

ADOPCION INTERNACIONAL

Maite de Aranzabal Agudo

27 Octubre 2000

Indice:

1. Introducción: aproximación a una realidad

2. Adopción Internacional

2.1.- evolución

2.2.- perfil del adoptante

2.3.- trámites de adopción

3. Visita preadoptiva

4. Estudios realizados hasta el momento

5.- Primera visita

5.1.- examen físico

5.2.- análisis y exploraciones

5.3.- vacunas

5.4.- enfermedades mas frecuentes

5.5.- nutrición

6.- Seguimiento médico

7.- Determinación de la edad

8.- Pubertad

9.- Crecimiento

10.-Desarrollo psicomotor

11.-Desarrollo emocional y comportamiento

12.-Otros aspectos de la adopción

12.1.- cuando decir a un niño que es adoptado

13.-Bibliografía

1.- INTRODUCCIÓN: aproximación a una realidad.

Aunque los últimos informes del EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística), señalan que se está reduciendo la pérdida poblacional en la Comunidad Autónoma Vasca “debido a una moderada recuperación de la fecundidad y la progresiva disminución del saldo migratorio negativo” (EUSTAT 13.04.00), lo cierto es que las previsiones del citado Instituto para el año 2010 apuntan a que la población de la C.A.V. estará formada por 2.039.100 habitantes, población menor que la de 1995 en 60.000 personas, y menor que la del año 1.983 en más de 100.000 personas, año en el que se alcanzó la cota más elevada de población.

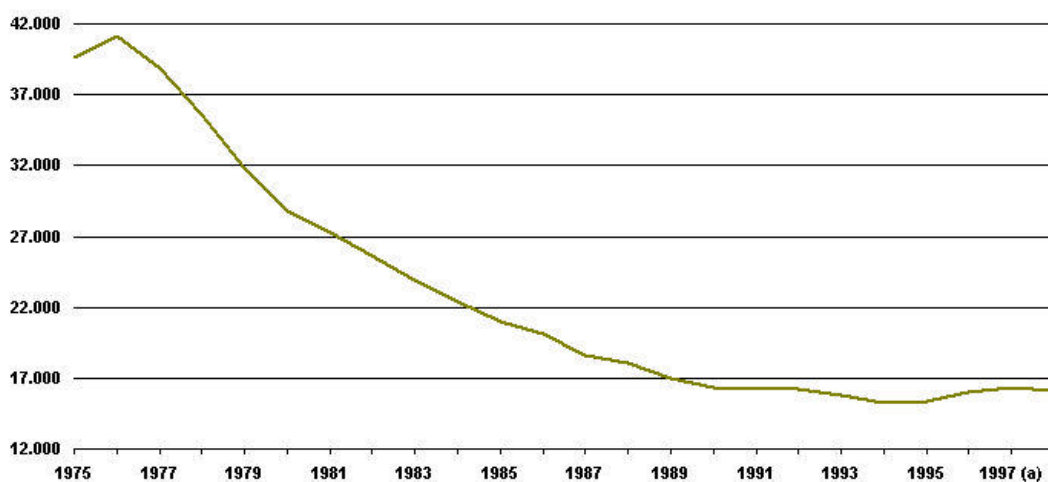
EVOLUCIÓN de la POBLACIÓN de la C.A.V.

<u>AÑO</u>	<u>POBLACIÓN</u>	<u>AÑO</u>	<u>POBLACIÓN</u>
1975	2.071.800	1995	2.099.100
1980	2.141.400	2000	2.069.400
1985	2.142.000	2005	2.048.700
1990	2.104.800	2010	2.039.100

Si tenemos en cuenta además, la evolución descendente del número de nacidos en la C.A.V., y el índice de fecundidad de las mujeres vascas, que pasa de un 2,67 % en el año 1975 al 0,92 % en el año 1996, el panorama demográfico para los próximos años es realmente preocupante, no ya como profesionales de la pediatría, sino desde el punto de vista global:

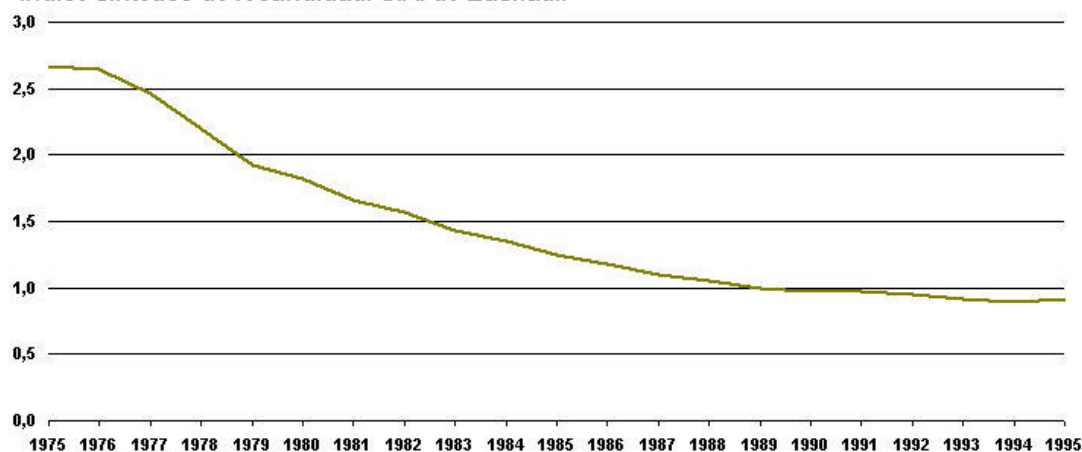
- **envejecimiento de la población:** a partir de esta año 2000, la población de personas mayores de 65 años superará al colectivo de jóvenes menores de 20 años.
- **escasez de mano de obra:** el pasado mes de junio, Confebask ha elaborado un informe titulado “la falta de profesionales en el mercado laboral vasco” en el que se señala que existen en la C.A.V. aproximadamente 18.000 puestos de trabajo que no pueden cubrirse por falta de profesionales adecuados.

Evolución del número de nacidos. C.A. de Euskadi



Fuente: EUSTAT. Estadística de los nacimientos.

Índice sintético de fecundidad. C.A. de Euskadi.



Fuente: EUSTAT. Indicadores demográficos.

Como muestra de lo preocupante del tema, este índice de fecundidad del 0,92%, la tasa mas baja de Europa, no permite un reemplazo generacional razonable, lo que ha provocado un envejecimiento de la población en los últimos 25 años, difícilmente compensable en un futuro próximo.

Este desfase demográfico que va a sufrir nuestra sociedad en los próximos años, va a ser, sin duda, compensado poblacionalmente con personas jóvenes venidas de fuera, principalmente de aquellos países que tienen excedentes de población y escasez de recursos, y va a ser compensado también, con adopciones de niñas y niños procedentes de esos mismos países y de otros, quizá mas lejanos y por tanto mas difícil de constituir grandes contingentes de inmigración, pero que van a aportar a nuestra futura sociedad una variedad, rica y diversa en lo que se refiere al origen de nuestra población y también interesante en lo que se refiere a la consulta pediátrica por sus diversas procedencias y cargas genéticas, por sus desconocidos antecedentes y por los cuidados médicos a menudo insuficientes.

Este trabajo tiene como objeto principal de estudio a los niños y niñas que llegan a nuestro país por razones de adopción, pero muchas de los factores y variables que aquí revisamos, son válidos también para aquellos niños que vengan a vivir al País Vasco, o resto del Estado, por cualquier otro motivo de los ya comentados (hijos de inmigrantes, hijos de parejas mixtas inmigrante-nativ@, etc...etc...).

2.- ADOPCIÓN INTERNACIONAL

El impulso de la adopción internacional en Europa se sitúa a partir de los años 70, debido por una parte, como ya he señalado, al desequilibrio demográfico y socio - económico del mundo actual y principalmente al descenso de adopciones nacionales, consecuencia entre otros factores de la disminución de los hijos no deseados y abandonados y el desarrollo creciente de recursos de apoyo familiar (existe ahora un gran debate en EEUU sobre el coste-beneficio de las ayudas económicas familiares frente a los hogares de acogida y a los orfanatos o instituciones) (1).

Pero la gran eclosión hacia la adopción internacional se produce cuando la sociedad en su conjunto y no sólo los adoptantes asumen la cultura de la adopción como otro medio normal de constituir una familia.

