

# Adopción en la Federación Rusa y Europa del Este: problemas de salud y recomendaciones médicas

G. Oliván Gonzalvo

Centro de Pediatría y Adopción Internacional, Zaragoza, España.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:265-81

Gonzalo Oliván Gonzalvo, g.olivan@comz.org

## Resumen

*La Federación Rusa y los países de Europa del Este son la primera área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Los objetivos de este artículo son describir, respecto de estos países: a) el contexto sociopolítico que ha incrementado la incidencia de problemas de salud en la población general y de los niños institucionalizados por orfandad, abandono o malos tratos; b) los principales problemas de salud de los niños adoptables y adoptados, sobre la base de la revisión de la literatura internacional de los últimos 10 años y del estudio retrospectivo de una casuística nacional evaluada durante cinco años (2000-2004); c) las características y las deficiencias de los informes médicos pre-adoptivos; d) el asesoramiento médico para las familias en proceso de adoptar; e) las recomendaciones médicas para la evaluación inicial y el seguimiento de los niños adoptados.*

**Palabras clave:** Adopción, Europa del Este, Federación Rusa, Problemas de salud, Recomendaciones médicas.

## Abstract

*The Russian Federation and the Eastern Europe countries are the first geographic area in frequency of children adopted abroad by Spanish families. Respect to these countries, the aims of this article are to describe: a) the socio-political context that has increased the incidence of health problems in the general population, and of the institutionalized children because they have being left orphan, they have being abandoned or they have suffered of abuses; b) the main health problems of the adopted and in process of being adopted children, on the basis of the international literature review of the last 10 years and on the retrospective study of a national casuistry assessed during five years (2000-2004); c) the characteristics and the deficiencies of the pre-adoptive medical records; d) the medical advising for the families in process to adopt; e) the medical recommendations for the initial assessment and monitoring of the adopted children.*

**Key words:** Adoption, Eastern Europe, Health problems, Medical recommendations, Russian Federation.

## Introducción

En España, el fenómeno social de la adopción internacional se ha incrementado de una forma exponencial durante la última década de tal forma que en la actualidad es el segundo país del mundo, detrás de los Estados Unidos de América, en número de niños adoptados en el extranjero.

La Federación Rusa y los países de Europa del Este son la primera área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales<sup>1</sup>, el total de niños adoptados en estos países durante el período 1997-2004 ha sido de 9.387, lo que supone el 39% del total de los niños procedentes de adopción internacional. La Federación Rusa, con 5.034 niños, es el principal país de procedencia, seguido de Ucrania (1.859), Rumania (1.491) y Bulgaria (865). Los restantes niños se han adoptado en Hungría (85), Kazajstán (26), Polonia (19), Letonia (3), Bielorrusia (3), Bosnia (1) y Moldavia (1).

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

1. Un deterioro económico, manifestado simultáneamente en una caída en la renta per cápita real, un enorme aumento de la desigualdad social, un alto nivel de desempleo y un hundimiento de los ingresos familiares<sup>2,3</sup>. Esto ha dado lugar a unas mayores tasas de pobreza y de pobreza extrema que han ocasionado situaciones de falta de higiene, conductas insalubres y nutrición deficiente<sup>2,4</sup>. Estas situaciones han incrementado en la población general la incidencia de problemas sociosanitarios como el alcoholismo (se estima que el 41% de la población rusa y de las ex-repúblicas soviéticas presenta problemática de alcoholismo y que durante la última década su incidencia entre las mujeres se ha incrementado en un 48%), la drogadicción y la prostitución, los trastornos nutricionales deficitarios, y las enfermedades infecciosas como tuberculosis, sífilis, hepatitis B, hepatitis C y VIH/sida<sup>4-7</sup>. Todos estos problemas y enfermedades han repercutido y afectado especialmente a la población femenina en edad reproductiva y a la población infantojuvenil<sup>8</sup>.

2. Un sistema sanitario precario, diseñado para proporcionar tratamientos médicos en el ámbito hospitalario más que para proporcionar una asistencia primaria y unos cuidados preventivos y de promoción de la salud de calidad, es-

pecialmente respecto a programas de planificación familiar, educación sexual, prevención y reducción del consumo de sustancias, educación nutricional y alimentaria, y de cuidados de salud materno-infantil tanto prenatal, y perinatal como posnatal. Este sistema sanitario, extremadamente costoso e ineficiente y con unos recursos diagnósticos y terapéuticos escasos, ha originado una crisis de salud que ha afectado principalmente a las madres gestantes y a los niños, lo que ha dado lugar a un dramático aumento de las enfermedades y de las discapacidades en la población infantil. Se estima que siete de cada diez recién nacidos nacen con problemas de salud, el número de niños con enfermedades crónicas durante la edad escolar se ha incrementado en un 20% y, en los últimos diez años, el número de niños discapacitados se ha duplicado<sup>2-4,8</sup>.

3. Una transformación de la estructura familiar, rápida y profunda, debida a un notable aumento de las tasas de mortalidad masculina adulta, un elevado número de divorcios y un creciente número de madres solteras. Esto ha contribuido a que sea cada vez más frecuente el caso de familias monoparentales con dificultades para cuidar de sus hijos. Si a esto se añaden las situaciones de pobreza y el frecuente problema del alcoholismo y la

violencia en las familias, el riesgo en los niños de quedar huérfanos, de recibir unos cuidados insuficientes o nulos, y de que su familia abuse de ellos o los abandone y lleguen a convertirse en niños sin hogar aumenta de forma vertiginosa<sup>2-5,8,9</sup>.

