de tuberculina. En estos casos, se recomienda el uso de ensayos de liberación de interferón-gamma (IGRA). Si IGRA no están disponibles o cuando los resultados son indeterminados, se recomienda ignorar el antecedente de la vacuna. La lectura se debe realizar a las 48-72 horas. Una induración mayor o igual a 10 mm se considera positiva y sugestiva de infección tuberculosa (independientemente de que haya sido o no vacunado de BCG) e implica realizar estudio radiológico de tórax y terapia preventiva (6 meses con isoniacida si la radiografía de tórax es negativa; 9 meses en niños de alto riesgo, con infección VIH o en los que se sospecha una mala cumplimentación del tratamiento). Si la induración es entre 6-9 mm, repetirla a los 3-6 meses (posibilidad de hacer radiografía de tórax); si no ha sido vacunado de BCG y persiste >5 mm, realizar estudio radiológico de tórax y terapia preventiva. En los niños vacunados recientemente de BCG y en los niños afectados de fallo de medro severo, para descartar la anergia debida a la malnutrición, si la induración es entre 6-9 mm, repetir la prueba a los 6-12 meses. Se recomienda repetir la prueba de tuberculina a los 3-6 meses en los casos con un Mantoux inicial negativo para descartar el periodo de "ventana" o incubación de un posible contagio posterior a la realización de las pruebas en el país de procedencia.
- Serología VIH (anti-VIH 1 y 2 ELISA). Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando la presencia de DNA-VIH por técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) o cultivo viral. Se recomienda evaluar a todos los niños, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y hay que considerar la repetición a los 3-6 meses para descartar el periodo de "ventana" o incubación de un posible contagio posterior a la realización de las serologías en el país de procedencia.
- Serología hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total). Si la serología es positiva, determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y anti-hepatitis delta. Se recomienda evaluar a todos los niños, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y hay que considerar la repetición a los 3-6 meses para descartar el periodo de "ventana" o incubación de un posible contagio posterior a la realización de las serologías en el país de procedencia.
- Serología hepatitis C (anti-HCV EIA). Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando carga viral (VHC-RNA) mediante técnica de PCR. Se recomienda evaluar a todos los niños, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y hay que considerar la repetición a los 3-6 meses para descartar el periodo de "ventana" o incubación de un posible contagio posterior a la realización de las serologías en el país de procedencia.
- Serología hepatitis A (IgM, IgG). En todos los niños procedentes de países con endemicidad alta o intermedia. En cualquier niño con sospecha clínica de infección. En todos los niños previa a la vacunación frente a dicho virus, para conocer si es inmune por haber padecido la enfermedad (alrededor de un 30% son inmunes).
- Serología sífilis (RPR y/o VDRL). Si pruebas reagínicas positivas confirmar con prueba treponémica específica (FTA-ABS IgG). Ésta última se realizará también en todos los niños menores de 1 año en los que exista confirmación o sospecha elevada de que su madre biológica tuvo sífilis. Considerar la repetición de la serología al menos 1 mes tras su llegada si se sospecha abuso sexual, para identificar una posible infección justo antes de la adopción.
- Investigación de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y otras infecciones de transmisión sexual (por técnica de PCR). Sólo si existe historia o hallazgos físicos sugestivos de abuso sexual.
- Investigación de citomegalovirus, herpes virus, rubéola, virus de la coriomeningitis linfocítica y toxoplasmosis (IgM, IgG, cultivo, PCR). Sólo en casos con sospecha clínica (microcefalia, calcificaciones intracraneales, retraso mental, hipoacusia, sordera, coriorretinitis, ceguera y/o convulsiones) con independencia del país de origen. La investigación de citomegalovirus está indicada, aun en casos sin sospecha clínica, cuando la madre adoptante está embarazada.
- Investigación del virus Zika (RNA-PCR). En niños con microcefalia o calcificaciones intracraneales procedentes de Centroamérica, Sudamérica y Caribe.
- Investigación de paludismo (gota gruesa y frotis de sangre periférica, PCR). Sólo en casos con fiebre sin foco, anemia y/o esplenomegalia/hepatomegalia procedentes de India, sudeste de Asia, Etiopía, África subsahariana y zonas de Centroamérica y Sudamérica. En casos asintomáticos procedentes de regiones endémicas con historial previo de esplenomegalia o hepatomegalia deben ser evaluados preferentemente mediante técnica de PCR.