En el Estado Español entre los años 1997 y 1998 se han realizado 2.429 adopciones internacionales: 643 de Colombia, 301 de China, 232 de Perú, 206 de India y 1382 de otros 27 países siendo rarísimos los casos de Africa o Medio Oriente (Fuente:Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales).

Según datos de Bienestar Social del Gobierno Vasco, los niños adoptados en la Comunidad Autónoma estos dos últimos años y medio han sido 284, distribuidos territorialmente como sigue:

<u>ADOPCIÓN</u> <u>INTERNAC.</u>	BIZKAI A			ARABA			GIPUZKOA		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
BOLIVIA	0	0	1	0	0	0	0	0	1
BRASIL	3	0	0	0	0	0	0	3	0
BULGARIA	0	1	0	0	0	0	1	1	3
COLOMBIA	5	14	11	2	3	5	8	5	1
CHILE	0	0	0	0	1	0	0	5	1
CHINA	1	3	0	14	9	10	5	12	0
EL SALVADOR	0	0	0	0	0	0	1	0	0
FEDERAC.RUSA	4	10	3	0	4	1	4	4	0
GUATEMALA	4	0	1	0	1	0	4	1	0
HONDURAS	0	0	0	0	0	0	4	4	0
HUNGRÍA	0	0	0	0	0	0	2	1	1
INDIA	1	3	0	1	2	0	6	0	1
MEXICO	1	0	0	0	0	0	4	2	0
NEPAL	0	0	0	0	0	0	1	0	0
NICARAGUA	0	0	0	1	1	0	0	0	0
PANAMÁ	0	0	0	0	0	0	0	1	0
PERÚ	0	0	0	5	4	2	2	1	0
REP.DOMINIC.	0	1	0	0	0	0	0	2	0
RUMANÍA	2	5	0	0	3	5	14	13	2
UCRANIA	0	0	2	0	5	0	2	4	0
VIETNAM	0	0	0	0	0	0	1	1	0
T O T A L	21	37	18	23	33	23	59	60	10

2.1.- perfil del adoptante

Hay muy pocos informes sobre dichas adopciones pero hace unos meses se publicó un estudio por una de las E.C.A.I. o entidades privadas de colaboración, que es además una O.N.G., sobre los niños que ellos ayudan a adoptar, es decir los provenientes de Bolivia, Perú, Colombia y Rumania durante los años 1995 a 1999. Ellos han tramitado 2017 expedientes.

Según sus resultados el perfil medio de los adoptantes sería el de una pareja entre 35 y 44 años (63%) estable, con varios años de convivencia, que en su mayoría han tratado antes de formar una familia biológica. Sólo el 10 % serían mayores de 45 años con similares experiencias pero que

hasta entonces han tenido un cierto rechazo a la adopción. La edad exigida es de más de 25 años y al menos 14 de diferencia con el adoptado. También las solteras y/o solteros pueden en algunos países optar a la adopción. Sí se requiere un buen estado de salud física y mental.

Del total de expedientes que ellos han tramitado, un 6% tienen un hijo biológico anterior y un 5 % un hijo adoptado (como media tardan un año y medio antes de la segunda solicitud).

Referente al nivel de ingresos anuales, el 9% tiene unos ingresos inferiores a 2 millones, el 48% entre 2 y 4 millones y el 42% superior a 4 millones, siendo lo más valorado por todos los países la estabilidad proporcionada por un puesto de trabajo. El 90% poseen vivienda propia.

En cuanto al nivel de estudios de los adoptantes, el 30% de las personas tomadas individualmente tienen titulación equivalente a Educación General Básica, el 27% bachiller y C.O.U. o formación profesional y el 43% diplomaturas o licenciaturas universitarias.

2.2.-trámites de adopción

Los trámites si se quiere realizar la adopción oficialmente - que es lo fervientemente recomendado para garantizar que el niño ha sido abandonado y así evitar el tráfico de [niñ@s](#) y muchos problemas y disgustos - son llevados a cabo por los Organismos de protección de menores tanto del país de origen como del país receptor y se inician en los Servicios de menores de las Comunidades autónomas, en nuestro caso en Bienestar Social de las Diputaciones. Estos Servicios ofrecen información sobre la adopción en los 63 países que firmaron el Convenio de la Haya.

Se debe obtener la idoneidad tras varias pruebas y entrevistas con el citado servicio y comprometerse a realizar los talleres para padres y el seguimiento del niño una vez aquí. Es entonces cuando los adoptantes se pueden poner en contacto con los Organismos del país elegido directamente o por medio de las E.C.A.I. (entidades mediadoras).

El tiempo de espera, el coste del proceso, la duración y coste de estancia en el país así como las edades de los [niñ@s](#) y los requisitos exigidos varían notablemente de unos países a otros y en general son explicados ampliamente en los primeros contactos con la entidad mediadora. No es un proceso difícil pero sí complicado en cuanto a papeleo y lento en la mayoría de los casos.

En los talleres de formación para padres se dan – al menos teóricamente- explicaciones sobre el país de adopción, viajes, fechas y plazos, costes y de especial manera sobre el modo de recibir al niño, posibles dificultades en el proceso de adaptación, salud, alimentación, cómo y cuándo decirle que es adoptado, qué puede ocurrir en el primer encuentro, cuáles son las reacciones habituales o experiencias de otras familias.

Posteriormente es necesario realizar visitas de seguimiento durante un mínimo de 1 año y un máximo de 17 años con una periodicidad de 6 o 12 meses. Las visitas las determina el país de origen y por eso son diferentes de unos a otros. Pueden ser realizadas por los servicios de menores o por las entidades de colaboración y estrictamente no exigen informe médico aunque este es un tema a debatir entre pediatras pues lo recomiendan y agradecen.

3.- VISITA PREADOPTIVA

Es recomendable una consulta preadoptiva con el pediatra para:

- a) preguntar todo tipo de dudas tanto si hay informes médicos anteriores como en el caso contrario. En ocasiones hay fotos e incluso vídeos, medidas antropométricas, antecedentes personales, informe psicomotor y estado vacunal.

Estos informes clínicos no figuran prácticamente nunca en las adopciones “particulares” y sólo en algunas ocasiones cuando son oficiales. Por ejemplo en nuestra experiencia son buenos los de Colombia porque tienen un buen Servicio de protección al menor o los de Rumania porque se les exigió debido a la abundante patología que se observaba.

Las ECAIs o las Diputaciones los suelen dar traducidos pero si no es así no merece la pena traducir larguísimos informes si al final pone “niño normal” pues las vacunas y el crecimiento se entienden en cualquier idioma. Sólo exigir traducción si el diagnóstico no es claro.

- b) conocer el origen de los niños para pensar en la posibilidad de enfermedades existentes en dicho país (6).

- c) pedir más información si hay algo que indique retraso de desarrollo severo. Si esto es difícil de conseguir, la pregunta es “según los cuidadores ¿este niño era muy diferente de sus compañeros?” ya que por ejemplo en los niños rusos el diagnóstico de encefalopatía perinatal suele ser retraso del desarrollo institucional. Incluso en ciertos casos los informes de los niños se veían desfavorecidos por graves diagnósticos que sólo pretendían acelerar su salida del país.
- d) explicar a los padres los efectos de la institucionalización y si hay diagnósticos concretos como sordera, labio leporino o displasia de cadera, las posibles soluciones o ponerles en contacto con especialistas.
- e) dar la información precisa sobre medicamentos o dietas que se deben llevar al País de adopción.
- f) fijar la fecha de visita con el niño.

Hay un curioso estudio de Albers y Johnson (3) que compara informes pre y postadoptivos y concluye que coinciden en muy poco: lo más alarmante eran las 3 hidrocefalias, 25 encefalopatías perinatales y 2 hipertensiones intracraneales, 26 retrasos de desarrollo, 22 distrofias o raquitismos y varios oscuros diagnósticos más.

En el examen postadoptivo se vio que ningún niño tenía problema neurológico severo y muchos otros diagnósticos no se confirmaron aunque aparecieron algunos nuevos.

Lo más relevante fue el retraso de desarrollo motor sobretodo fino (82%) (que los rusos llamaban insuficiencia piramidal), del lenguaje (59%) y emocional (53%) que acompañan al internamiento en una institución por breve que haya sido.

Es decir que existe una gran discrepancia entre los informes y la realidad pero siguen siendo niños de gran riesgo.

4.-ESTUDIOS REALIZADOS

Como indica el Red Book, (22) los niños que viven en grupos grandes tienen mayor incidencia de infecciones, mayor severidad de las enfermedades y más riesgo de adquirir organismos resistentes. Además la malnutrición los hace más vulnerables a agentes infecciosos y en los orfanatos no se hacían screening de detección ni a niños ni a cuidadores.

