

| S. Alberola López, I. Pérez García, J.M. Andrés De Llano*

Centro de Salud Jardínillos. *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial. Palencia

IV PREMIO “DÍEZ RUMAYOR” DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN” | Estado de salud y evolución de un grupo de niños procedentes de adopción internacional

RESUMEN

Introducción: La adopción internacional es una realidad creciente en nuestro entorno. La justificación de nuestro trabajo es conocer las características de salud de estos niños y su evolución durante los dos primeros años de su vida en España.

Población y métodos: Estudio observacional descriptivo sobre una cohorte de 40 niños procedentes de adopción internacional, adscritos a un Centro de Salud urbano de Palencia.

Resultados: Son 11 niños y 29 niñas, con una edad de $23,1 \pm 26,5$ meses, procedentes de Europa del Este (45%), Asia (40%) y otras regiones (15%). Sus antecedentes familiares se conocen por la información aportada en 8 casos (20%). Constan antecedentes personales patológicos en 24 (60%). La mayoría de los diagnósticos no se confirmaron. Aparece información vacunal en 25 niños (62,5%). Los valores globales de peso (-1 DS) y talla (-0,3 DS) a su llegada muestran una diferencia estadísticamente significativa en su evolución, con incremento de ambos (0 y 0,7 DS, respectivamente) al año de su estancia. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en comparación con un grupo control de niños nacidos en España en las patologías infecciosas agudas durante los dos primeros años en nuestra ciudad. Respecto a la patología crónica, únicamente se halla diferencia para los trastornos de conducta (trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia, DSM IV) a favor de los casos ($p = 0,007$).

Conclusiones: El estado de salud de los niños de adopción internacional y su evolución es mejor de lo esperable por la información disponible a su llegada, pero deben ser vigilados por considerarse población de riesgo.

Palabras clave: adopción internacional, niños, salud.

ABSTRACT

Background: International adoption is increasing in our society.

Objective: To know the characteristics of the health of these children and their evolution along the first two years of their lives in Spain.

Patients and methods: Observational study of a cohort of 40 children adopted internationally performed in a urban Primary Care Center in Palencia.

Results: 11 boys and 29 girls, aged 23.1 ± 26.5 months, who came from Eastern Europe (45%), Asia (40%) and other countries (15%). Family diseases are known in 8 cases (20%). Personal diseases are known in 24 (60%). Mostly of the diagnostics did not were confirmed. Vaccination reports are known in 25 children (62.5%). Weight (-1 DS) and height (-0,3 DS) values at the beginning and one year later showed statistical significance (0 and 0.7 DS respectively). No differences were found comparing adopted children and a control group in acute infectious diseases in the first two years. Regarding chronic diseases it was found statistical significance for behavior disorders in the adopted children ($p = 0.007$).

Conclusion: Health in the group of children adopted internationally and their evolution is better than expected for the available information at their arrival, but they must be monitored because they are considered to be a population of risk.

Key words: international adoption, children, health.

Can Pediatr 2010; 34 (1) : 39-46

Correspondencia: Susana Alberola López. c/ Muro nº 2, 5º izquierda. 34001 Palencia. Correo electrónico: salberola@ono.com

© 2008 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

INTRODUCCIÓN

La adopción internacional es una realidad creciente en nuestro entorno en los últimos años, y España se encuentra a la cabeza de los países involucrados en este proceso, en segundo lugar tras Estados Unidos¹.

Estos niños procedentes de amplias zonas del mundo tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones de la salud física y mental que la población autóctona española, por diversos factores: unos, asociados a las condiciones generales de sus países de origen (pobreza, insalubridad, etc.); otros, a la situación del niño previa al abandono y la institucionalización (cuidados del embarazo, parto y período neonatal, malnutrición, abuso); y, finalmente, a los que se dan durante el período de estancia en las instituciones (en general, entorno y cuidados inadecuados)².

