

Adopción internacional

Adopción en Rusia, Ucrania y Kazajistán: informes médicos, problemas de salud y telemedicina

G. Oliván Gonzalvo

Centro de Pediatría y Adopción Internacional. Zaragoza (España).

INTRODUCCIÓN

En Rusia, Ucrania y Kazajistán hay un gran número de niños institucionalizados debido a las bruscas transformaciones sociopolíticas que han sufrido en la década de los años noventa⁽¹⁾. En la Tabla I se describen los sistemas que más se han transformado y deteriorado, los efectos en el ámbito sociosanitario y las consecuencias provocadas en la población materno-infantil. Este marco sociosanitario, además de otros factores de riesgo que pudieran existir previos a la institucionalización del menor o durante la misma, da lugar a que los niños adoptables de Rusia, Ucrania y Kazajistán tengan un riesgo elevado de presentar problemas de salud física y/o mental. De hecho, alrededor de la mitad de los niños institucionalizados en estos países son asignados para adopción a familias extranjeras debido a que son rechazados para la adopción nacional por sus antecedentes sociofamiliares, prenatales y neonatales o por las características de su estado de salud.

Según datos del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte durante el periodo 2000-2007 las familias españolas han adoptado 8.239 niños originarios de la Federación Rusa, 2.656 de Ucrania y 269 de Kazajistán. Estos 11.164 niños suponen el 84,7% de los adoptados en países de Europa del este y el 33,7% de los adoptados en el extranjero durante dicho periodo de tiempo.

En este artículo se presenta la experiencia del Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza respecto al estudio de los informes médicos pre-adoptivos y la evaluación por telemedicina de los niños institucionalizados en Rusia, Ucrania y Kazajistán que son asignados para adopción, y de los problemas de salud que presentan los adoptados en la evaluación clínica tras su llegada a nuestro país.

INFORMES MÉDICOS PRE-ADAPTIVOS

Se han estudiado 1.112 informes médicos de niños (58,6% varones) institucionalizados en Rusia (89,6%), Ucrania (4,8%) y Kazajistán (5,6%) que fueron asignados para adopción a familias españolas durante el periodo 2000-2008. La edad media [DE] de los niños en el momento de la emisión del informe fue de 27,4 [20,7] meses. Respecto a algunos de los datos que a continuación se presentan hay que indicar que se tratan de porcentajes mínimos, ya que la ausencia de la mención de un dato en el informe médico pre-adoptivo no excluye su existencia.

Motivo de la institucionalización. Renuncia y entrega para adopción en el momento del nacimiento (70,7%); privación de la patria potestad por negligencias y abusos (27,3%); orfandad (2%).

Antecedentes de la madre biológica. Menor de 18 años (5,8%); mayor de 35 años (9,6%); soltera (23%); catalogada como discapacitada psíquica (5,3%); ejerce la prostitución (5,2%); número de gestaciones: 1ª (28,1%), 2ª-3ª (40,5%), 4ª-5ª (20,4%), 6ª-7ª (5,5%), 8ª o más (5,5%); durante la gestación consume alcohol (23,7%), tabaco (11,3%) y drogas intravenosas (3,8%). En la Tabla II se describe el porcentaje de recién nacidos con el antecedente de exposición prenatal a agentes infecciosos.

Parto y periodo neonatal. Parto domiciliario (7%); parto pretérmino (39,7%); puntuación del test de Apgar a los 1/5 minutos inferior o igual a 4/6 (8,6%); recién nacido de bajo peso (44,4%); pequeño para la edad gestacional (28,9%). Entre los diagnósticos que se emitieron en el periodo neonatal destacaron los de índole neurológica (Tabla III). Otros diagnósticos frecuentes fueron: anemia (15,7%), ictericia (12,4%), neumopatía aguda (12,1%) y cardiopatías congénitas (8,1%).

Enfermedades padecidas durante la institucionalización. Destacaron por su frecuencia o relevancia la anemia (24,6%), la dermatitis atópica (20,5%),

las neumonías y bronquitis obstructivas de repetición (18,9%), el raquitismo (18,7%), la infección tuberculosa latente o activa (7,2%) y las infecciones del tracto urinario (4,5%).

Vacunas administradas durante la institucionalización. En el 63% de los informes se describen las vacunas administradas (con las fechas y los números de lote, 27,2%; con o sin la fecha y sin el número de lote, 35,8%), en el 34,3% se relata que está vacunado "como corresponde a su edad", y en el 2,7% restante no hay información al respecto.

Datos antropométricos en el momento de la asignación. La puntuación Z del peso, de la talla y del perímetro cefálico era inferior a -2 DE en el 37,5%, 63,8% y 36,1% de los niños, respectivamente (referencia: estándares de crecimiento infantil de la OMS).