	Nº	MEDIANA	MEDIA	RANGO	ORIGEN
Jenista & Chapman 1987	128	6 m		1m – 10 años	Korea 75 % Latinoam. 24 %
Hostetter & cols. 1989	52	7 m	17,3 m	2m – 9,5 años	Korea – India - Latinoamérica
Hostetter & cols. 1991	293		14 m	1m – 13 años	Korea 41 % Latinoam. 31 % India 18 %
Smith-Garcia & Brown 1989	200		6 m	2m – 15 años	India
Johnson , Miller , Hostetter & cols. 1992	65	14 m		1,5m – 6 años	Rumanía
Miller & Cols 1995	129	12 m	24 m	1,5m – 10,5 años	Rumanía 17 % China 14 % Paraguay 10 % Otros países
Dona & Johnson 1996	154		10,4 m	1m – 8,6 años	China
Alberts, Hostetter & Miller 1997	56	26 m		2,5m – 9 años	Europa Este
Miller & Hendrie junio 2000	452		9m	2m - 12,5 años	China

Los resultados difieren porque los niños son de distinto origen, tienen edades diferentes, unos han estado en orfanatos y otros en familias de acogida y sobretodo han pasado allí diferente número de años.

Sin embargo hay un gran sesgo en los resultados:

- Por un lado, los autores - debería de decir autoras pues la mayoría son mujeres- son casi siempre los mismos, que alternan como primer autor o como colaboradores y casi todos ellos estadounidenses.
- Por otro, los trabajos son relativamente antiguos y muchos de ellos valoran adopciones de hace 10 o 15 años y además la situación del país “donante” en algunos casos era de catástrofe (guerras, inundaciones, dictaduras, epidemia por transmisión de sangre contaminada de forma masiva...) con lo cual la situación de los niños era diferente.

Actualmente, vemos que los niños llegan en mucho mejor estado tanto físico como psíquico aunque esto deberá ser corroborado con futuros estudios.

5.- PRIMERA VISITA

No hay protocolos en ningún país, sí propuestas y estudios.

Excepto si el niño está enfermo o malnutrido **la primera visita se realizará entre dos y cuatro semanas después de la llegada** para dar tiempo a los padres a observarle y conocerle (hábitos, nutrición, comportamiento, deambulación...) y al médico a informarse además de no colaborar al aumento de la ansiedad familiar inicial.

5.1.- examen físico con el niño desnudo. Hacer una revisión física y de desarrollo psicomotor cuidadosa y completa como en cualquier niño. Los puntos más a destacar en este caso serían:

- **Datos antropométricos:** Peso, talla, perímetro craneal y tensión arterial. Valorar estado nutricional e intentar determinar la edad cronológica. Dependiendo de ellos se solicitarán determinados análisis y exploraciones. El perímetro craneal es importante por ser un indicador inespecífico de malnutrición intrauterina y durante la primera infancia y ser de gran valor para su desarrollo psicomotor ulterior.
- **Caderas y ortopedia** en general aunque el niño sea mayorcito pues en ocasiones aparecen displasias como diagnóstico insospechado.
- **Dentadura:** hay ausencias y caries en mayores y erupción retardada, mala coloración o malposición incluso en adoptados de recién nacidos por la mala alimentación.
- **Valorar quemaduras, marcas, secuelas físicas de abuso sexual** o físico, genitales, cicatriz de BCG... Esto protege a los padres adoptivos en el futuro.
- **Hablar** sobre las variantes físicas: manchas mongólicas, aparente exotropía en asiáticos, occipucio plano en coreanos, vello corporal en niños de Europa Central.
- Si no hay sospecha de déficit, la **audición** se valorará con una buena exploración otoscópica y preguntando a los padres. Si se cree necesaria una exploración más profunda se pospondrá para el seguimiento pues en la primera visita hay factores externos que pueden llevarnos a exploraciones innecesarias.
- **La visión** según métodos habituales dando también tiempo hasta una visita posterior. Sólo si hay estrabismo o sospecha de ceguera se harán otras exploraciones o potenciales evocados.

5.2.- análisis y exploraciones

Repetir siempre todos los análisis hechos en el país de origen pues ha podido haber contagio posterior o durante la extracción de sangre o mala técnica del análisis

TEST DE METABOLOPATIAS sólo si es menor de tres semanas.

HEMOGRAMA con perfil férrico opcional.

PERFIL BASICO con **Ca, P y F. Alcalina, glucosa, colesterol, creatinina y transaminasas.**

SEROLOGIA de **Hepatitis B** (HBsAg, Anti-HBsAg y Anti-HbcAg)

SEROLOGIA de **Sífilis** (RPR)

SEROLOGÍA de **VII**

Añadir también otros análisis si hay signos clínicos que así lo aconsejan como por ejemplo **CMV** y **Toxoplasma** en las microcefalias u otros marcadores de los que ahora hablaremos si hay malnutrición severa.

ORINA: En principio sistemático y sedimento y si fuera necesario urocultivo.

PARASITOS a todos (mínimo una determinación y tres con una semana de diferencia si hay diarrea o sospecha de malabsorción) y

COPROCULTIVO sólo si hay diarrea (salmonella, shigella, yersinia, campylobacter y e.coli).

PPD a los dos meses de llegar y sólo si no tiene cicatriz postvacunal.

5.3.- vacunas

Según Albers y cols (3), de los 56 informes médicos estudiados ninguno cumplía el calendario vacunal recomendado por la OMS y el 43% no tenían ninguna vacuna apuntada.

Hostetter (4) con serología de DTP y Miller (5) con la de polio demostraron que o bien las vacunas perdían poder inmunogénico por mala conservación (sobretudo las vivas) o las fechas eran inventadas o la respuesta inmune disminuía por la institucionalización o por enfermedad crónica o se falsificaban los expedientes, pero los títulos de anticuerpos no correspondían con lo escrito en los informes.

Si vienen de países desarrollados como Korea, Taiwan o Japón y también Colombia, suelen ser fidedignas.

Lo ideal sería comprobar el grado de inmunidad por la titulación serológica pero esto no es posible habitualmente: haemophilus Influenzae tipo B, difteria y tosferina no se puede, polio es incluso peligroso y tétanos, rubeola, sarampión y paperas lo serían en laboratorios de referencia y a un alto coste.

Por lo tanto, si el informe es serio y sigue aproximadamente nuestro calendario vacunal se podría aceptar como válido. Si hay dudas por no aparecer el nombre de la vacuna, por ser las fechas sospechosamente coincidentes, o por faltar datos o fechas, la recomendación es:

- vacunación con dos dosis y recuerdo de **DTP y Polio** ya que no hay perjuicio para el organismo excepto reacciones locales cada vez mayores con la antitetánica. Esto se hará incluso si figura en la historia haber padecido la enfermedad ya que el diagnóstico pudo haber sido incorrecto o no haber creado inmunidad suficiente (en polio hay 3 serotipos)
- si existen dudas, dar una dosis de **triple vírica**.
- **La antihepatitis B** se empezará en cuanto se tengan los resultados de serología negativa o también si por alguna razón ésta no se puede hacer o se retrasa.
- **Hib** dos dosis si es entre 5 y 12 meses y sólo una si es mayor de 12 meses y menor de 6 años.

- **Vacuna antimeningococo C** Igual que la anterior.

Excepto en sospecha de VIH, se vacunará desde las primeras visitas. Si hay alguna dosis correcta, se puede seguir con una vacuna de otro laboratorio.

5.4.-comentario a las enfermedades mas frecuentes

%	ANEMIA	PIEL	PARÁSI INTEST	HEP. B	HEP. B CRONICA	TBC	SÍFILIS CONG ^a	VIH
Jenista 1987	3.4	16	29	22.4	5.9	5.4	1.6	0
Smith-Garcia &Brown 1989	18.5	38	10	6	2	2.5		0
Hostetter 1989		6	12	15	2	8		
Hostetter 1991	7	10	14	4	3	3	0.5	0
Johnson 1992			33	53	23	1.4	1.4	
Miller 1995	31	15	21	6		3	2	0
Dona& Johnson 1996			3.7	3.5		1.4	0.8	
Albers 1997	7		51	14	2	5	0	0
Miller & Hendrie 2000	35		9	22	6	3.5	0.4	0
TOTAL	17	17	20	16	6	3.7	0.9	0

Hostetter vio que había un 63% de diagnósticos insospechados incluso en niños que ya habían sido visto antes por médicos en EEUU. De estos la mayoría eran detectados por los análisis y la mitad de ellos hubieran dado secuelas a largo plazo de no corregirse. Estos trabajos (6,12) demuestran que la omisión de determinadas analíticas o la errónea interpretación de los resultados constituye la primera causa de error diagnóstico; muchos de los cuales se descubren sólo por los análisis ya que

el buen aspecto de los niños, sobretodo si étnicamente no son muy diferentes, hace pensar a padres y médicos en niños sanos.

