

Niños adoptados: experiencia en la consulta de neuropediatría

A. Tello Martín, J.L. Peña Segura, R. Fernando Martínez, R. Conchello Monleón, L. Monge Galindo, J. López Pisón
Unidad de Neuropediatría. Hospital Infantil Universitario «Miguel Servet». Zaragoza

Resumen

Introducción: España es el primer país de Europa en número de adopciones internacionales. Los niños adoptados podrían tener mayor riesgo de presentar una patología neurológica.

Objetivo: Describir la serie de pacientes adoptados atendidos en la consulta de neuropediatría durante un periodo de 22 años, determinar las patologías neurológicas más prevalentes y analizar los posibles factores de riesgo.

Pacientes y métodos: Niños adoptados atendidos desde mayo de 1990 hasta mayo de 2012 (n= 226), divididos en dos grupos: adoptados nacionales (AN= 59) y adoptados internacionales (AI= 167). El grupo AI fue subdividido en cuatro áreas de procedencia: Europa del Este (AI-E), Latinoamérica (AI-L), países orientales (AI-O) e India (AI-I).

Resultados: Se desconoce la mayoría de antecedentes previos a la adopción, entre los cuales los más frecuentes son el consumo materno de alcohol durante la gestación (9,3%), los malos tratos (3,5%) y el abandono (3,5%). La edad media de adopción en AI (2,71 años) fue significativamente mayor que en AN, sin diferencias en la edad media de la primera visita. Fueron remitidos desde atención primaria el 51,3% de los casos. Los motivos de consulta principales fueron el retraso psicomotor (20,8%) y los problemas escolares (12,4%). Las patologías neurológicas más prevalentes fueron los problemas de atención (30,5%, significativamente más frecuentes en los grupos AI y AI-E), la discapacidad intelectual (18,6%) y el retraso psicomotor (7,5%). El síndrome alcohólico fetal (18,1%) es prácticamente exclusivo del subgrupo AI-E.

Discusión: El país de origen puede influir en el tipo de patología neurológica de los niños adoptados. Ciertos factores, como la edad de adopción, los antecedentes familiares o la estancia en orfanatos, marcan las posibilidades de desarrollo del niño.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Adopción, adopción internacional, adopción nacional, niños adoptados, neuropediatría, patología neurológica

Abstract

Title: Adopted children: experience in neuropaediatric clinic

Introduction: Spain is the first country in Europe by number of international adoptions. Adopted children may be at increased risk for neurological disease.

Objective: Describe the number of patients seen in consultation adopted neuropaediatric for a period of 22 years, to determine the most prevalent neurological pathologies and analyze potential risk factors.

Patients and methods: Children with a history of adoption attended May-1990 to May-2012 (n= 226) divided into two groups: national adopted (AN= 59) and international (AI= 167). The AI group was subdivided into four areas of origin: Eastern Europe (AI-E), Latin America (AI-L), Eastern Countries (AI-O) and India (AI-I).

Results: Most pre-adoption history is unknown, the most frequent alcohol consumption during pregnancy (9.3%), abuse (3.5%) and neglect (3.5%). The average age of adoption AI (2.71 years) was significantly higher than in AN, finding no differences in mean age at first visit. Were referred from primary care 51.3%. The main reasons for visiting were psychomotor retardation (20.8%) and school problems (12.4%). The most prevalent neurological disorders were attention problems (30.5%, significantly more frequent in AI and AI-E), intellectual disability (18.6%) and psychomotor retardation (7.5%). The fetal alcohol syndrome (18.1%) is almost unique subgroup AI-E.

Discussion: The country of origin may influence the type of neurological pathology of adopted children. Factors such as age of adoption, family history or stay in orphanages mark the child's developmental possibilities.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Adoption, international adoption, national adoption, adopted children, neuropaediatric, neurological pathology

Introducción

Las Naciones Unidas definen la adopción como «el hecho voluntario y legal de tomar y tratar al hijo de otros padres, como hijo propio». En los últimos años hemos asistido a un incremento exponencial de la tasa de adopciones en nuestro país, con un descenso progresivo en los últimos 4 años, siguiendo la tendencia de Estados Unidos y de otros países desarrollados europeos¹. Según datos obtenidos de las estadísticas oficiales sobre adopción del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad², durante el periodo 1997-2012 un total de 50.880 menores fueron adoptados en el extranjero por familias españolas. Los principales países de procedencia entre 2004 y 2012 fueron China (33,6%), Rusia (27,7%), Etiopía (11,8%), Ucrania (5,4%) y Colombia (5,2%).

