

Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas

G. Oliván Gonzalvo

Servicio de Pediatría. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de Aragón.

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-140)

El objetivo de este artículo es elaborar una guía de ayuda al pediatra que atiende a una familia que se ha involucrado en una adopción internacional. En primer lugar, se describe la consulta preadopción que incluye la revisión de la información disponible del niño, las inmunizaciones y medicamentos recomendados al viajar al extranjero y la información sobre los problemas de salud observados con mayor frecuencia en niños adoptados en el extranjero. En segundo lugar, se describe la evaluación postadopción que incluye las evaluaciones médicas y pruebas de cribado de laboratorio recomendadas en niños adoptados en el extranjero.

Palabras clave:

Adopción. Inmunización. Estado de salud. Exploración física. Pruebas diagnósticas. Guía.

INTERNATIONAL ADOPTION: INFORMATION GUIDE AND MEDICAL EVALUATIONS

This article aims to provide a guide to pediatricians attending families involved in international adoptions. Firstly, we describe the pre-adoption consultation, which includes a review of the information available on the child, the immunizations and medications recommended for traveling to the foreign country, and the information concerning the more frequent health problems observed in children adopted from abroad. Secondly, we describe the post-adoption evaluation, which includes a physical examination and the laboratory screening tests recommended for internationally adopted children.

Key words:

Adoption. Immunization. Health status. Physical examination. Diagnostic tests. Guide.

INTRODUCCIÓN

En la última década, el fenómeno de la adopción internacional se ha incrementado de una manera significativa

en nuestro país. Como ejemplo, desde 1993 en la Comunidad Autónoma de Aragón se han realizado 215 adopciones internacionales (169 de ellas en los últimos 3 años), siendo las principales áreas de procedencia Iberoamérica (50%), Rusia y este de Europa (19%), India (16%) y China (15%).

Estos países se caracterizan por su pobreza económica, precariedad higiénico-sanitaria y falta de respeto de los derechos del menor. Esto provoca que los niños procedentes de estos países presenten mayor morbilidad general, enfermedades por privación física y emocional y enfermedades infecciosas agudas y crónicas¹.

Todos los aspectos relacionados con la adopción internacional, incluidos los aspectos médicos, requieren una especial sensibilidad y unos conocimientos específicos. Muchas familias adoptivas y especialistas en adopción internacional han observado que las recomendaciones y evaluaciones de salud preadopción y postadopción son fundamentales para que la adopción tenga éxito. Por ello, las recomendaciones y evaluaciones médicas preadopción y postadopción deberían ser realizadas por un pediatra especializado en adopción internacional o en colaboración con éste²⁻¹⁰.

El objetivo de este trabajo ha sido la elaboración de una guía, basándonos en nuestra experiencia y en una revisión exhaustiva de la bibliografía internacional de los últimos 10 años, que sea de utilidad al pediatra que atiende a una familia que se ha involucrado en una adopción internacional.

CONSULTA PREADOPCIÓN

Los padres que han decidido hacer una adopción internacional deben realizar con antelación una consulta médica preadopción donde reciban las siguientes informaciones sanitarias:

Correspondencia: Dr. G. Oliván Gonzalvo.
Camino de las Torres, 93, 1.º F. 50007 Zaragoza.
Correo electrónico: DROLIVAN@santandersupernet.com

Recibido en febrero de 2001.
Aceptado para su publicación en febrero de 2001.

TABLA 1. Problemas de salud observados con mayor frecuencia en niños adoptados en el extranjero

