



Adopción internacional: manejo en la postadopción

 Fecha de revisión: **11/05/2026**

Índice de contenidos

- [¿De qué hablamos?](#)
- [¿Cuáles son las evaluaciones médicas recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero?](#)
- [¿Cuáles son las pruebas de cribado de laboratorio recomendadas a la llegada de un niño adoptado en el extranjero?](#)
- [¿Cuáles son los problemas de salud que se detectan a la llegada en los niños adoptados en el extranjero?](#)
- [¿Cuáles son los principales problemas de salud que están en riesgo de desarrollar los niños adoptados en el extranjero?](#)
- [¿Cuándo es necesario derivar a servicios de intervención psicosocial diagnóstico-terapéutica?](#)
- [Algoritmo del manejo en la postadopción internacional](#)
- [Bibliografía](#)
- [Más en la red](#)
- [Autor](#)

¿De qué hablamos?

La adopción internacional exige atención sanitaria específica, ya que los niños adoptados han estado expuestos a factores de riesgo que pueden afectar su salud, neurodesarrollo y adaptación social.

La evaluación médica inicial debe realizarse precozmente por el riesgo de enfermedades infecciosas, con pruebas de cribado básicas y otras dependientes de diversos factores.

La detección e intervención tempranas de los problemas de salud son esenciales para evitar repercusiones en el desarrollo físico y psicosocial.

La adopción internacional favorece el desarrollo integral del menor y resuelve muchos problemas de salud, aunque algunos niños presentan trastornos persistentes que requieren la derivación a servicios especializados.

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

Evaluación del crecimiento y estado de nutrición

Puntos clave

(CDC, 2024; Eckerle JK, 2021; Ivey R, 2021; Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008):

- Parámetros antropométricos a determinar: peso, talla, perímetro cefálico e índice de masa corporal.

- Estándares de referencia: [Gráficas estandarizadas de la Organización Mundial de la Salud](#) o del país adoptante.
- Retraso talla/edad según tiempo de institucionalización: 1 mes por cada 3-5 meses.
- Crecimiento recuperador: esperado en 6 meses; si no ocurre, descartar patología; en mayores de 1 año la recuperación puede ser más lenta según el retraso previo.
- Perímetro cefálico: indicador del desarrollo cerebral y de la nutrición temprana; microcefalia se asocia a problemas neurológicos y discapacidad intelectual.
- Correlación clínica: a mayor retraso de los parámetros antropométricos, más y peores problemas médicos.
- Cribado del raquitismo: pruebas bioquímicas y radiología (rodilla/muñeca).
- Investigar problemas o intolerancias con la alimentación.

Evaluación del desarrollo puberal ([estadios de Tanner](#)) / edad cronológica

Puntos clave

(Eckerle JK, 2021; Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008):

- En algunos países la fecha de nacimiento puede ser estimada. En estos casos, evaluar la edad cronológica mediante edad ósea, dental, desarrollo psicomotor y madurez escolar y social.
- Para evitar diagnósticos erróneos de pubertad temprana o precoz, la evaluación debe realizarse a la llegada y repetirse a los 12 meses; hay que considerar el patrón de desarrollo puberal del país de origen.

Evaluación del desarrollo psicomotor ([examen de desarrollo infantil de Denver](#) / [tabla de desarrollo Haizea-Llevant](#), en menores de 6 años)

Puntos clave

(CDC, 2024; Eckerle JK, 2021; Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008):