La procedencia heterogénea y las condiciones tan diversas de los niños procedentes de adopción internacional hacen que el pediatra deba enfrentarse a unas realidades (características raciales, rasgos culturales, patologías prevalentes, etc.) hasta hace poco casi desconocidas para él, y le obligan a ampliar el espectro de sus conocimientos y su experiencia.

La justificación de nuestro trabajo se basa en conocer las características de salud de los niños de adopción internacional a los que atendemos y su situación evolutiva durante los dos primeros años de su nueva vida en España.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo sobre una cohorte de 40 niños procedentes de adopción internacional, adscritos a un Centro de Salud urbano de Palencia (con una población total de 19.493 habitantes, de los cuales 2.184 son niños), y que fueron atendidos entre los años 1995-2006.

La información se recogió en la consulta según el siguiente protocolo:

1. Los datos de antecedentes familiares y personales de los niños se obtuvieron de la información aportada por los padres, bien en la consulta preadopción o en la primera visita, y que les había sido facilitada por los servicios de salud de los respectivos países de donde procedían.

2. Los datos físicos y las exploraciones complementarias de seguimiento según los protocolos utilizados^{3,4} se recogieron de los registros obtenidos en cada una de las revisiones que se realizaron a los niños, cuya periodicidad era diferente según la edad del niño y la situación en que se encontrase.

3. Para conocer y caracterizar las patologías agudas y crónicas que fueron presentando estos niños a lo largo de los dos primeros años de estancia en nuestro país, se realizó un emparejamiento con los pacientes españoles de igual sexo y edad (1 caso/2 controles, inmediatamente anterior y posterior al caso índice en el registro de la consulta), en total 80 niños. Los datos de seguimiento se obtuvieron en los controles de la misma manera que para los casos.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Sexo (varón/mujer)	11/29 (27,5/72,5%)
Edad en meses en el momento de la adopción	Media \pm DE: 23,1 \pm 26,5 Mediana. (Pc. 25-75): 16. (10,25-21,75)
Presencia de hermanos	20 (50%). Biológicos: 8. Adoptados: 7. Biológicos + adoptados: 4
Edad de la madre (años)	38,8 \pm 4,9
Edad del padre (años)	38,7 \pm 4,2

DE= Desviación estándar; Pc = Percentil.

TABLA IIa. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOPCIÓN

Continente de procedencia	Europa del Este 18 (45%). Asia 16 (40%). América del Central y del Sur 5 (13%).África 1 (1%)
Tiempo de trámites de adopción (meses)	Mediana. (Pc. 25-75): 18. (12-24).
Coste (en miles de euros)	Media \pm DE: 15.086 \pm 7.004

DE= Desviación estándar; Pc = Percentil.

Análisis estadístico: para las variables cuantitativas se obtuvieron los valores de media, mediana, desviación estándar y percentiles 25-75 y se realizó un test de bondad de ajuste a la normalidad. Para las cualitativas se calcularon las frecuencias y porcentajes. Las comparaciones se realizaron mediante el test de la t de Student o el test de Mann Whitney según el caso para las variables continuas. Se realizó un análisis de la varianza para medidas repetidas en el estudio de datos somatométricos. Con las variables categóricas se utilizó el test de la Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística para control de potenciales variables confusoras.

RESULTADOS

Las características de la población objeto de este estudio se muestran en las tablas I a III.

Los antecedentes familiares de los niños adoptados fueron conocidos por la información aportada en 8 casos (20%) que se distribuyeron de la siguiente manera: China un caso (7,1% de dicho país), Perú un caso (50% de dicho país), Rusia cinco (31,3% de dicho país), Ucrania uno (100% de dicho país). Los antecedentes familiares reseñados fueron: alcoholismo materno, VHC, HIV, drogadicción, sífilis.

Los antecedentes personales patológicos que constaban en los informes médicos realizados por las instituciones de donde procedían los niños se muestran en las tablas IVa y IVb.

Los hallazgos patológicos encontrados en las exploraciones realizadas tras su llegada son los que se exponen en la tabla V. Bajo el epígrafe "Otros", se incluyen: 3 parasitosis (1 ascaris lumbricoides, 2 himenolepis nana), 2 escabiosis, una infección tuberculosa, una serología HIV no confirmada posteriormente y una hernia inguinal.

