

El recién nacido hijo de inmigrantes en el Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid

P. Alonso Chacón, M.I. Armadá Maresca, C. Santana Rodríguez, T. Alonso Ortiz
Servicio de Neonatología. Hospital Clínico «San Carlos». Madrid

Resumen

Objetivo: Conocer con precisión las características principales del recién nacido, hijo de inmigrantes, en el Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid.

Material y métodos: La población de estudio la forman 2.759 recién nacidos hijos de inmigrantes, de los que 264 son hijos de africanas, 2.008 de americanas, 258 de europeas y 229 de orientales. Sus datos se comparan estadísticamente con los 3.990 recién nacidos hijos de españolas. Se analiza: sexo, edad gestacional, vitalidad y destino del recién nacido, tipo de lactancia, cribado metabólico y auditivo, y adopción.

Resultados: El 52% de los recién nacidos hijos de inmigrantes son niños y el 48%, niñas, y más de la mitad, primogénitos. De los que después del parto se han quedado con su madre, un 3,91% fueron pretérmino, un 93,72%, a término, y un 2,37%, postérmino. Los africanos y orientales fueron los que nacieron con más vitalidad. Casi el 94% recibió lactancia materna, frente a un 6% que tomó fórmula. A todos los recién nacidos se les efectuó un cribado metabólico y auditivo. El porcentaje de hipoacusias en ambos oídos fue similar en todos. Las madres que entregan más a sus hijos en adopción son las europeas, seguidas de las sudamericanas y de las españolas.

Conclusiones: El recién nacido hijo de inmigrantes, por la Ley de Extranjería, tiene el mismo derecho a la asistencia sanitaria que el nacido hijo de españolas, así que, cuanto mejor le conozcamos a él y a sus antecedentes, mejor se le podrá asistir para garantizar su salud.

Palabras clave

Inmigración, neonatología, recién nacido hijo de inmigrantes, epidemiología perinatal

Abstract

Title: Newborns from immigrant couples at the Hospital Clínico «San Carlos», Madrid

Objective: To study accurately the main characteristics of the newborns from immigrant couples in the Hospital Clínico «San Carlos», Madrid.

Material and methods: 2,759 newborns from immigrant couples were studied. 264 of them were African, 2,008 American, 258 European and 229 Oriental. This population is statistically compared with 3,990 newborns from Spanish couples. We analyze: sex, gestational age, newborns vitality at birth, destiny of the newborns, type of lactation, metabolic and auditive screening, and adoption.

Results: 52% of the children were male and 48% female. More than 50% primogenital. 3.91% of the children that stay with their mothers after birth were preterm; 93.72% were normal and 2.37% postterm births. African and Oriental showed more vitality at birth than the rest. Almost 94% were breast fed. The rest were formula fed. Every child went under metabolic and auditive screening. Hypoacusia was similar in both ears.

European mothers show the highest percentage of children given in adoption, followed by Southamerican and Spanish mothers.

Conclusions: Newborns from immigrant mothers have the same rights to sanitary aid as newborns from Spanish mothers, according to the Immigration Law. The more we know about the immigrant children and their background, the more we shall be able to assist them in order to guarantee their health.

Keywords

Immigration, neonatology, newborns from immigrant parents, perinatal epidemiology

Introducción

Cada día es más frecuente la presencia de embarazadas y niños en las pateras. Los menores, muchas veces, llegan solos, y esto ha supuesto para sus padres el tener que pagar a alguna mafia un pasaje carísimo para traerlos a España. Tan mal están las cosas en su tierra de origen que sus padres prefieren saber que sus hijos entran en un país con posibilidades de futuro, aunque, a veces, arriesguen sus vidas.

A estos padres muchas veces les falta la información suficiente y no saben que a los niños no se les acoge mejor por ser niños o tratarse de un recién nacido. A los menores se les devuelve igual que a los mayores, con la diferencia que la familia tiene que recoger al pequeño; pero, en ocasiones, la familia no acude a recogerle cuando es requerida por la policía.