- Áreas para evaluar: motricidad (gruesa/postural, fina/manipulativa), comunicación (lenguaje), desarrollo psicológico (adaptación personal y social) y desarrollo cognitivo.
- Considerar el antecedente de prematuridad.
- Primera evaluación: a los 1-2 meses tras la llegada.
- Segunda evaluación: a los 6 meses (los resultados son más representativos).
- Criterios de alarma y derivación a estimulación temprana: retraso mayor al esperado por tiempo de institucionalización (1 mes de retraso por cada 3-4 meses); ausencia de mejoría en las áreas afectadas (la motricidad suele mejorar primero); mayor relevancia en mayores de 1 año.
- Pronóstico: con estimulación adecuada, el retraso se recupera en 1-2 años en la mayoría de los casos.
- Relación con el crecimiento: fuerte correlación entre retraso psicomotor (especialmente motricidad) y retraso del crecimiento físico; a mayor severidad del retraso, mayor afectación del crecimiento.
- Relación con problemas médicos: problemas médicos graves se asocian a mayor retraso motor, cognitivo y del lenguaje, y a peores parámetros de crecimiento.
- Ante retraso psicomotor evidente con microcefalia o macrocefalia: descartar infecciones congénitas (rubéola, toxoplasmosis, sífilis, citomegalovirus, etc.) e hipotiroidismo.

Evaluación del estado de inmunización

Puntos clave

(CDC, 2024; Núñez López A, 2008; Staat MA, 2010; Venturini E, 2019):

- Revisión y adecuación vacunal: revisar las vacunas administradas en el país de origen (con certificación oficial) y adaptarlas al calendario vacunal vigente de la comunidad adoptiva y a la edad del niño.

- Importancia del registro de inmunizaciones: los que aportan un registro vacunal suelen tener mejor protección global que aquellos sin registro; la mejor cobertura vacunal se observa en procedentes de Europa del Este, Latinoamérica y Vietnam.
- Limitaciones del registro vacunal: tener un registro no garantiza protección frente a cada antígeno debido a posibles vacunas caducadas o mal conservadas, intervalos de administración inadecuados, errores o falsificación intencionada de la documentación, respuesta inmunitaria insuficiente por mal estado de salud.
- Estrategia científica: en mayores de 18 meses con registros completos (polio, DTP, hepatitis B, triple vírica y varicela), se recomienda realizar serologías vacunales y vacunar solo a los susceptibles.
- Estrategia práctica y económica: en mayores de 18 meses con registro vacunal administrar una dosis de triple vírica y varicela, una dosis de DTPa, y continuar el calendario según la edad; en mayores de 18 meses sin registro y en menores de 18 meses, aplicar el calendario de vacunación acelerado vigente.

Otras evaluaciones

Evaluación de la visión y de la audición

(CDC, 2024; Eckerle JK, 2014; Núñez López A, 2008)

Cribado visual a los 3 años. Evaluación temprana por oftalmólogo y otorrinolaringólogo en niños con factores de riesgo (prematuridad, bajo peso, exposición a tóxicos/infecciones, hipoxia, malformaciones, otitis frecuentes o retraso neurodesarrollo).

Evaluación de la dentición

(Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008)

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

Evaluación de la piel

(Panin F, 2020; Whitaker-Worth DL, 2015)

Dirigida a detectar infecciones cutáneas, anomalías congénitas y cicatrices.

Evaluación de secuelas de maltrato infantil a partir de [indicadores físicos](#) y [comportamentales](#).

Documentar la existencia de mutilación genital femenina.

Evaluación de [trastornos del espectro alcohólico fetal](#), especialmente en niños de países Europa del Este.

Evaluación por subespecialista pediátrico

Sobre la base de los antecedentes descritos en los informes médicos del país de origen y de los hallazgos patológicos de la exploración realizada en la visita inicial o en los controles de seguimiento evolutivo.

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

Recomendadas en todos los niños

(Abu-Shamsieh A, 2022; CDC, 2024; Chiappini E, 2019; Eckerle JK, 2021; Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008; Staat MA, 2011; Trehan I, 2008):

- Hematimetría completa (serie roja, blanca y plaquetaria).