Los datos sobre el estado de inmunización de los niños se recogen en la tabla VI.

Las figuras 1 a 3 muestran las determinaciones de peso, talla e índice de masa corporal –IMC– de los controles trimestrales del primer año, tomando como referencia las tablas de crecimiento para la población española de Hernández y cols.⁵, que son las utilizadas habitualmente en la consulta. Considerando el grupo en su conjunto, en ellas se observa una diferencia estadísticamente significativa en la evolución de peso y talla, con incremento durante el primer año de su estancia. Para el IMC aunque también existe un aumento, sin embargo, no se observan estas diferencias.

Si analizamos los valores de peso inicial a la llegada a España situados por debajo de -2 DS, encontramos 7 niños (25,9%), de los cuales 3 son chinas (42,9% del total de esta procedencia), y 4 son rusos (36,4%). Un año después, solo 2 (10,5%), ambos rusos, permanecen en esta posición.

En relación con la talla inicial, 5 niños (12,5%), 4 rusos y un peruano, se encuentran por debajo de -2 DS para la población española. Tras un año entre nosotros, solo 2 (6,2%), ambos rusos, se mantienen en ese carril de crecimiento.

Finalmente, se analizan los procesos infecciosos agudos durante el primer y segundo años de su estancia en nuestra ciudad y la patología crónica que aparece en este mismo período y se compara con un grupo control de igual edad y sexo.

Para los procesos infecciosos agudos, que incluyen: infecciones respiratorias altas, infecciones respiratorias bajas, gastroenteritis, infecciones urinarias y otras infecciones agudas (conjuntivitis, fiebre sin foco, enfermedades exantemáticas, etc.) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo control. Se realiza un análisis de regresión logística controlando la existencia de hermanos en la familia, no modificándose los resultados.

Respecto a la patología crónica que se pone de manifiesto en el mismo tiempo de seguimiento, no se encuentran diferencias para asma, alteraciones del neurodesarrollo, alteraciones del lenguaje y otras (diabetes, alteraciones dermatológicas, alteraciones visuales, pubertad precoz, alergias, etc.) en los niños adoptados y los de origen español. Únicamente se halla diferencia estadísticamente significativa para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia (DSM IV) a favor de los casos ($p = 0,007$). El riesgo de presentar estos trastornos en nuestro estudio es de 8 veces mayor en la población adoptada respecto a los controles (Odds Ratio = 8; IC 95%: 1,5-40). Las diversas patologías detectadas se muestran en la tabla VII.

TABLA IIb. PAÍSES DE PROCEDENCIA

	Frecuencia	Porcentaje
Colombia	1	2,5
China	14	35,0
Etiopía	1	2,5
India	2	5,0
Méjico	1	2,5
Panamá	1	2,5
Perú	2	5,0
Rumania	1	2,5
Rusia	16	40,0
Ucrania	1	2,5
Total	40	100,0

TABLA III. AÑO DE ADOPCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
1995	1	2,5
1996	1	2,5
1999	3	7,5
2000	1	2,5
2001	4	10,0
2002	4	10,0
2003	7	17,5
2004	7	17,5
2005	8	20,0
2006	4	10,0
Total	40	100,0

TABLA IVa. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS E INFORMACIÓN VACUNAL

Antecedentes patológicos	Sí	No
Personales (global)	24	16
Perinatales	9	31
Neurológicos	11	29
Cardiológicos	8	32
Respiratorios	3	37
Sensoriales	4	36
Otros	8	32

TABLA IVb. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

	No	Sí	Total
China	14	0	14
Colombia	0	1	1
Etiopía	1	0	1
India	2	0	2
Méjico	0	1	1
Panamá	1	0	1
Perú	0	2	2
Rumanía	1	0	1
Rusia	5	11	16
Ucrania	0	1	1
Total	24	16	40