Diagnósticos en el momento de la asignación. Los diagnósticos de índole neurológica fueron los que con mayor frecuencia se formularon (Tabla IV). Otros diagnósticos destacables por su frecuencia o relevancia fueron: anemia (17,2%), dermatitis atópica (12,2%), raquitismo (12%), defectos de refracción ocular (11,5%), estrabismo (10,2%), hipertrofia adenoidea-amigdalara (6,8%), angiomas-hemangiomas cutáneos (4,1%), malformaciones congénitas cardíacas (6,8%; principalmente CIA y CIV), genito-urinarias (3,8%; principalmente duplicación renal, hipospadias y criptorquidia), esqueléticas (3,2%; principalmente luxación congénita de cadera, pie zambo y sindactilia ósea), craneofaciales (2%; principalmente labio leporino-paladar hendido) y del aparato digestivo (0,7%); anticuerpos frente a los virus de la hepatitis C (1,1%) y de la inmunodeficiencia humana (0,3%); infección por los virus de la hepatitis C (0,7%) y de la hepatitis B (0,2%).

EVALUACIÓN PRE-ADAPTIVA POR TELEMEDICINA

Durante el periodo 2000-2008, se han evaluado telemáticamente⁽²⁾ (Fig. 1) 836 niños institucionalizados en Rusia (92,3%), Ucrania (2,2%) y Kazajistán (5,5%) en el momento de su asignación para adopción. El 56,2% eran varones y la edad media [DE] en el momento de su evaluación fue de 26,1 [17,9] meses. En la Tabla V se enumeran los diagnósticos más relevantes de la evaluación pre-adoptiva por telemedicina.

En todos los niños en los que se detectó estrabismo, talla muy baja, raquitismo, malformación esquelética, perímetro cefálico muy bajo, paladar hendido, ptosis palpebral, discapacidad auditiva, ictiosis y otras malformaciones craneofaciales, estos diagnósticos figuraron por escrito en los informes médicos pre-adoptivos. Lo habitual es que se formularan sin más o con una brevísima descripción del tipo o la graduación de su intensidad. El estudio telemático sirvió para su corroboración y para valorar su gravedad o intensidad.

En los que se detectó un retraso grave del desarrollo psicomotor o un trastorno del espectro autista, en todos los informes médicos pre-adoptivos figuraron los diagnósticos de "retraso psicomotor, psicolingüístico, neuropsíquico, intelectual, cognitivo o mental", "consecuencias o secuelas residuales de la encefalopatía orgánica o mixta" o "afección, lesión, alteración, disfunción o insuficiencia del sistema nervioso central o del cerebro", además de otros. Lo que diferenciaba a estos niños del resto (ya que en tres de cada cuatro también figuraban estos "diagnósticos"), es que en el 90% de los primeros el "diagnóstico" se complementaba con alguno de los siguientes adjetivos calificativos: "elevado", "manifiesto", "evidente", "profundo", "intenso", "grave", "quasi-autista" o "grupo de salud mental 4 o 5".

En los que se diagnosticó un síndrome de malformación, en la mitad de los informes médicos pre-adoptivos no se utiliza el epónimo del síndrome para designar el trastorno, sino que se describen una o más de sus manifestaciones.

TABLA I. Consecuencias en la población materno-infantil de Rusia y las ex-repúblicas soviéticas por las transformaciones socio-sanitarias sufridas en la década de los 90.

Transformación y deterioro	Efectos socio-sanitarios	Consecuencias en la población materno-infantil
<ul style="list-style-type: none"> Económico 	Mayores tasas de: <ul style="list-style-type: none"> - Pobreza - Desempleo / Desigualdad social - Falta de higiene - Prostitución - Conductas insalubres 	Mayor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias nutricionales - Enfermedades infecciosas - Tuberculosis, Sífilis - Hepatitis B y C, VIH/SIDA - Alcoholismo / Drogadicción
<ul style="list-style-type: none"> Sanitario 	Precariedad de: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados materno-infantiles - Asistencia primaria - Programas de promoción de la salud - Medicina preventiva 	Mayor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Patología perinatal/neonatal - Morbilidad infantil - Enfermedades crónicas - Discapacidades físicas/mentales
<ul style="list-style-type: none"> Familiar 	Mayores tasas de: <ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad masculina adulta - Divorcios / separaciones - Madres solteras / familias monoparentales - Violencia intrafamiliar 	Mayor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Orfandad - Abandono y malos tratos - Ausencia de hogar
<ul style="list-style-type: none"> Protección a la infancia 	Precariedad de: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de situaciones de riesgo - Trabajo social centrado en la familia o la comunidad 	Mayor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Institucionalización (orfanato)

TABLA II. Antecedentes de exposición prenatal a agentes infecciosos descritos en 1.112 informes médicos pre-adoptivos de Rusia, Ucrania y Kazajistán*.