- Hierro, transferrina y ferritina séricos.
- Enzimas hepáticas (GOT, GPT).
- Función renal (urea, creatinina).
- Cribado de hipovitaminosis D y raquitismo (calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, 25-OH-colecalciferol).
- Bioquímica de orina con examen microscópico del sedimento.
- Parásitos y huevos en heces (3 muestras, con un intervalo de 48-72 horas entre cada muestra).
- Prueba de tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml 2 UT PPD RT 23). Independientemente de si existe historia de vacunación con BCG (buscar cicatriz vacunal). Una historia de vacunación con BCG al nacer no interfiere el resultado de la prueba en mayores de 3 años. En menores de 3 años puede causar un falso positivo. 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 vacunados recientemente de BCG y en los 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 positiva, confirmar determinando DNA-VIH por técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) o cultivo viral.
- Serología hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total). Si positiva, determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y anti-hepatitis Delta.
- Serología Hepatitis C (anti-HCV EIA). Si positiva, confirmar determinando carga viral (VHC-RNA) mediante técnica de PCR.
- 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 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.

Recomendadas en dependencia de la edad, país de origen, informes médicos previos y datos de la evaluación médica-analítica inicial

(Abdulla RY, 2010; Chiappini E, 2019; Eckerle JK, 2021; Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008; Obringer E, 2017; Staat MA, 2010; Staat MA, 2011):

- Estudio de hemoglobinopatías. Si 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. En mayores de 12 meses y menores de 6 años, especialmente si proceden de orfanatos o de la calle, con anemia refractaria al tratamiento con hierro (betatalasemia minor descartada), retraso del neurodesarrollo o trastornos del comportamiento (pica, irritabilidad, hiperactividad).
- Urocultivo. Si sospecha de infección.
- Antígeno de *Giardia lamblia* y anticuerpo fluorescente directo para *Cryptosporidium*. Si sospecha clínica e investigaciones parasitológicas en heces repetidas negativas.
- Coprocultivo (1 muestra). Si diarrea con fiebre.

- Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.). En menores de 6 meses a los que no se ha realizado cribado neonatal.
- Pruebas de función tiroidea (TSH, T4 libre). En mayores de 6 meses con retraso del desarrollo físico y/o psicomotor o con macrocefalia.
- Serología hepatitis A (IgM, IgG). En procedentes de países con endemicidad alta o intermedia. Si sospecha clínica de infección. Previamente a la vacunación, para conocer si es inmune por haber padecido la enfermedad (alrededor de un 30% son inmunes).
- Investigación de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y otras infecciones de transmisión sexual (por técnica de PCR). Si 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). Si 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 procedentes de Centroamérica, Sudamérica y Caribe con microcefalia o calcificaciones intracraneales.
- Investigación de paludismo (gota gruesa y frotis de sangre periférica, PCR). En procedentes de India, sudeste de Asia, Etiopía, África subsahariana y zonas de Centroamérica y Sudamérica con fiebre sin foco, anemia y/o esplenomegalia/hepatomegalia. Los 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). En procedentes de Centroamérica y Sudamérica con sospecha clínica.
- Investigación de *Strongyloides stercoralis*, *Schistosoma spp*, *Toxocara canis*, *Ancylostoma spp*, *Trichinella spiralis* (detección de anticuerpos). Dependiendo del área geográfica y factores de riesgo, en casos con eosinofilia superior a 450 células/mm³ y estudio parasitológico de heces negativo.
- Investigación de filariasis (identificación de microfilarias en sangre o piel). En procedentes de regiones endémicas (África subsahariana, Sudeste asiático, China, India, Filipinas y áreas focales de América Latina [Brasil, Haití y República Dominicana]) con sospecha clínica.
- Investigación de *Helicobacter pylori* (IgG total). En 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. En mayores de 18 meses con registros completos (polio, DTP, hepatitis B, triple vírica y varicela), con la finalidad de vacunar solo a los susceptibles.

¿Cuáles son los problemas de salud que se detectan a la llegada en los niños adoptados en el extranjero?