- Investigación de enfermedad de Chagas (*Trypanosoma Cruzi* IgG ELISA o IFI). Sólo en casos con sospecha clínica procedentes de Centroamérica y Sudamérica.
- Investigación de *Strongyloides stercoralis*, *Schistosoma spp*, *Toxocara canis*, *Ancylostoma spp*, *Trichinella spiralis* (detección de anticuerpos). Dependiendo del área geográfica y factores de riesgo, sólo en casos con eosinofilia superior a 450 células/mm<sup>3</sup> y estudio parasitológico de heces negativo.
- Investigación de filariasis (identificación de microfilarias en sangre o piel). Sólo en casos con sospecha clínica procedentes de regiones endémicas (África subsahariana, Sudeste asiático, China, India, Filipinas y áreas focales de América latina [Brasil, Haití y República Dominicana]).
- Investigación de *Helicobacter pylori* (IgG total). Sólo en niños mayores de 2 años procedentes de orfanatos (especialmente de Europa del este) con antecedente o existencia de parasitosis intestinal (especialmente *Giardia lamblia*) y sospecha clínica.
- Serologías vacunales (ver apartado: Evaluación del estado de inmunización).

### ¿Cuáles son los problemas de salud de los niños adoptados en el extranjero que llegan a España?

(Alberola López S, 2008; Caverro-Roig L, 2015; Cilleruelo MJ, 2008; CORA, 2008; De Aranzábal Agudo M, 2007; Lirio Casero J, 2007; Lourenço Nogueira T, 2007; Martínez Ortiz A, 2015; Oliván Gonzalvo G, 2006; Oliván Gonzalvo G, 2007; Oliván Gonzalvo G, 2008; Oliván Gonzalvo G, 2012; Oliván Gonzalvo G, 2014; Palacios J, 2011; Piñeiro R, 2012; Sonogo M, 2002; Soriano-Guillén L, 2010; Tello Martín A, 2012)

#### Problemas de salud con prevalencia >20%:

- Retraso del crecimiento físico (puntuación Z de talla y/o peso entre -2 y -3 DE).
- Retraso del desarrollo psicomotor (puntuación Z del nivel de desarrollo general entre -2 y -3 DE).
- Ferropenia con o sin anemia.
- Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon títulos de anticuerpos protectores.
- Trastornos de comportamiento y adaptación transitorios (alimentación, sueño, actividad motórica).
- Patología dermatológica (xerosis, eczemas, dermatitis atópica, piodermatitis, micosis, escabiosis, molluscum contagiosum, angiomas, hemangiomas, nevus, cicatrices queloides o retráctiles, áreas alopecicas).
- Parasitosis intestinal (prevalencia muy variable según países de procedencia).

#### Problemas de salud con prevalencia entre 11-20%:

- Microcefalia (puntuación Z de perímetro cefálico entre -2 y -3 DE).
- Otros trastornos de comportamiento y adaptación transitorios (estereotipias, atención, concentración, impulsividad, enuresis, apego).
- Infecciones agudas de los sistemas ORL y respiratorio.
- Infección tuberculosa latente.
- Patología ocular refractaria (ametropías) y estrabismo.
- Edad cronológica incierta (especialmente en los procedentes de África).

#### Problemas de salud con prevalencia entre 6-10%:

- Caries y otros daños del esmalte dental.
- Trastornos ortopédicos de las extremidades inferiores (pie plano-valgo/genu varo-valgo, en mayores de 3 años).
- Retraso del crecimiento físico grave (puntuación Z de talla y/o peso inferior a -3 DE).
- Retraso del desarrollo psicomotor grave (puntuación Z del nivel de desarrollo general inferior a -3 DE).
- Hipertrofia adenoidea/amigdalas crónica.
- Ambliopía y patología ocular del segmento anterior.
- Síndrome alcohólico fetal/trastornos del espectro alcohólico fetal (especialmente en los procedentes de Europa del este).
- Eosinofilia.
- Hemoglobinopatías benignas (rasgos talasémico y falciforme, variantes estructurales talasémicas).