TABLA V. HALLAZGOS PATOLÓGICOS ENCONTRADOS A SU LLEGADA

Hallazgos patológicos	Sí	No
Cardiológicos	1	39
Neurológicos	1	39
Sensoriales	2	38
Desarrollo psicomotor alterado	1	39
Otros	8	32
Anemia	3	37
Ferropenia	10	30
Alteración serológica	2	38

TABLA VI. ESTADO DE INMUNIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS ADOPTADOS

	Tbc	Polio	DTP	TV	Sarampión
No	17	15	15	33	32
Sí	23	25	25	7	8
Total	40	40	40	40	40

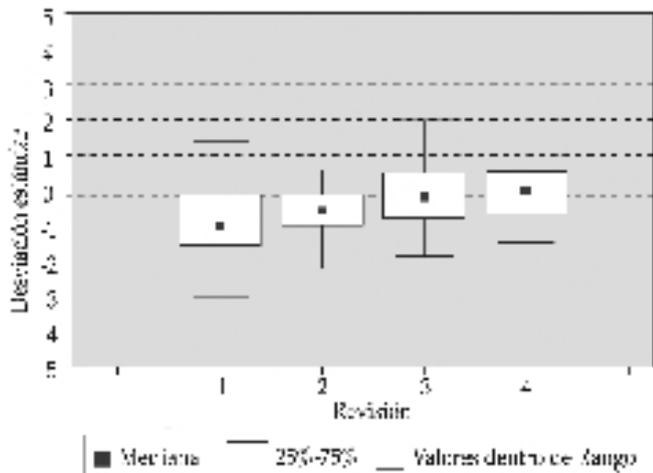


Figura 1. Evolución del peso tras la llegada a nuestro país. Diagrama de cajas. Variable REVISIÓN codificada como 1 = llegada, 2 = control a los 3 meses, 3 = control a los 6 meses, 4 = control a los 12 meses. Comparación en Zscore. Nivel de significación p = 0,001.

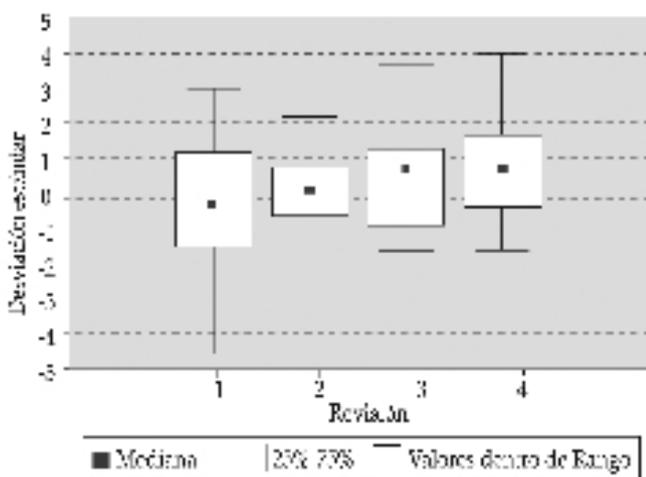


Figura 2. Evolución de la talla tras la llegada a nuestro país. Diagrama de cajas. Variable REVISIÓN codificada como 1 = llegada, 2 = control a los 3 meses, 3 = control a los 6 meses, 4 = control a los 12 meses. Comparación en Zscore. Nivel de significación p = 0,012.