Prevalencia >20%

(Goutines J, 2021; Hanna SL, 2024; Ivey R, 2021; Núñez López A, 2008; Obringer E, 2017; Panin F, 2020; Sollai S, 2017; Staat MA, 2010; Staat MA, 2011; Whitaker-Worth DL, 2015):

- Retraso crecimiento físico (puntuación Z talla y/o peso entre -2 y -3 DE).
- Retraso desarrollo psicomotor (puntuación Z nivel de desarrollo general entre -2 y -3 DE).
- Ferropenia con/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, pediculosis, molluscum contagiosum, angiomas, hemangiomas, nevus, cicatrices queloides o

retráctiles, áreas alopécicas).

- Parasitosis intestinal (prevalencia muy variable según países de procedencia).

Prevalencia entre 11-20%

(Eckerle JK, 2014; Goutines J, 2021; Hanna SL, 2024; Ivey R, 2021; Núñez López A, 2008; Obringer E, 2017; Trehan I, 2008):

- Microcefalia (puntuación Z 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 procedentes de África).
- Deficiencia de vitamina D severa.

Prevalencia entre 6-10%

(Colom J, 2021; Eckerle JK, 2014; Goutines J, 2021; Hanna SL, 2024; Ivey R, 2021; Núñez López A, 2008):

- Caries y otros daños del esmalte dental.
- Trastornos ortopédicos de extremidades inferiores (pie plano-valgo/genu varo-valgo, en mayores de 3 años).
- Retraso crecimiento físico grave (puntuación Z talla y/o peso inferior a -3 DE).
- Retraso desarrollo psicomotor grave (puntuación Z nivel de desarrollo general inferior a -3 DE).
- Hipertrofia adenoidea/amigdalas crónica.
- Ambliopía y patología ocular del segmento anterior.
- Trastornos del espectro alcohólico fetal/síndrome alcohólico fetal (en procedentes de países Europa del este puede alcanzar hasta el 50%).
- Eosinofilia.
- Hemoglobinopatías benignas (rasgos talasémico y falciforme, variantes estructurales talasémicas).

Prevalencia entre 1-5%

(Abdulla RY, 2010; Chiappini E, 2019; Goutines J, 2021; Ivey R, 2021; Núñez López A, 2008; Obringer E, 2017; Signorelli B, 2025; Sollai S, 2017):

- Infección por virus de la hepatitis B.
- Infección por 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 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.

Prevalencia <1%

(Chiappini E, 2019; Goutines J, 2021; Núñez López A, 2008; Obringer E, 2017; Signorelli B, 2025; Sollai S, 2017; Staat MA, 2011; Trehan I, 2008):

- Hipoacusia neurosensorial.
- Plomo sérico elevado/intoxicación por plomo.
- Trastornos generalizados del desarrollo/trastornos del espectro autista.
- Discapacidad intelectual.
- Hipotiroidismo clínico.
- Déficit hormona de crecimiento.
- Anemias hemolíticas congénitas (drepanocitosis, talasemia mayor, esferocitosis).
- Enfermedades infecciosas congénitas o adquiridas:
 - Sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes.
 - Infección por virus de la hepatitis C.
 - Infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
 - Tuberculosis activa.
 - Poliomielitis/tos ferina/sarampión.
- Enfermedades parasitarias (paludismo, enfermedad de Chagas, larva migrans, histoplasmosis, neurocisticercosis, esquistosomiasis, etc.).
- Distrofias musculares (Duchenne, Steinert).

¿Cuáles son los principales problemas de salud que están en riesgo de desarrollar los niños adoptados en el extranjero?

Problemas de salud física

(Eckerle JK, 2021; Ivey R, 2021; Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008):

- Ausencia de crecimiento recuperador.
- Sobrepeso/obesidad.
- Caries.
- Alergias: alimentaria, inhalantes.
- Pubertad temprana/pubertad precoz.