Si en 2001 el porcentaje de hijos de inmigrantes a escala nacional suponía el 4,87% de los nacimientos, en dos años se

ha duplicado, siendo del 8,19%, porcentaje que va en aumento. En el Hospital Clínico «San Carlos», su ascenso ha representado un 8% en 2000, un 12% en 2001, un 25% en 2002 y un 47% en 2003; este ascenso se puede considerar espectacular y suponemos que ha sido similar en el resto de los grandes hospitales de la Comunidad de Madrid.

Esto ha supuesto que España tenga un índice de natalidad creciente. Gracias a los nacimientos de hijos de inmigrantes, la cifra se sitúa en 1,26 hijos por mujer.

Por orden decreciente, el aumento de estos recién nacidos (RN) se debe a las poblaciones de Marruecos, Ecuador, Colombia, China y Centroeuropa. Por comunidades autónomas son Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia las que han experimentado un mayor incremento de inmigrantes, y las que menos, Cantabria y La Rioja.

Otra puerta de entrada de niños pequeños en nuestro país es la adopción en países extranjeros dada la escasez que existe en el nuestro. Por este orden, los países donde más adoptan las parejas españolas son China, Federación Rusa, Rumanía, Ucrania, Colombia, Bulgaria e India. Según el Instituto Madrileño del Menor y de la Familia, en 2003 se adoptaron 3.600 niños.

Todos estos datos nos alertan de la situación actual del fenómeno migratorio en nuestro país, frente al que nos tenemos que preparar cada día mejor, buscando soluciones para que su integración en nuestra sociedad y cultura sea positiva tanto para los inmigrantes como para los autóctonos.

Material y métodos

El material se ha recogido íntegramente en el Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid. Han sido en total 6.749 recién nacidos sanos, de los que 3.990 son hijos de españoles y 2.759, de extranjeros y, de ellos, 264 son africanos, 258, europeos, 2.008, americanos, y 229, orientales. Todos permanecieron con sus madres desde el nacimiento o desde las primeras horas de vida, tras pasar por una unidad de transición.

En este trabajo, se comentan los hallazgos referentes a los datos recogidos del RN, como sexo, edad gestacional, vitalidad al nacimiento, destino del recién nacido, tipo de lactancia, cribado metabólico y auditivo neonatal, y situación de adopción.

Los datos son comparados estadísticamente (las variables cualitativas por la prueba de ji al cuadrado (χ^2), y las cuantitativas, con la *t* de Student y el test de Welch). Se han empleado los programas Excel, SPSS y Statgraphics.

En otro trabajo¹ ya comentamos la antropometría por nacionalidades y, de forma comparativa, con los recién nacidos españoles.

Resultados

Sexo del recién nacido

El sexo de los recién nacidos se analizó con el fin de conocer la distribución por sexos de los RN de las distintas nacionalidades y conocer mejor el material de estudio (tabla 1).

En el Hospital Clínico «San Carlos», han nacido 3,57% más niños que niñas, cuando lo más lógico hubiera sido al contrario, como pasa en el resto de la escala animal, donde proliferan más las hembras que los machos con el fin biológico de perpetuar la especie. Lo cierto es que el reparto es semejante, sin existir diferencias significativas de sexo en ninguna nacionalidad, lo que nos parece idóneo para estudiar su antropometría, motivo de otra comunicación.

Edad gestacional

De los 6.749 recién nacidos que permanecieron con sus madres en las salas de puérperas de la maternidad del Hospital Clínico y, por tanto, que tenían madurez, vitalidad y peso suficiente para no ser trasladados a la Unidad de Transición, Cuidados Medios o Intensivos, el reparto de edad gestacional por nacionalidades se muestra en la tabla 2. De los 6.749 recién nacidos sanos que permanecieron con sus madres, el 3,91% fue pretérmino (hasta 36 semanas y 6 días), y el resto ingresó en las distintas unidades del Servicio de Neonatología. La gran mayoría (93,72%) —como es lógico— fue a término (desde la semana 37 a la 41 y 6 días), y el 2,37%, postérmino (42 y 43 semanas).