#### Problemas de salud con prevalencia entre 1-5%:

- Infección por el virus de la hepatitis B.
- Infección por el virus de la hepatitis A.
- Infecciones bacterianas gastrointestinales/urinarias.
- Asma bronquial.
- Hipoacusia conductiva.
- Plagiocefalia.
- Raquitismo.
- Malformaciones congénitas (secuencia labio leporino/paladar hendido, cardíacas, renales y vías urinarias, genitales, oculares, osteoarticulares, etc.).
- Microcefalia grave (puntuación Z de perímetro cefálico inferior a -3 DE).
- Patología neurológica (parálisis cerebral infantil, epilepsia, hidrocefalia, neurofibromatosis, etc.).
- Patología del nervio óptico y otras neurooftalmopatías.
- Trastornos graves de la conducta y del vínculo.
- Hernia inguinal.
- Alergia o intolerancia alimentaria.
- Hipotiroidismo subclínico.
- Pubertad temprana/pubertad precoz.
- Sobrepeso/obesidad.
- Indicadores físicos de malos tratos.

#### Problemas de salud con prevalencia <1%:

- Hipoacusia neurosensorial.
- Trastornos generalizados del desarrollo/trastornos del espectro autista.
- Discapacidad intelectual.
- Patología endocrinológica (hipotiroidismo clínico, déficit de hormona de crecimiento).
- Anemias hemolíticas congénitas (drepanocitosis, talasemia mayor, esferocitosis).
- Enfermedades infecciosas congénitas o adquiridas:
  - Sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes.
  - Infección por el virus de la hepatitis C.

- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
- Tuberculosis activa.
- Poliomieltitis/tos ferina/sarampión.
- Enfermedades parasitarias (paludismo, enfermedad de Chagas, larva migrans, histoplasmosis, neurocisticercosis, esquistosomiasis, etc.).
- Distrofias musculares (Duchenne, Steinert).
- Plomo sérico elevado/intoxicación por plomo.

### ¿Cómo evolucionan los niños adoptados en el extranjero que llegan a España?

(Abrines N, 2012; Barcons-Castel N, 2011; Berástegui A, 2008; CORA, 2008; Fernández-Mayoralas DM, 2015; Jiménez-Morago JM, 2015; Juffer F, 2011; Loizaga F, 2009; Ochando Perales G, 2008; Oliván Gonzalvo G, 2005; Oliván Gonzalvo G, 2012; Palacios J, 2011; Reinoso M, 2012; Tello Martín A, 2012)