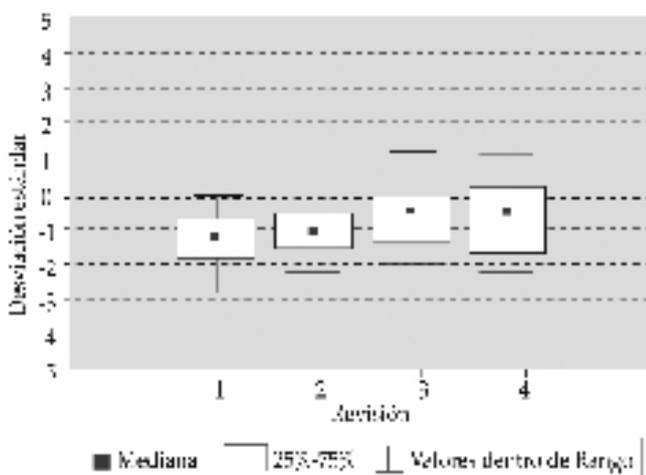


Figura 3. Evolución del índice de masa corporal (IMC) tras la llegada a nuestro país. Diagrama de cajas. Variable REVISIÓN codificada como 1 = llegada, 2 = control a los 3 meses, 3 = control a los 6 meses, 4 = control a los 12 meses. Comparación en Z-score. Nivel de significación p = 0,28.

TABLA VII. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (DSM-IV) EN CASOS Y CONTROLES

	Control	Caso	Total
Sin patología	78	33	111
Apnea de llanto	1	0	1
Alteraciones en la convivencia	0	1	1
Enuresis	0	2	2
TDAH	0	3	3
Tics	1	1	2
Total	80	40	120

DISCUSIÓN

La adopción internacional es una realidad creciente en nuestra sociedad y nuestro país se encuentra a la cabeza del mundo en este aspecto ^{1,2}.

Sobre nuestro grupo total de 40 niños adoptados, hubo un claro predominio del sexo femenino (29 niñas frente a 11 niños), debido a que China es el segundo país de procedencia de nuestra población, tras Rusia, y el 100% de sus adopciones eran de niñas, hecho que es una constante que se repitió en otros trabajos consultados ⁶⁻⁹.

La edad media de los niños es de 23,1 ± 26,5 meses; 30 de los 40 (75%) tienen menos de 20 meses y 37 de los 40 (92,5%) tienen menos de 5 años en el momento de la adopción.

Estas cifras son muy similares a las encontradas por de Aranzábal y cols. en un reciente trabajo realizado en el País Vasco y Navarra ¹⁰ y por Sonogo y cols. en Madrid ⁹.

Por países, el 100% de las niñas chinas tiene menos de 20 meses cuando son adoptadas, mientras que solo el 50% de los procedentes de Rusia se encuentran en este tramo de edad, y el resto son mayores, algunos hasta de 10 y 11 años.

La edad en el momento de la adopción es un factor que influye en el futuro de los niños, porque se sabe que, a más edad (y, por tanto, período más largo de institucionalización), mayor riesgo de retraso de crecimiento y de secuelas físicas y psicológicas ^{6,11}.

Respecto a la existencia de hermanos en las familias adoptantes, 20 de los niños (50%) sí los tienen, tanto biológicos como adoptados, y en ocasiones, de ambos tipos. Este hecho su-

giere que es hora de desterrar el tópico de que sólo adoptan las familias que no tienen hijos. La edad de los padres adoptantes fue similar en ambos progenitores, alrededor de 39 años.

Por procedencia geográfica, Europa del Este y Asia fueron las dos regiones que más adopciones aportan, debido a que Rusia con 16 y China con 14, son los países más solicitados en nuestra zona. Internacionalmente, tras el predominio de los países de América Latina en los años 90 al inicio del fenómeno de la adopción, Europa del Este (Rusia y Ucrania) en los primeros años de la década de 2000 y Asia a partir de 2004 (especialmente China, que representa un 50% del total de adopciones en España, seguida a distancia de India y Nepal), son las áreas geográficas que han aportado más niños.

Según la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, los países más demandados por las familias adoptantes en nuestra Comunidad Autónoma en los últimos años han sido China, Rusia, India, Kazakstán, Colombia, Ucrania y Etiopía¹². Apartir del 2007, se está produciendo un auge de países africanos como nuevos destinos.

El tiempo medio empleado en los trámites requeridos desde el inicio del proceso de adopción hasta la llegada del niño al hogar es de 18 meses y, aunque la mayoría de las familias finaliza el mismo antes de 30 meses, existen casos que los que se prolonga hasta 5 años. Este retraso en los tiempos de adopción es una de las razones por las que los adoptantes hayan buscado nuevas zonas geográficas que aseguren una espera menor, exponiéndose en ocasiones a países de riesgo, donde los expedientes sigan trámites privados a través de mediadores y las administraciones públicas no tengan ninguna competencia en la materia.