Los niños adoptados son un grupo de riesgo de padecer tanto una patología neuropsicológica como una patología médica en general. Presentan el antecedente de haber estado expuestos a una serie de potenciales factores de riesgo que pueden condicionar la aparición de muchos trastornos. La edad en el momento de la adopción determina el tiempo que el niño se ha expuesto a las lesiones por desnutrición, infecciones recurrentes y falta de estímulo y afecto adecuados³. Para algunos autores, el país de procedencia es un factor de riesgo determinante de patología y pronóstico a largo plazo⁴. Las particularidades de cada uno de estos países conforman un escenario en el que se pueden identificar factores de riesgo para la salud de los niños, que permiten que nos anticipemos en el control y diagnóstico de estos problemas y podamos diseñar estrategias de atención precoz.

Desde principios del siglo XXI vivimos en la consulta de neuropediatría un aumento exponencial de la demanda asistencial de niños procedentes de adopción internacional, factor que ha motivado la realización del presente trabajo. El objetivo principal fue determinar cuáles son las patologías neurológicas más prevalentes de los niños procedentes de adopción, además de detectar posibles factores de riesgo de patología neurológica en los niños adoptados y comparar la prevalencia de patologías neurológicas entre los distintos grupos de nuestra muestra y la del resto de niños de la consulta.

Consideramos que conocer el perfil de diagnósticos neuropediátricos en función del país de procedencia de los niños adoptados puede permitir adecuar la atención clínica a las necesidades asistenciales, planificar las necesidades estructurales y promover medidas preventivas a la llegada del niño.

Pacientes y métodos

Se recogieron de manera retrospectiva los datos de los niños adoptados de la base de datos de pacientes controlados en la consulta de neuropediatría del Hospital Universitario «Miguel Servet» de Zaragoza, que habían sido atendidos durante un periodo de 22 años (desde mayo de 1990 hasta mayo de 2012).

La serie se dividió inicialmente en dos grupos: adopción nacional (AN) y adopción internacional (AI). El criterio de inclusión en el grupo AN fue ser niño adoptado nacido en España, fuese cual fuese el país de origen de sus padres biológicos. En el grupo AI el criterio de inclusión fue ser niño adoptado nacido fuera de España. El grupo AI fue subdividido, a su vez, en cuatro grupos en función del área geográfica de procedencia: Europa del Este (AI-E), Latinoamérica (AI-L), países orientales (AI-O) e India (AI-I). En el periodo de estudio no se incluyeron niños adoptados procedentes de África.

Se recogieron variables demográficas, del país de nacimiento, edad de adopción, antecedentes familiares y personales disponibles en el informe preadoptivo, así como el centro desde el que fueron remitidos, los motivos de consulta, la edad en la primera consulta de neuropediatría y los diagnósticos establecidos.

Para nuestro trabajo sobre los niños adoptados de la consulta, hemos considerado las agrupaciones diagnósticas y los diagnósticos funcionales que se explican a continuación:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La Asociación Americana de Psiquiatría lo describe en el DSM-V como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o el desarrollo. Algunos de los síntomas están presentes antes de los 12 años, en dos o más contextos (en casa, en la escuela, con los amigos o parientes, o en otras actividades), y existen pruebas claras de que los síntomas interfieren en el funcionamiento social, académico o laboral, o bien reducen la calidad de ese funcionamiento⁵.
2. Discapacidad intelectual. En el DSM-V se define como un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo, e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Son necesarios tres criterios para establecerlo: a) deficiencias de las funciones intelectuales (razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y aprendizaje a partir de la experiencia), confirmadas mediante la evaluación clínica y las pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas; b) deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social, y c) inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo⁵. En nuestra consulta consideramos el diagnóstico de discapacidad intelectual en los niños que cumplen este criterio con test estandarizados, generalmente el WISC-R, o en los casos con evidente deficiencia mental objetivada por el explorador, la familia o el centro educativo. Tratamos de ser lo más restrictivos posible, y nunca se ha diagnosticado discapacidad intelectual en un niño contando únicamente con el criterio subjetivo del explorador.
3. Síndrome alcohólico fetal. Los trastornos del espectro alcohólico fetal son un grupo de problemas y alteraciones que ocurren en personas cuyas madres bebieron alcohol durante