Problemas de salud mental

(Askeland KG, 2017; Eckerle JK, 2014; Heikkilä AR, 2025; Juffer F, 2005; Núñez López A, 2008; Scott KA, 2011; Strand M, 2020)

Los mayores de 2 años presentan mayor riesgo si han sufrido adversidades preadoptivas (exposición prenatal al alcohol y drogas, prematuridad, muy bajo peso al nacimiento, abusos y negligencias, malnutrición crónica, etc.) y estancias prolongadas en instituciones. Este riesgo aumenta con la acumulación de adversidades. Ciertos trastornos* son más frecuentes en adoptados a partir de los 6-7 años:

- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- Trastorno del desarrollo de la coordinación.
- Trastorno de oposición desafiante
- Trastornos cognitivos y del lenguaje*.

- Trastornos de adaptación social y del vínculo*.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos de alimentación (anorexia nerviosa/bulimia).
- Trastornos del sueño (insomnio).
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del estado de ánimo (incluyendo depresión mayor y manía).
- Ideación *suicida*/intento de *suicidio/suicidio*.
- Abuso de drogas.

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

Cuando el niño presenta

(Askeland KG, 2017; Eckerle JK, 2021; Juffer F, 2005; Núñez López A, 2008):

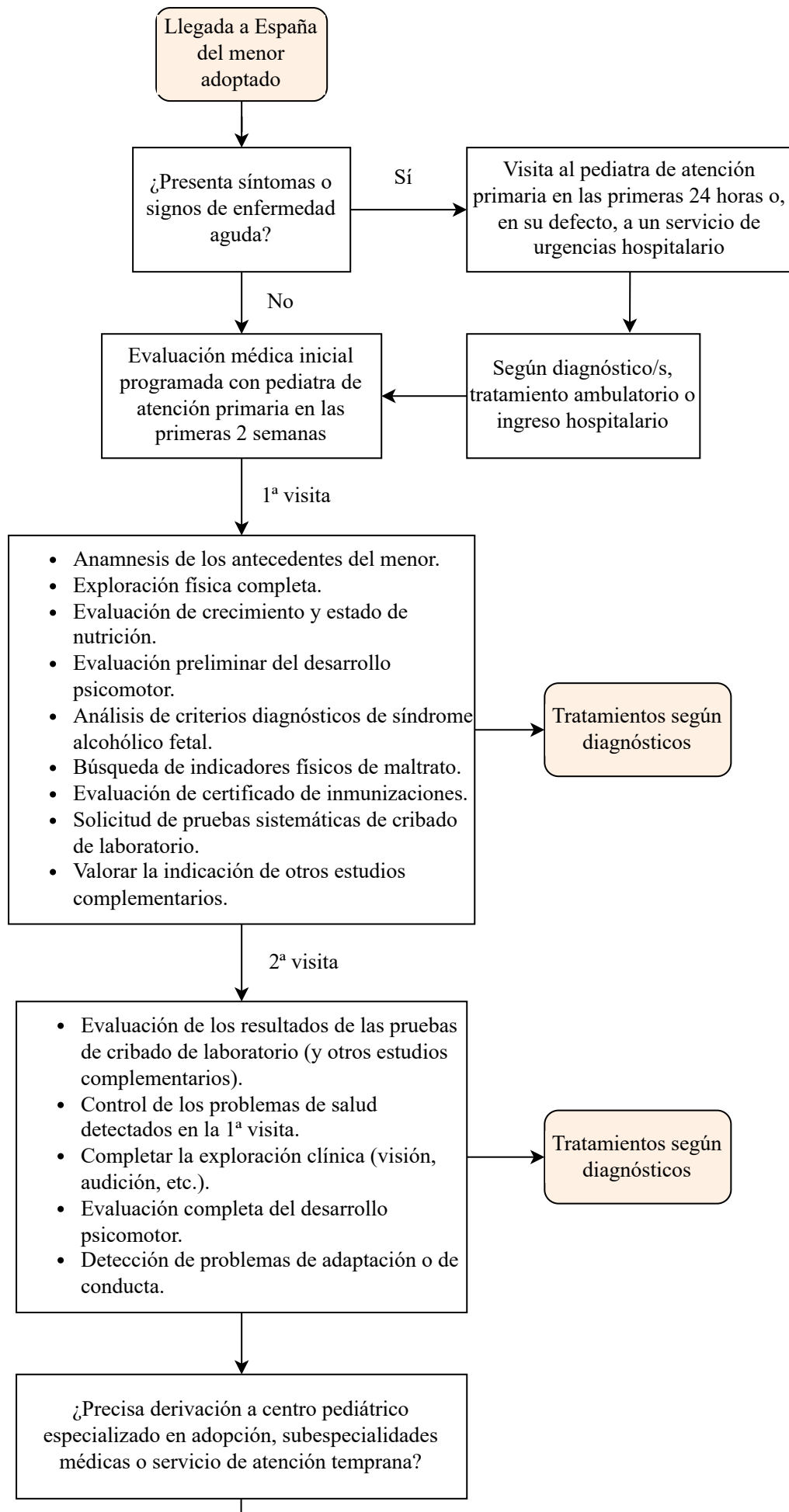
- Tristeza, ansiedad, depresión o aislamiento tras más de 6 meses de convivencia.
- Falta de reconocimiento a sus padres adoptivos como sus propios padres tras más de 6 meses de convivencia.
- Dificultades de integración social.
- Dificultades escolares que en el colegio no saben abordar.
- Conductas peligrosas para su salud (autoagresiones, ideación/intento autolítico, consumo de sustancias, fugas) o la de los demás (agrede o aterroriza a los padres adoptivos u otras personas).
- Comportamientos sexuales precoces.
- Comportamientos que a la familia le resultan intolerables o imposibles de afrontar.