4. Una política social de protección a la infancia ineficaz y costosa, basada en la colocación en instituciones u orfanatos de los niños y adolescentes huérfanos (éstos suponen únicamente el 5%), abandonados o maltratados por su familia, o en situación de pobreza extrema, desamparo o discapacidad, en lugar de prevenir las situaciones de riesgo mediante un trabajo social previo o de acompañamiento centrado en la familia o en la comunidad. Además, la precaria situación de la sanidad, previamente mencionada, determina una mayor morbilidad infantil durante el período de tiempo que el niño permanece institucionalizado<sup>2,4,8-11</sup>.

### Problemas de salud

Este marco político, económico, sanitario y social, además de otros factores que pudieran existir previos a la institucionalización del menor o durante la misma<sup>12</sup>, da lugar a que los niños adoptables de estos países tengan un riesgo elevado de presentar problemas de salud física y/o mental.

**Tabla I. Principales problemas de salud en niños adoptables\* y adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del Este**

Problema de salud	Literatura internacional† %	Casuística nacional‡ %
<b>Neurodesarrollo, conducta y adaptación<sup>13-43</sup></b>		
– Retraso del desarrollo neuromadurativo, de leve a moderado	41-82	69
– Retraso del desarrollo neuromadurativo grave	2-16	5
– Problemas y trastornos de conducta y adaptación social	34-47	32
<b>Crecimiento y nutrición<sup>13-15,18,25-27,36,37,44,45</sup></b>		
– Peso al nacer inferior a 2.500 gramos*	50	48
– Retraso de crecimiento, de leve a grave	43-68	67
– Malnutrición, de leve a grave	9-25	24
– Raquitismo presente (antiguo)	1 (11)	6 (18)
<b>Sensorial<sup>35,46,47</sup></b>		
– Deterioro o disminución de la agudeza visual	8-26	13
– Deterioro o disminución de la agudeza auditiva	3-4	4
<b>Inmunizaciones<sup>15,27,45,48-50</sup></b>		
– Ausencia de certificado oficial de inmunizaciones	43-65	50
– Ausencia de anticuerpos protectores frente a alguna de las inmunizaciones administradas	3-50	42
<b>Infecciones<sup>15,27,35,37,45,50-54</sup></b>		
– Parasitosis intestinal	17-67	12
– Infección tuberculosa latente	5-30	5
– Infección por el virus de la hepatitis B	2-10	0
– Infección por el virus de la hepatitis C	1-2	0
– Exposición prenatal a sífilis*	15-33	13
– Sífilis congénita	1	0
<b>Exposición prenatal al alcohol<sup>15,26,27,55</sup></b>		
– Exposición prenatal al alcohol*	3-41	24
– Síndrome alcohólico fetal o efectos alcohólicos fetales*	9	13
– Síndrome alcohólico fetal	1-2	3
<b>Anomalías congénitas<sup>15,27,45</sup></b>		
– Mayores	5	6
– Menores	5	4
<b>Exposición posnatal al plomo<sup>45,56</sup></b>		
– Elevación leve (10-15 µg/dL) de los niveles séricos de plomo	1-7	0

\* Sobre la base del estudio pre-adoptivo de la información médica y del material por la imagen obtenido del menor.

† Porcentaje o límites porcentuales, sobre la base de la bibliografía consultada. Se han redondeado los decimales.

‡ Niños procedentes de la Federación Rusa (94%), Ucrania (4%) y Rumania (2%). Familias adoptivas procedentes de Aragón (44%), Cataluña (18%), País Vasco (9%), Madrid (8%), Andalucía (7%), resto de comunidades autónomas (14%). Se han redondeado los decimales.

En la tabla I se enumeran los problemas de salud más frecuentemente observados en niños adoptables y adoptados en la Federación Rusa y Europa del Este. Se describen los porcentajes de los principales problemas de salud sobre la base de la revisión de la literatura internacional de los últimos 10 años<sup>13-56</sup>, y del análisis retrospectivo de 430 estudios pre-adoptivos de niños adoptables y 132 niños adoptados por familias españolas evaluados en el Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza durante el período 2000-2004.

Otros problemas de salud observados en la casuística nacional (no descritos en la tabla I) fueron los trastornos dermatológicos (27%), las infecciones agudas del aparato respiratorio inferior (15%), los trastornos ortopédicos leves (11%), las patologías dentales (8%) y el hipotiroidismo subclínico (4%).

### **Informes médicos pre-adoptivos**

A pesar de la incidencia y la trascendencia de algunos de los problemas de salud anteriormente descritos, el mayor dilema de las familias respecto de adoptar en la Federación Rusa y otros países del este de Europa no es que los niños lleguen con más o menos problemas de salud física, del neurodesarrollo, de conducta y adaptación social que los proce-

dentos de otras áreas geográficas. El problema radica en que los informes médicos pre-adoptivos que se emiten en estos países, en general, ofrecen una información escasa, confusa y, en muchas ocasiones, alarmante respecto al neurodesarrollo del niño que se va a adoptar, lo que provoca una gran incertidumbre y un estado de ansiedad en las familias que los reciben<sup>57,58</sup>.