La edad gestacional se ha calculado por la regla de Naegele (fecha de la última regla [FUR] + 10 días - 3 meses), para conocer la fecha probable del parto, con el apoyo de los datos obstétricos, ecográficos, etc., y con la exploración del recién nacido por el procedimiento de Dubowitz².

Por los partes de Obstetricia y los datos del Servicio de Neonatología sabemos que, de todos los recién nacidos, los que tienen una edad gestacional inferior a 34 semanas suponen un 5,13%, porcentaje que, sumado al 3,91% de los que se quedan con sus madres, con una edad gestacional de 34 a 36 semanas más 6 días, significa que el 9,04% de los RN en el Hospital Clínico son nacidos pretérmino. Es un porcentaje quizás un poco alto, pero no hay que olvidar que este hospital es un hospital terciario y, por tanto, centro de referencia al que acuden embarazadas de otras áreas sanitarias y desde otras clínicas u hospitales enviados por sus médicos, cuando el parto se adelanta y se presume que el recién nacido va a necesitar cuidados en un Servicio de Neonatología.

Los cuatro casos de recién nacidos con 43 semanas corresponden a niños con el clásico aspecto de posmaduros (piel agrietada, actitud de alerta, escaso panículo adiposo, cordón sin gelatina, etc.), pero que, al ser un número insignificante, no influye en nada en esta muestra.

Vitalidad del recién nacido

El hecho de contar con 6.749 RN que permanecieron con sus madres desde el posparto inmediato hasta el alta materna supone que éstos tuvieron una vitalidad suficiente o por lo menos aceptable y, en última estancia, si presentaron en el momento del nacimiento algún problema de adaptación cardiorrespiratoria, pasaron sólo unas horas en la Unidad de Transición del Servicio de Neonatología hasta su estabilización y la comprobación clínicoanalítica de que podían permanecer con sus madres bajo el cuidado del personal de enfermería especializado en atender recién nacidos.

TABLA 1

Sexo del recién nacido

Nacionalidad	N	Niño	Niño (%)	Niña	Niña (%)	p
Africana	264	146	55,30	118	44,69	0,198
Americana	2.008	1.055	52,54	953	47,46	0,334
Española	3.990	2.044	51,22	1.946	48,77	0,347
Europea	258	140	54,26	118	45,73	0,3437
Oriental	229	110	48,03	119	51,96	0,3472
Total	6.749	3.495	51,78	3.254	48,21	

TABLA 2

Edad gestacional

Nacionalidad	N	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
Africana	264	0	5	6	23	41	73	72	37	7	0
Americana	2.008	1	11	50	138	393	598	544	215	55	3
Española	3.990	7	23	145	250	658	1.212	1.153	459	83	0
Europea	258	0	2	7	16	43	84	72	27	6	1
Oriental	229	0	2	5	16	51	66	57	27	5	0
Total	6.749	8	43	213	443	1.186	2.033	1.898	765	156	4

La vitalidad del recién nacido se ha valorado por el test de Apgar al primer y quinto minuto; pensando en la profundidad de la posible reanimación, se ha dividido la puntuación en ambos tiempos con su distribución porcentual (tablas 3 y 4). Sólo el 1,63% de los recién nacidos tuvo un Apgar bajo (1 a 4) al primer minuto, mientras que el 86,91% tuvo puntuaciones de 8 a 10. Esto supone teórica y prácticamente que sólo los primeros necesitaron ser ventilados con presión positiva (ambú) e incluso ser intubados. El 11,45% restante precisó algún tipo de estimulación, e incluso oxigenación con mascarilla. Es decir, prácticamente el 87% de todos los recién nacidos no necesitó ningún tipo de reanimación.