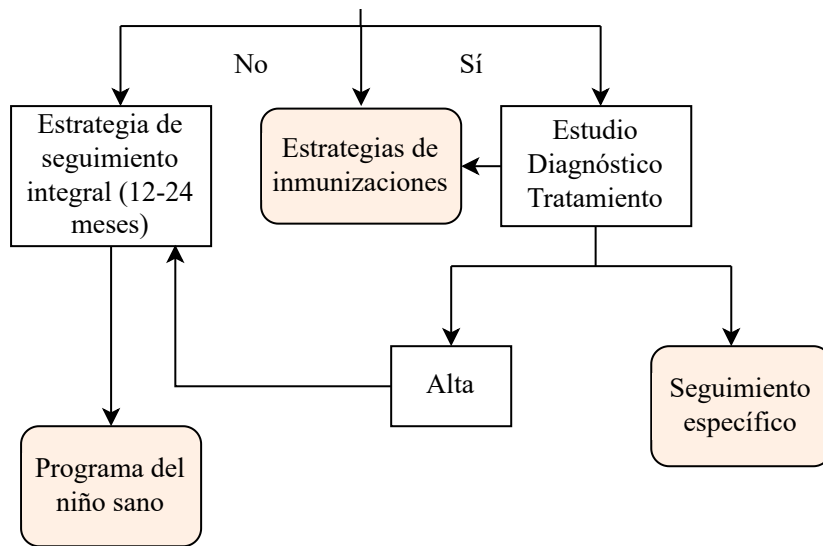
Cuando la familia manifiesta que

(Koss KJ, 2020; Lawle JM, 2017; Nalven, 2005; Núñez López A, 2008; Skandrani S, 2019):

- Siente al niño como un extraño tras más de 6 meses de convivencia.
- La vida de sus otros hijos está siendo afectada negativamente por el nuevo hermano.
- La relación con el niño está generando serios desacuerdos en la pareja.
- Siente que la relación con el niño genera tristeza, angustia o sufrimiento persistente en algún miembro de la familia que bloquea la relación.
- Siente vergüenza de cómo es o cómo se comporta su hijo.
- No percibe ni relata ningún momento de bienestar o tranquilidad en compañía del niño.
- Tiene 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.
- Está desbordada, sin fuerzas o sin ilusión para afrontar la crianza del niño.
- Es incapaz de hablar con el niño sobre la adopción o alguno de sus aspectos.