el embarazo. El síndrome alcohólico fetal representa el extremo grave de los trastornos del espectro alcohólico fetal. Los pacientes tienen características faciales distintivas: pliegue liso entre la nariz y la parte superior del labio (surco nasolabial sin marcas), labio superior fino, apariencia de ojos separados, abertura ocular pequeña, perfil medio facial plano, nariz corta o micrognatia, problemas de crecimiento y alteraciones del sistema nervioso central. Confirmar que hubo consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo puede ayudar a tener un diagnóstico de síndrome alcohólico fetal más sólido, lo cual es difícil en los niños adoptados, aunque no es necesario confirmar que hubo consumo de alcohol durante el embarazo si el niño cumple con los otros criterios⁶.

4. Microcefalia. Perímetro cefálico por debajo del percentil 3 para la edad y el sexo. Con frecuencia se asocia a discapacidad intelectual⁷.
5. Epilepsia. Es un diagnóstico clínico, que exige haber padecido dos o más crisis paroxísticas producidas por una actividad neuronal anormalmente elevada⁸.
6. Parálisis cerebral infantil. Se describe como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura que causan una limitación de la actividad y son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren en el cerebro en desarrollo del feto o del niño. El trastorno motor se acompaña con frecuencia de alteraciones de la sensibilidad, cognición, comunicación, percepción, comportamiento y/o crisis epilépticas⁹.
7. Retraso psicomotor. Este término se usa en niños menores de 5 años con dificultades cognitivas, porque el coeficiente intelectual es menos fiable antes de esta edad. Se debe considerar que los términos «retraso psicomotor» y «discapacidad intelectual» no son intercambiables. El retraso psicomotor es un diagnóstico abierto, ya que un niño que lo presenta no necesariamente tendrá una discapacidad intelectual en el futuro. Sin embargo, cuantos más ítems estén alterados, y cuanto mayor sea esta alteración, mayor probabilidad habrá de que exista a largo plazo una discapacidad intelectual¹⁰.
8. Trastorno del espectro del autismo. Definido por el DSM-V como la existencia de deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por deficiencias en la reciprocidad socioemocional (desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos), deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social (desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos) y deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones (desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, hasta la

TABLA 1

Distribución de la serie

	n	%
Pacientes de neuropediatría	15.234	100
Niños adoptados	226	1,5
Adoptados nacionales (AN)	59	26,1
Adoptados internacionales (AI)	167	73,9
Europa del Este (AI-E)	92	55,1
Latinoamérica (AI-L)	34	20,3
Países orientales (AI-O)	23	13,8
India (AI-I)	18	10,8

ausencia de interés por otras personas, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos⁵.

Con respecto al análisis estadístico, las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar, o mediana e intervalo intercuartílico. La asociación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de la χ^2 , mientras que las variables cuantitativas se estudiaron mediante las pruebas de la t de Student y la U de Mann-Whitney, según la normalidad. Se consideraron estadísticamente significativos unos valores de $p < 0,05$. Como desgraciadamente ocurre en niños adoptados, es frecuente la falta de información sobre datos previos a la adopción; por tanto, cuando se desconocían datos sobre alguna variable en más del 50% de los pacientes de un grupo o subgrupo, decidimos no realizar su análisis estadístico.

Resultados

Durante el periodo de estudio, la base de datos de la consulta de neuropediatría incluía un total de 15.234 pacientes, de los cuales 226 eran niños adoptados. La distribución de la muestra se recoge en la tabla 1.