Trastornos nutricionales
Malnutrición
Raquitismo (por deficiencia de vitamina D y calcio) y otras vitaminopatías
Anemia ferropénica
Intolerancias alimentarias
Trastornos del crecimiento y desarrollo
Fallo de medro, retraso de crecimiento psicosocial y microcefalia
Pubertad temprana en niñas (sudeste de Asia, Iberoamérica)
Retraso del desarrollo psicomotor, del lenguaje, del aprendizaje y socioemocional
Trastornos neurosensoriales
Problemas de audición
Problemas de visión (estrabismo, ambliopía) (Rusia y este de Europa)
Alteraciones del desarrollo neurológico relacionadas con el alcohol y síndrome alcohólico fetal (este de Europa y Rusia)
Trastornos de la conducta y emocionales
Enfermedades alérgicas: asma, eccemas, alergias alimentarias
Trastornos endocrinometabólicos
Deficiencia de yodo e hipotiroidismo secundario (áreas rurales y montañosas de China, Mongolia y Tíbet)
Hipotiroidismo congénito
Pubertad precoz en niñas (sudeste de Asia, Iberoamérica)
Problemas dentales: retraso erupción, daños de la dentición primaria y secundaria
Trastornos dermatológicos: escabiosis, pediculosis, impétigo, micosis
Trastornos ortopédicos: alteraciones de columna y extremidades inferiores
Trastornos prenatales: anomalías congénitas
Enfermedades infecciosas
Infecciones intestinales parasitarias (protozoos, nematodos, cestodos) y bacterianas (<i>Salmonella</i> , <i>Sbigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i>) (Rusia, este de Europa, China, sudeste de Asia, India, África e Iberoamérica)
Infección por citomegalovirus, congénita y adquirida
Tuberculosis, primoinfección y pulmonar activa (Centroamérica, Filipinas, Haití, India, China, Iberoamérica, sudeste de Asia, Rusia y este de Europa)
Sífilis, congénita y adquirida (Rusia, este de Europa y sudeste de Asia)
Infección VIH (este de Europa)
Infección por hepatitis A
Infección por hepatitis B (China, sudeste de Asia, este de Europa, Rusia, Iberoamérica y África)
Coinfección hepatitis delta
Infección hepatitis C (China, Rusia y este de Europa)
Paludismo (centro de África, India)
Miscelánea
Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon anticuerpos (China, Rusia y este de Europa)
Inexactitud de la edad cronológica (China)
Intoxicación por plomo (China, este de Europa, Iberoamérica)
Anemias por hemoglobinopatías (China, sudeste de Asia, India, África e Iberoamérica)

Nota: entre paréntesis se especifican los países o zonas donde especialmente se ha observado el problema de salud.

Información sobre la revisión de todos los datos disponibles del niño. La evaluación e interpretación de los datos de los historiales médicos del niño puede servir para identificar la existencia de problemas médicos pasados y presentes, la necesidad presente o futura de evaluaciones médicas y tratamientos médicos o quirúrgicos y la existencia de factores de riesgo que afectan su desarrollo a largo plazo. Los aspectos más importantes que deben evaluarse son: edad en que fue institucionalizado, lugar donde ha estado, edad gestacional, tipo de parto, peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento, período neonatal, problemas médicos antes y después de ingresar en la institución, diagnósticos establecidos, medicaciones o transfusiones de sangre que haya recibido, inmunizaciones, evaluaciones médicas por especialistas, estudios de laboratorio y evolución del crecimiento y desarrollo¹¹.

La revisión de la información disponible de la madre (edad, ocupación, nacionalidad, número de otros hijos, localización y problemas médicos, problemas médicos de la madre, número de abortos, uso de drogas, alcohol y/o tabaco, motivo por el que el niño fue institucionalizado o por el que se le retiró la patria potestad, etc.) también puede servir para identificar factores de riesgo.

La revisión de vídeos y/o fotografías del niño resulta útil para identificar retrasos o trastornos del desarrollo, signos o síntomas de enfermedad neurológica y/o defectos genéticos^{6,11}.

Hay que tener presente que la información clínica disponible en muchos casos, cuando existe, ofrece notables deficiencias o está anormalmente adulterada, como sucede con los adoptados procedentes de China, Rusia y este de Europa¹²⁻¹⁵. Esto ha motivado el establecimiento de unos requerimientos legales y sanitarios de ámbito internacional como medida de protección de los derechos del niño¹⁴⁻¹⁶.