La malnutrición es una de las enfermedades más frecuentes pero dada su importancia la comentaremos por separado.

ANEMIA

Las anemias ferropénicas son las más frecuentes.

Si tras tratamiento con hierro no responde, y con más motivo si el origen es sur de Europa, zona Mediterránea o sudeste de Asia, pensar en **talasemia** en la cual el volumen eritrocitario, VCM, suele ser menor de 60 y el número de hematíes mayor de cinco millones.

También en ese caso es importante **hacer niveles de plomo en sangre** que en EEUU es obligatorio para acceder a las escuelas y daría un aumento de la protoporfirina eritrocitaria. La intoxicación por plomo es muy frecuente en niños y niñas chinas.

Si la anemia es megaloblástica pensar en un **déficit de Ac. fólico o de Vitamina B12** por malnutrición exagerada o parasitosis.

No olvidar las **hemoglobinopatías** como la drepanocitosis sobretodo en la raza negra y en la India (hindú) o el **déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa** en los provenientes del Mediterráneo.

INFECCIONES DE LA PIEL

Pediculosis, escabiosis, impétigo y hongos son comunes. Pensar que debajo de un impétigo puede haber sarna.

PARASITOS INTESTINALES

La incidencia es muy alta, del 18% como media en nuestra recopilación. Por ello como mínimo se debe realizar un análisis de heces y si hay diarrea o malabsorción lo más correcto sería tres análisis con una semana de diferencia.

Avisar a los padres de que algunas veces no se detectan (pero tampoco tiene gravedad) y de que el tratamiento no garantiza la erradicación completa.

Además valorar la repetición según el estado clínico del niño porque pueden salir otros parásitos que estaban enmascarados.

Los más comunes son giardias, ascaris, oxiuros y tenias pero en nuestros laboratorios basta con solicitar parásitos en heces.

HEPATITIS B

Hasta el 50 % de los rumanos estaban infectados en 1990 y según los datos la transmisión había sido horizontal y no de la madre (7). Ahora se hacen campañas masivas de vacunación en recién nacidos y ha disminuido enormemente. Como veis en la tabla la prevalencia en adoptados es 16 % ya sean pasadas o activas y 6 % de crónicas.

Tener en cuenta que en niños pequeños suele ser asintomática. Se solicitará **serología de hepatitis B y estado vacunal** que incluye:

- **HBsAg** antígeno de superficie
- **Anti-HbsAg** o HbsAb anticuerpo de superficie (el único que aparece + en vacunados) y
- **Anti-HbcAg** o HbcAb anticuerpo del core.

La vacuna puede darse aunque el niño esté infectado o puede prevenir la cronicidad en uno que la esté incubando pero mejor esperar a la serología.

Se vacunará también a los familiares del niño infectado (incluso antes de llegar éste) si se sabe que es Ag Australia positivo..

En nuestro medio lo más prudente si hay un niño infectado es enviarlo a digestivo donde estudiarán el caso y verán la conveniencia de examinarle para hepatitis D (delta) muy frecuente en albanos, rumanos, africanos y sudamericanos y que solo existe unida a la B.

HEPATITIS C

No pediremos de hepatitis C excepto si están las transaminasas aumentadas o hay antecedentes de transfusión o de drogadicción materna

pues aunque está aumentando en el Este de Europa y algunos países de Africa, no es endémica ni es mayor la prevalencia en institucionalizados ni en adoptados. Además el tratamiento y pronóstico actualmente son desconocidos.

Tampoco el screening de la A está recomendado pues no se cronifica.

TUBERCULOSIS

La infección es 10 veces más frecuente que en las sociedades occidentales.

La interpretación en lactantes malnutridos es diferente especialmente si viene de un país con alta prevalencia como los de Asia pues puede tener Mantoux negativo aun estando infectado.

Se hará PPD a todos siempre que no se vea la cicatriz postvacunal pero **a los dos meses de** haber llegado cuando ya se han recuperado en parte de su malnutrición. En general no debería de haber problema de contagio durante ese tiempo porque los niños no suelen ser bacilíferos (aunque como anécdota un niño de las islas Marshall a quien pusieron Mantoux pero se olvidaron de leerlo contagió a 56 allegados niños (9).

Si se quiere hacer a niños no vacunados al llegar y resulta negativo, se deberá repetir a los dos o tres meses.

En vacunados asintomáticos no se pone Mantoux porque si es negativo lo único que se consigue es crear efecto booster para sucesivas PPD; Y si es positivo tampoco sabemos si está aumentado por el efecto booster de un Mantoux anterior.

No hacer sistemáticamente radiografía de tórax si no hay sintomatología que lo indique: tos, febrícula, infección respiratoria, mal crecimiento sin otra causa...

SIFILIS

La incidencia es extremadamente baja pero al ser una enfermedad tratable algunos expertos recomiendan investigarla (10). En países tropicales otras espiroquetas pueden hacer este test falso positivo pero todas tienen el mismo tratamiento.

VIH

No ha sido importante excepto en Rumania en la época de Ceaucescu (11, 12) tal vez porque fallecen antes de llegar o porque los excluyen de las listas de adopción. Sin embargo sí está aumentando en Tailandia, India y Africa y dado que no se puede confiar en el resultado obtenido en el país de origen y que el tratamiento mejora e impide complicaciones se recomienda siempre buscar HIV-1 y HIV-2.

CITOMEGALOVIRUS

En países en desarrollo un altísimo porcentaje de la población está infectada para los 10 años y excretan intermitentemente CMV por la orina y secreciones corporales.

Dado que no es posible distinguir después de las 6 semanas de edad si es peri o postnatal por lo cual casi todos serían etiquetados de riesgo para pérdida de audición, que aquí no se realiza detección de CMV en la orina y que además el plan terapéutico no cambia, se reservará la serología para microcefalias, retrasos mentales, hipoacusia, coriorretinitis o convulsiones.

En cuanto a posibles embarazos post-adoptivos las madres deben de tener su propia serología previa y extremar el lavado de manos tras cada contacto con secreciones o pañales.

ENFERMEDADES TROPICALES

Si presenta fiebre persistente, astenia, esplenomegalia, eosinofilia, y anemia, se considerará la posibilidad de infecciones comunes en el país de origen y guiándose por el patrón de fiebre se consultará una guía de enfermedades tropicales (8). Estos otros parásitos podrían ser:

- **Paludismo o Malaria** se utiliza el test de la gota gruesa. Es más frecuente si el origen es Africa o India. Se sospechará si hay fiebre de origen desconocido teniendo en cuenta que sólo es detectable durante la exacerbación; **neurocisticercosis** si convulsiones focales sin fiebre y proveniente de América Latina o Asia; **tripanosoma** si viene de Brasil, **esquistosoma** si es de Africa...

Si el niño (no lactante) pasó los primeros años en su país, todos estos parásitos pueden estar asintomáticos hasta varios años después.

OTRAS ENFERMEDADES

Para el resto de infecciones no hacer screening, SÍ LAVADO DE MANOS EXHAUSTIVO.

Además de estos diagnósticos más ocasionales no olvidar que una gran parte de los niños habrán padecido enfermedades a las que estamos más habituados: entre los diagnósticos insospechados de muchos estudios aparece la sordera en un porcentaje desde un 3.2 % hasta un 13.5% en los más recientes (46,47) en muchas ocasiones por otitis mal tratadas.

También son muy frecuentes las enfermedades respiratorias, intolerancia a la lactosa, déficits nutricionales...y aproximadamente el 50% de los niños tendrán infecciones agudas durante el primer mes: otitis medias, impétigo, diarreas, varicela etc. (que se tratarán con antibióticos o antipiréticos a dosis normales incluso en malnutridos).

Hay también patologías de tratamiento quirúrgico como hernias, labio leporino, criptorquidias o incluso cardiopatías congénitas o problemas ortopédicos como luxación de cadera o genu valgo que habremos de revisar cuidadosamente en cada niño pues quizá nadie lo haya hecho antes .

