

Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España



Michela Sonogo^a, Jesús García Pérez^b y Joaquín Pereira Candell^c

^aInstituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. España.

^bHospital del Niño Jesús. Madrid. España.

^cInstituto de Salud Carlos III. Departamento de Salud Internacional. Madrid. España.

FUNDAMENTO: Analizar los problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio de 135 historias clínicas en un hospital de Madrid para determinar la prevalencia de malnutrición, anemia, parasitosis y otras enfermedades.

RESULTADOS: Un 18,9% de los niños estaba totalmente sano, un 37,8% presentaba una única enfermedad y un 43,3%, dos o más. El 32,3% presentaba anemia, el 30,2% parasitosis y el 25,2% malnutrición.

CONCLUSIONES: La elevada morbilidad detectada demuestra la necesidad de atención médica específica para este grupo de niños.

Palabras clave: Salud infantil. Adopción internacional. Morbilidad. Malnutrición.

Health problems of foreign adopted children in Spain

BACKGROUND: We decided to assess the health problems of internationally adopted children in Spain.

PATIENTS AND METHOD: Retrospective study of 135 medical records from the Hospital Niño Jesús, Madrid. The prevalence of malnutrition, anemia, parasitosis and other acquired and congenital diseases was studied.

RESULTS: 18.9% of children were considered completely healthy; 37.8% children had a single disease and 43.3% had two or more. 32.3% were found to have anemia, 30.2% parasitosis and 25.2% malnutrition.

CONCLUSIONS: The high morbidity figures observed in our study reinforces the need of special medical care in this group of children.

Key words: Child health. International adoption. Malnutrition. Morbidity.

La adopción internacional continúa creciendo en España. En el año 2000 se adoptaron 3.062 niños extranjeros, que procedían mayoritariamente de China, Rusia y Rumania, y representaban un 78% de todas las adopciones¹.

Mediante este estudio pretendemos evaluar la necesidad de recibir atención médica específica de este grupo de niños a su llegada a España. Para ello, se ha analizado la presencia de distintos problemas de salud en los niños adoptados que fueron atendidos a su llegada a España en el Hospital del Niño Jesús (HNJ) de Madrid en los años 1999 y 2000.

Pacientes y método

Se estudiaron las historias clínicas de niños extranjeros adoptados que fueron examinados en la consulta de Pediatría Social del HNJ de Madrid entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2000. Tras excluir a los niños que acudieron a consulta 4 semanas después de llegar a España, se estudiaron 135 niños analizando las siguientes variables: peso y talla, hemoglobina en sangre, transaminasas en sangre, parásitos en heces, pruebas para sífilis (RPR), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mediante virus de la inmunodeficiencia humana (técnica de ELISA), hepatitis (determinación de HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, HBe Ag, anti-HBe, anti-VHC), Mantoux (PPD, 5UI) y diagnóstico clínico.

Para evaluar la malnutrición se calculó el z-score de peso por talla, peso por edad y talla por edad utilizando como referencia las medidas poblacionales establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁻⁴. El z-score expresa el valor del índice antropométrico en número de desviaciones estándar (DE) por debajo o por encima del valor medio de referencia. Según los criterios de la OMS^{3,4} se definen como niños con baja talla por edad, bajo peso por edad y

bajo peso por talla aquellos que presentan un z-score inferior a dos DE por debajo de la media de la población de referencia de la OMS. La OMS establece la intensidad de malnutrición en una población en función de la prevalencia de niños con baja talla por edad, bajo peso por edad y bajo peso por talla⁴.

Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la prueba de comparación de medias (t de Student), y la prueba de la χ^2 para comparar prevalencias. Para la gestión y análisis de datos se utilizaron los programas Excel, Epi Info.6 y SPSS.9.

Resultados

Características de los niños

La edad media (DE), en el momento de la consulta, era de 26,6 (20,5) meses y el 91,9% tenía una edad inferior a 5 años. El 78,5% eran niñas y el 21,5% niños. Procedía de China un 58,5%, de Rusia el 10,4%, de la Europa del Este el 18,5%, de la India un 6,7% y de América Latina el 5,9%.