Información sobre los problemas de salud observados con más frecuencia en niños adoptados en el extranjero. Es necesario explicar a la familia preadoptiva los problemas potenciales de salud que presenta el niño. Los problemas de salud de los niños adoptados en el extranjero se relacionan fundamentalmente con la inexistencia de cuidados prenatales o la existencia del antecedente de maltrato prenatal; el abandono en edad temprana; el maltrato físico, la negligencia física y emocional, el abuso sexual, la pobre nutrición y/o las deficientes condiciones higiénico-sanitarias sufridas previo al abandono; la inmunosupresión secundaria a la mala nutrición; las enfermedades infecciosas endémicas de su país; las condiciones de vida de subsistencia, la falta de estímulos, los cuidados médicos ausentes o inadecuados durante su permanencia en instituciones y los efectos a largo plazo de la institucionalización^{3,6,11,12,17-19}.

En la tabla 1 se resumen los problemas de salud más frecuentemente descritos en la bibliografía internacional^{1,2,6-8,12,13,17-61}.

Información sobre las inmunizaciones recomendadas para viajar al extranjero y sobre el maletín médico de viaje. En la medida de lo posible, la familia preadoptiva debe recibir información sobre todos los aspectos relacionados con el viaje que va a emprender, incluyendo la identificación de riesgos, el modo de evitarlos, el cumplimiento de los medios preventivos factibles y la orientación acerca de los lugares o instituciones a los que acudir en caso necesario.

En general, el riesgo de adquirir una enfermedad transmisible depende del país visitado, las condiciones del viaje, la duración de éste, la estancia en zona rural o urbana y de otros factores personales, tales como edad, sexo, inmunizaciones previas, el estado de salud actual y el antecedente de enfermedades previas. En dependencia de dichos factores y del tiempo disponible hasta el inicio del viaje, se recomendará una pauta individualizada de vacunaciones.

Las inmunizaciones sistemáticamente recomendadas a las familias que viajan al extranjero para realizar una adopción internacional se exponen en la tabla 2⁶¹⁻⁶⁶.

Dado que los trámites y duración del viaje de regreso pueden ser prolongados, es útil que los padres preadoptivos lleven de su país de origen lo indispensable para los cuidados básicos del niño y una serie de medicamentos para resolver los problemas más frecuentes. Esta información debe ser dada por escrito, especificando la dosificación del medicamento y la enfermedad para la que se debe administrar. También es útil disponer de un teléfono de contacto con un pediatra especializado de su país de origen para consejos urgentes^{6,11}.

EVALUACIÓN POSTADOPCIÓN: EVALUACIONES MÉDICAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO RECOMENDADAS EN NIÑOS ADOPTADOS EN EL EXTRANJERO

La evaluación médica inicial debería realizarse en los primeros 3 días de su llegada, excepto si el niño tiene una enfermedad aguda, en cuyo caso la visita debe realizarse dentro de las primeras 24 h². Es preciso tener en cuenta la posible enfermedad dependiente del país de origen, que puede incluso determinar ciertas enfermedades entre los adoptantes^{48,49,56,57}.

Conocidos los problemas de salud observados con más frecuencia en niños adoptados en el extranjero, la evaluación médica a su llegada debe incluir:

Evaluación del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal. Es preciso usar gráficas de crecimiento adaptadas o, en el caso de que existan, las propias de la etnia o país de origen. Si las medidas antropométricas se encuentran dentro de los estándares de referencia del país adoptante, entonces son apropiadas. Si el niño no se encuentra dentro de la curva y no se observa en los primeros 6 meses un crecimiento recuperador, debe ser evaluado para descartar otros problemas médicos. Al va-

TABLA 2. Inmunizaciones recomendadas a las familias que viajan al extranjero para realizar una adopción internacional

Hepatitis B (3 dosis con pauta 0, 1, 6 meses) Se recomienda completar la inmunización antes del viaje, especialmente en viajes a China, sudeste de Asia, este de Europa, Rusia y Centroamérica
Hepatitis A (una dosis 1 mes antes del viaje y una segunda 6-12 meses más tarde)
Tétanos-difteria adulto (1 dosis de recuerdo cada 10 años)
Polio Salk (1 dosis de recuerdo, si no se puede confirmar que fue vacunado de niño)
Triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis) (1 dosis de recuerdo, si no se puede confirmar que fue vacunado de niño)
Antigripal (en población de riesgo, si viaja de noviembre hasta abril)
Otras vacunas (cólera, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, meningitis A + C, rabia, encefalitis japonesa) Se recomienda solicitar información al Servicio de Vacunación Internacional de su Comunidad Autónoma

lorar el estado de nutrición hay que investigar si existen problemas o intolerancias con la alimentación. Es preciso tener presente la evolución y el desarrollo puberal del país de origen con el fin de evitar diagnósticos erróneos de pubertad precoz^{2,4,6-9,13,18-33}.