En la tabla 2 se recogen las características epidemiológicas para los grupos de adopción AN y AI, y por subgrupos de AI en función del área geográfica de procedencia. Los niños procedían con mayor frecuencia de Rusia (24,8%), España (21,2%), Rumanía (15,9%), Ucrania (10,6%) y China (9,2%). Se observaron diferencias significativas según el sexo para los subgrupos AI-O y AI-I a favor del sexo femenino. Se desconocen datos sobre el porcentaje de prematuridad, peso al nacer y antecedentes patológicos personales y familiares en la gran mayoría de los informes preadoptivos. Los antecedentes personales que encontramos con mayor frecuencia entre los niños adoptados eran los malos tratos (3,5%) y el abandono (3,5%), seguidos del sufrimiento perinatal (3,1%) y el embarazo no controlado (3,1%). El consumo de alcohol durante el embarazo es el antecedente materno más habitual en la muestra total (9,3%) y en el subgrupo AI-E (20,7%).

TABLA 2

Características epidemiológicas**Adoptados nacionales (AN) frente a adoptados internacionales (AI)**

Variable	Total (n= 226)	AN (n= 59)	AI (n= 167)	p
Sexo masculino	53,1% (n= 120)	54,2% (n= 32)	52,7% (n= 88)	0,95
Sexo femenino	46,9% (n= 106)	45,8% (n= 27)	47,8% (n= 79)	
Edad de adopción (años)	2,56 ± 2,37	1,3 [rango: 0,1-3,8]	2,71 ± 2,35	0,007
NC	11,5% (n= 26)	20,3% (n= 12)	8,4% (n= 14)	
Edad en la primera visita (años)	5,9 ± 3,9	6,2 [rango: 1,8-9,9]	5,8 ± 3,4	0,660

Adoptados internacionales por área geográfica de procedencia

Variable	AI-E (n= 92)	p	AI-L (n= 34)	p	AI-O (n= 23)	p	AI-I (n= 18)	p
Sexo masculino	65,2% (n= 60)	0,06	67,5% (n= 23)	0,15	4,3% (n= 1)	0,0001	22,2% (n= 4)	0,027
Sexo femenino	34,8% (n= 32)		37,4% (n= 11)		95,7% (n= 22)		77,8% (n= 14)	
Edad de adopción (años)	1,3 [0,1-3,8]	0,183	2,67 ± 2,63	0,912	1,32 ± 0,93	0,002	4,82 ± 2,96	0,005
NC	10,8% (n= 10)		8,8% (n= 3)		0% (n= 0)		5,6% (n= 1)	
Edad en la primera visita (años)	4,5 [2,5-7,8]	0,162	2,7 [1,9-4,7]	0,007	7,5 [3,8-9,5]	0,002	8,1 [4,8-10,1]	0,024

Los datos se expresan en % (n), media ± desviación estándar, o mediana [intervalo intercuartílico].
AI-E: Europa del Este; AI-I: India; AI-L: Latinoamérica; AI-O: países orientales; NC: datos desconocidos.

La edad de adopción (expresada en años) fue significativamente menor en el grupo AN (1,3 [0,1-3,8] frente a 2,71 ± 2,35 del grupo AI); sin embargo, no encontramos diferencias respecto a la edad de la primera visita entre estos dos grupos. Al comparar la edad media de adopción por subgrupos de AI, encontramos que en AI-O era significativamente menor (1,32 ± 0,93), y significativamente mayor en AI-I (4,82 ± 2,96); sin embargo, observamos que la edad de la primera consulta en neuropediatría era significativamente menor para AI-L (2,7 [1,9-4,7]) y significativamente mayor para AI-O (7,5 [3,8-9,5]) y AI-I (8,1 [4,8-10,1]).

Los niños adoptados controlados en la consulta de neuropediatría de nuestro hospital fueron remitidos en su mayoría (51,3%) desde centros de pediatría de atención primaria; el 15,9% fueron enviados tras un episodio de hospitalización en el Hospital Universitario «Miguel Servet» y el 8,8% fueron remitidos desde las diferentes consultas del hospital. Los motivos de consulta más frecuentes de los niños adoptados fueron el retraso psicomotor (20,8%), los trastornos paroxísticos (17,7%), los problemas escolares y/o de déficit de atención (12,4%) y la alteración del comportamiento (11,5%).