Retraso de crecimiento y malnutrición

Los z-score promedio para los índices de peso/talla, talla/edad y peso/edad fueron -0,68, -1,04 y -1,24, respectivamente. El 5,2% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,45-8,95) de los niños se situaba por debajo de -2 DE en índice peso/talla y el 20,7% (IC del 95%, 13,9-27,5) en índice talla/edad. Según los criterios de la OMS⁴, esto indica un estado de malnutrición medio. Sin embargo, respecto al índice peso/edad, la proporción de niños con un z-score por debajo de -2 DE fue

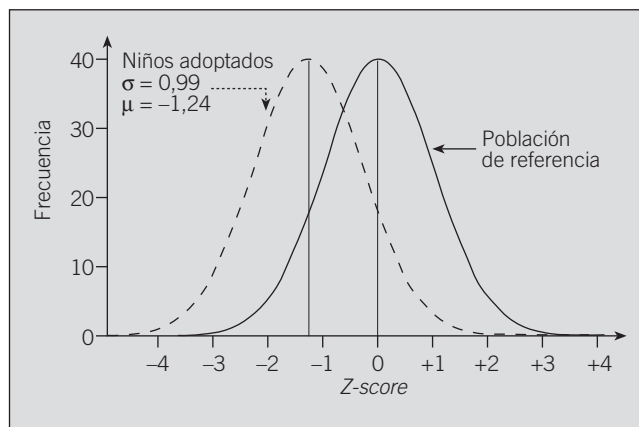


Fig. 1. Curva de distribución de frecuencia del peso por edad de los niños de la muestra y de la población de referencia.

Correspondencia: Dra. M. Sonogo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Sinesio Delgado, 6. 28029 Madrid. Correo electrónico: michela@isciii.es

Recibido el 11-2-2002; aceptado para su publicación el 27-6-2002.

TABLA 1

Peso por edad: z-score medio por región de procedencia de los niños estudiados

Región	Media z-score	N.º de niños	N.º de niños con z-score por peso/edad inferior a -2 DE	Disminución -2 DE (%)
China	-1,23	79	19	24,1
Rusia	-1,49	14	7	50,0
Europa del Este	-1,18	25	3	12,0
India	-1,74	9	5	55,6
América Latina	-0,53	8	0	0
Total	-1,24	135	34	25,2

del 25,2% (IC del 95%, 17,9-32,5), por lo que el estado de malnutrición de este colectivo puede considerarse alto.

En la figura 1 se expresa la diferencia entre el grupo de niños estudiado y la población de referencia de la OMS, comparando la distribución del z-score por peso/edad.

El z-score medio del índice peso/edad según la procedencia de los niños osciló entre -0,53 (América Latina) y -1,74 (India) (tabla 1). Al comparar el z-score medio de los niños de cada región con el z-score medio del resto de los niños, se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente para los niños de América Latina ($p = 0,008$), que presentaban un z-score más elevado que el resto del grupo. El 24,1% de las niñas chinas adoptadas presentaban bajo peso (tabla 1), cifra muy superior al 9,3% de prevalencia de bajo peso en niñas de edad entre 0 y 4 años⁴ en la última encuesta de nutrición realizada en China (1998).

Anemia

Según la OMS, cifras por debajo de 11 g/dl de hemoglobina en sangre en menores de 6 años e inferiores a 12 g/dl en mayores de 6 años⁵ establecen la presencia de anemia. Con estos criterios, la prevalencia de anemia en los 127 niños en que se disponía de este dato era del 32,3% (IC del 95%, 24,2-40,4). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la región de origen.

Parasitosis intestinales

En el 30,2% (IC del 95%, 22,2-38,29) de 127 niños estudiados se encontraron parásitos en heces. No se apreciaron diferencias significativas según la procedencia. El parásito aislado con más frecuencia fue la *Giardia lamblia* (16,7%).

Otras enfermedades

El 14,8% de los niños padecía alguna enfermedad congénita, destacando por su frecuencia las malformaciones óseas o articulares (6 niños) y el estrabismo (5 niños), y por su gravedad, un caso de cardiopatía grave y un caso de sífilis congénita.

Excluyendo la anemia, parasitosis y malnutrición, un 42,2% de los niños presentaba al menos una enfermedad adquirida. Un 8,9% tenía problemas dermatológicos, un 5,2% escabiosis o pediculosis, y un 5,2% infección respiratoria aguda. Destaca que 9 niños (6,7%) presentaban problemas hepáticos: 4 de ellos con hepatitis B (3 AgHBe+, que indica replicación activa y alta capacidad de contagio), dos con hepatitis A en fase aguda y un caso con anticuerpos antihepatitis C.

Sólo 6 de los 116 niños a los que se aplicaron 5 UI de PPD ofrecieron un resultado positivo (diámetro > 10 mm), pero ninguno presentaba síntomas clínicos de tuberculosis. Ningún niño resultó VIH positivo. Una niña, RPR positiva, fue diagnosticada de sífilis congénita, un niño de raquitismo grave y uno más de pielonefritis.

Respecto a los problemas psíquicos, 10 niños (7,4%) presentaban problemas importantes de comportamiento: 7 un marcado retraso psicomotor y tres problemas de hipermotricidad.

Asociación de enfermedades

En 127 niños se pudieron evaluar la malnutrición, anemia, parasitosis y presencia de enfermedades congénitas y adquiridas. Sólo 24 niños (18,9%; IC del 95%, 12,1-25,7) estaban completamente sanos; el 81,1% restante (IC del 95%, 74,3-87,9) padecía al menos una enfermedad. Entre los niños enfermos, el 46,6% presentaba un único problema de salud, mientras que el 53,4% restante presentaba dos o más.