Estos informes médicos se caracterizan principalmente por mencionar numerosos diagnósticos, la mayoría de índole neurológica; utilizan con frecuencia una clasificación o una terminología diferente a las clasificaciones y a los conceptos diagnósticos utilizados en la medicina occidental, y especialmente en el área de neurología, que sugieren la existencia de una patología seria del sistema nervioso central o periférico (parálisis cerebral infantil, hipertensión intracraneal, hidrocefalia, deficiencia mental, trastornos neuromusculares, etc.)<sup>15,55</sup>. Habitualmente, los diagnósticos de índole neurológica se emiten en el período neonatal, se mantienen y/o se emiten nuevos diagnósticos hasta que el niño tiene aproximadamente 2 años de edad, y se modifican o desaparecen a partir de entonces. Además, estos diagnósticos no se suelen acompañar de una descripción de los signos, síntomas, pruebas complementarias y/o tratamien-

tos que los sustenten o, si se describen, pueden ser discrepantes con los diagnósticos emitidos<sup>55</sup>.

Asimismo, existen discrepancias entre los diagnósticos médicos pre-adoptivos de los niños procedentes de la Federación Rusa y países del este de Europa y los observados en la exploración médica realizada en el país de acogida a su llegada. Albers et al<sup>15</sup> comprobaron que a pesar de los numerosos diagnósticos pre-adoptivos de patología grave del sistema nervioso central, la mayoría no tenía problemas neurológicos. Sin embargo, sí que objetivaron que la mayoría de los niños presentaba un retraso del desarrollo psicomotor en una o más áreas y, en un número significativo (12,5%), se realizaron diagnósticos insospechados como hipoplasia del nervio óptico, sordera unilateral grave, diplegia espástica moderada o estrabismo, que precisaban de unas técnicas y equipamiento no disponible por los médicos que elaboraron el informe.

También es muy frecuente la falta de datos sobre los antecedentes sociosanitarios familiares, la salud de la madre durante el embarazo y el control de éste, y del período perinatal (edad gestacional, parto, test de Apgar, antropometría neonatal, cribado endocrino-metabólico, etc.). En el caso de la Federación Rusa, se ha

objetivado que cuando el test de Apgar, la edad gestacional y los parámetros antropométricos neonatales se relataban como normales, el número de diagnósticos neurológicos por recién nacido era similar a cuando dichos datos perinatales no figuraban en el informe médico pre-adoptivo<sup>55</sup>. Este hecho sugiere la posibilidad de que los médicos rusos omitan con frecuencia y de forma intencionada aquellos datos que son o que consideran ser normales, limitándose a relatar en su informe sólo los datos que son o que consideran ser anormales o patológicos. Asimismo, es habitual emitir el diagnóstico de retraso del desarrollo físico y psicomotor sin aportar datos evolutivos longitudinales antropométricos y de su desarrollo neuromaturo o, por lo menos, datos puntuales. A todas estas deficiencias hay que añadir errores de fechas, errores en la conversión de unidades de medida, discrepancias con la información aportada de forma oral y traducciones incompletas o incorrectas por informe manuscrito o fotocopiado ilegible y/o por incompetencia o negligencia del traductor. Además, aunque de forma excepcional, se han detectado casos de diagnósticos adulterados y de ocultamiento de datos y/o diagnósticos<sup>12,59</sup>.

En la tabla II se describen las deficiencias más frecuentemente observadas en los informes médicos pre-adoptivos

**Tabla II. Deficiencias de los informes médicos pre-adoptivos elaborados en la Federación Rusa y países de Europa del Este**

- Errores o ausencias de fechas: de nacimiento, realización de pruebas, emisión del informe, etc.
- Informes no actualizados a la edad real del menor.
- Datos antropométricos no acordes con la fecha de emisión del informe.
- Ausencia o escasez de datos:
  - Familiares (sociales, médicos, psiquiátricos, de consumo de sustancias, etc.).
  - De la salud de la madre durante el embarazo y su control.
  - De la edad gestacional, parto y período perinatal.
  - Problemas de salud previos a la institucionalización.
  - Del motivo real de la institucionalización.
  - Longitudinales del desarrollo físico y psicomotor durante la institucionalización.
- Uso de unidades de medida diferentes y errores en la conversión.
- Uso de clasificaciones, conceptos y terminología médica diferente o confusa.
- Diagnósticos erróneos o ausentes por falta de capacitación profesional y/o medios técnicos.
- Emisión de diagnósticos sin sustento en pruebas complementarias.
- Descripción de signos y síntomas sin emitir el diagnóstico concreto.
- Discrepancia entre los datos aportados y los diagnósticos emitidos.
- Discrepancias entre la información aportada por vía oral y escrita.
- Datos y/o diagnósticos adulterados u ocultados.
- Traducciones incompletas o incorrectas por:
  - Informe manuscrito o fotocopiado ilegible.
  - Incompetencia o negligencia del traductor.

emitidos en la Federación Rusa y países de Europa del Este.