Por nacionalidades, los recién nacidos que tuvieron mejor vitalidad fueron los africanos y orientales, mientras que los españoles ocuparon una situación intermedia, y los americanos fueron los que necesitaron reanimación con más frecuencia. Las diferencias entre las distintas nacionalidades en la puntuación de Apgar fueron significativas ($p < 0,001$) tanto al primero como al quinto minuto.

Un dato que llama la atención es que el Apgar más alto al primer minuto (africanas y orientales) coincide con aquellas madres cuyo porcentaje de analgesias epidurales y raquianestias fue menor, pero con porcentaje de anestias locales mayor. Dato sugerente de la posible influencia de la anestesia epidural sobre el estado inmediato del recién nacido y de lo advertido por el Dr. T. Alonso en relación con la avidez del recién nacido por el pecho, que, en el caso de la utilización de analgesia epidural, fue menor, cogiéndose peor al pecho en los primeros intentos³.

De forma lógica, el que nace con un buen Apgar al primer minuto suele mejorar al quinto, bien espontáneamente o por las maniobras de estimulación-reanimación. Así, el porcentaje de Apgar bajo desciende a 0,40% al quinto minuto, y las puntuaciones altas (8-10) ascienden a 96,63%. Las puntuaciones intermedias pasaron de 11,45% en el primer minuto a sólo el 2,96% en el quinto.

Por nacionalidades, se mantienen los mismos hallazgos: los hijos de africanas y orientales son los que alcanzan las mayores puntuaciones y son los que, posiblemente, se ven liberados de la presunta influencia negativa de la analgesia epidural sobre el estado vital del recién nacido. Sobre este hallazgo habrá que incidir un poco más en el futuro.

Como contrapunto, el tipo de parto no se ha visto relacionado con el test de Apgar como exponente de vitalidad del recién nacido, lo que demuestra, posiblemente, una correcta asistencia obstétrica.

pH

Aparte de la monitorización bioeléctrica, en la maternidad del Hospital Clínico se practica, de forma casi sistemática, la monitorización bioquímica del feto, mediante la determinación del pH en cuero cabelludo cuando existe bolsa rota, presentación cefálica y dilatación en curso, con el fin de detectar de forma segura y rápida la situación de bienestar fetal.

También se efectúa de forma sistemática al finalizar el parto la determinación del pH en sangre de cordón (arteria y

TABLA 3

Puntuación Apgar en el primer minuto. Distribución porcentual

Nacionalidad	N	1-4	5-7	8-10
Africana	264	0	0	100
Americana	2.008	2,73	8,16	89,10
Española	3.990	1,38	3,50	85,11
Europea	258	0	19,37	80,62
Oriental	229	0	8,73	91,26
Total	6.749			

TABLA 4

Puntuación Apgar en el quinto minuto. Distribución porcentual

Nacionalidad	N	1-4	5-7	8-10
Africana	264	0	0	100
Americana	2.008	0	3,43	96,56
Española	3.990	0,67	2,78	96,54
Europea	258	0	7,65	92,24
Oriental	229	0	0	100
Total	6.749			

TABLA 5

pH medios en arteria y vena en función de la nacionalidad de los recién nacidos

Nacionalidad	N	pH en arteria (X±DT)	pH en vena (X±DT)
Africana	264	7,24 ± 0,07	7,30 ± 0,06
Americana	2.008	7,27 ± 0,08	7,30 ± 0,07
Española	3.990	7,26 ± 0,08	7,30 ± 0,07
Europea	258	7,25 ± 0,09	7,29 ± 0,09
Oriental	229	7,29 ± 0,06	7,30 ± 0,06