En la tabla 3 se puede observar la prevalencia de enfermedades neurológicas en los pacientes adoptados y la comparativa con los niños de la consulta que no son adoptados. Son significativamente más frecuentes en el grupo de niños adoptados los diagnósticos de TDAH (el 30,5 frente al 6,5%), síndrome alcohólico fetal (el 18,1 frente al 0,08%), microcefalia (el 11,1 frente al 2,8%) y retraso psicomotor (el 7,5 frente al 1,5%). Si comparamos la patología entre AN y AI, se observa que en AI es significativamente mayor la prevalencia de TDAH (el 35,9 frente al 15,3%) y de síndrome alcohólico fetal (el 24,5 frente

al 0%). Asimismo, cuando comparamos los subgrupos por área geográfica de procedencia de AI, las mayores diferencias se dan también para estas dos patologías, de modo que es significativamente más frecuente en el subgrupo AI-E encontrar TDAH (el 50 frente al 35,9%) y síndrome alcohólico fetal (el 44,6 frente al 24,5%).

Discusión

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que los niños adoptados son un grupo de riesgo de padecer determinadas patologías neurológicas, como el TDAH, y que éstas aparecen en mayor o menor medida en función del área geográfica de procedencia. El grupo más numeroso de la muestra es el de niños procedentes de Europa del Este, sobre todo Rusia, lo que se corresponde con la tendencia nacional en cuanto a lugares de origen de niños adoptados más frecuentes, que además se ha mantenido estable en los últimos años². No obstante, es llamativo que los niños procedentes de países orientales suponen tan sólo el 10,2% de los pacientes de nuestro estudio, pese a pertenecer a la segunda área geográfica de procedencia más habitual², y se puede afirmar que los niños adoptados orientales tienen un menor impacto en la consulta de neuropediatría. A su vez, cabe destacar que durante 22 años no hayamos controlado ningún niño adoptado procedente de África, que coincide con ser la última área de adopción que se ha incorporado a nuestro país. En cuanto a las características demográficas, existe una predominancia estadísticamente significativa del sexo femenino entre los niños adoptados orientales (95,7%). Este hecho se debe a las estrictas medidas de control

TABLA 3

Comparativa de prevalencia de enfermedades neurológicas*Niños adoptados frente a niños no adoptados de la consulta*

Neuropatología	Adoptados (n= 226)	No adoptados (n= 15.008)	p
TDAH	30,5% (n= 69)	6,5% (n= 976)	0,0001
Discapacidad intelectual	18,6% (n= 42)	16,6% (n= 2.492)	0,481
SAF	18,1% (n= 41)	0,08% (n= 12)	0,0001
Microcefalia	11,1% (n= 25)	2,8% (n= 425)	0,0001
Epilepsia	9,3% (n= 21)	8,6% (n= 1.290)	0,801
Retraso psicomotor	7,5% (n= 17)	1,5% (n= 227)	0,0001
PCI	6,2% (n= 14)	5,5% (n= 830)	0,774
TEA	4,4% (n= 10)	3,7% (n= 560)	0,712

Adoptados nacionales (AN) frente a adoptados internacionales (AI)

Neuropatología	AN (n= 59)	AI (n= 167)	p
TDAH	15,3% (n= 9)	35,9% (n= 60)	0,005
Discapacidad intelectual	20,3% (n= 12)	18% (n= 30)	0,834
SAF	0% (n= 0)	24,5% (n= 41)	0,0001
Microcefalia	5,1% (n= 3)	13,2% (n= 22)	0,143
Epilepsia	5,1% (n= 3)	10,8% (n= 18)	0,301
Retraso psicomotor	8,5% (n= 5)	7,2% (n= 12)	0,971
PCI	5,1% (n= 3)	6,6% (n= 11)	0,922
TEA	3,4% (n= 2)	4,8% (n= 8)	0,935