Sobre la base de la experiencia de diferentes investigadores, en el caso de los niños procedentes de la Federación Rusa y Europa del Este, se considera que la simple evaluación e interpretación del informe médico pre-adoptivo elaborado en el país de origen no es suficiente para valorar el riesgo respecto a la salud física y mental del menor<sup>15,55,57,60</sup>. Por el momento, siempre y cuando la familia adoptante así lo decida, la única forma de aproximarse al conocimiento

real de la salud del menor que se va a adoptar, y con ello minimizar el riesgo, es realizar una consulta médica especializada pre-adoptiva en la que se les informe sobre los datos de interés médico y sociosanitario que deben obtener del menor asignado, la forma de obtenerlos, y las condiciones que debe cumplir el material audiovisual que deben realizar durante su visita al orfanato, para poder valorar con mayor garantía su desarrollo físico, neurosensorial y madurativo<sup>15,36,57,61,62</sup>. Mientras tanto, las Administraciones competentes en la materia,

a través de los mecanismos legales y administrativos pertinentes, deberían exigir a estos países una estandarización de las evaluaciones médicas que se van a realizar y del contenido del informe médico que hay que emitir en los niños asignados para adopción internacional, y acompañar dicho informe al certificado de adoptabilidad<sup>12</sup>. Con esto se evitaría la angustia e incertidumbre de los padres adoptivos, gran parte de las consultas y de los trámites administrativos y sanitarios que alargan el proceso y muchos diagnósticos de problemas de salud insospechados a su llegada.

### Recomendaciones médicas pre-adoptivas

Son pocas las familias que realizan una correcta y completa consulta médica pre-adoptiva. La mayoría, por desconocimiento y, las menos, por no considerarla de interés. Es más, las que la hacen suele ser para preguntar sobre aspectos concretos de los informes médicos que reciben del menor y no sobre la globalidad del marco sanitario que rodea a una adopción internacional. Esta consulta debe realizarse por profesionales formados y sensibilizados tan pronto como la familia adoptante reciba la asignación del niño, aunque algunos aspectos de la misma podrían abordarse una vez que ha recibido

su certificado de idoneidad y ha elegido el país de origen<sup>62,64</sup>.

En esta consulta la familia adoptante de un menor procedente de la Federación Rusa u otro país del este de Europa puede ser asesorada sobre<sup>57-65</sup>:

1. Los factores de riesgo sociosanitario a los que puede estar y/o haber estado expuesto el menor y los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan.

2. Si disponen del informe médico pre-adoptivo, pueden ser informados sobre su estado de salud y asesorados sobre los posibles riesgos, aunque en ningún caso se podrá confirmar o descartar la existencia de patologías. Se informará sobre las deficiencias más frecuentemente observadas en los informes pre-adoptivos emitidos en estos países y, con el fin de paliar dichas deficiencias, se asesorará sobre los datos de interés médico y sociosanitario que se deben obtener del menor asignado y la forma de obtener un material audiovisual válido para estudio.

3. Medidas sanitarias preventivas para viajes internacionales. En la actualidad, para viajes y estancias en ciudades de la Federación Rusa y países de Europa del Este, es suficiente con informar sobre consejos y normas sanitarias generales para viajeros internacionales y que no hay ningún requisito de vacunación<sup>66,67</sup>. De cualquier forma, se debe aconsejar



que los adultos deben estar correctamente inmunizados contra la difteria, el tétanos, la polio, el sarampión, la rubéola, la parotiditis y la hepatitis B, y que las vacunas contra la gripe, la hepatitis A y la varicela son recomendables<sup>63,64</sup>. Si se viaja con niños mayores de 18 meses y están correctamente vacunados según el calendario de inmunizaciones recomendado por la Asociación Española de Pediatría<sup>68</sup>, no es necesaria la administración de otras vacunas.

4. Conocimientos elementales sobre alimentación, higiene, enfermedades infantiles comunes, trastornos de adaptación frecuentes del niño post-institucionalizado y normas básicas de actuación.

5. El contenido del botiquín médico de viaje y sus normas de utilización (esta información debe ser dada por escrito).

6. Cuándo se debe realizar la primera evaluación médica tras su regreso, en qué consistirá, y sobre la necesidad de realizar un seguimiento en el tiempo.

### Recomendaciones médicas post-adopción

---

Los niños adoptados procedentes de la Federación Rusa y países de Europa del Este, al igual que todos los niños adoptados en el extranjero, deben ser evaluados médicamente dentro de las dos primeras semanas tras su llegada a

nuestro país. Esta primera evaluación será inmediata si existen signos o síntomas clínicos de enfermedad aguda<sup>60</sup>.

La evaluación médica inicial incluye la realización de<sup>62-64</sup>:

1. Anamnesis exhaustiva de los antecedentes del menor a través de la recopilación de la información médica y sociosanitaria que pueda aportar la familia de forma escrita u oral.

2. Exploración física completa con evaluación de la visión, audición, dentición y desarrollo puberal.

3. Evaluación del crecimiento y estado de nutrición (la experiencia clínica obtenida en los últimos años indica que pueden utilizarse las gráficas de crecimiento y los estándares nutricionales de nuestro país desde la primera evaluación clínica).

4. Evaluación preliminar del desarrollo psicomotor (test de Haizea-Llevant o de Denver).

5. Análisis de criterios diagnósticos de síndrome alcohólico fetal<sup>69</sup>.

6. Búsqueda de indicadores físicos de maltrato<sup>70</sup>.

7. Evaluación del certificado oficial de inmunizaciones.

8. Pruebas de cribado de laboratorio (tabla III), sobre la base de los problemas de salud que con mayor frecuencia se observan en los niños procedentes de estos países.