5.5- nutrición

	PESO	TALLA	P.CRANEAL	DÉFICIT NUTRIC.
Jenista & Chapman 1987	Media de percentil estandarizado...31	Media de percentil 36		19%
Smith-Garcia & Brown 1989	81% <P3	77%<P3		22%
Jhonson, Miller, Hostet & cols. 1992	Fallo de medro en lactantes	Z score de talla retrasados y mantenidos	Z score en > 10 meses 41%<2	Peso para talla se va normalizando
Miller & cols. 1995	Zscoremedio= -0.76	Zscore medio=-1.36	Zscore medio=-1.03	Gran número
Albers, Johnson Hostet, Miller 1997	Zscore medio=-1.05<1=44%	Zscore medio=-1.41<1=68%	Zscore medio=-1.25<1=43%	21%
Miller & Hendrie 2000	Zscore medio=-1.17<2=18%	Zscore medio=-1.51<2=39%	Zscore medio=-1,43<2=24%	

Hemos querido valorar el problema de las malnutriciones en un apartado independiente por ser una alteración muy importante y que según los estudios aparece en un 20 % de los adoptados internacionalmente.

Presentamos aquí una tabla de difícil interpretación por perseguir cada trabajo distintos objetivos.

La nutrición es uno de los puntos más afectados no sólo por la situación socio-económica sino por la cultura, el clima o la religión.

La malnutrición puede ser debida a deprivación afectiva, insuficiente cantidad o calidad o mala técnica de administración. En muchos centros les dejan el biberón colgando de la cuna por falta de personal y ellos realizan el self-service con lo cual los pequeños o impedidos no tienen acceso a la comida y esto puede conllevar escasa ingesta, caries, otitis o aspiración.

Para saber el estado de nutrición se han utilizado diversos métodos complejos de encuesta y sofisticadas fórmulas pero en la mayoría de los casos desde lactante a mayor puede ser suficiente el Índice Nutricional de Waterlow de 1.972:

$$IN = \frac{\text{Peso real por Talla P 50}}{\text{Peso P 50 por Talla real}} \times 100$$

> de 90% normal
entre 80 y 89 % malnutrición leve
entre 70 y 79% malnutrición moderada
<70% malnutrición severa.

Si el niño es muy pequeño, lactante, se usará esta otra fórmula:

$$\frac{\text{perímetro braquial (1/3 medio del brazo no dominante)}}{\text{perímetro craneal}}$$

> 0,36 obeso
< 0,31..... malnutrido (leve, moderado, severo)
de 0,31 a 0,36 normal

y quizá la más utilizada sea el peso para la talla:

$$\frac{\text{peso real} \times 100}{\text{peso de un niño normal para la misma talla}}$$

Si el déficit ponderal para la talla es:
De 10 a 15%malnutrición leve
De 15 a 25%moderada
> de 25%grave

Si no hay sospecha de malnutrición bastaría con las gráficas habituales de peso y talla.

La valoración del peso para su edad es mucho más rápida que la de la talla y por tanto más sensible para observar mejoría o deterioro en la salud del niño.

Si es malnutrido o con retraso de peso y talla añadir al análisis solicitado proteínas totales, perfil tiroideo, anticuerpos antigliadina y antiendomiso y digestión de heces. En casos concretos o según evolución pediremos también ionograma, marcadores analíticos de malnutrición (prealbúmina, proteínas transportadoras de retinol y transferrina), test de sudor, etc.

No olvidar la **intolerancia a la lactosa** que es un problema muy común sea por causa genética, malnutrición o infecciones intestinales repetidas y la alergia a proteínas de leche de vaca así como el **Helicobacter Pylori** si hay mala ganancia ponderal, intolerancias, flatulencia o dolor abdominal. Está presente en el 50% de los niños institucionalizados, no se sabe en adoptados.

La alimentación de estos niños si no tienen desnutrición será equilibrada y sana introduciendo poco a poco los alimentos y con la formula o leche correspondiente a su edad.

Si se trata de niños malnutridos es recomendable ir diversificando la dieta paulatinamente prestando aún más atención a posibles intolerancias y pautar un polivitamínico por algún tiempo.

Particularmente en lactantes o niños malnutridos de determinados orígenes como China que solo han tomado leche de soja, sería conveniente seguir con su leche habitual en un primer paso mientras se diversifica la dieta y tras un periodo breve de tiempo (uno o dos meses) cambiar a fórmula con lactosa o leche de vaca para evitar la aparición de diarreas durante el periodo de recuperación.

También en estos niños chinos aparecen otros dos problemas importantes causados por mala calidad de nutrición (46):

- El 10% de los niños tienen función tiroidea anormal debido probablemente a dieta deficitaria en Iodo y
- El 14 % del total tienen niveles elevados de plomo en sangre pues el arroz es su alimento principal y los arrozales se extienden por todo el país al lado de las carreteras por donde circulan los coches de gasolina con plomo y donde reciben la tremenda polución industrial de China.

Otro problema que nos podemos encontrar frecuentemente es el comer demasiado (overeating) o por el contrario el rechazar la comida no por su sabor sino por su textura porque hayan recibido siempre purés y papillas o comida triturada. En este caso hay que ir engordando la comida poco a poco.

Debemos saber también que – una vez descartadas todas las patologías- algunos niños siguen teniendo heces blandas, flatulencia o ansiedad por comer durante meses (13).

Las secuelas de la malnutrición a largo plazo son mayores cuanto mayor haya sido el periodo de deprivación social o nutricional. Aparece asociación negativa entre el tiempo de institucionalización y el Z score de las tallas y además hay correlación directa entre retraso de peso, talla y P craneal y retraso psicomotor.

Sin embargo los estudios demuestran que la recuperación a los 3 o 4 años con tratamiento psicoafectivo y nutritivo es total física y mentalmente si la adopción fue antes de los 6 meses y casi total si fue antes de los 4 años (14, 15). Hosono observó una recuperación total en niños nepalíes con un plan de cambio de nutrición pero nunca antes de los 5 años de edad (16)

6.- SEGUIMIENTO MEDICO

En el niño sano, o solo con retraso de talla o psicomotor, se recomienda una nueva valoración tras seis meses en el nuevo hogar:

ESTADO DE SALUD

GANANCIA PONDERO-ESTATURAL

DESARROLLO PSICOMOTOR y LENGUAJE

AUDICION: valorar impedanciometria y audiometria o potenciales evocados si hay factores de riesgo fuertes o sospecha de sordera.

VISION: La exploración general por un buen oftalmólogo se puede hacer desde los pocos meses de edad. Incluye: Comportamiento visual, fondo de ojo, covertest, Pigassou o E Snellen si colabora (3 o más años) y graduación con dilatación pupilar si es posible con el refractómetro y si no con el esquiascopio de franja.

LOS ANALISIS COMENTADOS SE REPETIRAN sólo en casos individuales:

- En el contexto de una malnutrición severa
- Si hay síntomas, en cualquier momento.
- Si un contacto desarrolla una de estas enfermedades
- Siguiendo a un tratamiento curativo tras enfermedad aguda

También los parásitos en heces se repetirán si hay síntomas o mal crecimiento pero sin creer que el niño sea responsable de cualquier CMV, Giardia o Salmonella que aparezca en su ambiente al menos si ha pasado un año desde la adopción

Los antecedentes de estos niños -deprivación o abandono- pueden dar consecuencias a largo plazo como mal crecimiento, pubertad adelantada, dificultades de aprendizaje o complicaciones de enf. infecciosas crónicas.

Es importante intentar no atribuir todos los síntomas de un niño a su origen exótico pero tampoco olvidar que aunque se vaya desarrollando bien puede tener secuelas de su pasado a largo plazo. También hay que ayudar a los padres a entender que no nos podemos quedar en el impreciso pasado sino resolver el problema actual.

7.- DETERMINACIÓN DE LA EDAD

En lactantes o menores de 2 años no tiene tanta importancia, sí en mayorcitos que tienen diferencias de hasta 4 o 5 años según la documentación y la exploración. En algunos trabajos se demuestra que la edad es fidedigna en el 80% de los casos (3).

La edad dental y la edad ósea por radiografía del carpo pueden estar muy retrasadas en los casos de malnutrición, deprivación social o infecciones. Tampoco la edad de la pubertad puede dar exactitud pues atrasa o adelanta según las circunstancias de la persona.

Por lo tanto, lo mejor es esperar a la recuperación física y psicológica y observar el comportamiento del niño para basarse en su desarrollo cognitivo.

