

Adopción internacional: manejo en la postadopción

Fecha de la última revisión: 01/10/2021

¿De qué hablamos?

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.

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 solo 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.

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 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 cuándo hay que derivar a subespecialistas pediátricos, servicios especializados de estimulación temprana y servicios de intervención psicosocial diagnóstico-terapéutica.

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

(CDC, 2021; Chiappini E, 2019; Jones VF, 2019; Núñez López A, 2008; Staat MA, 2019)

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 (IMC). Es preciso usar gráficas de crecimiento estandarizadas (de la Organización Mundial de la Salud [OMS] o del país adoptante).

Si las medidas de los parámetros antropométricos se encuentran dentro de los estándares de referencia, 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, 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.

Deben realizarse en los primeros 1-2 meses tras su llegada y repetir las a los 6 meses, momento en que serán más representativas 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 del 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 un 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, 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 y varicela 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 varicela y una dosis de DTPa, y continuar el calendario de acuerdo a su edad. A 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

Se busca identificar 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 anal y genital para identificar cualquier anomalía sospechosa de abusos sexuales previos o mutilación genital.

5. Evaluación de la visión y de la audición

Es de especial importancia en niños con el antecedente de prematuridad, muy bajo peso al nacer, 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 el oftalmólogo/otorrinolaringólogo infantil. Hay que realizar cribado de errores de refracción a los 3 años de edad.

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 2 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, esta 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/dismorfológico: 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, escoliosis.

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 físico y de abuso sexual a través de indicadores físicos y comportamentales (ver guía sobre **Maltrato infantil: indicadores físicos y comportamentales en el menor**), así como documentar la existencia de mutilación genital femenina.

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* (para niños entre 4 y 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?

(CDC, 2021; Chiappini E, 2019; Jones VF, 2019; Mastrolia MV, 2019; Núñez López A, 2008; Obringer E, 2017; Salerno G, 2018; Staat MA, 2019)

- Hematimetría completa (serie roja, blanca y plaquetaria).
- Hierro, transferrina y ferritina séricos.
- Estudio de hemoglobinopatías. Solo 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. Solo 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. Solo 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*. Solo si existe fuerte sospecha clínica y las investigaciones parasitológicas en heces repetidas resultan negativas.
- Coprocultivo (1 muestra). Solo si existe diarrea con fiebre, especialmente si es sanguinolenta.
- Enzimas hepáticas (GOT, GPT).
- Función renal (urea, creatinina).
- Cribado de hipovitaminosis D y raquitismo (calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, 25-OH-colecalciferol). Determinar PTH solo si existe sospecha clínica.
- Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.). Solo 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 menores de 3 años, 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 los 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 isoniazida 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, hay que repetirla a los 3-6 meses (posibilidad de hacer radiografía de tórax). Si no ha sido vacunado de BCG y persiste >5 mm, se debe 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 se repetirá 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, hay que confirmar el diagnóstico determinando la presencia de 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 la serología es positiva, determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y anti-hepatitis Delta.
- Serología hepatitis C (anti-HCV EIA) *. Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando carga viral (VHC-RNA) mediante técnica de PCR.
- 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 y 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 son positivas, confirmar con prueba treponémica específica (FTA-ABS IgG). Esta 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. Se debe 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). Solo 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). Solo 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). Solo 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. Los casos asintomáticos procedentes de regiones endémicas con historial previo de esplenomegalia o hepatomegalia deben ser evaluados preferentemente mediante técnica de PCR.
- Investigación de la enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi* IgG ELISA o IFI). Solo 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, solo en casos con eosinofilia superior a 450 células/mm³ y estudio parasitológico de heces negativo.
- Investigación de la filariasis (identificación de microfilarias en sangre o piel). Solo 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). Solo 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 el apartado ya mencionado sobre 'Evaluación del estado de inmunización').

* 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.

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

(Bortone B, 2019; Canzi E, 2021; Chiappini E, 2017; Colom J, 2021; Goutines J, 2021; Heikkilä AR, 2021; Hornfeck F, 2019; Jones VF, 2019; Mastrolia MV, 2019; Obringer E, 2017; Oliván Gonzalvo G, 2018; Oliván Gonzalvo G, 2020; Oliván Gonzalvo G, 2021; Panin F, 2020; Salerno G, 2018; Sollai S, 2017; Stagi S, 2020; Tchidjou HK, 2018; Totaro C, 2018)

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, eccemas, 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).
- Deficiencia de vitamina D severa.

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/amigdalar crónica.
- Ambliopía y patología ocular del segmento anterior.
- Trastornos del espectro alcohólico fetal/síndrome alcohólico fetal (en los procedentes de países Europa del este puede alcanzar hasta el 50%).
- 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.
 - Poliomielitis/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.

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

(Askeland KG, 2017; Askeland KG, 2018; Askeland KG, 2020; Bortone B, 2019; Canzi E, 2021; de Maat DA, 2018; Hjern A, 2020; Hornfeck F, 2019; Jones VF, 2019; Lawle JM, 2017; Oliván Gonzalvo G, 2018; Stagi S, 2020; Strand M, 2020; Tchidjou HK, 2018)

Problemas de salud física

- Ausencia de crecimiento recuperador.
- Sobrepeso/obesidad.
- Caries.
- Alergia alimentaria.
- Alergia a inhalantes.
- Pubertad temprana/pubertad precoz.