Evaluación del desarrollo psicomotor (test de Denver en niños de 0 a 6 años). Debe realizarse en los primeros 1-2 meses tras su llegada y repetirlo a los 6 meses, momento en que será más representativo del nivel del niño. En esta segunda evaluación, si éste muestra un retraso mayor al retraso transicional esperado, sobre todo si tiene más de 1 año, o si existe ansiedad parental, debe remitirse a un servicio de estimulación precoz^{2,4,6-9,13,18-26,29,34-37}.

Evaluación del estado de inmunización. Se deben revisar las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de la comunidad adoptiva. Recordar que cuando hayan sido vacunados frente al sarampión habrá sido mediante la vacuna monovalente frente a ese virus (que es la utilizada en sus países), por lo que no están protegidos contra la parotiditis ni la rubéola. Por lo tanto, serán revacunados con la vacuna triple vírica. En niños pequeños es recomendable repetir todas las vacunas (calendario acelerado) independientemente de sus antecedentes de inmunización. La vacunación frente a la hepatitis B en hijos de madres portadoras de HBsAg se realiza muchas veces pasada la primera semana de vida, lo que no previene la transmisión vertical del virus y obliga a investigar este hecho en los niños para descartar si son portadores crónicos del virus de la hepatitis B^{2,4,6,8,9,12,23,24,38,39}.

Evaluación de la visión y de la audición. De especial importancia en lactantes con antecedente de prematuridad. Debe realizarse en los primeros 6 meses tras su llegada por oftalmólogo y otorrinolaringólogo infantil^{2,4,6,9,23,24}.

TABLA 3. Pruebas de cribado de laboratorio recomendadas en niños adoptados en el extranjero

Hematimetría completa (serie roja, blanca y plaquetaria)
Hierro sérico
Estudio de hemoglobinopatías
Electroforesis de hemoglobina (talasemias, drepanocitosis y otras hemoglobinopatías)
Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
Análisis de orina con examen microscópico
Parásitos y huevos en heces (3 muestras)
Si es preciso: antígeno de <i>Giardia lamblia</i> , anticuerpo fluorescente directo para <i>Cryptosporidium</i>
Coprocultivo (1 muestra) para <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> y <i>Yersinia</i>
Enzimas hepáticas (GOT, GPT)
Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo)
Plomo sérico
Serología sífilis (VDRL, FTA-ABS)*
Serología VIH 1 y 2 (ELISA)*
Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando PCR-VIH
Serología hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total)*
Si la serología es positiva, determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y hepatitis delta
Serología hepatitis C (anti-HCV EIA)*
Si la serología es positiva, confirmar el diagnóstico determinando RIBA y PCR-ARN
Cribado metabólico (tiroxina, fenilalanina, etc.): en lactantes menores de 6 meses
Pruebas de función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH): en niños mayores de 6 meses
Prueba de Mantoux para tuberculosis (tuberculina PPD)
Es conveniente incluso ante niños vacunados de BCG.
Lectura a las 48-72 h: induración mayor o igual a 10 mm implica realizar estudio radiológico de tórax y terapia preventiva (9 meses con isoniazida si la radiografía de tórax es negativa). Repetir a los 6 meses para descartar la anergia debida a la malnutrición
Investigación de <i>Plasmodium</i> (frotis de gota gruesa de sangre periférica): si presentan sintomatología
Investigación de <i>Citomegalovirus</i> (cultivo de orina, serología): en casos con sospecha clínica

*Es conveniente evaluar a todos los niños, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y repetir la serología a los 6 meses para descartar el período de "ventana" o incubación.

Evaluación de la dentición. Se debe evaluar la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño posterior de la dentición secundaria. Especialmente en niños mayores de 18 meses. Debe realizarse en los primeros 6 meses tras su llegada por odontólogo infantil^{2,4,6-9,23,24}.