Algoritmo del manejo en la postadopción internacional





Algoritmo

Algoritmo de manejo en la postadopción internacional.

Bibliografía

- Abdulla RY, Rice MA, Donauer S, Hicks KR, Poore D, Staat MA. Hepatitis A in internationally adopted children: screening for acute and previous infections. *Pediatrics*. 2010 Nov;126(5):e1039-44. PubMed PMID: 20937651
- Abu-Shamsieh A, Maw S. Pediatric care for immigrant, refugee, and internationally adopted children. *Pediatr Clin North Am*. 2022;69(1):153-70. PubMed PMID: 34794672
- Askeland KG, Hysing M, La Greca AM, Aarø LE, Tell GS, Sivertsen B. Mental health in internationally adopted adolescents: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(3):203-13.e1. PubMed PMID: 28219486
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Intercountry (international) adoption health guidance. 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/international-adoption/>
- Chiappini E, Bortone B, Borgi S, Sollai S, Matucci T, Galli L, et al. Infectious diseases in internationally adopted children and intercountry discrepancies among screening protocols, a narrative review. *Front Pediatr*. 2019;7:448. PubMed PMID: 31788456
- Colom J, Segura-García L, Bastons-Compta A, Astals M, Andreu-Fernandez V, Barcons N, et al. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders (FASD) among children adopted from Eastern European countries: Russia and Ukraine. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1388. PubMed PMID: 33546212
- Eckerle JK, Hillik, Iverson S, Hellerstedt W, Gunnar M, Johnson DE. Vision and hearing deficits and associations with parent-reported behavioral and developmental problems in international adoptees. *Matern Child Health J*. 2014;18(3):575-83. PubMed PMID: 23605963. [Texto completo](#)
- Eckerle JK, Bresnahan MM, Kroupina M, Johnson DE, Howard CR. International adoption: a review and update. *Pediatr Rev*. 2021;42(5):245-57. PubMed PMID: 33931509
- Goutines J, Miller LC, Sorge F. Infections and nutritional status of internationally adopted children in France. *Acta Paediatr*. 2021;110(4):1359-65. PubMed PMID: 33040353.
- Hanna SL, Hofto ME, Orr MM, Kiser C, Rahman AF, Molina AL. Trends in anthropometric measurements of internationally adopted children. *South Med J*. 2024;117(3):141-4. PubMed PMID: 38428935.
- Heikkilä AR, Elovainio M, Raaska H, Lapinleimu H. One-third of children had clinical signs of developmental coordination disorder 6 months after their international adoption. *Acta Paediatr*. 2025;114(2):310-8. PubMed PMID: 39294893. [Texto completo](#)
- Ivey R, Kerac M, Quiring M, Dam TTH, Doig S, DeLacey E. The nutritional status of individuals adopted internationally as children: a systematic review. *Nutrients*. 2021;13(1):245. PubMed PMID: 33611111

[33467102. Texto completo](#)