**Tabla III. Pruebas de cribado de laboratorio recomendadas a su llegada en niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del Este**

- Hemograma completo.
- Hierro y ferritina séricos.
- Bioquímica de sangre (urea, creatinina, transaminasas hepáticas, fosfatasa alcalina, calcio y fósforo).
- Función tiroidea (T4 total, T4 libre y TSH).
- Bioquímica y sedimento de orina\*.
- Parásitos y huevos en heces (tres muestras)<sup>†</sup>.
- Serología para virus de la inmunodeficiencia humana (anti-VIH 1 y 2 IgG)<sup>‡</sup>.
- Serología para virus de la hepatitis B (determinar HBsAg, anti-HBs y anti-HBc IgG total)<sup>‡</sup>.
- Serología para virus de la hepatitis C (anti-HCV IgG)<sup>‡</sup>.
- Serología para sífilis (RPR)<sup>§</sup>.
- Prueba de tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml. 2 UT PPD RT 23)<sup>¶,¶¶</sup>.
- Otras pruebas de cribado que hay que considerar:
  - Niveles de plomo en sangre venosa (plumbemia)<sup>\*\*</sup>.
  - Investigación de citomegalovirus (cultivo de orina, IgM, IgG), toxoplasmosis y rubéola (IgM, IgG)<sup>††</sup>.
  - Serología *Helicobacter pylori* (IgG total)<sup>††</sup>.
  - Serologías vacunales<sup>§§</sup>.

\* Realizar urocultivo si hay datos sospechosos de infección en el análisis bioquímico y microscópico de orina.

† Considerar la determinación de antígeno de *Giardia lamblia* si existe fuerte sospecha clínica y las investigaciones parasitológicas en heces repetidas resultan negativas. Considerar la realización de coprocultivo si existe sospecha clínica de infección por bacterias patógenas.

‡ Considerar la repetición de la prueba al menos a los seis meses tras su llegada para descartar el período de incubación o "ventana" de un posible contagio previo a la adopción no diagnosticado.

§ Realizar prueba treponémica específica (FTA-ABS IgG) si la prueba reagínica es positiva y en todos los niños menores de 12 meses de edad en los que exista confirmación o sospecha elevada de que su madre biológica tuvo sífilis. Considerar la repetición de la serología al menos un mes tras su llegada si se sospecha abuso sexual, para identificar una posible infección justo antes de la adopción.

¶ Recordar que todos los niños están vacunados de BCG (vacuna de Calmette-Guérin). Una induración igual o mayor de 10 mm se considera positiva y sugestiva de infección tuberculosa. En inmunocomprometidos y aquellos con exposición conocida, se considera positivo si es igual o mayor de 5 mm.

\*\* En niños mayores de 12 meses con anemia refractaria al tratamiento con hierro (beta-talasemia minor descartada), retraso del neurodesarrollo o trastornos del comportamiento (pica, irritabilidad, hiperactividad).

†† En casos con sospecha clínica. La investigación de citomegalovirus está indicada, aun en casos sin sospecha clínica, cuando la madre adoptiva está embarazada.

‡‡ En niños mayores de 2 años residentes en orfanatos con antecedente o existencia de parasitosis intestinal (especialmente *Giardia lamblia*) y sospecha clínica.

§§ Según disponibilidad. Resulta de mejor relación coste-beneficio la vacunación desde cero cuando los documentos y antecedentes vacunales son no fiables o no existen.

Respecto de las pruebas de cribado de enfermedades infecciosas y parasitarias que se recomiendan realizar, la familia adoptiva debe estar advertida de que los resultados negativos de los informes pre-adoptivos no garantizan la ausencia

de estas enfermedades, y que un ritmo deposicional regular con heces bien formadas no excluye la posibilidad de parasitosis intestinal<sup>71</sup>. A pesar de la escasa incidencia de sífilis, de infección por el virus de la hepatitis C e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (inferior a 0,05%)<sup>71,72</sup> en los niños procedentes de la Federación Rusa y Europa del Este, debido a que las tasas de estas enfermedades han aumentado espectacularmente en estos países<sup>4,6,7</sup>, es crucial continuar estudiando la prevalencia de estas enfermedades infecciosas en esta población infantil para poder proporcionar a los pediatras españoles

directrices actualizadas para un cribado apropiado.

Debido a que un elevado porcentaje de estos niños presenta problemas de salud en la evaluación médica inicial y que, conocidos los factores de riesgo sociosanitario a los que han estado expuestos, son niños con riesgo de presentar problemas y trastornos de comportamiento y de adaptación social, es muy recomendable realizar un seguimiento médico prolongado en el tiempo (tabla IV). Este seguimiento debería ser multidisciplinar y sistematizado, y estar coordinado por el pediatra responsable del menor, ya que es el profesional con

**Tabla IV.** Seguimiento médico en niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del Este

- Problemas de salud detectados en la evaluación médica inicial.
- Respuestas a los tratamientos administrados.
- Tolerancia y efectos de la nueva alimentación.
- Evolución longitudinal del\*:
  - Crecimiento.
  - Estado nutricional.
  - Desarrollo psicomotor/neuromadurativo.
- Evolución del desarrollo:
  - Lenguaje.
  - Afectivo-emocional y conducta.
  - Adaptación social y escolar.
  - Visión/audición.
  - Dentición.
  - Pubertad.
- Adecuada administración de inmunizaciones<sup>†</sup>.
- Posible aparición de problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos.