Agente infeccioso	Porcentaje
Treponema pallidum	11,3
Virus hepatitis C	9,0
Citomegalovirus	4,5
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	2,9
Mycobacterium tuberculosis	2,7
Virus hepatitis B	1,8
Clamidia trachomatis	1,6
Herpes virus	1,4
Trichomona vaginalis	0,7
Toxoplasma gondii	0,5

*Rusia (89,6%), Ucrania (4,8%), Kazajistán (5,6%)

En los que se diagnosticó parálisis cerebral (diplejía o hemiplejía espástica), el término "parálisis cerebral infantil" figuró en el 40% de los informes médicos pre-adoptivos, en otro 40% únicamente se describían los miembros paréticos utilizando los términos "mono, hemi, para o tetra paresia/plejía", en el 10% simplemente se describía la forma de andar o de desplazarse, y en el 10% restante no hubo mención. Indicar que en el 0,7% de los informes médicos pre-adoptivos de los niños evaluados figuraron los términos "hemi, para o tetra paresia" que el estudio telemático no corroboró (tampoco se corroboró en la evaluación clínica a su llegada).

En los que se diagnosticó hidrocefalia, en todos los informes médicos pre-adoptivos figuró el término "síndrome hidrocefálico". Lo que diferenciaba a estos niños del resto (ya que en el 7% también figuraba este "diagnóstico"), es que en los primeros el "diagnóstico" se complementaba con la descripción del perímetro cefálico (puntual o su evolución longitudinal, superior al percentil 97), del tamaño de los ventrículos cerebrales en los estudios ecográficos realizados, o del tipo y estadio evolutivo del trastorno ("hidrocefalia congénita, externa, mixta o benigna", "hidrocefalia subcompensada o compensada").

TABLA III. Diagnósticos neurológicos del periodo neonatal descritos en 1.112 informes médicos pre-adoptivos de Rusia, Ucrania y Kazajistán*.

Diagnóstico	Porcentaje
Encefalopatía perinatal o prenatal	50,7
Afección, lesión, alteración o disfunción perinatal/prenatal del SNC	47,5
Síndrome de hipertensión	18,2
Disfunción, trastorno o alteración motriz	17,2
Hiperexcitabilidad	12,3
Distonia, hipotonía, miotonía o hipertonia	11,5
Síndrome hidrocefálico	10,8
Insuficiencia piramidal	8,7
Alteración o disfunción vegeto-visceral	4,6
Hemorragia periventricular, intraventricular o subaracnoidea	4,3
Tetra o hemi paresia espástica	3,1
Isquemia cerebral	2,8
Retinopatía, angiopatía de retina, atrofia parcial del nervio óptico	2,8
Síndrome alcohólico fetal	2,8
Síndrome convulsivo	2,5
Quistes subependimales	2,5

*Rusia (89,6%), Ucrania (4,8%), Kazajistán (5,5%).

En los que se diagnosticó síndrome alcohólico fetal, el 37% de los informes médico pre-adoptivos no mencionan siquiera el antecedente de consumo de alcohol por la madre durante la gestación. En el 63% restante sí que se señala el antecedente de exposición prenatal al alcohol, pero el diagnóstico de "embriofetopatía alcohólica o síndrome alcohólico del feto" solo aparece en el 38%.

Como casos anecdóticos comentar que en el 0,7% de los informes médicos pre-adoptivos de los niños evaluados se indicaba que "ha tenido embriofetopatía alcohólica, síndrome alcohólico del feto o parálisis cerebral infantil",

TABLA IV. Diagnósticos neurológicos en el momento de la asignación* descritos en 1.112 informes médicos pre-adoptivos de Rusia, Ucrania y Kazajstán.**

Diagnóstico	Porcentaje
• Retraso psicomotor, neuropsíquico, intelectual, cognitivo o mental	70,9
• Retraso del lenguaje	57,6
• Encefalopatía orgánica o mixta (consecuencia o secuela residual)	35,3
• Afección, lesión, alteración, disfunción o insuficiencia del SNC	20,8
• Disfunción, trastorno o alteración motriz	13,3
• Distonía, hipotonía, miotonía o hipertonia	10,2
• Síndrome de hipertensión	9,7
• Síndrome hidrocefálico	7,7
• Insuficiencia piramidal	6,8
• Hiperactividad, déficit de atención o TDHA	5,0
• Angiopatía de retina o atrofia parcial del nervio óptico	5,0
• Trastorno específico mixto del desarrollo psíquico o mental	4,5
• Grupos 4 o 5 de salud mental	4,3
• Mono, hemi, para o tetra paresia/plejía o Parálisis cerebral infantil	3,2
• Disfunción cerebral mínima	2,7
• Dislalia, alalia, afasia, disfemia o disartria	2,7
• Síndrome cerebro asténico o neurótico	2,2
• Epilepsia sintomática o síndrome convulsivo	2,0
• Síndrome alcohólico fetal	1,4
• Quistes subependimales	0,9
• Hipoacusia / disacusia neurosensorial o neurógena	0,7

*Varones, 58,6%; edad media (DE) de 27,4 [20,7] meses.
**Rusia (89,6%), Ucrania (4,8%), Kazajstán (5,5%).

pero que “ahora ya no lo tiene”. El estudio telemático sirvió para corroborar que sí lo tenían. En un caso en el que se detectó una discapacidad visual grave el diagnóstico que figuraba era “miopía”, sin más. Tras solicitar un estudio complementario se corroboró que tenía atrofia de los nervios ópticos y una agudeza visual del 10%.