Evaluación de la edad cronológica. En los casos en que existan dudas de la edad cronológica, ésta se determinará a través de: la edad ósea (radiografía de mano izquierda y atlas de Greulich-Pyle); la edad dental (dentograma, ortopantomografía); la edad de desarrollo psicomotor (test de Denver en menores de 6 años) y la edad de de-

sempño escolar y madurez social (psicopedagogo). Debe realizarse a la llegada y 12 meses después^{2,4,6-9,23,24}.

Otras evaluaciones. Basándonos en la información existente en los informes médicos del país de origen y/o en los hallazgos médicos de la visita inicial, se debe consultar a subespecialistas pediátricos (cardiólogo infantil/soplo cardíaco; nefrólogo infantil/historia de infección del tracto urinario y ecografía renal anormal; neurólogo infantil/signos o síntomas neurológicos; genetista-dismorfológico/dismorfias o signos de síndrome alcohólico fetal, etc.^{2,4,6,8,9,23,24}.

En los niños en los que se observen trastornos de la conducta en los primeros meses tras su llegada, se realizará una evaluación de la conducta (Child Behavioral Checklist de Achenbach en niños entre 4-16 años) y en función del tipo de alteración conductual y de su gravedad se requerirá la consulta del psicólogo o psiquiatra infantil⁴⁰⁻⁴⁴.

Pruebas de cribado de laboratorio. En la tabla 3 se sumarian las pruebas de cribado de laboratorio recomendadas en un niño adoptado en el extranjero^{2,4,6-9,12-15,17,18,22-24,35,39,45-61}.

COMENTARIO

Es necesario insistir en que los niños adoptados en el extranjero son un grupo de alto riesgo. Para la eficacia de las adopciones constituidas en el extranjero, nuestra legislación exige el requisito de idoneidad de los adoptantes, dando cumplimiento al compromiso adquirido en el momento de ratificación de la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas⁶⁷. Así mismo, en el niño adoptado es indispensable reconocer precozmente los problemas físicos de salud, emocionales, de desarrollo y educativos ya existentes y corregirlos de forma apropiada. El fracaso en la identificación e intervención precoz de estos problemas no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades de adaptación a su familia adoptiva, originando el fracaso de la adopción. El uso de Internet es en la actualidad una herramienta fundamental para que los profesionales y los padres adoptivos estén informados de todos los aspectos relacionados con la adopción internacional e incluso reciban el consejo personalizado de especialistas, lo que favorecerá el éxito de la adopción⁶⁸⁻⁷⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Allué X. Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 21-24.
- Aronson J. Medical evaluation and infectious considerations on arrival. *Pediatr Ann* 2000; 29: 218-223.
- Jenista JA. The risks are many, but the joys are great. *Pediatr Ann* 2000; 29: 208-209.