\* Observando si se produce la recuperación esperada de los retrasos existentes.

† A todos los niños se les administrarán las vacunas pertinentes para adecuar sus inmunizaciones al calendario oficial vigente de la comunidad adoptiva.

el que toma primer contacto y su relación se va a prolongar hasta la adolescencia<sup>60,62</sup>.

### Consideraciones finales

La adopción internacional ha demostrado ser exitosa como medio de proteger el bienestar y el desarrollo físico, madurativo y emocional del menor de manera que los niños adoptados crecen significativamente mejor y tienen mejores resultados en inteligencia, rendimiento académico, relaciones personales y adaptación psicológica y social que los menores que crecen en ambientes de institucionalización, en cuidado acogedor o en sus familias biológicas cuando no están comprometidas en su crianza<sup>73</sup>.

Respecto a los problemas de salud física y los retrasos del desarrollo físico, psicomotor y neuromadurativo que con mayor frecuencia se detectan en los niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del Este, tras su evaluación médica inicial, en la mayoría de los casos se han solucionado o recuperado tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva. En cuanto a los problemas de salud mental, la mayoría de estos niños manifiestan trastornos afectivo-emocionales, del comportamiento y de adaptación social que desaparecen espontáneamente en las prime-

ras semanas o meses de convivencia en el nuevo hogar. En algunos niños con retrasos del desarrollo moderados o graves y/o con problemas de conducta graves, su recuperación puede tardar dos o más años<sup>14,18,19,26-28,38,43</sup>.

Un reciente estudio de metaanálisis<sup>74</sup> para estimar los problemas de comportamiento y las derivaciones a servicios de salud mental de los niños adoptados internacionalmente, entre los que existía una representación significativa de niños procedentes de la Federación Rusa y países de Europa del Este, comparándolos con adoptados nacionales y controles no adoptados, concluyó que la mayoría de los niños adoptados internacionalmente se adaptan bien, aunque son derivados a servicios de salud mental con mayor frecuencia que los controles no adoptados. Sin embargo, los adoptados internacionales presentan menos problemas de comportamiento y son derivados con menor frecuencia a servicios de salud mental que los adoptados nacionales.

De cualquier forma, hay que tener presente que un porcentaje nada despreciable de estos niños, alrededor del 5%, presenta problemas de salud difícilmente recuperables o irrecuperables, en muchas ocasiones no detectados, reconocidos o sospechados antes de la adopción, entre

los que destacan trastornos neurológicos y sensoriales, anomalías congénitas mayores, infecciones por los virus de la hepatitis B o C, síndrome alcohólico fetal grave, trastornos globales y graves del desarrollo neuromadurativo y trastornos psicopatológicos característicos del "síndrome del niño post-institucionalizado". La existencia de estos problemas puede provocar en algunas familias situaciones de inadaptación<sup>64,73</sup>. Sin embargo, la inmensa mayoría de las familias que han adoptado un niño originario de estos países lo volverían a adoptar<sup>42,47,75,76</sup>.

En países con más experiencia en adopción internacional que el nuestro, las investigaciones han demostrado que

un porcentaje importante de menores, al llegar a la adolescencia, son ingresados en instituciones residenciales a causa de sus especiales problemas y de la incapacidad de las familias para controlarlos. Este aspecto es muy preocupante y debe ser motivo de seguimiento y estudio en los niños adoptados en nuestro país. Si para la familia la ruptura de la adopción es un fracaso enormemente doloroso que supone la frustración de muchas esperanzas y deseos, para el menor que ha perdido todos sus referentes y, de una manera u otra, es de nuevo rechazado, es una experiencia que marcará de forma negativa todo su desarrollo<sup>73</sup>.

---

## 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.

2. World Bank. Russian Federation. Child welfare outcomes during the 1990s: the case of Russia, 24450-RU. Washington: World Bank; 2002.

3. World Health Organization. The world health report 2005, make every mother and child count. Statistical annex 2005. WHO [En línea] [Fecha de acceso 5 ago 2005]. Disponible en [www.who.int/whr/2005/en/index.html](http://www.who.int/whr/2005/en/index.html)

4. Feshbach M. Environmental and health atlas of Russia. Moscow: PAIMS Publishing House; 1995.

5. Davis RB. Drug and alcohol use in the former Soviet Union: selected factors and future considerations. *Int J Addict*. 1999;29:303-323.

6. Tichonova L, Borisenko K, Ward H, Meheus A, Gromyko A, Renton A. Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins, and priorities for control. *Lancet*. 1997; 350: 210-213.

7. Dehne KL, Khodakevich L, Hamers FF, Schwartlander B. The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making. *AIDS*. 1999;13:741-749.