- Existe consenso general de que la evolución del desarrollo físico y psicológico de los niños adoptados es significativamente mejor del observado en los niños que han crecido en ambientes de institucionalización, de acogimiento transitorio, o en sus familias biológicas cuando no están comprometidas en su crianza.
- Respecto a los problemas de salud física, los retrasos del desarrollo físico y psicológico (psicomotor y cognitivo), y los trastornos de adaptación, apego y comportamiento que con mayor frecuencia se detectan a la llegada en los niños adoptados en el extranjero, habitualmente se han solucionado o recuperado tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva. En los casos con retrasos importantes del desarrollo físico o psicológico, su recuperación puede tardar tres o más años, y puede no llegar a ser absoluta. En particular respecto de la recuperación psicológica del área cognitiva, señalar que es dependiente del nivel de retraso que se presentaba a la llegada y que en el 15-20% de los niños no se ha recuperado de forma absoluta tras tres años de seguimiento.
- Hay que señalar que un 5-10% de estos niños presenta desde su llegada o desarrolla en el tiempo serios problemas de salud física o mental difícilmente recuperables o irrecuperables (en muchas ocasiones no detectados, reconocidos o sospechados antes de la adopción), entre los que destacan el síndrome alcohólico fetal/trastornos del espectro alcohólico fetal, enfermedades neurológicas, trastornos neurosensoriales, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual, anomalías congénitas prenatales, infección crónica por los virus de la hepatitis B o C, endocrinopatías y hemoglobinopatías. La existencia de estos problemas puede provocar en algunas familias situaciones de inadaptación o ruptura.
- Respecto a la salud mental de los niños adoptados en el extranjero, los estudios de seguimiento a corto y medio plazo demuestran que:
  - El 75-80% están adecuadamente adaptados, vinculados y no presentan trastornos de salud mental.
  - No se han observado diferencias significativas en la prevalencia de problemas de autoestima respecto de la población general infanto-juvenil.
  - Los adoptados por encima de los 2 años edad que han sufrido situaciones adversas preadoptivas (exposición prenatal al alcohol, prematuridad, abuso, negligencia, malnutrición crónica), y que han vivido en instituciones durante un tiempo prolongado (superior a 6 meses), tienen más riesgo de presentar trastornos de salud mental.
  - Las circunstancias previas a la institucionalización juegan el papel más significativo. A más adversidades acumuladas, mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental.
  - Las derivaciones a servicios de salud mental se deben principalmente por trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y trastornos cognitivos. Los trastornos de adaptación social y del vínculo son poco frecuentes.
  - La prevalencia de los trastornos de conducta es superior a la de los niños no adoptados, pero menor que la observada en los adoptados nacionales.
  - Predominan los trastornos de conducta externalizantes (tipo atención/actividad/desafío) respecto a los internalizantes (tipo ansioso/depresivo).
  - Los trastornos de conducta son más frecuentes y más serios al llegar a la adolescencia.
  - La prevalencia del TDAH es entre 5-8 veces superior a la observada en la población general infanto-juvenil.
  - Los trastornos cognitivos y del lenguaje y los trastornos de adaptación social y del vínculo se observan con más frecuencia entre los que fueron adoptados por encima de los 6-7 años de edad.
- En general, el proceso de la adopción internacional es exitoso y la mayoría de las familias y de los niños lo viven con satisfacción tras un periodo de acoplamiento inicial. Pero esto no quiere decir que dicho proceso esté exento de retos, riesgos y dificultades. En ocasiones esta integración no llega a producirse y la convivencia llega a ser insoportable para los miembros de la familia. Alrededor de un 10% de las familias adoptivas no se adaptan a la nueva situación y entre un 1-2% de las adopciones internacionales se rompen, porcentaje que se triplica cuando el niño era mayor de 6 años en el momento de ser adoptado. En muchos de estos casos han existido fallos en la idoneidad y la formación preadoptiva, o desajustes entre el perfil de la solicitud y el perfil de la asignación. Para evitar o reducir estas dolorosas situaciones es necesario conocer cuando hay que derivar a estas familias a servicios especializados de intervención psicosocial.

### ¿Cuándo es necesario derivar a servicios de intervención psicosocial diagnóstico-terapéutica?

(Berástegui A, 2008; CORA, 2008; Fernández-Mayoralas DM, 2015; Ochando Perales G, 2008; Oliván Gonzalvo G, 2014; Reinoso M, 2012)