El coste medio del proceso se ha estimado en 15.000 euros, y la mayoría de las familias lo solventa con menos de 25.000. En este apartado habría que incluir toda la tramitación, los viajes y las a veces largas estancias (hasta de dos meses) en los países de destino que son requeridas para que la adopción se formalice.

En nuestro grupo de estudio, la mayoría de las adopciones (22, 55%) se produjeron entre el 2003 y 2005, años en los que también crecieron las cifras de solicitudes en toda la Comunidad Autónoma¹². Hasta el momento actual, las solicitudes para adoptar por las familias de nuestra provincia se mantienen en un nivel muy similar de unos años a otros, pero la llegada de los niños parece producirse en oleadas a consecuencia de las trabas legales y burocráticas de los países de origen, que, en general, adoptan posturas restrictivas para controlar una demanda creciente: modificación de la legislación, re-

trasos de tramitación de expedientes, procesos cerrados en determinados países, cupos limitados para familias monoparentales, etc.

La información sobre los antecedentes familiares de los niños fue muy escasa, encontrándose disponible solo en 8 casos, 5 de ellos procedentes de Rusia, y recogen la existencia de alcoholismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual y alcoholismo, riesgos sobre los que algunos autores habían alertado ya^{13,14}. No podemos aventurar si, en los casos donde no aparecía ningún dato sobre estos antecedentes, se debió a que no existían, no se registraron o realmente no se conocía nada de ellos.

En cambio, la información sobre los antecedentes personales patológicos de los niños fue muy abundante, reseñándose la existencia de patología que afectaba a los diversos órganos y sistemas, y que sobre el papel daba la impresión de gravedad. Habría que mencionar de forma particular que, de los 16 niños rusos, 11 de ellos (68,6%) presentaban información sobre alteraciones somáticas de diversa índole, hecho ya mencionado en la literatura^{15,16}. Hay que indicar que esta información es la que se facilitó a las familias desde los orfanatos antes de aceptar formalmente la adopción, generándose en los padres una considerable incertidumbre sobre la situación real de su futuro hijo que les llevó, en alguna ocasión, a solicitar a sus pediatras orientación sobre su posible estado de salud y consejo sobre el riesgo de la adopción, antes de que unos y otros pudieran ver al niño.

Afortunadamente, sólo en unos pocos casos se confirmaron las patologías a la llegada de los niños a nuestra ciudad, tras realizar las exploraciones físicas detalladas, los exámenes complementarios según los protocolos habituales, y las interconsultas pertinentes con otros especialistas. Nuestra experiencia corrobora plenamente lo expresado por otros autores sobre la calidad de los informes preadopción, que son calificados como buenos o suficientes en algunas zonas (Corea, India e Iberoamérica), pero en otros países son valorados como deficientes y adulterados (China y Europa del Este)².

El despistaje y diagnóstico precoz de infecciones, entre las que destacan la hepatitis B y C, tuberculosis, sífilis y HIV se ha considerado uno de los motivos que hacen necesaria la evaluación de los niños procedentes de estos países del Tercer Mundo a su llegada a los países adoptantes^{17,18}.

Mención aparte merece la información sobre el estado de inmunización de los niños. 25 (62,5% del total) aportaban información vacunal, cifra similar a otros estudios¹⁰, aunque los informes mostraban datos incompletos, parciales

y a veces difíciles de interpretar. Dado el riesgo añadido para la salud que supone una inmunización incorrecta y, aunque en ocasiones se realizaron serologías para comprobar la situación real de anticuerpos vacunales, siempre que existió una duda razonable se procedió a la revacunación desde el inicio.