8. Massey SM. Russia's maternal & child health crisis: socio-economic implications and the path forward. Policy Brief. 2002;1:1-7.
9. Sparks W. The forgotten children in today's Russia. New York: The Harriman Institute; 2004.
10. Frank DA, Klass PE, Earls F, Eisenberg L. Infants and young children in orphanages: one view from pediatrics and child psychiatry. Pediatrics. 1996;97:569-578.
11. Human Rights Watch. Abandoned to the State: cruelty and neglect in Russian orphanages. New York: Human Rights Watch; 1998.
12. Oliván Gonzalvo G. Comparecencia de don Gonzalo Oliván Gonzalvo ante la Comisión Especial sobre la adopción internacional del Senado de España. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003;5:675-682.
13. Benoit TC, Jocelyn LJ, Moddermann DM, Embree JE. Romanian adoption. The Manitoba experience. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996;150:1278-1282.
14. Ames EW. The Development of Romanian orphanage children adopted to Canada. Burnaby, BC: Simon Fraser University; 1997.
15. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. JAMA. 1997;278:922-924.
16. Cermak SA, Daunhauer LA. Sensory processing in the postinstitutionalized child. Am J Occup Ther. 1997;51:500-507.
17. Marcovitch S, Goldberg S, Gold A, Washington J. Determinants of behavioural problems in Romanian children adopted in Ontario. Int J Behav Dev. 1997;20:17-31.
18. Rutter M. Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. J Child Psychol Psychiatry. 1998;39:465-476.
19. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. Child Dev. 1998;69:1092-1106.
20. Castle J, Groothues C, Bredenkamp D, Beckett C, O'Connor TG, Rutter M, and the English and Romanian Adoptees Study Team. Effects of qualities of early institutional care on cognitive attainment. Am J Orthopsychiatry. 1999;69:424-437.
21. Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groothues C, et al. Quasi-austistic patterns following severe early global privation. The English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (1999). J Child Psychol Psychiatry. 1999;40:537-549.
22. Hough SD. Risk factors for speech and language development in children adopted from Eastern Europe and the former USSR. In: International adoption: Challenges and opportunities. T. Tepper, L. Hannon, D. Sandstrom, eds. Meadow Lands, PA: Parent Network for the Post-Institutionalized Child; 1999. p. 108-128.
23. McGuinness T. A quiet migration: cultural influences impacting children adopted from the former Soviet Union. J Cult Divers. 2000;7:59-64.
24. O'Connor TG, Rutter M, and the English and Romanian Adoptees Study Team. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:703-712.
25. O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner J, and the English and Romanian Adoptees Study Team. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. Child Dev. 2000;71: 376-390.
26. McGuinness TM, McGuinness JP, Dyer JG. Risk and protective factors in children adopted from the former Soviet Union. J Pediatr Health Care. 2000;14:109-116.

27. Johnson DE. Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in international adoptees from Romania and the Russian Federation. In: C. Nelson, ed. *The effects of early adversity on neurobehavioral development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 113-162.
28. De Jong DK. *The well-being of Russian and Romanian intercountry adoptees in New Zealand*. Palmerston North, New Zealand: Massey University; 2001.
29. Johnson DE. Short- and long-term effects of deprivation in early life: Lessons from post-institutionalized Eastern European orphans. *NAPSAW Forum*. 2001;21:1-8.
30. Kreppner JM, O'Connor TG, Rutter M. English and Romanian Adoptees Study Team. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29:513-528.
31. Chugani HT, Behen ME, Muzik O, Juhasz C, Nagy F, Chugani DC. Local brain functional activity following early deprivation: a study of post-institutionalized Romanian orphans. *Neuroimage*. 2001;14:1290-1301.
32. Croft C, O'Connor TG, Keaveney L, Groothues C, Rutter M, English and Romanian Adoption Study Team. Longitudinal change in parenting associated with developmental delay and catch-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42:649-659.
33. Groza V, Ryan SD. Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology*. 2002;27:181-197.
34. Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groot-hues C, O'Connor TG, Rutter M, English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Behavior patterns associated with institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *J Dev Behav Pediatr*. 2002;23:297-303.
35. Hoksbergen R, Van Dijkum C, Stoutjesdijk F. Experiences of Dutch families who parent an adopted Romanian child. *J Dev Behav Pediatr*. 2002;23:403-409.
36. Boone JL, Hostetter MK, Weitzman CC. The predictive accuracy of pre-adoption video review in adoptees from Russian and Eastern European orphanages. *Clin Pediatr (Phila)*. 2003;42:585-590.
37. Diamond GW, Senecky Y, Schurr D, Zuckerman J, Inbar D, Eidelman A, et al. Pre-placement screening in international adoption. *Isr Med Assoc J*. 2003;5:763-766.
38. Judge S. Developmental recovery and deficit in children adopted from Eastern European orphanages. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2003;34:49-62.
39. Groza V, Ryan SD, Cash SJ. Institutionalization, behavior and international adoption: predictors of behavior problems. *J Immigr Health*. 2003;5:5-17.
40. Hoksbergen R, ter Laak J, van Dijkum C, Rijk S, Rijk K, Stoutjesdijk F. Posttraumatic stress disorder in adopted children from Romania. *Am J Orthopsychiatry*. 2003;73:255-265.
41. Fries AB, Pollak SD. Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children. *Dev Psychopathol*. 2004;16:355-369.
42. Hoksbergen R, Rijk K, Van Dijkum C, Ter Laak J. Adoption of Romanian children in The Netherlands: behavior problems and parenting burden of upbringing for adoptive parents. *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25:175-180.
43. Rutter M, O'Connor TG, English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev Psychol*. 2004;40:81-94.
44. Sonogo M, García-Pérez J, Pereira-Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:489-491.