#### Quando el niño:

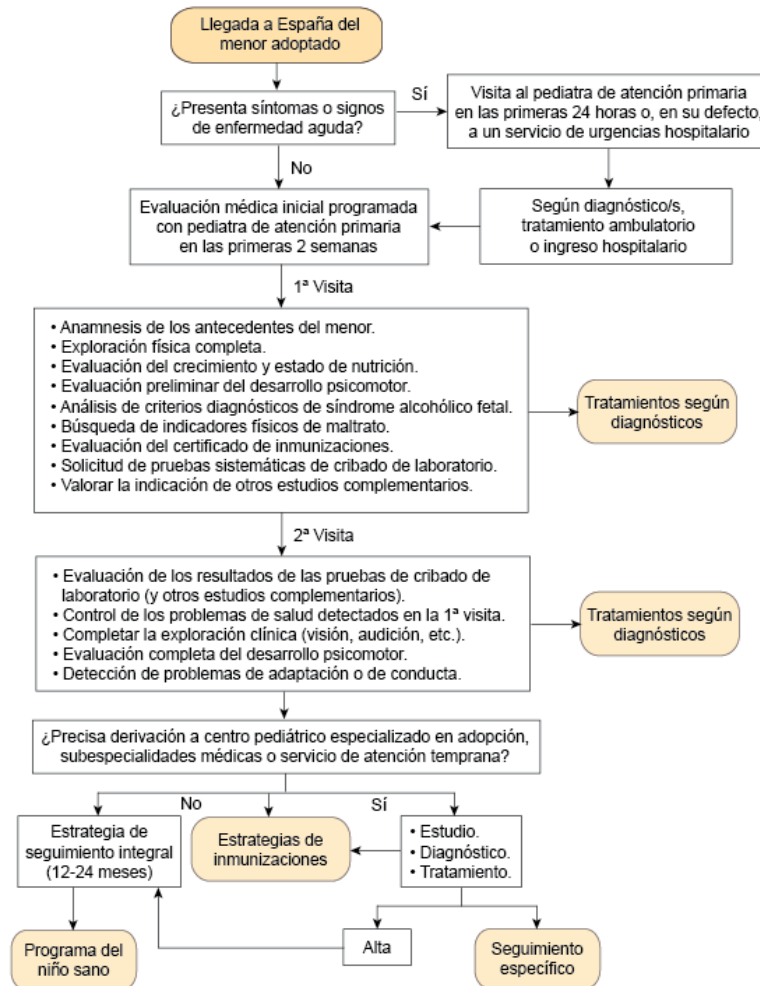
- Presenta tristeza, ansiedad, depresión o aislamiento tras un tiempo de convivencia (más de 6 meses).
- No reconoce a sus padres adoptivos como sus propios padres pasado un tiempo de convivencia (más de 6 meses).
- Presenta dificultades de integración social.
- Presenta dificultades escolares que en el colegio no saben abordar.
- Presenta 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 agrede o asusta gravemente a los padres adoptivos o a otras personas).
- Presenta comportamientos sexuales precoces.
- Presenta comportamientos que a la familia le resultan intolerables o imposibles de afrontar.

#### Quando la familia:

- Siente al niño como un extraño pasado un tiempo de convivencia (más de 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.
- Manifiesta que la vida de sus otros hijos está siendo afectada negativamente por el nuevo hermano y esto le genera ansiedad.

- Manifiesta sentir vergüenza de cómo es o cómo se comporta su hijo.
- No percibe ni relata ningún momento de bienestar o tranquilidad en compañía del niño.
- Pone en marcha respuestas sobrerreactivas frente al niño como insultar, gritar o pegar.
- Presenta serias dificultades para aceptar el crecimiento de su hijo o para separarse de él.
- Se manifiesta desbordada, sin fuerzas o sin ilusión para afrontar la crianza del niño.
- Se muestra incapaz de hablar con el niño sobre la adopción o alguno de sus aspectos.
- Cualquier otra circunstancia que genere sufrimiento a la familia y que no se sepa abordar.