En cuanto a los diagnósticos clínicos realizados por telemedicina indicar que no difieren de los observados en las evaluaciones clínicas pre-adoptivas realizadas *in situ* por médicos independientes extranjeros en orfanatos de ciu-

dades de Rusia^(3,4), Ucrania^(5,6) y otros países de Europa del este⁽⁶⁾, y en particular respecto al síndrome alcohólico fetal y su frecuencia^(3,4,7).

No nos pronunciamos respecto de las decisiones tomadas por las familias.

PROBLEMAS DE SALUD EN LOS NIÑOS ADOPTADOS

Se han estudiado 388 niños de Rusia (85,3%), Ucrania (11,6%) y Kazajstán (3,1%) que fueron adoptados por familias españolas durante el periodo 2000-2008. El 19,3% no habían sido evaluados por telemedicina en el momento de su asignación para adopción. El 59,3% eran varones y la edad media [DE] en el momento de la evaluación clínica tras su llegada fue de 32,8 [21,7] meses. La evaluación clínica incluyó la revisión del informe médico pre-adoptivo y del registro de inmunizaciones, una exploración física completa, la determinación del peso, la talla y el perímetro cefálico, la valoración del nivel de desarrollo psicomotor, el análisis de criterios diagnósticos de síndrome alcohólico fetal, y la realización de una serie de pruebas de cribado de laboratorio recomendadas para niños adoptados procedentes de países de Europa del Este⁽⁶⁾.

En la Tabla VI se describen los problemas de salud detectados en la cohorte de niños estudiada. Respecto a los problemas de salud descritos, se especifican los siguientes aspectos:

La puntuación Z del peso, de la talla y del perímetro cefálico fue inferior a -4 DE en el 1%, 6,2% y 0,5% de los casos, respectivamente. Predominaron los casos de ferropenia con anemia (30,1%) frente a los de ferropenia aislada (8,5%). El porcentaje de casos de raquitismo hace referencia únicamente a aquellos con manifestaciones clínicas, radiológicas y de laboratorio, y no a los casos curados con secuelas. Debido al nivel de retraso del desarrollo psicomotor, el 2,3% de los casos fue derivado a un Servicio Especializado de Atención Temprana. No se observaron casos de trastornos generalizados del desarrollo o del espectro autista.

En el momento de la asignación, el 37% de los informes médicos pre-adoptivos no aportaba información de las vacunas administradas. Sin embargo, en los niños adoptados este porcentaje se redujo al 7%. La serología vacunal se realizó en 138 niños (Rusia, 88,4%; Ucrania, 10,1%; Kazajstán, 1,5%) de entre los que aportaban una documentación de inmunizaciones válida. El parásito intestinal detectado con mayor frecuencia fue *Giardia lamblia* (9,5%). A pesar de la elevada incidencia de exposición prenatal a agentes infecciosos (ver Tabla II), no se detectó ningún caso de sífilis congénita, perfil TORCH, infección por VIH, hepatitis B y hepatitis C.

El estrabismo, paralítico o no, fue el trastorno oftalmológico observado con mayor frecuencia, y estaba presente en la mitad de los casos con defectos de refracción ocular. De los casos con hipoacusia de transmisión, la cuarta parte tenía perforación timpánica bilateral. Las cardiopatías congénitas detectadas con mayor frecuencia fueron la comunicación interauricular y la comunicación interventricular (4,1%). La disfunción tiroidea detectada con más frecuencia fue el hipotiroidismo subclínico grado I (3,9%). En ningún caso se objetivaron plumbeas superiores a 45 µg/dl.



FIGURA 1. La esencia técnica del sistema.

TABLA V. Diagnósticos relevantes de la evaluación pre-adoptiva por telemedicina de 836 niños de Rusia, Ucrania y Kazajistán*.

Diagnóstico	Porcentaje
• Síndrome alcohólico fetal ^a	11,0
• Estrabismo	10,0
• Talla muy baja (puntuación Z inferior a -4 DE) ^b	9,6
• Parálisis cerebral	3,6
• Raquitismo grave o sus secuelas	2,6
• Nivel del desarrollo psicomotor inferior al 50% ^c	2,1
• Malformaciones esqueléticas	1,9
• Perímetro cefálico muy bajo (puntuación Z inferior a -4 DE) ^b	1,7
• Paladar hendido	1,6
• Hidrocefalia	1,4
• Ptosis palpebral	1,4
• Discapacidad sensorial grave	0,9
• Síndromes de malformación	0,9
• Trastorno del espectro autista	0,7
• Ictiosis congénita grave	0,2
• Otras malformaciones craneofaciales	0,2

^aVarones, 56,2%; edad media (DE) de 26,1 [17,9] meses. Rusia (92,3%), Ucrania (2,2%), Kazajistán (5,5%).
^bCategorías diagnósticas A o B. Referencia: Astley SJ. *Diagnostic guide for fetal alcohol spectrum disorders: The 4-digit diagnostic code. Third edition. Seattle: University of Washington; 2004.* ^cReferencia: Estándares de crecimiento infantil de la OMS. ^dReferencia: Tabla de desarrollo Haizea-Llevant.