La situación de desarrollo somático fue valorada a la llegada y en las revisiones periódicas realizadas. El peso inicial se situó en -1 DS, situación parecida a la que se ha constatado en otros trabajos^{6,7,9,10}, aunque en el curso del primer año se produjo un aumento significativo hasta colocarse en los valores de la media. Evolución similar mostró la talla, que si inicialmente estaba colocada en una posición mejor, en -0,3 DS, más favorable que en los estudios antes citados, también se incrementó de forma significativa en el primer año. El índice de masa corporal (IMC) experimentó, asimismo, un incremento en el primer año, aunque sin significación estadística.

Considerando como malnutridos a los niños con un peso inicial por debajo de -2 DS, un 25,9% de nuestro grupo (3 chinas, 4 rusos), cumplía esta condición, igual que en otros estudios españoles^{8,9}. Un año después, solo 2 (10,5%), ambos rusos, permanecían en esa posición. Aunque nos resulten útiles como punto de referencia para vigilar la progresión de los niños tras su adopción, hemos de admitir que las tablas españolas pueden no ser las adecuadas para la valoración de los niños de todos los países, dadas las diferencias étnicas existentes entre unos y otros. De hecho, si utilizásemos las tablas de los países de origen^{19,20} en los 7 niños malnutridos, las 3 niñas chinas se encontrarían por encima del percentil 3, dentro de los límites normales y mucho mejor que lo descrito en otros trabajos^{6,21}, alguno de ellos muy reciente⁸, que también encontró una mejoría de su estado nutricional cuando se evaluaron según las tablas de referencia de su país de origen. Por el contrario, los rusos mantendrían su condición de malnutridos si se comparasen los valores usados actualmente por los pediatras de aquel país.

La talla inicial se encontró por debajo de -2 DS para la población española en 5 niños (12,5%), 4 rusos y un peruano, y un año después, solo 2 (6,2%), ambos rusos, se mantenían en ese carril de crecimiento. Esta deficiencia de talla se confirmó con las tablas rusas, situándose por debajo del percentil 3 en todos los casos.

El número de procesos infecciosos agudos de diferentes tipos (respiratorios de vías altas y bajas, digestivos, urinarios y otros) que presentaron los niños procedentes de adopción internacional durante el primer y el segundo año de su estancia en España no difiere del encontrado en el grupo control, formado por niños españo-

les de su misma edad y sexo. Este hecho podría indicar que su situación inmunológica era suficientemente competente como para desenvolverse con éxito en nuestro medio.

En cuanto a la patología crónica diagnosticada en esos primeros dos años de estancia en nuestro país, solo se encontraron diferencias significativas respecto de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia (DSM-IV) en los niños adoptados, con un riesgo 8 veces mayor que la población española. La presencia de TDAH (3 casos, 7,5%) se encuentra dentro de los rangos que se manejan como prevalencia estimada para población infantil. El diagnóstico no se debería realizar de forma inmediata a la llegada del niño a su nueva familia, sino pasado un período de tiempo razonable, pues la hiperactividad podría ser una manifestación del período de adaptación.

Se detectaron alteraciones visuales sólo en 3 casos (7,5%) durante el período de seguimiento de este estudio (2 años). En Suecia²² encontraron prevalencias de hasta un 78% de hallazgos oculares anormales, por lo que se recomendó la exploración oftalmológica de rutina en estos niños.

Se diagnosticaron 2 pubertades precoces en dos niños procedentes de la India. Esta es una alteración a tener en cuenta, pues se ha descrito un aumento de riesgo en los niños procedentes de adopción internacional²³.

Los niños procedentes de adopción internacional han supuesto un nuevo campo de actuación para el pediatra, quien ha debido buscar información y formación para responder satisfactoriamente a las necesidades que plantean ellos y sus familias. A lo largo de estos últimos años se han ido poniendo a nuestro alcance nuevas herramientas de gran utilidad para la práctica diaria, que nos han ayudado a evolucionar de una asistencia intuitiva y de "hágase según arte" a una atención más completa y protocolizada^{3-4,24-26}. Aún así, coincidimos con los autores¹⁰ que recomiendan una mejor difusión de estos protocolos entre los pediatras.