Problemas de salud mental

Tienen más riesgo los adoptados por encima de los 2 años edad que han sufrido situaciones adversas preadoptivas (exposición prenatal al alcohol y drogas, prematuridad, muy bajo peso al nacimiento, abusos y negligencias, malnutrición crónica, etc.), y que han vivido en instituciones durante un tiempo prolongado (superior a 6 meses). A más adversidades acumuladas, mayor es el riesgo.

- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- 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.

* Más frecuentes entre los adoptados por encima de los 6-7 años de edad.

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

(Koss KJ, 2020; Jones VF, 2019; Skandrani S, 2019; Strand M, 2020)

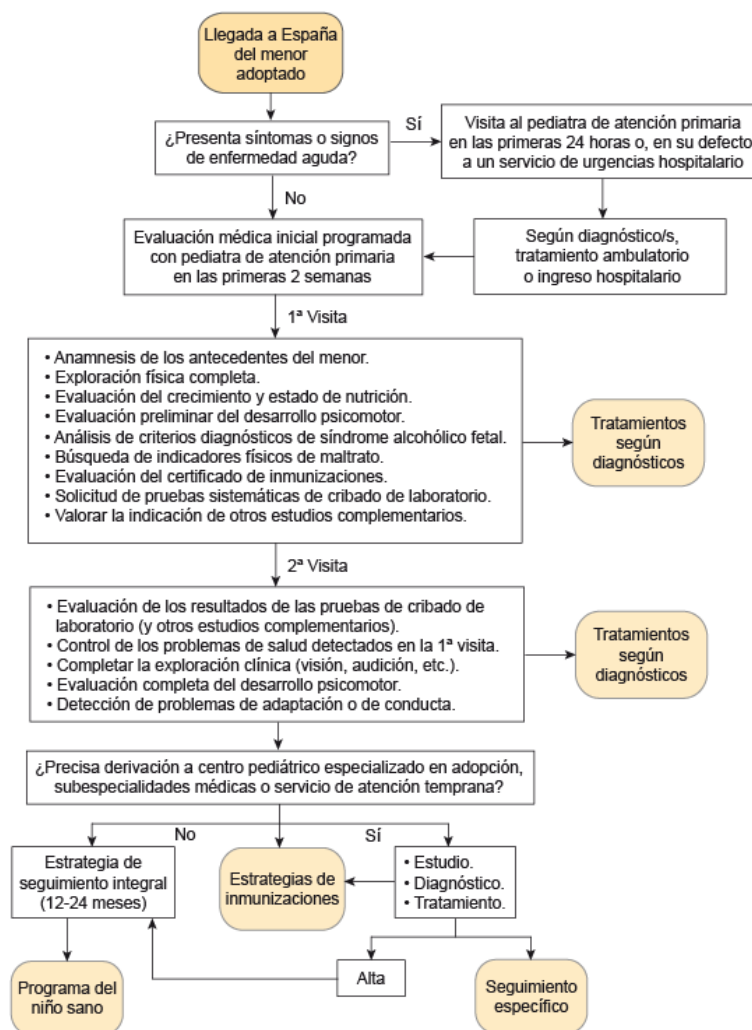
Cuando el niño:

- 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.

Cuando 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 sobrereactivas 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