En el 2,8% de los casos se diagnosticaron trastornos neurológicos o congénitos no conocidos por la familia antes de la adopción. Ninguno de estos casos fue evaluado por telemedicina durante la fase pre-adoptiva.

DISCUSIÓN

En la Federación Rusa y las antiguas repúblicas de la Unión Soviética, las bruscas transformaciones políticas, económicas (liberalización y privatización) y sociales de los años noventa han producido:

1. Un deterioro económico, manifestado simultáneamente en una caída en la renta per cápita real, un enorme aumento de la desigualdad social, un alto nivel de desempleo y un hundimiento de los ingresos familiares⁽¹⁾. Esto ha dado lugar a unas mayores tasas de pobreza y de pobreza extrema que han ocasionado situaciones de falta de higiene, conductas insalubres y nutrición deficiente. Estas situaciones han incrementado en la población general la incidencia de problemas sociosanitarios como el alcoholismo (se estima que el 41% de la población rusa y de las ex-repúblicas soviéticas presenta problemática de alcoholismo y que durante la última década su incidencia entre las mujeres se ha incrementado en un 48%), la drogadicción y la prostitución, los trastornos nutricionales deficitarios, y las enfermedades infecciosas como tuberculosis, sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B, hepatitis C y VIH/SIDA^(9,10). Todos estos problemas y enfermedades han repercutido y afectado especialmente a la población femenina en edad reproductiva y a la población infanto-juvenil⁽¹¹⁾.

Estas situaciones y sus consecuencias se ponen de manifiesto en los informes médicos pre-adoptivos al referir un elevado porcentaje de madres con el antecedente de ejercer la prostitución y de consumir alcohol, tabaco y drogas intravenosas durante la gestación, un elevado porcentaje de recién nacidos con el antecedente de exposición prenatal a agentes infecciosos (ver Tabla I), el porcentaje de niños que en el momento de su asignación para adopción presentaban anticuerpos positivos (1,4%) o infección (0,9%) por los virus de la hepatitis C, hepatitis B y VIH, y el porcentaje de niños en que se detectó una infección tuberculosa durante su institucionalización o en la evaluación clínica tras su llegada.

2. Un sistema sanitario precario, diseñado para proporcionar tratamientos médicos en el ámbito hospitalario más que para proporcionar una asistencia

TABLA VI. Problemas de salud detectados en 388 niños adoptados de Rusia, Ucrania y Kazajistán*.

Problema de salud	Porcentaje
Crecimiento / Desarrollo / Nutrición	
• Talla baja ^a	55,4
• Ferropenia con/sin anemia	38,6
• Retraso del desarrollo psicomotor ^b	29,6
• Peso bajo ^a	27,3
• Perímetro cefálico bajo ^a	22,1
• Raquitismo	2,8
Inmunizaciones (ausencia de anticuerpos protectores)	
• Hepatitis B	19,5
• Otros antígenos ^c (límites)	(13,2-38,9)
Infecciones / Parasitaciones	
• Parasitación intestinal	10,6
• Infección tuberculosa latente	3,1
• Escabiosis	3,1
• Otras dermatitis infecto-parasitarias	2,3
Oftalmológicos	
• Estrabismo	10,1
• Defectos de refracción	5,9
• Otros trastornos oftalmológicos	1,0
Dermatológicos	
• Dermatitis atópica	9,3
• Angiomas / hemangiomas	4,4
• Otros trastornos dermatológicos	2,3
Odontológicos	
• Caries / displasia del esmalte dental	9,2
• Otros problemas odontológicos	1,8
ORL	
• Hipertrofia adenoidea crónica	6,7
• Hipoacusia de transmisión	2,8
• Hipoacusia de percepción	0,2
Ortopédicos	
• Pie plano-valgo / genu varo-valgo (mayores de 3 años)	6,7
• Otros trastornos / deformidades esqueléticas	1,0
Malformaciones congénitas	
• Cardiacas	4,9
• Genitales (masculinos)	2,1
• Renales y vías urinarias	1,3
• Esqueléticas	0,8
• Paladar hendido	0,2
Neurológicos	
• Síndrome alcohólico fetal ^d	1,8
• Parálisis cerebral	1,0
• Otros trastornos neurológicos	0,5
Otros trastornos	
• Disfunción tiroidea	4,4
• Hernia inguinal	1,3
• Plomo sérico elevado (> 10 ñg/dL)	0,8