Agradecimientos

A las familias que han colaborado de forma entusiasta y desinteresada en la elaboración de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. Adopciones Internacionales 1997-2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Disponible en www.mtas.es
2. Oliván Gonzalvo G. Comparecencia de D. Gonzalo Oliván Gonzalvo ante la Comisión Especial sobre adopción internacional del Senado de España. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; 20: 675-82.
3. De Aranzábal M, Cortés A, Fumadó V, García M, Hernández A, Lirio J, Oliván G, Núñez A. Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Disponible en www.coraenlared.org/contenido/salu.htm (consultado el 30-1-2008).
4. Martín Ruano A. Guía de asistencia sanitaria a los niños procedentes de adopción internacional. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. 2006.
5. Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal). Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2004. Disponible en www.aepap.org/crecorbegozo.htm
6. Miller LC, Hendrie NW. Health of children adopted from China. *Pediatrics* 2000;105(6). URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76> (consultado el 9-12-2006).
7. Oliván Gonzalvo G. Estudio auxológico de niñas adoptadas en China. *An Pediatr (Barc)* 2006; 65 (1): 83-90.
8. Lourenço Nogueira T, Gómez Candela C, Liria V, Lirio Casado J, García Pérez J. El estado nutricional de niñas chinas adoptadas en España. *Nutr Hosp* 2007; 22 (4): 436-46.
9. Sonego M, García Pérez J, Pereira Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 119 (13): 489-91.
10. De Aranzábal Agudo M, Labayru Echevarría M, Ocio Ocio I y cols. La salud de los niños adoptados en el extranjero por familias del país Vasco y Navarra (1997-2004). *Rev Pediatr Aten Primaria* 2007; 9: 427-47.
11. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: Comparison of Orphanage and Foster Care. *Pediatrics* 2005;115:e710-e717. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/6/e710>
12. Boletín Informativo sobre la adopción. Castilla y León. 2006. Disponible en <http://www.jcyl.es/scsiau>
13. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? *An Ped (Barc)* 2004; 61 (4): 344-52.
14. Landgren M, Andersson Grönlund M, Elfstrand PO, Simonsson JE, Svensson L, Strömmland K. Health before and after adoption from Eastern Europe. *Acta Paediatr* 2006; 95 (6): 720-25.
15. Albers LH, Johnson DE, Horstetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *JAMA* 1997; 278 (11): 922-24.
16. Oliván Gonzalvo G. Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos en Rusia. *Rev Neurol* 2003; 37: 1009-13.
17. Bureau JJ, Maurage C, Brémond M, Despert F, Rolland JC. L'enfant adopté d'origine étrangère en France. Analyse de 68 observations sur 12 ans au CHU de Tours. *Arch Pédiatr* 1999; 6: 1053-8.
18. Miller LC. International adoption: infectious diseases issues. *Clin Infect Dis* 2005; 40 (2): 286-93.
19. Chang KSF, Lee MC, Low WD, Chui S, Show M. Standards of height and weight of Southern Chinese Children. *Far East Medical Journal* 1965; 1: 101-9.
20. Tsepikova M. Growth charts for children (currently used by Russian pediatricians). 2003. Disponible en: <http://www.adoptmed.org/topics/growth-charts.html> (consultado: 31-1-2008).
21. Oliván Gonzalvo G. Estado de salud de niños adoptados en China. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: 605-13.
22. Grönlund MA, Hellström A, Landgren M, Strömmland K. Visual and ocular findings in children adopted from Eastern Europe. *Br J Ophthalmol* 2004; 88: 1362-67.
23. Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebaek NE, Jensen TK. Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark. *Pediatrics* 2006; 118: e391-e399.
24. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-40.
25. Morell Bernabé JJ. Atención a la salud de niños adoptados procedentes de China. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/adoptachina2.htm> (consultado: 3-2-2008).
26. Hernández Merino A. El niño adoptado en el extranjero. Papel del pediatra de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8 (Supl. 2): S55-75