Al parecer los padres aunque sospechen inexactitud en la edad nunca quieren cambiarla hacia arriba para así poder dar a sus hijos la oportunidad de recuperar déficits educativos, emocionales y de talla, y en muy pocas ocasiones hacia abajo (sólo 1 de cada 4 a los que se asigna edad inferior) y esto siempre por retraso de talla (19).

8.- PUBERTAD

Estudios a largo plazo con niñas indias adoptadas en Suecia indican un adelanto de la menarquia (11.6 años) con respecto tanto a las niñas suecas (13 años) como a las de India (14.4 años).

Pocas tuvieron pubertad precoz.

Los factores predictores de pubertad adelantada fueron la edad de adopción mayor de 3 años y el dramático “catch-up” de 2 SD en uno o dos años (20).

Según otro estudio belga con los niños ocurre lo mismo.

Aunque esto es preocupante por la disminución de la talla final, al parecer lo más determinante para dicha talla en niños adoptados es la nutrición perinatal .

9.- CRECIMIENTO y GRÁFICAS

El efecto del orfanato, pobreza, malnutrición, enfermedades crónicas y deprivación afectiva y psicosocial hace disminuir el crecimiento y el desarrollo póndero-estatural según ha quedado ampliamente demostrado (23,24,25). Incluso en uno de los estudios con niños de edad escolar adoptados de Rumania se vio que el peso aunque algo por debajo de la media permanecía estable mientras que la talla estaba severamente afectada (7).

Y esta disminución es directamente proporcional al tiempo de estancia en el orfanato (7,26) La falta de crecimiento es según algunos de un mes de retraso por cada 5 meses (3) y según otros por cada 3 (26) pasados en el orfanato.

Al mismo tiempo en todos los estudios de seguimiento se comprueba como mejoran- hasta el catch-up completo en muchas ocasiones- a lo largo de los años una vez situados en el nuevo hogar (27) aunque según otros la talla adecuada no se alcanza nunca (18).

E incluso hay demostración de un aumento de GH y Factor de crecimiento tipo I al cambiar de hogar a los niños deprivados psicosocialmente (17).

Se plantea aquí el problema de **qué gráficas utilizar** para detectar este retraso, las del país de origen, las de la OMS o las del país adoptante ya que los dos factores que más influyen en el crecimiento son la genética (gráficas del país de origen) y el ambiente (gráficas del país adoptante).

En los trabajos que hemos revisado sobre adopción internacional se **han utilizado en general las gráficas de peso y talla de la OMS** que son las realizadas por el NCHS entre 1.963 y 1.975 con 20.000 niños estadounidenses. Aunque esta población es distinta de la de gran parte del resto del mundo han sido aceptadas como valores estándar de crecimiento para los primeros cinco años de vida (21,49). Y para el perímetro craneal se han utilizado las de niños americanos pues no existían de la OMS. Ya he comentado que los autores son casi todos los mismos. En el de niños indios comparan además con las gráficas hindúes y los resultados no varían (43).

Hosseini demuestra en su estudio epidemiológico en Irán que son **necesarias las tablas del propio país** ya que los niños iraníes siempre están por debajo de las NCHS, pero dejando claro que existen diferencias significativas entre sexos, zonas rural y urbana o entre provincias (28). Y por ello propone también tablas diferentes para niños de zonas rurales que son más bajos (29).

Susan Chinn y Tim Cole expertos en gráficas de crecimiento y que han trabajado con la OMS con diversos grupos étnicos en el Reino Unido demuestran diferencias significativas entre niños Afrocaribeños, Africanos o Indios que viven en Reino Unido y las tablas de Gran Bretaña pero tras años de vivir en el mismo país se acaban igualando y las siguientes generaciones son ya iguales por lo que según ellos no se pueden medir con tablas del país proveniente y mucho menos si no están actualizadas (35,36,37).

En carta personal cada uno de ellos independientemente nos corroboran que lo interesante en nuestro caso no es comparar estos niños con sus compatriotas en el país de origen sino con los niños que viven en las mismas condiciones que ellos y sobretodo consigo mismos. Por supuesto, los chinos o indios serán más bajos que los de otras nacionalidades pero probablemente pronto alcanzarán las tallas del país actual y además lo importante es ver el cambio de percentil a lo largo del tiempo y no en un momento concreto. Ellos **recomiendan utilizar las tablas del país adoptante.**

Duggan estudió niños entre 4 y 40 meses de origen Pakistaní y de Bangladesh que vivían en Sheffield y concluyó que podían ser valorados con gráficas inglesas pues no había diferencias significativas en crecimiento y estado nutricional (38).

Por otro lado hay trabajos que apoyan esta idea por diversos motivos:

Al-Nuaim estudia la prevalencia de obesidad con 9.000 niños en Arabia Saudí y usa como referencia las gráficas del NCHS. Encuentra diferencias significativas entre regiones (30).

Xu-Y demuestra que las estaturas de niños y adolescentes en Pekin son mayores que en Hong-Kong o Japón pero con el paso del tiempo y la mejora del nivel de vida se van igualando y también van alcanzando las tallas del NCHS (31).

Rousham estudia peso y talla en aborígenes australianos de 0 a 5 años y demuestra que hasta 1.983 había diferencias significativas entre zonas rural y urbana pero a partir de 1.984 ya no se veían debido al desarrollo económico y social (32).

India es de los pocos países en desarrollo que ha publicado recientemente las nuevas tablas de referencia del Indian Council of Medical Research mucho más adecuadas (33) que las antiguas o las de la OMS.

Van Bogaert comparó el crecimiento fetal de los niños sudafricanos con las tablas caucásicas y encontró que no había diferencias significativas (34).

Mientras de Onis afirma que los niños que crecen en un ambiente óptimo en cuanto a salud mental y física y a nutrición tienen similar crecimiento independientemente de sus antecedentes geográficos y/o genéticos (42).

Recientemente unos matemáticos han realizado un metaanálisis de docenas de estudios de Europa, EEUU y Japón tras el que afirman en contra de la opinión general que las diferencias entre países son cada vez más pequeñas aunque no lo parezca a primera vista y que hay un modelo de crecimiento rígido y universal independiente de la raza y de la genética. Concluyen que tras transformaciones logarítmicas y ajustes estadísticos no hay grandes diferencias entre gráficas de diferentes países y **se podrían hacer tablas “sintéticas”** útiles para las poblaciones autóctonas de las que no se tienen referencias (39).

Pero Karlberg y cols desde China rebaten esta propuesta afirmando que eso es pura teoría y que dichas tablas tendrían un error substancial ya que todavía no hemos alcanzado esa igualdad final y de momento en Holanda miden hasta 5 cm. más que en otros países europeos (40).

Otros en 1.987 **defendían el uso de tablas normalizadas** que permitirían la comparación estandarizada de datos antropométricos de diferentes poblaciones (41).

Por tanto, con un tema tan polémico y tantísimas variables (algunas desconocidas) como raza, talla familiar, región dentro del país, nutrición, factores de riesgo intrauterinos, infecciones, intoxicaciones, entorno afectivo y psicosocial y dificultad para conseguir gráficas correctas de otros países pensamos que **lo más acertado es UTILIZAR NUESTRAS TABLAS DE REFERENCIA** usando una técnica de medición correcta y monitorizando cuidadosamente peso y talla los primeros meses y años después de la llegada para seguir el crecimiento longitudinal de cada niño adoptado con su propia gráfica de velocidad de crecimiento.

Anecdóticamente hemos conseguido tablas de peso, talla y perímetro craneal de Japón, Colombia y China y de peso para la edad de Tailandia, India, Indonesia, Brasil y de la OMS.

En el retraso de talla, siempre que se mantengan en un percentil de velocidad de crecimiento de 25 o más, una vez descartadas otras causas con el estudio de hipocrecimiento anteriormente mencionado y si la edad ósea es acorde con la cronológica, se esperarán 12-18 meses antes de enviar al endocrinólogo pues casi todos realizan el catch-up durante el primer año post-adopción.