Adoptados internacionales por área geográfica de procedencia

Neuropatología	AI-E (n= 92)	p	AI-L (n= 34)	p	AI-O (n= 23)	p	AI-I (n= 18)	p
TDAH	50% (n= 46)	0,038	20,6% (n= 7)	0,126	8,7% (n= 2)	0,017	27,8% (n= 5)	0,668
Discapacidad Intelectual	19,6% (n= 18)	0,88	20,6% (n= 7)	0,126	13% (n= 3)	0,771	11,1% (n= 2)	0,687
SAF	44,6% (n= 41)	0,0015	0% (n= 0)	0,0027	0% (n= 0)	0,015	0% (n= 0)	0,0372
Microcefalia	18,5% (n= 17)	0,336	8,8% (n= 3)	0,677	0% (n= 0)	0,132	11,1% (n= 2)	0,804
Epilepsia	7,6% (n= 7)	0,543	14,7% (n= 5)	0,718	8,7% (n= 2)	0,76	22,2% (n= 4)	0,297
Retraso psicomotor	9,8% (n= 9)	0,62	2,9% (n= 1)	0,592	8,7% (n= 2)	0,79	0% (n= 0)	0,501
PCI	3,3% (n= 3)	0,397	8,8% (n= 3)	0,922	3,3% (n= 1)	0,67	22,2% (n= 4)	0,063
TEA	5,4% (n= 5)	0,82	2,9% (n= 1)	0,983	8,7% (n= 2)	0,773	0% (n= 0)	0,734

Los datos se expresan en % (n).

AI-E: Europa del Este; AI-I: India; AI-L: Latinoamérica; AI-O: países orientales; PCI: parálisis cerebral infantil; SAF: síndrome alcohólico fetal; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TEA: trastorno del espectro autista.

de natalidad impuestas por el gobierno chino ante el elevado crecimiento demográfico del país, junto con otros factores de índole cultural, que han llevado a que miles de menores, fundamentalmente de sexo femenino, fueran abandonados en orfanatos¹¹. De igual manera ocurre en el subgrupo procedente de India (un 77,8% de sexo femenino), creemos que por el efecto de factores culturales y económicos similares.

Para la valoración de cualquier niño, adoptado o no, es importante conocer el estado de salud de la madre biológica, el

consumo de tóxicos y el control realizado durante el embarazo. Disponer de la información adecuada permite anticiparnos a futuras complicaciones e intervenir de forma temprana para mejorar su pronóstico. En diferentes estudios se habla de la falta de información y del desconocimiento sobre los factores previos de la mayoría de niños de adopción. En el estudio de Oliván-Gonzalvo, realizado en 2003, tras analizar 72 informes médicos preadoptivos de Rusia, se concluyó que la información no es suficiente para valorar la salud física y mental de los niños rusos. En dicha revisión los informes procedentes de Euro-

pa del Este ofrecen una información escasa, confusa y alarmante en el ámbito neurológico¹². En nuestro estudio hemos constatado de igual manera el gran desconocimiento de los factores previos a la adopción. Debido a la falta de datos, consideramos que la simple evaluación e interpretación del informe médico preadoptivo elaborado en estos países no es suficiente para conocer la salud real del niño. Por ello, muchas familias optan por obtener personalmente los datos médicos y sociosanitarios de manera presencial, desplazándose hasta el lugar de origen, o a través de telemedicina usando medios audiovisuales. Una vez recopilado el material, y a través de profesionales expertos, es posible poder evaluar con mayores garantías el estado de salud de su futuro hijo.

En cuanto a los factores de riesgo de desarrollar una patología neurológica, la edad de adopción supone un factor muy importante, ya que determina el tiempo de exposición a condiciones adversas y, además, la capacidad de recuperación es menor en los niños mayores. En 2006, un grupo holandés publicó un metaanálisis de 270 estudios sobre niños adoptados nacional e internacionalmente, en el que se concluyó que las adopciones previas a los 12 meses de edad estaban asociadas a una mejor adaptación¹³. Por otro lado, las dificultades encontradas en los niños procedentes de adopción internacional también se atribuyen al efecto adverso de los diferentes factores ambientales que influyen durante el periodo preadoptivo. Así, por ejemplo, el estudio de Cederblad et al., de 1999, demuestra que las condiciones previas a la adopción tienen más importancia que la edad de llegada al nuevo país, como factor de riesgo de mala adaptación posterior¹⁴.

Con respecto a la patología neurológica encontrada en estos niños adoptados, observamos que es similar a la obtenida en otras series, en las que se describe una alta incidencia de TDAH, hasta 15 veces superior en la población de niños adoptados¹⁵. Sin embargo, en otros estudios se describe una mayor frecuencia de retraso psicomotor, entre el 40 y el 75% según las series, y un 35-45% de microcefalia¹⁶.