### Algoritmo de manejo en la postadopción internacional



### Postadopción internacional

### Bibliografía

- Abrines N, Barcons N, Marre D, Brun C, Fornieles A, Fumadó V. ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children. *Attach Hum Dev*. 2012;14(4):405-23. PubMed [PMID: 22697472](#)
- Alberola López S, Pérez García I, Andrés de Llano JM. Estado de salud y evolución de un grupo de niños procedentes de adopción internacional. *Bol Pediatr*. 2008;48:116-23.
- Barcons-Castel N, Fornieles-Deu A, Costas-Moragas C. International adoption: assessment of adaptive and maladaptive behavior of adopted minors in Spain. *Span J Psychol*. 2011;14(1):123-32. PubMed [PMID: 21568170](#)
- Berástegui A, Gómez-Bengoechea, B. (Coord.). *Los retos de la postadopción: balance y perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008. [Texto completo](#)
- Cavero-Roig L, Díaz-Conradi A, Negre-Loscertales A, Ferrero-Rosanas A, Salvador-Valle A, Burch-Pinol S, et al. Patología ocular en adopción internacional: importancia de la región de origen. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82(5):293-301. PubMed [PMID: 25488027](#)
- Cilleruelo MJ, De Ory F, Ruiz-Contreras J, González-González R, Mellado MJ, García-Hortelano M, et al. Internationally adopted children: what vaccines should they receive? *Vaccine*. 2008;26(46):5784-90. PubMed [PMID: 18786590](#)
- De Aranzábal Agudo M, Labayru Echevarría M, Ocio Ocio I, Rodríguez Pérez B, Vera de Pedro E, Villate Szigriszt C, et al. La salud de los niños adoptados en el extranjero por familias del país Vasco y Navarra (1997-2004). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:427-47.
- Eckerle JK, Howard CR, John CC. Infections in Internationally Adopted Children. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(2):487-505. [PMID: 23481113](#)
- Fernández-Mayoralas DM, Fernández-Perrone AL, López-Arribas S, Pelaz-Antolín A, Fernández-Jaén A. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y adopción. *Rev Neurol*. 2015;60 Suppl 1:S103-7. PubMed [PMID: 25726813](#)
- Hayes P. International adoption, "early" puberty, and underrecorded age. *Pediatrics*. 2013;131(6):1029-31. PubMed [PMID: 23669524](#). [Texto completo](#)
- Jiménez-Morago JM, León E, Román M. Adversity and Adjustment in Children in Institutions, Family Foster Care, and Adoption. *Span J Psychol*. 2015;18:E45. PubMed [PMID: 26096368](#)