4. Miller LC. Caring for international adopted children. *N Engl J Med* 1999; 341: 1539-1540.
5. Nickman SL, Lewis RG. Adoptive families and professionals: when the experts make things worse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 753-755.
6. Mitchell MA, Jenista JA. Health care of the internationally adopted child. Part 1. Before and at arrival into the adoptive home. *J Pediatr Health Care* 1997; 11: 51-60.
7. Mitchell MA, Jenista JA. Health care of the internationally adopted child. Part 2: chronic care long-term medical issues. *J Pediatr Health Care* 1997; 11: 117-126.
8. Hostetter MK, Iverson S, Thomas WE, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med* 1991; 325: 479-485.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Initial medical evaluation of an adopted child. *Pediatrics* 1991; 88: 642-644.
10. Solchany JA. Anticipating the adopted child: women's preadoptive experiences. *Can J Nurs Res* 1998; 30: 123-129.
11. Jenista JA. Preadoption review of medical records. *Pediatr Ann* 2000; 29: 212-215.
12. 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.
13. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *JAMA* 1997; 278: 922-924.
14. Jeffreys DP. Intercountry adoption: a need for mandatory medical screening. *J Law Health* 1996-97; 11: 243-270.
15. Johnson AK, Edwards RL, Puwak H. Foster care and adoption policy in Romania: suggestions for international intervention. *Child Welfare* 1993; 72: 489-506.
16. Pierce WL. Accreditation of those who arrange adoptions under the Hague Convention on intercountry adoption as a means of protecting, through private international law, the rights of children. *J Contemp Health Law Policy* 1996; 12: 535-561.
17. Jenista JA. Infectious disease and the internationally adopted child. *Curr Opin Infect Dis* 1993; 6: 576-584.
18. Johnson DE, Miller LC, Iverson S, Thomas W, Franchino B, Dole K et al. The health of children adopted from Romania. *JAMA* 1992; 268: 3446-3451.
19. Miller LC. Initial assessment of growth, development, and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatr Ann* 2000; 29: 224-232.
20. Altemeier WA 3rd. Growth charts, low birth weight, and international adoption. *Pediatr Ann* 2000; 29: 204-205.
21. Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 40-44.
22. Miller LC, Hendrie NW. Health of children adopted from China. *Pediatrics* 2000; 105: E76.
23. Bureau JJ, Maurage C, Brémond M, Despert F, Rolland JC. Enfants d'origine étrangère adoptés en France. Analyse de 68 cas pendant 12 ans dans l'Hôpital Université de Tours. *Arch Pediatr* 1999; 6: 1053-1058.
24. Nicholson AJ, Francis BM, Mulholland EK, Moulden AL, Oberklaid F. Health screening of international adoptees. Evaluation of a hospital-based clinic. *Med J Austr* 1992; 156: 377-379.
25. Johnson DE. Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatr Ann* 2000; 29: 234-241.
26. Jenista JA. Disease in a adopted children from Romania. *JAMA* 1992; 268: 601-602.
27. Gbadoé AD, Agbèrè AD. À propos de l'état nutritionnel des enfants adoptés en France venus d'Afrique. *Arch Pediatr* 2000; 7: 692-693.
28. Tuvemo T, Gustafsson J, Proos LA. Growth hormone treatment during suppression of early puberty in adopted girls. Swedish Growth Hormone Advisory Group. *Acta Paediatr* 1999; 88: 928-932.
29. Benoit TC, Jocelyn LJ, Moddermann DM, Embree JE. Romanian adoption. The Manitoba experience. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 1278-1282.
30. Tuvemo T, Proos LA. Girls adopted from developing countries: a group at risk of early puberal development and short final height. Implications for health surveillance and treatment. *Ann Med* 1993; 25: 217-219.
31. Proos LA, Hofvander Y, Wennqvist K, Tuvemo T. A longitudinal study on anthropometric and clinical development of Indian children adopted in Sweden. I. Clinical and anthropometric condition at arrival. *Ups J Med Sci* 1992; 97: 79-92.
32. Proos LA, Hofvander Y, Wennqvist K, Tuvemo T. A longitudinal study on anthropometric and clinical development of Indian children adopted in Sweden. II. Growth, morbidity and development during two years after arrival in Sweden. *Ups J Med Sci* 1992; 97: 93-106.
33. Viridis R, Street M, Zampolli M, Radetti G, Pezzini B, Benelli M et al. Precocious puberty in girls adopted from developing countries. *Arch Dis Child* 1998; 78: 152-154.
34. McGuinness T, McGuinness J. Speech and language problems in international adoptees. *Am Fam Physician* 1999; 60: 1322.
35. Hostetter MK, Johnson D. Medical examination of the internationally adopted child: screening for infectious diseases and development delay. *Postgrad Med* 1996; 94: 70-72, 75-77, 81-82.
36. Faber S. Behavioral sequelae of orphanage life. *Pediatr Ann* 2000; 29: 242-248.
37. Kim WJ. International adoption: a case review of Korean children. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995; 25: 141-154.
38. Miller LC. Internationally adopted children-immunization status. *Pediatrics* 1999; 103: 1078.
39. Hostetter MK. Infectious diseases in internationally adopted children: the past five years. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 517-518.
40. 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: 1239-1248.
41. Versluis-den Bieman HJ, Verhulst FC. Self-reported and parent reported problems in adolescent international adoptees. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 1411-1428.
42. O'Connor TG, Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 703-712.
43. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Dev* 1998; 69: 1092-1106.
44. Verhulst FC, Versluis-den Bieman H, Van der Ende J, Berden GF, Sanders-Woudstra JA. Problem behavior in international adoptees: III. Diagnosis of child psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 420-428.
45. From the Centers for Disease Control and Prevention. Elevated blood lead levels among internationally adopted children-United States, 1998. *JAMA* 2000; 283: 1416-1418.