A propósito de la alta frecuencia de TDAH hallada en los pacientes adoptados de nuestro estudio, sobre todo en el subgrupo AI-E, encontramos similitudes con los resultados de otros estudios revisados, en los que también es una patología muy frecuente entre los niños adoptados procedentes de Europa del Este. Por ejemplo Grey et al., en un estudio de 2006, observaron que el 38% de los niños adoptados de esta procedencia presentaban dificultades atencionales¹⁷, y Miller et al., en 2009, detectaron un 46% de TDAH en estos niños¹⁸. Hernández-Muela et al., en su estudio de 2003, a pesar de contar con una muestra reducida, describieron problemas de comportamiento y TDAH en una proporción similar al nuestro¹⁶. Los resultados obtenidos en estos estudios coinciden con los hallazgos de otros muchos de la bibliografía, en el sentido de que los niños adoptados procedentes de Rusia presentan mayores dificultades neuropsicológicas que los procedentes del resto de países valorados. Además, es significativamente alta la prevalencia de síndrome alcohólico fetal entre los niños del subgrupo AI-E de nuestro

estudio. Durante la pasada década se incrementó en un 48% la incidencia de alcoholismo entre las mujeres rusas en edad fértil¹⁹, lo que propicia que los niños rusos adoptables tengan un mayor riesgo de sufrir una posible exposición prenatal al alcohol y, por tanto, presentar manifestaciones incluidas en el término de espectro alcohólico fetal, definido como un *continuum* de síntomas que puede presentar el niño con exposición prenatal al alcohol²⁰. En la revisión de Landgren del año 2010, en la que se estudió una cohorte sueca de 71 niños adoptados de Europa del Este, se identificó un 52% de trastornos del espectro alcohólico fetal en los niños de la muestra, coincidiendo plenamente con lo hallado en nuestro estudio²¹.

En el subgrupo AI-O hemos encontrado que la enfermedad neurológica más frecuente es la discapacidad intelectual. En el estudio de Miller et al., del año 2000, se constató que el 44% de la muestra de niños adoptados de países orientales presentaba un retraso global²².

Nuestro trabajo presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, en los últimos años está aumentando el número de niños nacidos en España (adoptados nacionales) cuyos padres proceden de otras nacionalidades, y que pueden tener factores de riesgo propios de dichos países, como el consumo de alcohol durante la gestación. En segundo lugar, existe una importante falta de información sobre los antecedentes personales y familiares en los informes preadoptivos, que nos impide realizar estudios de causalidad.

En conclusión, se desconoce la mayoría de antecedentes personales y familiares previos a la adopción. Pese a ello, podemos afirmar que algunos de los factores que influyen en la aparición de patologías neurológicas en los niños adoptados son el consumo de alcohol durante la gestación, los relacionados con la falta de controles médicos durante el embarazo, los problemas de salud de la madre biológica y los derivados de estancias largas en instituciones antes de la adopción. La colaboración con los servicios sociales, pese a ser muy estrecha, es mejorable en cuanto a la obtención de información sobre los antecedentes de los niños adoptados.

Por grupos de adopción, podemos concluir que los niños nacidos en España se adoptan con menor edad, conocemos más los factores de riesgo y es menos frecuente diagnosticar TDAH. Los niños adoptados procedentes de Europa del Este presentan más factores de riesgo maternos y perinatales, y acuden más a la consulta de neuropediatría, pero sus diagnósticos no son los más graves, y las mayores dificultades observadas están relacionadas con las funciones de atención y de aprendizaje. De los niños adoptados en Latinoamérica conocemos muy pocos datos preadoptivos. Las niñas procedentes de los países orientales son adoptadas más jóvenes, no se conocen sus antecedentes, acuden menos a la consulta que otros adoptados y presentan menos diagnósticos neurológicos. Las niñas de India son adoptadas más tarde, por lo que presentan estancias más prolongadas en orfanatos, se desconocen sus factores de riesgo y tienen diagnósticos neurológicos más graves.