Discusión

Los 135 niños estudiados suponen el 10,2% de todos los niños llegados a la Comunidad de Madrid por adopción internacional en 1999 y 2000. La elevada proporción de niñas se debe a que todos los menores procedentes de China ($n = 79$) lo eran.

Por tratarse de una muestra de conveniencia, su representatividad es cuestionable. Sin embargo, la prevalencia de anemia en nuestro estudio es similar a la de otros estudios sobre niños adoptados: Miller⁶ encuentra una prevalencia del

31% en una muestra de 129 niños adoptados de 22 países y un 35% en niños chinos.

Las parasitosis, presentes en un 30% de estos niños, deben diagnosticarse y tratarse tempranamente para evitar complicaciones y su propagación en la familia y el entorno.

Por su gravedad y contagiosidad es imprescindible diagnosticar los casos de hepatitis. La prevalencia de hepatitis y/o aumento de transaminasas en nuestra muestra (6,7%) es similar a la hallada en otros estudios de niños adoptados⁷ (6% de Ag HBs positivos en niños chinos en uno de los estudios revisados y un 5% en otro estudio realizado en 293 niños adoptados de 15 países).

Menor importancia adquiere la tuberculosis, ya que ninguno de los 6 niños con Mantoux positivo presentaba síntomas de tuberculosis activa y no existía riesgo de transmisión.

Respecto a la malnutrición, los valores promedio hallados (-1,04 para talla/edad y -1,24 por peso/edad) son similares a los publicados en otros estudios de niños adoptados. Resalta la ausencia de diferencias significativas entre países y regiones, exceptuando los niños procedentes de América Latina, que presentaron un z-score promedio muy cercano a la población de referencia de la OMS (-0,53 para el peso) y ningún caso con valores por debajo de -2 DE en los índices calculados (peso/talla, peso/edad, talla/edad).

La existencia de un 25,2% de niños estudiados con un índice peso/edad inferior a -2 DE indica una alta prevalencia de malnutrición, según los criterios de la OMS. Su procedencia de países pobres y su condición de niños sin familia parecen explicar estos resultados. Un 24,1% de las 79 niñas chinas presentaban un peso para su edad inferior a -2 DE. Este porcentaje es muy superior al 9,3% encontrado en niñas de 0-4 años del área rural de China en la última encuesta nutricional realizada (1998). Esta diferencia, estadísticamente significativa ($p < 0,00001$), apunta a que la mayor prevalencia de bajo peso en las niñas chinas de nuestro estudio se debe a su situación previa de abandonadas e institucionalizadas.

En resumen, a pesar de los problemas de representatividad de la muestra analiza-

da, consideramos que las cifras presentadas demuestran sobradamente la necesidad de dar una atención médica específica que incluya la realización de exámenes sistemáticos a todos los niños adoptados a su llegada a España. Dichos exámenes deberían incluir la exploración del estado psicológico, dada la elevada presencia de trastornos psíquicos menores que refiere la bibliografía sobre niños adoptados^{6,8-10}.

Agradecimiento

Este artículo se deriva de la tesina del Máster de Salud Internacional edición 2000-2001 presentada por Michela Sonogo en la Escuela Nacional de Sanidad. Agradecemos a Isabel Gallego su colaboración en el análisis estadístico de los datos; a Patricia Montoya y Carmen Audera por sus aportaciones y críticas al texto; a Ana Beatriz Pérez por sus sugerencias, y a todos los compañeros y compañeras del Máster de Salud Internacional por el afecto mostrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez P. El 78% de los niños adoptados en España son extranjeros. Disponible en: <http://www.el-mundo.es/2001/08/16/sociedad71036583.htm>
2. Organización Mundial de la Salud. Medición del cambio del estado nutricional. Ginebra: WHO, 1983.
3. World Health Organisation. Report of a WHO Expert Committee Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Reports Series n. 854. Ginebra: WHO, 1995.
4. WHO global database on child growth and malnutrition. [consultado 28/06/01]. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb>
5. Gentilini M. Les anémies tropicales. En: Médecine tropicale. Paris: Editions. Flammarion Médecine Sciences Paris, 1993; p. 509-10.
6. Miller LC. Initial assessment of growth, development, and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatr Ann* 2000; 29:224-32.
7. Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med* 1999;325:479-85.
8. O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Child Dev* 2000;71:376-90.
9. Brand AE, Brinich PM. Behavior problems and mental health contacts in adopted, foster, and nonadopted children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:1221-9.
10. Howe D. Parent-reported problems in 211 adopted children: some risk and protective factors. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:401-11.