46. Hostetter MK, Johnson D. Adoption of hepatitis B virus-infected foreign-born children. *Pediatrics* 1990; 85: 891-892.
47. Choulot JJ, Mechain S, Saint Martin J, Doireau V, Mensire A. Adoption et portage chronique du virus B. *Arch Pediatr* 1998; 5: 869-872.
48. Friede A, Harris JR, Kobayashi JM, Shaw FE Jr, Shoemaker-Nawas PC, Kane MA. Transmission of hepatitis B virus from adopted Asian children to their American families. *Am J Public Health* 1998; 78:26-29.
49. Sokal EM, Van Collie O, Buts JO. Horizontal transmission of hepatitis B from children to adoptive parents. *Arch Dis Child* 1995; 72: 191.
50. DeVoid DE, Pineiro-Carrero VM, Goodman Z, Latimer JS. Chronic active hepatitis B infection in Romanian adoptees. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 19: 431-436.
51. Zwiener RJ, Fielman BA, Squieres RH Jr. Chronic hepatitis B in adopted Romanian children. *J Pediatr* 1992; 121: 572-574.
52. Muraskin W. Individual rights vs the public health: the problem of the Asian hepatitis B carriers in America. *Soc Sci Med* 1993; 36: 203-216.
53. Rudin CH, Berger MR, Tobler R, Nars PW, Just M, Pavic N. HIV-1, hepatitis (A, B, C) and measles in Romanian children. *Lancet* 1990; 336: 1592-1593.
54. Kurtz J. HIV infection and hepatitis B in adopted Romanian children. *Br Med J* 1991; 302: 1399.
55. Johansson PJ, Lofgren B, Nordenfelt E. Low frequency of hepatitis C antibodies among children from foreign countries adopted in Swedish families. *Scand J Infect Dis* 1990; 22: 619-620.
56. Bass JL, Mehta KA, Eppes B. Parasitology screening of Latin American children in a primary care clinic. *Pediatrics* 1992; 89: 279-283.
57. Curtis AB, Ridzon R, Vogel R, McDonough S, Hargreaves J, Ferry J et al. Extensive transmission of *Mycobacterium tuberculosis* from a child. *N Engl J Med* 1999; 341: 1491-1495.
58. Jameson MG. Children from Romania: testing for tuberculosis. *JAMA* 1993; 269: 2084-2085.
59. Ascher DP, Montez M. Infectious disease risks among Filipino adoptees. *J Trop Pediatr* 1991; 37: 318-319.
60. Boyce TG, Wright PF. Cytomegalovirus pneumonia in two infants recently adopted from China. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 1328-1330.
61. American Academy of Pediatrics. En: Peter G, ed. 1997 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 24 ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village (IL) 1997.
62. World Health Organization. International travel and health: vaccination requirements and health advice. Situation as on January 1996. WHO, 1996.
63. Centers for Disease Control and Prevention. Health information for international travel 1996-1997. Atlanta: Department of Health and Human Services, 1997.
64. Fischer PR. Travel with infants and children. *Infect Dis Clin NA* 1998; 12: 322-368.
65. Jong, EC. Immunizations for international travel. *Infect Dis Clin NA* 1998; 12: 249-266.
66. Knirsch, CK. Travel medicine and health issues for families travelling with children. *Adv Pediatr Infect Dis* 1999; 14: 163-189.
67. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, B.O.E. núm. 15, 17 enero, 1996; 1225-1238.
68. Adoption. National Library of Medicine. Medline Plus. [En línea]. [Fecha de consulta 16 diciembre 2000]. URL disponible en: [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/adoption.html>].
69. International adoption. Pedinfo: An Index of the Pediatric Internet. [En línea]. [Fecha de consulta 16 diciembre 2000]. URL disponible en: [<http://www.pedinfo.org/International.htm#Adoption>].
70. Ochs T. The Internet and international adoption information. *Pediatr Ann* 2000; 29: 249-250.