^aVarones, 59,3%; edad media (DE) de 32,8 (21,7) meses; Rusia (85,3%), Ucrania (11,6%), Kazajistán (3,1%).
^bPuntuación Z del parámetro inferior a -2 DE (referencia: Estándares de crecimiento infantil de la OMS). ^cNivel de desarrollo psicomotor retrasado más del 33% para la edad cronológica (referencia: Tabla de desarrollo Haizea-Llevant). ^dPoliovirus 1, 2 y 3 (15,3%, 13,2% y 19,3%, respectivamente); Tétanos (31,2%), Difteria (38,9%); Sarampión (24%), Rubéola (21,4%), Parotiditis (29,1%). ^eCategorías diagnósticas A o B (referencia: Astley SJ. *Diagnostic guide for fetal alcohol spectrum disorders: The 4-digit diagnostic code. Third edition. Seattle: University of Washington; 2004.*)

primaria y unos cuidados preventivos y de promoción de la salud de calidad, especialmente respecto a programas de planificación familiar, educación sexual,

prevención y reducción del consumo de sustancias, educación nutricional y alimentaria, y de cuidados de salud materno-infantil tanto prenatal, perinatal como postnatal^(1,12). Estas situaciones y sus consecuencias se ponen de manifiesto al describir en los informes médicos pre-adoptivos el elevado porcentaje de madres con gestaciones numerosas, partos domiciliarios y pretérminos, y recién nacidos con bajo peso y patologías agudas o congénitas.

Este sistema sanitario, extremadamente costoso e ineficiente y con unos recursos diagnósticos y terapéuticos escasos, ha originado una crisis de salud que ha afectado principalmente a las madres gestantes y a los niños, dando lugar a un dramático aumento de las enfermedades y discapacidades en la población infantil. Se estima que siete de cada diez recién nacidos nacen con problemas de salud, el número de niños con enfermedades crónicas durante la edad escolar se ha incrementado en un 20% y, en los últimos diez años, el número de niños discapacitados se ha duplicado^(1,11).

3. Una transformación de la estructura familiar, rápida y profunda, debida a un notable aumento de las tasas de mortalidad masculina adulta, un elevado número de divorcios y un creciente número de madres solteras (23% en nuestra casuística). Esto ha contribuido a que sea cada vez más frecuente el caso de familias monoparentales con dificultades para cuidar de sus hijos. Si a esto se añaden las situaciones de pobreza y el frecuente problema del alcoholismo y la violencia en las familias, el riesgo en los niños de quedar huérfanos, de recibir unos cuidados insuficientes o nulos, y de que su familia abuse de ellos o los abandone y lleguen a convertirse en niños sin hogar, aumenta de forma vertiginosa^(1,9,11).

4. Una política social de protección a la infancia ineficaz y costosa, basada en la colocación en instituciones de los niños huérfanos (se estima que estos suponen únicamente el 5%; en nuestra casuística solo fueron el 2%), abandonados, maltratados por su familia (más de la cuarta parte en nuestra casuística), o en situación de pobreza extrema, desamparo o discapacidad, en lugar de prevenir las situaciones de riesgo mediante un trabajo social previo o de acompañamiento centrado en la familia o en la comunidad^(1,11). Además, la precaria situación de la sanidad, previamente mencionada, junto a unos cuidados institucionales con frecuencia deficientes, determina una mayor morbilidad infantil durante el período de tiempo que el niño permanece institucionalizado⁽³⁻⁵⁾. Esta situación se manifiesta en el elevado porcentaje de niños con retrasos importantes del crecimiento físico y del desarrollo psicomotor, anemia, raquitismo, dermatitis, bronconeumopatías de repetición, trastornos oftalmológicos, parasitosis intestinales y cutáneas, y problemas odontológicos que se describen en los informes médicos pre-adoptivos o que se detectan en la evaluación clínica tras su llegada.

Sobre la base de nuestra experiencia en el estudio de los informes médicos pre-adoptivos y la evaluación por telemedicina de los niños institucionalizados en Rusia, Ucrania y Kazajistán que son asignados para adopción, y de los problemas de salud que presentan los adoptados en la evaluación clínica tras su llegada, se emiten las siguientes consideraciones:

Respecto a los informes médicos pre-adoptivos

Los informes médicos pre-adoptivos realizados en Rusia suelen ofrecer información sobre los antecedentes sociosanitarios de la familia biológica (principalmente de la madre), la exposición prenatal a factores tóxicos y agentes infecciosos, datos de la edad gestacional, parto, test de Apgar, antropometría y patología neonatal. El motivo de la institucionalización, las enfermedades padecidas, los exámenes médicos practicados y las vacunas administradas durante la institucionalización, datos antropométricos longitudinales o puntuales, y los problemas de salud que presentan en el momento de ser asignados para adopción. La información que aportan los realizados en Ucrania suele ser menor, y es todavía más escueta en los informes de Kazajistán.