Algoritmo de manejo en la postadopción internacional

Bibliografía

- 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](#)
- Askeland KG, Sivertsen B, Hysing M. Sleep patterns and insomnia among internationally adopted adolescents. *Sleep Health*. 2020;6(5):594-600. PubMed [PMID: 32360020](#). [Texto completo](#)
- Askeland KG, Sivertsen B, Skogen JC, La Greca AM, Tell GS, Aarø LE, et al. Alcohol and drug use among internationally adopted adolescents: Results from a Norwegian population-based study. *Am J Orthopsychiatry*. 2018;88(2):226-35. PubMed [PMID: 28253017](#)
- Bortone B, Totaro C, Putignano P, Sollai S, Galli L, De Martino M, et al. Auxo-endocrinological features in a cohort of internationally adopted children in Italy. *World J Pediatr*. 2019;15(3):297-305. PubMed [PMID: 30783950](#)
- Canzi E, Rosnati R, Miller LC. Growth recovery in newly arrived international adoptees in Italy: relation to parenting stress. *Minerva Pediatr*. 2021;73(4):316-23. PubMed [PMID: 29651833](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. Intercountry (International) Adoption Health Guidance [consultado 1-10-2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/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](#). [Texto completo](#)
- Chiappini E, Sollai S, De Martino M, Galli L. Malaria in Children Adopted from the Democratic Republic of the Congo. *Emerg Infect Dis*. 2017;23(4):721-2. PubMed [PMID: 28322706](#). [Texto completo](#)
- 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](#). [Texto completo](#)
- De Maat DA, Knuiman S, Rijk CHAM, Hoksbergen RAC, Van Baar AL. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms in Children Adopted from Poland and their Atypical Association Patterns: a Bayesian Approach. *J Abnorm Child Psychol*. 2018;46(3):477-90. PubMed [PMID: 28523385](#). [Texto completo](#)
- 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](#)
- Heikkilä AR, Elovainio M, Raaska H, Matomäki J, Sinkkonen J, Lapinleimu H. Intestinal parasites may be associated with later behavioral problems in internationally adopted children. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245786. PubMed [PMID: 33493225](#). [Texto completo](#)
- Hjern A, Palacios J, Vinnerljung B, Manhica H, Lindblad F. Increased risk of suicidal behaviour in non-European international adoptees decreases with age - A Swedish national cohort study. *EClinicalMedicine*. 2020;29-30:100643. PubMed [PMID: 33305197](#). [Texto completo](#)
- Hornfeck F, Bovenschen I, Heene S, Zimmermann J, Zwönitzer A, Kindler H. Emotional and behavior problems in adopted children - The role of early adversities and adoptive parents' regulation and behavior. *Child Abuse Negl*. 2019;98:104221. PubMed [PMID: 31606608](#)
- 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](#). [Texto completo](#)
- 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](#)
- Lawle JM, KossKJ, 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](#)
- Mastrolia MV, Sollai S, Totaro C, Putignano P, De Martino M, Galli L, et al. Utility of tuberculin skin test and IGRA for tuberculosis screening in internationally adopted children: Retrospective analysis from a single center in Florence, Italy. *Travel Med Infect Dis*. 2019;28:64-7. PubMed [PMID: 30053638](#)
- Núñez López A, coordinador. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2008. [Texto completo](#)
- Obringer E, Walsh L. Infectious Diseases and Immunizations in International Adoption. *Pediatr Ann*. 2017;46(2):e56-60. PubMed [PMID: 28192579](#)
- Oliván Gonzalvo G. Sobrepeso y obesidad en adolescentes adoptados internacionalmente. *Acta Paediatr Esp*. 2018;76(7-8):e98-102. [Texto completo](#)
- Oliván-Gonzalvo G, Gracia-Balaguer J. Prevalence of congenital heart defects in internationally adopted children. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021;95(4):274-5. PubMed [PMID: 34475007](#). [Texto completo](#)
- Oliván-Gonzalvo G. Frequency of strabismus in children adopted from Russia, Ukraine and Kazakhstan: Relationships with perinatal history and medical diagnosis. *Clin Pediatr*. 2018;1:1006. [Texto completo](#)
- Oliván-Gonzalvo G. Prevalence of Syphilis in Children Adopted From Russia. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(7): 623-4. PubMed [PMID: 32553986](#). [Texto completo](#)
- 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](#)
- Salerno G, Ceccarelli M, De Waure C, D'Andrea M, Buonsenso D, Faccia V, et al. Epidemiology and risk factors of hypovitaminosis D in a cohort of internationally adopted children: a retrospective study. *Ital J Pediatr*. 2018;44(1):86. PubMed [PMID: 30053889](#). [Texto completo](#)
- 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, Wien S, Jentes E. Family travel. Vaccine recommendations for infants and children. Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/family-travel/international-adoption>
- Stagi S, Papaccioli V, Boiro D, Maggioli C, Ndambao NN, Losi S, et al. Auxological and endocrinological features in internationally adopted children. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):82. PubMed [PMID: 32522220](#). [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](#). [Texto completo](#)
- Tchidjou HK, Vescio MF, Serafinelli J, Giampaolo R, Jenkner A, Tadonkeng MC, et al. Susceptibility to allergy in adoptive children: a cross-sectional study at "Bambino Gesù Children's Hospital". *Ital J Pediatr*. 2018;44(1):3. PubMed [PMID: 29301554](#). [Texto completo](#)
- Totaro C, Bortone B, Putignano P, Sollai S, Galli L, De Martino M, et al. Internationally adopted children: not only infectious diseases! *J Travel Med*. 2018;25(1). PubMed [PMID: 29788402](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Centers for Disease Control and Prevention. Intercountry (International) Adoption Health Guidance [consultado 1-10-2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/adoption/>
- Jeannin C, editora. Fortaleciendo las competencias: Aprender de los fracasos en la adopción internacional. Ginebra, Suiza: Servicio Social Internacional; 2018. [Texto completo](#)
- Ledesma del Busto J, Louse H, García Garrido V, Villar Losa C, Serrano Ávila I. Manual de recomendaciones en la búsqueda de orígenes. CORA; 2019. [Texto completo](#)
- Núñez López A, coordinador. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2008. [Texto completo](#)
- Oliván Gonzalvo G. Pediatría Social: Adopción Internacional; 2021. Disponible en: <http://olivan-pediatra.es/Adop.html>
- Staat MA, Wien S, Jentes E. Family travel. Vaccine recommendations for infants and children. Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/family-travel/international-adoption>

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 15/11/2021. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2021. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.