10.- DESARROLLO PSICOMOTOR

%	PROBLEMAS COMPORTAMIENTO SOCIAL	RETRASO DESARROLLO PSICOMOTRIZ	TOTAL NIÑOS CON ESTOS PROBLEMAS
Jenista 1987	22	8.8	25
Smith-Garcia & Brown 1989		25	
Hostetter 1989		35	
Hostetter 1991		13	
Johnson 1992	70		85
Miller 1995	17		50
Dona & Johnson 1996	16		68
Albers 1997	53	80	82
Miller & Hendrie 2000	28	75	
TOTAL	34	40	68

Practicamente la totalidad de los estudios describen un elevado porcentaje de retrasos de desarrollo al llegar. Pero al igual que ocurría con el desarrollo físico lo más importante es que los retrasos son directamente proporcionales al tiempo transcurrido en un orfanato y esto se acentúa más si tienen una enfermedad crónica (7,13).

Las carencias habitualmente observadas son:

- Actividad motora gruesa disminuida
- Polifagia y polidipsia
- Estereotipias y autoestimulación: mecerse o balancearse para dormir...
- Juego solitario
- Tendencia a las rabietas
- Pesadillas nocturnas
- Timidez y mirada esquiva
- Retraso en el control de esfínteres y enuresis
- Retraso del lenguaje: aunque en un principio obviamente existe un retraso por desconocimiento y por falta de estímulo, según la mayoría de estudios no tienen ningún problema con el o los nuevos idiomas incluso sin ayuda especializada. Sin embargo en algunos adoptados tardíamente se vieron deficiencias como las sutilezas o el uso de sinónimos. El niño que no mejora satisfactoriamente debe de ser evaluado para descartar sordera.

No hay test de desarrollo formales para esta población ya que están en periodo de adaptación a la familia y en un ambiente absolutamente nuevo que incluye cambios en todo empezando por algo que tanto dificulta la evaluación como es el idioma desconocido en la mayoría de los casos. Además muchos no han tenido nunca un juguete, no han recibido aprendizaje básico ni estímulos de ningún tipo o no tienen fuerza muscular o estabilidad emocional para llevar a cabo un test formal.

Todo esto puede llegar a hacer pensar en un falso retraso mental cuando la realidad es que con una adecuada estimulación recuperan desarrollo de forma espectacular.

Por ello y teniendo en cuenta todos estos factores se evaluarán neurológicamente y por su desarrollo mediante los test utilizados habitualmente, Haizea-Llevant o Denver, sabiendo que estos niños tienen sesgos importantes como el idioma o no haber realizado nunca determinadas habilidades. El disponer de traductor para comprobar el área de lenguaje facilitaría las cosas pero en caso contrario se retrasará unos meses la exploración.

Conviene valorar:

- Tono muscular
- Reflejos primitivos
- Fuerza y resistencia
- Habilidades motoras finas como hacer torres, dibujar círculos o ensartar abalorios y motoras gruesas como subir y bajar escaleras, abrir y cerrar puertas o tirar una pelota a alguien...
- Vocalización
- Autoayudas
- Desarrollo cognitivo: razonamientos sencillos como relacionar animales con los sonidos que producen, puzzles adecuados a la edad, encontrar cosas escondidas...
- capacidad para entablar amistades selectivas...
- Respuesta socio-emocional: contacto ocular, unión con los padres, respuesta a los extraños, hábitos de juego, labilidad emocional,

En algunos estudios (46) se considera retraso si su edad de desarrollo es menor o igual a dos tercios de su edad cronológica (un niño de 36 meses con 24 meses de desarrollo se considera retrasado).

Si está claramente retrasado se reevaluará a los dos o tres meses para enviarlo al neurólogo o al psicólogo ya que los retrasos de desarrollo severos o con hallazgos neurológicos anormales requieren intervención profesional (y a menudo persisten a pesar de ella).

Aunque no hay estudios longitudinales a largo plazo sobre la reversibilidad de los retrasos de crecimiento y desarrollo ni de los problemas de comportamiento, sí se puede afirmar que al reinsertar a un niño de 5 años y medio o menos en un ambiente favorable tiene muchísimas posibilidades de alcanzar un coeficiente intelectual normal. Después de esa edad, menos (43). Insistimos en que conviene dar tiempo y no apresurarse pero si se observa un considerable retraso o los padres están preocupados, enviar al especialista.

En cuanto al colegio, se debe de situar al niño en una clase próxima a su edad cronológica a pesar de la talla o desarrollo retrasados pues una discrepancia de dos años o más puede dar muchos problemas cuando el niño alcance el desarrollo correspondiente a su verdadera edad. Recordad a los padres que tienen los mismos derechos en la escuela para recibir clases de apoyo que un niño retrasado.

11.- DESARROLLO EMOCIONAL Y COMPORTAMIENTO

El ser humano necesita un cuidado individualizado intenso, recíproco y a ser posible con una relación fija no intercambiable. Según estudios para los 4 años un niño institucionalizado ha tenido 50 cuidadores diferentes (44) Según algunos autores(1,47,48) el orfanato incluso sólo durante los dos primeros años de vida podría traer graves efectos a largo plazo sobre el comportamiento social y afectivo como

- mala relación con sus compañeros
- falta de amigos íntimos y tendencia a estar con adultos
- tendencia esquizoide y depresiva en chicas
- hiperactividad, agresividad y conducta antisocial en chicos

Pero este es un tema muy controvertido y otros lo desmienten.

Al parecer (y siempre relacionado con la edad de reinserción) sí hay un numeroso grupo con problemas de aprendizaje, académicos y de socialización y dentro de los que habían padecido una profunda privación física y afectiva otro grupo menor del 5% muestra claros patrones anormales de desarrollo con rasgos pseudoautistas que desaparecen a los dos años (45).

En una encuesta realizada a los padres y médicos, éstos vieron problemas en el 22% de los niños y los padres sólo en el 9% pues por ejemplo comportamiento indiscriminadamente amistoso con falta de amigos íntimos (que puede persistir o aumentar en el tiempo) o el juego solitario no lo identificaban como problema. Sí lo hacen con bamboleo, polifagia, falta de capacidad para avisar de las necesidades...

Cuando se envían estos niños al especialista los definen como desorden de apego o unión, desorden de desarrollo generalizado, déficit de atención con hiperactividad o déficit de integración sensorial.

No hay una terapia efectiva para estos niños excepto el sentido común tanto en la escuela como en casa. La mayor parte se corrigen con el tiempo aunque también en este terreno de la afectividad es mucho más fácil lograr la estabilidad si el niño se adopta antes de los 5 o 6 años (48).

En cualquier caso nuestro deber es facilitar la conversación a los padres y creerles aunque aparentemente el niño sea encantador.

12.- OTROS ASPECTOS

¿Cuándo debe decirse a un niño que es adoptado?

En cuanto tenga capacidad para entenderlo pero sin exagerar en la insistencia y sin dar importancia al tema.

Se puede explicar que hay distintos tipos de maternidad (no sólo hijos de “tripa”) y que sus padres biológicos no podían hacerse cargo de él ni de otro, para que así no piensen que él era el malo o que no le querían por ir retrasado o tener determinada enfermedad.

El niño adoptado suele llegar en el contexto de infertilidad o soltería por lo que puede ser tratado con excesiva indulgencia como un niño “especial”. No tiene por qué percibir la adopción como una amenaza para su autoestima pero si surgen problemas, su situación puede reforzar las dudas que ya albergaba sobre su propia competencia y valía.

Si naciera otro hermano biológico en esa familia habría que demostrar comprensión y firmeza para no desencadenar una lucha competitiva.

Se debe de tener especial cuidado con el niño que esté de alguna forma impedido pues en la adolescencia dan muchas vueltas al tema como si fueran un artículo estropeado y rechazado y esto unido al problema de adopción transcultural y a sus síntomas físicos puede afectarle.

En algunos países los adoptados al alcanzar la mayoría de edad tienen acceso a los informes sobre sus padres biológicos, pero también los padres biológicos tienen derecho a mantener el secreto si así lo desean.

Los padres adoptivos creen -según encuestas- casi uniformemente y en todos los casos que la experiencia es positiva y aunque no hay encuestas a los hijos, en general el ser adoptado es muy bien aceptado por ellos y el hecho de que cada vez haya más facilita las cosas.