A pesar de que los informes médicos pre-adoptivos elaborados en estos países aportan más información que los emitidos en países asiáticos y africanos, el problema surge en que dicha información es a veces confusa y con frecuencia alarmante, en particular respecto al relato de trastornos y la mención de numerosos diagnósticos que indican o sugieren la existencia de patologías graves del sistema nervioso central y periférico o del desarrollo psicomotor y cognitivo^(13,14). Esta información intranquiliza a las familias que la reciben y desorienta a los médicos que la interpretan. Es fácil entenderlo si revisamos

de nuevo las Tablas III y IV, donde podemos apreciar la magnitud y la altísima frecuencia de los diagnósticos de índole neurológica. Habitualmente, estos diagnósticos se formulan en el periodo neonatal, se mantienen y/o se emiten nuevos diagnósticos hasta que el niño tiene aproximadamente dos años de edad, y se modifican o desaparecen a partir de entonces. Esto lo podemos comprobar comparando los porcentajes y los diagnósticos neurológicos emitidos en el periodo neonatal (Tabla III) con los emitidos en el momento de la asignación (Tabla IV). Además, estos diagnósticos no se suelen acompañar de una descripción de los signos, síntomas, pruebas complementarias y/o tratamientos que los sustenten o, si se describen, pueden ser discrepantes con los diagnósticos emitidos. Asimismo, es habitual emitir el diagnóstico de la existencia de un retraso del desarrollo psicomotor y del lenguaje sin aportar datos evolutivos del neurodesarrollo o puntuales del nivel de retraso⁽¹³⁾.

Al igual que otros investigadores^(15,16), también hemos objetivado discrepancias entre los problemas de salud del menor que se señalan en el informe médico pre-adoptivo y los observados en la evaluación clínica realizada tras su llegada. Es decir, algunos diagnósticos de patologías graves emitidos en los informes médicos no se comprueban a su llegada y, sin embargo, en un porcentaje significativo de casos se realizan otros diagnósticos insospechados de patologías graves. Pero lo más preocupante es la posibilidad de que exista una adulteración u ocultamiento de datos y/o diagnósticos⁽¹⁷⁾. Esto lo hemos podido evidenciar a través de los diagnósticos realizados en los estudios pre-adoptivos por telemedicina y en los diagnósticos realizados a los niños adoptados que no fueron evaluados en la fase pre-adoptiva, en particular respecto al síndrome alcohólico fetal.

Por todo ello, se considera que la simple evaluación del informe médico pre-adoptivo no es suficiente para valorar el riesgo respecto a la salud física y mental del menor a adoptar⁽¹⁴⁾.

Respecto al cribado de enfermedades infecciosas

En la cohorte de niños adoptados evaluada tras su llegada no se detectó ningún caso de infección o de anticuerpos positivos por el VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis. Hay que señalar que todos los niños que presentaban infección y la cuarta parte de los que presentaban anticuerpos positivos en el momento de su asignación, las familias decidieron no adoptarlos. A los restantes niños, tras el asesoramiento telemático en el momento de la asignación, se les practicó nueva serología con técnica de reacción en cadena de la polimerasa cuyo resultado fue negativo. De cualquier forma, ninguno de estos niños se evaluó clínicamente tras su llegada.

Se estima que en los niños adoptados de Rusia y países de Europa del este la incidencia de sífilis y de infección por el virus de la hepatitis C y el VIH es inferior a 0,05%⁽¹⁸⁾. No obstante, debido a que las tasas de estas enfermedades han aumentado espectacularmente en estos países, los expertos consideran que es importante continuar estudiando la prevalencia de estas enfermedades infecciosas en esta población infantil para poder proporcionar a los pediatras directrices actualizadas para un cribado apropiado^(10,18).

Respecto al cribado de serologías vacunales

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 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⁽¹⁸⁾.

Sobre la base de nuestra experiencia, en cuanto a la vacuna contra el virus de la hepatitis B consideramos que los niños adoptados de Rusia y Ucrania (no nos pronunciamos respecto a los adoptados de Kazajistán por el bajo número de niños estudiados) presentan una baja prevalencia de inmunidad protectora debida a infección previa, y una prevalencia elevada de inmunidad protectora

debida a una vacunación efectiva frente al virus de la hepatitis B cuando se aportan vacunaciones documentadas. Por ello, dentro del cribado de enfermedades infecciosas a realizar en la evaluación clínica inicial, recomendamos que se determinen los tres marcadores serológicos del virus de la hepatitis B (HBsAg, anti-HBc y anti-HBs). De este modo, además de poder detectar una infección activa, un "periodo de ventana seronegativo" o una positividad aislada del anti-HBc, podremos conocer el estado de inmunización frente al virus de la hepatitis B. Así, podrá valorarse la necesidad de repetir los test serológicos y podrán pautarse las vacunaciones de forma individualizada, vacunando (3 dosis) únicamente a los susceptibles⁽¹⁹⁾.