45. Miller LC, Comfort K, Kely N. Immunization status of internationally adopted children. *Pediatrics*. 2001;108:1050-1051.
46. Grönlund MA, Aring E, Hellström A, Landgren M, Strömland K. Visual and ocular findings in children adopted from eastern Europe. *Br J Ophthalmol*. 2004;88:1362-1367.
47. Groze V, Ileana D. A follow-up study of adopted children from Romania. *Child and Adolescent Social Work J*. 1996;13:541-565.
48. Hostetter MK, Johnson DE. Immunization status of adoptees from China, Russia, and Eastern Europe [abstract 851]. *Pediatr Res*. 1998;43:147A.
49. Schulte JM, Maloney S, Aronson J, San Gabriel P, Zhou J, Saiman L. Evaluating acceptability and completeness of overseas immunizations records of internationally adopted children. *Pediatrics*. 2002;109:e22.
50. Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gómez-Duarte C, Gabriel PS, Alonso M, et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. *Pediatrics*. 2001;108:608-612.
51. Hostetter MK. Infectious diseases in internationally adopted children: findings in children from China, Russia, and Eastern Europe. *Adv Pediatr Infect Dis*. 1999;14:147-161.
52. Giacchino R, Zancan L, Vajro P, Verucchi G, Resti M, Barbera C, et al. Hepatitis B virus infection in native versus immigrant or adopted children in Italy following the compulsory vaccination. *Infection*. 2001;29:188-191.
53. Staat MA. Infectious disease issues in internationally adopted children. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:257-258.
54. Miller LC, Nelly N, Tannemaat M, Grand RJ. Serologic prevalence of antibodies to *Helicobacter pylori* in internationally adopted children. *Helicobacter*. 2003;8:173-178.
55. Oliván Gonzalvo G. Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos de Rusia. *Rev Neurol*. 2003;37:1009-1013.
56. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Elevated blood lead levels among internationally adopted children, United States, 1998. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2000;49:97-100.
57. Jenista JA. Preadoption review of medical records. *Pediatr Ann*. 2000;29:212-215.
58. Oliván Gonzalvo G. Rusia: informes médicos preadoptivos. *Niños de Hoy*. 2004;11:22-26.
59. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:344-345.
60. Oliván Gonzalvo G. Medicina y adopción internacional. *JANO*. 2005;68(1561):30-38.
61. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: la consulta médica pre-adopción. *Niños de Hoy*. 2002;2:36-39.
62. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr*. 2001;55:135-140.
63. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional. *Guías Clínicas en Atención Primaria*, 2003. *Fisterra* [En línea] [Fecha de acceso 5 ago 2005]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/adopcion.htm](http://www.fisterra.com/guias2/adopcion.htm)
64. Oliván Gonzalvo G. La perspectiva sanitaria de la adopción internacional. En: Barbosa Dos Santos Rodríguez F, Berástegui Pedro-Viejo A, Durán Ayago A, Oliván Gonzalvo G, Pérez Crespo MJ, Sieiro Moral A, Martínez Lemos M (Coordinador). *La adopción internacional en Galicia*. La Coruña: Fundación María José Jove; 2005. p. 117-129.
65. Oliván Gonzalvo G. Salud mental: trastornos emocionales en los niños adoptados. *Niños de Hoy*. 2005;16:10-14.
66. World Health Organization. *International travel and health*, 2005. WHO [En línea] [Fecha de acceso 5 ago 2005]. Disponible en [www.who.int/ith/en/](http://www.who.int/ith/en/)



67. Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención al viajero. Situación sanitaria por países. Consejos sanitarios. 20/05/2005. Ministerio de Sanidad y Consumo [En línea] [Fecha de acceso 5 ago 2005]. Disponible en [www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion\\_todos\\_ciudadanos.htm](http://www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm)
68. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2005. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:158-160.
69. Astley SJ. Diagnostic guide for fetal alcohol spectrum disorders: the 4-digit diagnostic code. Third edition. Seattle: University of Washington; 2004.
70. Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. *Guías Clínicas en Atención Primaria*, 2002. *Fisterra* [En línea] [Fecha de acceso 5 ago 2005]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm](http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm)
71. Miller LC. International adoption: infectious diseases issues. *Clin Infect Dis*. 2005;40:286-293.
72. Aronson J. HIV in internationally adopted children. Washington: Join Council for International Children's Services; 2002.
73. Berástegui Pedro-Viejo A. Sombras de la adopción internacional. En: Barbosa Dos Santos Rodríguez F, Berástegui Pedro-Viejo A, Durán Ayago A, Oliván Gonzalvo G, Pérez Crespo MJ, Sieiro Moral A, Martínez Lemos M (Coordinador). *La adopción internacional en Galicia*. La Coruña: Fundación María José Jove; 2005. p. 94-106.
74. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. *JAMA*. 2005;293:2501-2515.
75. Groothues C, Beckett C, O'Connor TG, and the English and Romanian Adoptees Study Team. The outcomes of adoptions from Romania: predictor of parental satisfaction. *Adoption and Fostering*. 1998/1999;22:30-40.
76. Price P. FRUA's health and development survey. *The Family Focus*. Merrifield, VA: Families for Russian and Ukrainian Adoption; 2000. p. 1-3.