- Jones VF, Schulte EE; COUNCIL ON FOSTER CARE, ADOPTION, AND KINSHIP CARE. Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics*. 2019;143(5):e20190657. PubMed [PMID: 31036671](#)
- Juffer F, van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;293(20):2501-15. PubMed [PMID: 15914751](#)
- Koss KJ, Lawler JM, Gunnar MR. Early adversity and children's regulatory deficits: does postadoption parenting facilitate recovery in postinstitutionalized children? *Dev Psychopathol*. 2020;32(3):879-96. PubMed [PMID: 31656215](#). [Texto completo](#)
- Lawler JM, Koss KJ, Gunnar MR. Bidirectional effects of parenting and child behavior in internationally adopting families. *J Fam Psychol*. 2017;31(5):563-73. PubMed [PMID: 28263623](#). [Texto completo](#)
- Nalven L. Strategies for addressing long-term issues after institutionalization. *Pediatr Clin North Am*. 2005;52(5):1421-44, viii. PubMed [PMID: 16154470](#)
- Núñez López A, coordinador. *Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios*. Madrid: Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA); 2008. [Texto completo](#)
- Obringer E, Walsh L. Infectious Diseases and Immunizations in International Adoption. *Pediatr Ann*. 2017;46(2):e56-e60. PubMed [PMID: 28192579](#)
- Panin F, Venturini E, Oranges T, Filippeschi C, de Martino M, Galli L, et al. Skin diseases in internationally adopted children: a retrospective analysis in a tertiary care hospital in Tuscany, Italy, 2009-2016. *Travel Med Infect Dis*. 2020;37:101679. PubMed [PMID: 32325122](#)
- Scott KA, Roberts JA, Glennen S. How well do children who are internationally adopted acquire language? A meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res*. 2011;54(4):1153-69. PubMed [PMID: 21297167](#)
- Signorelli B, Lisi C, Galli L, Chiappini E. Special health care needs in internationally adopted children: prevalence of chronic conditions and interesting origin-correlated risk factors. *Curr Pediatr Rev*. 2025. Epub ahead of print. PubMed [PMID: 40248927](#)
- Skandrani S, Harf A, El Hussein M. The impact of children's pre-adoptive traumatic experiences on parents. *Front Psychiatry*. 2019;10:866. PubMed [PMID: 31920738](#). [Texto completo](#)
- Sollai S, Ghetti F, Bianchi L, de Martino M, Galli L, Chiappini E. Infectious diseases prevalence, vaccination coverage, and diagnostic challenges in a population of internationally adopted children referred to a tertiary care children's Hospital from 2009 to 2015. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(12):e6300. PubMed [PMID: 28328809](#). [Texto completo](#)
- Staat MA, Stadler LP, Donauer S, Trehan I, Rice M, Salisbury S. Serologic testing to verify the immune status of internationally adopted children against vaccine preventable diseases. *Vaccine*. 2010;28(50):7947-55. PubMed [PMID: 20937322](#). [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](#)
- Strand M, Zhang R, Thornton LM, Birgegård A, D'Onofrio BM, Bulik CM. Risk of eating disorders in international adoptees: a cohort study using Swedish national population registers. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e131. PubMed [PMID: 32452335](#)
- Trehan I, Meinen-Derr JK, Jamison L, Staat MA. Tuberculosis screening in internationally adopted children: the need for initial and repeat testing. *Pediatrics*. 2008;122(1):e7-14. PubMed [PMID: 18595977](#)
- Venturini E, Piccini P, Tersigni C, Chiappini E, Galli L. Systematic review shows that immunising internationally adopted children is a major challenge for primary health care. *Acta Paediatr*. 2019;108(3):411-8. PubMed [PMID: 30368909](#)
- Whitaker-Worth DL, Bayart CB, Benedetti JA. Dermatologic conditions in internationally adopted children. *Int J Womens Dermatol*. 2015;1(1):31-6. PubMed [PMID: 28491952](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Logan P, Roy S. International Adoption. In: Halsey ES, Angelo KM, Barnett ED, et al., eds. CDC Yellow Book, 2026 edition: Health Information for International Travel. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); PubMed PMID: 41818504. [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Pediatría Social: Adopción Internacional. 2026. Disponible en: <http://olivan-pediatra.es/Adop.html>

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

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

© Descargado el 13/05/2026 9:12:03 Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización.
Copyright © . Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.



ELSEVIER