En cuanto a las vacunas contra otros antígenos, consideramos que para los poliovirus 1, 2 y 3 la inmunidad protectora es elevada, para la triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) es menor, y algo baja para el tétanos y difteria. 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 y una 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.

Respecto al cribado de la plumbemia

Rusia, Ucrania y Kazajistán son países donde la exposición al plomo es un problema de salud ambiental prevalente. Sin embargo, en la cohorte estudiada de niños adoptados ninguno presentó niveles de plomo en sangre iguales o superiores a 45 µg/dl y tampoco se observó diferencia significativa en el porcentaje medio de retraso del nivel de desarrollo psicomotor entre los niños con plumbemias inferiores o superiores a 4 µg/dl. Pensamos que la situación de cuidado institucional en estos países puede tener un efecto beneficioso en la exposición al plomo respecto a la población general infantil, y que el retraso del nivel de desarrollo psicomotor observado en estos niños tras la llegada al país adoptivo no está relacionado con posibles efectos tóxicos del plomo⁽²⁰⁾. Por ello, proponemos no realizar un cribado rutinario de la plumbemia en los niños adoptados de estos países. No obstante, los datos acumulados de investigaciones recientes indican que durante la infancia los efectos tóxicos del plomo pueden aparecer a valores inferiores a 10 µg/dl, especialmente los relacionados con el desarrollo neurológico y la inteligencia, lo que hace necesario seguir investigando en este campo.

CONSIDERACIÓN FINAL

La adopción internacional ha demostrado ser exitosa como medio de proteger el bienestar y el desarrollo físico, madurativo y emocional del menor de manera que los niños adoptados crecen significativamente mejor y tienen mejores resultados en inteligencia, rendimiento académico, relaciones personales y adaptación psicológica y social que los menores que crecen en ambientes de institucionalización. Sin embargo, hay que tener presente que un porcentaje

nada despreciable de los niños institucionalizados en Rusia, Ucrania y Kazajistán presenta problemas de salud difícilmente recuperables o irrecuperables que las familias pueden no conocer o comprender su magnitud antes de la adopción, lo que puede provocar situaciones de inadaptación e incluso el fracaso de la adopción.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Bank. Russian Federation. Child welfare outcomes during the 1990s: The case of Russia, 24450-RU. Washington: World Bank; 2002.
2. Oliván Gonzalvo G. Aplicación de la telemedicina en adopción internacional. *Com-pumedicina.com*. 2008; Año IX – Núm. 138: 1-9.
3. Miller LC, Chan W, Litvinova A, Rubin A, Tirella L, Cermak S. Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. *Acta Paediatr*. 2007; 96: 1765-9.
4. The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation. *J Appl Dev Psychol*. 2005; 26: 477-506.
5. Dobrova-Krol NA, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Cyr C, Juffer F. Physical growth delays and stress dysregulation in stunted and non-stunted Ukrainian institution-reared children. *Infant Behav Dev*. 2008;31:539-53.
6. Diamond GW, Senecky Y, Schurr D, et al. Pre-placement screening in international adoption. *Isr Med Assoc J*. 2003;5:763-766.
7. Miller LC, Chan W, Litvinova A, et al. Fetal alcohol spectrum disorders in children residing in Russian orphanages : a phenotypic survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30: 531-8.
8. 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.
9. Davis RB. Drug and alcohol use in the former Soviet Union: selected factors and future considerations. *Int J Addict*. 1999; 29: 303-23.
10. Netesov SV, Conrad JL. Emerging infectious diseases in Russia, 1990-1999. *Emerg Infect Dis*. 2001; 7: 1-5.
11. Massey SM. Russia's maternal & child health crisis: socio-economic implications and the path forward. *Policy Brief*. 2002; 1 :1-7.
12. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A, et al. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet*. 2006;367:919-25.
13. Oliván Gonzalvo G. Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptionarios de Rusia. *Rev Neurol*. 2003; 37: 1009-13.
14. Chambers J. Preadoption opportunities for pediatric providers. *Pediatr Clin N Am*. 2005; 52: 1247-69.
15. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoption medical records. *JAMA*. 1997; 278: 922-4.
16. Landgren M, Andersson Grönlund M, Elfstrand PO, Simonsson JE, Svensson L, Strömblad K. Health before and after adoption from Eastern Europe. *Acta Paediatr*. 2006; 95: 720-5.
17. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? *An Pediatr (Barc)*. 2004; 61: 344-5.
18. Miller LC. International adoption: infectious diseases issues. *Clin Infect Dis*. 2005;40:286-293.
19. Oliván Gonzalvo G. Marcadores serológicos de hepatitis B en niños adoptados de Rusia y Ucrania. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68: 136-139.
20. 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.