- Jones VF; Committee On Early Childhood, Adoption, And Dependent Care. Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics*. 2012;129(1):e214-23. PubMed [PMID: 22201151](#). [Texto completo](#)
- Lirio Casero J, García Pérez J, Jiménez Jiménez AB, Peñalver Rodríguez C, De la Loma Danilova A, De Ory Machón F. Situación vacunal de niños procedentes de adopción internacional a su llegada a España. *Rev Esp Pediatr*. 2007;63:308-13.
- Loizaga F (director), Louzao I, De Aranzábal M, Labayru M. Adopción internacional: ¿cómo evolucionan los niños, las niñas y sus familias? Indicadores psicológicos y de salud en infancia adoptiva. Bilbao: Mensajero; 2009. [Texto completo](#)
- Lourenço Nogueira T, Gómez Candela C, Loria V, Lirio Casero J, García Pérez J. El estado nutricional de niñas chinas adoptadas en España. *Nutr Hosp*. 2007;22(4):436-46. PubMed [PMID:17650884](#)
- Martínez Ortiz A, Domínguez Pinilla N, Wudineh M, González-Granado LI. Adopción internacional de Etiopía en un período de 5 años. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82(5):302-7. PubMed [PMID: 25047307](#). [Texto completo](#)
- Ochando Perales G, Peris Cancio S, Millán Olmo MC, Loño Capote J. Trastorno de conducta en niños adoptados. *Rev. Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2008;25:25-32.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción en la Federación Rusa y Europa del Este: problemas de salud y recomendaciones médicas. *Rev Ped Aten Primaria*. 2006;8(30):265-81. [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Adopción en Rusia: otro caso de "situs inversus totalis" y cardiopatía congénita. *Acta Pediatr Esp*. 2008;66(11):578. [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Cribado de los valores de plomo en sangre en niños adoptados en Rusia. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(12):476-7. PubMed [PMID: 18405506](#)
- Oliván Gonzalvo G. Dificultades neuropsicológicas en niños adoptados de Rusia: consideraciones etiológicas. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77(1):61-2. PubMed [PMID: 22465388](#). [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. El retraso psicomotor de los niños adoptados en Rusia no está relacionado con el plomo. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69(5):495-6. PubMed [PMID: 19128758](#). [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Estado de salud de niños adoptados en China. *Rev Ped Aten Primaria*. 2006;8(32):605-13. [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Estudio auxológico de niñas adoptadas en China. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(1):88-90. PubMed [PMID: 16945299](#). [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Marcadores serológicos de hepatitis B en niños adoptados de Rusia y Ucrania. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(2):136-9. PubMed [PMID: 18341879](#). [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Medicina y adopción internacional. *JANO, Medicina y Humanidades*. 2005;68(1561):30-8. [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Strabismus in children adopted from Russia and Ukraine. *ResearchGate*. 2007; DOI: 10.13140/2.1.3914.7526. [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Tendencias globales en adopción internacional en los principales países de acogida. 2014 [publicado 20-8-2014]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LTSnq3SLjII>
- Palacios J, Román M, Camacho C. Growth and development in internationally adopted children: extent and timing of recovery after early adversity. *Child Care Health Dev*. 2011;37(2):282-8. PubMed [PMID: 20666780](#)
- Piñeiro R, Mellado MJ, Cilleruelo MJ, García-Ascaso M, Medina-Claros A, García-Hortelano M. Tuberculin skin test in bacille Calmette-Guérin-vaccinated children: how should we interpret the results? *Eur J Pediatr*. 2012;171(11):1625-32. PubMed [PMID: 22752530](#)
- Raabe VN, Sautter C, Chesney M, Eckerle JK, Howard CR, John CC. Hepatitis A screening for internationally adopted children from hepatitis A endemic countries. *Clin Pediatr (Phila)*. 2014;53(1):31-7. PubMed [PMID: 24137028](#)
- Reinoso M, Forns M. Adaptación psicosocial en niños adoptados internacionalmente: percepción personal y parental. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76(5):268-78. PubMed [PMID: 21996353](#). [Texto completo](#)
- Sonogo M, García Pérez J, Pereira Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(13):489-491. PubMed [PMID: 12406396](#). [Texto completo](#)
- Soriano-Guillén L, Corripio R, Labarta JI, Cañete R, Castro-Feijóo L, Espino R, et al. Central precocious puberty in children living in Spain: incidence, prevalence, and influence of adoption and immigration. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(9):4305-13. PubMed [PMID: 20554707](#). [Texto completo](#)
- Staat MA, Rice M, Donauer S, Mukkada S, Holloway M, Cassidy A, et al. Intestinal parasite screening in internationally adopted children: importance of multiple stool specimens. *Pediatrics*. 2011;128(3):e613-22. PubMed [PMID: 21824880](#). [Texto completo](#)

### Más en la red

- CORA 2008: Guía consensuada de Salud en Adopción Internacional. Alberola López S, Berástegui Pedro-Viejo A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, et al. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA, 2008. [Texto completo](#)
- Juffer F, Palacios J, Le Mare L, Sonuga-Barke EJ, Tieman W, Bakermans-Kranenburg MJ, et al. Development of adopted children with histories of early adversity. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2011;76(4):31-61. [Acceder](#)
- Oliván Gonzalvo G. En niño adoptado: Estimulación Temprana e Intervención Diagnóstico-Terapéutica. 2014 [publicado 15-8-2014]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=BEc9S9Uko-E>
- Oliván Gonzalvo G. Pediatría Social: Adopción Internacional, 2016. Disponible en: <http://www.visualcom.es/olivan-pediatra/Adop.html>
- Oliván Gonzalvo G. Pubertad precoz en Adopción Internacional: Factores de riesgo. 2014 [publicado 20-8-2014]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1OmQVfW0yi4>
- Tello Martín A, Samper Villagrana MP (director), Peña Segura J (director). Patología neurológica en los niños adoptados. 22 años de experiencia en la consulta. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina; 2012. [Acceder](#)

### Autor

- Gonzalo Oliván Gonzalvo Médico Especialista en Pediatría

Responsable de los Servicios de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Gobierno de Aragón. Director del Centro de Pediatría y Adopción Internacional, Zaragoza, España.

**Conflicto de intereses:** No disponible.