Es necesario conocer los factores de riesgo, los perfiles diagnósticos y las necesidades de los niños adoptados y de sus familias por parte de los profesionales de los distintos ámbitos implicados: pediatras, profesionales de la educación, servicios sociales y atención temprana. Asimismo, consideramos importante mantener una estrecha colaboración con las unidades de psiquiatría infantojuvenil, ya que al llegar a la adolescencia percibimos un aumento de la conflictividad y de las conductas de riesgo en los niños adoptados, sobre todo de los procedentes de Europa del Este. Debemos establecer líneas de comunicación y estrategias de trabajo consensuadas para mejorar la coordinación entre los distintos profesionales implicados en el cuidado de los niños adoptados. ■

Bibliografía

1. Selman P. Tendencias globales en adopción internacional: ¿en el «interés superior de la infancia»? Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales [en línea]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2012; 395(21). Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-395/sn-395-21.htm>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de la Infancia. Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia. Boletín Estadístico 15 (datos de 2012) [en línea]. Madrid: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2014. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/BOLETIN_INFANCIA_15_%28accesible%29.pdf
3. Castaño J. Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación. Rev Neurol. 2002; 34 Supl 1: 130-135.
4. Quarles C, Brodie J. Primary care of international adoptees. Am Fam Physician. 1999; 59(9): 2.435.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
6. CDC. Datos sobre los trastornos del espectro alcohólico fetal. TEAF-NCBDDD [sede web]. Atlanta: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo (NCBDDD), 2012 [actualizado el 3 de septiembre de 2014; consultado el 21 de marzo de 2015]. Trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/facts.html>
7. Lao-Villadoniga JI. Acercamiento diagnóstico y asesoramiento genético en el retraso mental. Rev Neurol. 2001; 33 Supl 1: 1-6.
8. Herranz JL. Trastornos epilépticos en la infancia. Pediatr Integral. 2003; 7(9): 651-658.
9. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, et al. Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2005; 47: 571-576.
10. Martí I. Integración de las pruebas genéticas para el diagnóstico de retrasos no filiados [monografía en internet]. Guipúzcoa: Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria, 2011 [consultado el 21 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa2011/geneticaDI.pdf>
11. Grupo de desarrollo de la Guía CORA. Consenso en adopción internacional. Extracto de la Guía CORA para pediatras y otros profesionales sanitarios. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11 Supl 17: 381-397.
12. Oliván-Gonzalvo G. Diagnósticos en los informes médicos preadoptivos de Rusia. Rev Neurol. 2003; 37: 1.009-1.013.
13. Van Ijzendoorn MH, Juffer F. The Emanuel Miller memorial lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. J Child Psychol Psychiatr. 2006; 47(12): 1.228-1.245.
14. Cederblad M, Hook B, Irhammar M, Mercke AM. Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry. 1999; 40(8): 1.239-1.248.
15. Verhulst FC, Althaus M, Versluisden-Bieman HJ. Problem behavior in international adoptees (I): An epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990; 29(1): 94-103.
16. Hernández-Muela F, Mulas M, Téllez de Meneses B. Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. Rev Neurol. 2003; 36 Supl 1: 108-117.
17. Grey L, Chan W, Miller LC. Educational outcomes of children adopted from Eastern Europe, now ages 8-12. J Res Child Educ. 2006; 20: 245-254.
18. Miller LC, Chan W, Tirella L, Perrin E. Outcomes of children adopted from Eastern Europe. Int J Behav Develop. 2009; 33: 289-298.
19. Oliván-Gonzalvo G. Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? An Pediatr (Barc). 2004; 61(4): 344-352.
20. Disney ER, Iacono W, McGue M, Tully E, Legrand L. Strengthening the case: prenatal alcohol exposure is associated with increased risk for conduct disorder. Pediatrics. 2008; 122(6): e1.225-e1.230.
21. Landgren M, Svensson L, Strömblad K, Andersson Grönlund M. Prenatal alcohol exposure and neurodevelopmental disorders in children adopted from Eastern Europe. Pediatrics. 2010; 125(5): e1.178-e1.185.
22. Miller LC, Hendrie NW. Health of children adopted from China. Pediatrics. 2000; 105(6): e76.