Bibliografía

- 1 Frank, Debora A., Klass, Perri E., Earls, Felton. Infants and Young Children in Orphanages: One View from Pediatrics and Child Psychiatry. 1996. Pediatrics. Vol 97(4): 569-578.
- 2 Góngora, M., Lorenzo M.A. La Adopción Internacional en España. Período 1995-1999. Experiencias de A.D.E.C.O.P.
- 3 Albers, Lisa H., Johnson, Dana E., Hostetter, Margaret K., Miller, Laurie C. Health of Children Adopted from the Former Soviet Union and Eastern Europe: Comparison with Preadoptive Medical Records. JAMA. 1997; 278:922-924
- 4 Margaret K. Hostetter, Dana E. Johnson, Immunization Status of Adoptees from China, Russia, and Eastern Europe. Pediatric Res. 1998;43:147a.
- 5 Miller, Laurie C. Internationally Adopted Children Immigration Status. Pediatrics. 1999; 103 : 1078
- 6 Margaret K. Hostetter, Sandra Iverson, Kathryn Dole, and Dana Johnson: Unsuspected Infectious Diseases and Other Medical Diagnoses in the Evaluation of Internationally Adopted Children. Pediatrics. April 1. 1989. Vol. 83 N° 4:559-564.
- 7 Dana E. Johnson; Laurie C. Miller y cols. The Health of Children Adopted from Romania. JAMA, December 23/30. 1992. Vol 268, N°24: 3446-3451
- 8 Wilson, M.E. A World Guide to Infections: Disease, Distribution, Diagnosis. 1991; New York: Oxford University Press.
- 9 Caring for internationally adopted children . Miller, Laurie C. N Engl J Med, Vol 341 (20). Nov 11, 1999. 1539-1540.
- 10 Jenista, J.A. Infectious disease and the internationally adopted child. Current Opinion in Infectious Diseases, 6, 1993. 576-583
- 11 Darmady, J.M. HIV infection and hepatitis B in adopted Romanian children (letter). British Med. Journal, 302, 1992. 1604 ... Dormady 91
- 12 Margaret K Hostetter y cols. Medical Evaluation of Internationally Adopted Children. N Eng J Med, Vol 325. N° 7 Aug. 15, 1991. 479-485.
- 13 Frank, Deborah y cols. Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry. Pediatrics, Vol 97 (4). April 1996. 569-578.
- 14 Michael Rutter and the English and Romanian Adoptees study team. Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. J. Child Psychiat. Vol 39, N°4, 1998 465-476.

- 15 Lien N, Meyer K., Winik M.; Early Malnutrition and Late Adoption: a Study of Their Effects on The Development of Korean Orphans Adopted Into American Families. *Am J Nutr* 1997; 30: 1734-39.
- 16 Shigeharu Hosono y cols. An Evaluation of Infants' Growth in the Kingdom of Nepal. *Acta Paediatrica Japonica* 40, 1998, 350-355
- 17 Nieves-Rivera y cols. Reversible Growth Failure Among Hispanic Children: Instances of Psychosocial Short Stature. *Puerto-Rico Health Sciences Journal*. 17(2): 107-12, 1998. Abstract??
- 18 Sally Grantham-McGregor, William Schofield and Chritine Powell. Development of Severely Malnourished Children Who Received Psychosocial Stimulation: Six-Year Follow-up. *Pediatrics* Vol.79 N° 2 February 1987.
- 19 Marie A.Sills Mitchell and Jerri Ann Jenista. Health Care of the Internationally Adopted Child. Part 2: Chronic Care and Long Term Medical Issues. *Journal of Pediatric Health Care*. Vol11, N° 3, May/June 1997 117-126.
- 20 L.A. Proos. Y. Hofvander and T. Tuvemo. Menarcheal Age and Growth Pattern of Indian Girls Adopted in Sweden. I. Menarchal Age. *Acta Paediatr Scand* 80: 852-858, 1991a.
- 21 Epi Info program, versión 5.0 (uso Inc) based on means for age and SD₁ published by the World Health Organization.
- 22 Red Book. Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. May 2000. 25th. Edition: 148-152.
- 23 Otieno PA. Nduati RW. Musoke RN. Wasunna AO. Growth and Development of abandoned Babies in Institutional Care in Nairobi. *East African Medical Journal*. 76 (8):430-5, 1999 Aug. (abstract)
- 24 Miller Laurie C. y cols Development and Nutritional Status of Internationally Adopted Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Vol 149, Jan 1995, 40-45.
- 25 Voos LD. Mulligan J. Betts PR. Short Stature at School Entry. An Index of Social Deprivation? . *Child: Care Health and Development*. 24(2), Mar1998: 145-56.
- 26 Dana E. Johnson y cols. Health Status of US Adopted Chinese Orphans. *Pediatric Research*, 1996, 39 part 2, 793.
- 27 Jenista, JA. And Chapman D.D. Medical Problems of Foreign-born adopted children. *American Journal of Diseases in Children* 1987, 141,298-302.
- 28 Hosseini M. Carpenter RG. Mohammad K. Growth of Children in Iran. *Annals of Human Biology*. May-Jun 1998, 25(3):249-61.Abstract.
- 29 Hosseini M. Carpenter RG. Mohammad K. Growth Charts for Iran. May-Jun 1998. *Annals of Human Biology*. 25(3):237-47. Abstract.

- 30 al-Nuaim AR, Bamgboye EA, al-Herbish A. The Pattern of Growth and Obesity in Saudi Arabian Male School Children. Nov 1996. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 20(11):1000-5. Abstract.
- 31 Xu-Y. Liang S. Liu D. Comparison of Stature Growth Curves in Children and Adolescents. Jul 1997. *Chung-Hua Yu Fang i Hsueh Tsa Chih* 31(4):212-4. Abstract.
- 32 Rousham EK, Gracey M. Differences in Growth among Remote and Town-Dwelling aboriginal Children in the Kimberley region of Western Australia. Oct 1998. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 22(6):690-4. Abstract.
- 33 Khadgawat R. Dabadghao P. Mehrotra RN. Bhatia V. Growth Charts suitable for Evaluation of Indian Children. Sep 1998. *Indian Pediatrics*. 35(9):859-65. Abstract.
- 34 Van Bogaert LJ. Customised Gravidogram and Fetal Growth chart in a South African Population. Aug 1998. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 66(2):129-36. Abstract.
- 35 Chinn S. Cole Timothy. Preece M. Rona R. Growth Charts for Ethnic Populations in U.K. March 23, 1996 *Lancet*, Vol 347(9004): 839-40.
- 36 Rona RJ, Chinn S. National Study on health and growth: social and biological factors associated with height of children from ethnic minority groups living in England. 1986. *Ann Hum Biol*. 13:453-71.
- 37 Chinn, S., Hughes, J. And Rona, R Trends in growth and obesity in ethnic groups in Britain. 1998. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 513-17.
- 38 Duggan MB. Harbottle L. The Growth and Nutritional Status of Healthy Asian Children Aged 4-40 Months Living in Sheffield. Ag. 1996. *British Journal of Nutrition*. 76(2):183-97. Abstract.
- 39 Hermanussen M. and Burmeister J. Synthetic Growth Reference Charts. 1999. *Acta Paediatr* 88:809-14.
- 40 Karlberg J, Cheung YB and Luo ZC. An Update on the Update of Growth Charts 1999. *Acta Paediatr* 88: 797-802. Invited Commentaries.
- 41 Dibley M y cols. Development of Normalized Curves for the International Growth Reference: Historical and Technical Considerations 1987. *Am J Clin Nutr* 46:736-48.
- 42 De Onis M Habicht JP. Anthropometric Reference Data for International Use: Recommendations from a World Health Organization Expert Committee. 1996. *Am J Clin Nutr* 64:650-8.
- 43 Smith-Garcia Tara and S. Brown Julia. Health of Children Adopted from India. 1989. *Journal of Community Health*, Vol 14(4):227-241.

- 44 Hodges J. Tizard B. IQ and behavioral adjustment of ex institutional adolescents. 1989. J Child Psychol Psychiatry. Vol 30:53-75.
- 45 Rutter M., cols y ERA Study Team. Quasi-autistic Patterns Following Severe Early Global Privation. J Child Psychol Psychiatr. 1999. Vol 40(4): 537-549.
- 46 Laurie C., Miller and Nancy Hendrie. Health of Children Adopted from China. Jun 2.000.Pediatrics Vol105(6):e76.
- 47 Verhulst F., Althaus M. and Versluis-Den Bieman H. Problem Behavior in International Adoptees: I. An Epidemiological Study. Jan 1990. J.Am. Acad.Child Adolesc.Psychiatry, 29:1.94-103.
- 48 Verhulst F., Althaus M and Versluis- Den Bieman H. Problem Behavior in International Adoptees: II. Age at Placement. Jan 1990. J. Am Acad.Child Adolesc.Psychiatry, 29:1, 104-111.
- 49 Behrman R., Kliegman R., Nelson W.and Vaughan III, V. Nelson Tratado de Pediatría. 15.^a Edición