Destino del recién nacido

Como consecuencia de lo comentado respecto a la vitalidad del recién nacido, contrastada por el test de Apgar y el pH en sangre de cordón, el RN se queda con su madre desde el momento del nacimiento en la sala del «primer contacto», donde permanecen por un espacio de dos horas, tiempo en el que la madre pone a su hijo al pecho, le acaricia, le habla, etc., y su familia le conoce, o bien pasa a una unidad de cuidados medios para ser observado durante unas horas hasta comprobar su estado de adaptación mediante monitorización de sus constantes, exploración clínica repetida y la analítica que estuviera indicada (gasometría, glucemia, serología sanguínea, PCR, etc.) o, debido a su estado, tiene que ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Se recogieron todos los datos de los recién nacidos que pasaron a Cuidados Intensivos, al igual que los de los que se quedaron con sus madres desde el nacimiento. En la tabla 6 se muestra el destino de todos los recién nacidos estudiados. Sólo el 4% de los RN se remitió a la UCIN, mientras que el 17,63% pasó por la Unidad de Transición o de Cuidados Medios y el 78,36% permaneció con sus madres desde el nacimiento, lo que supone que el 96% de los recién nacidos estuvo con su madre desde las primeras horas.

Porcentualmente y por nacionalidades, el 5,51% de los hijos de españolas, el 3,87% de los hijos de europeas y el 1,99% de los de americanas fueron remitidos a Cuidados Intensivos, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en el destino al que iban los niños según la nacionalidad (figura 1). Ni los hijos de africanas ni de orientales pasaron por la UCIN, que son los que, como anteriormente habíamos comprobado, nacieron con una mejor vitalidad y no necesitaron reanimación importante. El 13,66% de los hijos de africanas y el 25,66% de los hijos de orientales pasaron por la Unidad de Transición o Cuidados Medios.

La gran mayoría, del 50 al 86% de los recién nacidos, según la nacionalidad de sus madres, permaneció con ellas, estando los hijos de las españolas en una situación intermedia, con el 77,54%.

vena), para conocer la repercusión bioquimicometabólica en el recién nacido y como consecuencia de la pérdida de bienestar fetal, que es como se define de forma moderna el sufrimiento fetal, terminología en desuso por los riesgos e implicaciones a los que puede dar lugar.

Los pH medios obtenidos en arteria y vena por los recién nacidos de las distintas nacionalidades fueron los que se muestran en la tabla 5. A la vista de estos datos, tenemos que reconocer que la mayoría de los controles bioquímicos obtenidos en sangre de cordón (arteria y vena), inmediatamente en el momento del nacimiento tanto en hijos de madres inmigrantes como en los de españolas, estuvieron por encima de 7,20, como corresponde a un recién nacido normal, que, por fortuna, son la gran mayoría, aunque hay que recordar que, al menos estadísticamente, en el 7% de los partos existen problemas de pérdida de bienestar fetal en mayor o menor grado y que estos problemas, fundamentalmente hipoxicoisquémicos, pueden repercutir en grado variable, según su intensidad, no sólo sobre la vitalidad del recién nacido, sino también en su calidad de vida futura.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) para el pH arterial medio entre madres africanas, americanas y orientales frente a españolas; mientras que para el pH medio en vena, las diferencias sólo son significativas para europeas frente a españolas ($p < 0,001$).

TABLA 6

Destino del recién nacido

Nacionalidad	N	Madre		Cuidados medios		UCIN	
		N	%	N	%	N	%
Africana	264	228	86,36	36	13,63	0	0
Americana	2.008	1.668	83,06	300	14,94	40	1,99
Española	3.990	3.094	77,54	676	16,94	220	5,51
Europea	258	129	50	119	46,12	10	3,87
Oriental	229	170	74,23	59	25,76	0	0
Total	6.749	5.289		1.190		270	
%		78,36		17,63		4	

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Lactancia

En el Hospital Clínico «San Carlos», desde que ingresan las embarazadas diariamente, se les habla a favor de la lactancia materna como alimento ideal para su hijo, al menos durante los primeros meses. En cada habitación tienen colgado un cartel con las diez recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a este respecto y con el fin de que, si se cumplen, el hospital sea considerado «Hospital Amigo de los Niños» (IHAN); sin embargo, con el tiempo, hemos comprobado que no es nada fácil que se cumplan dichas normas entre las embarazadas que ingresan en el hospital por tener un nivel educacional sanitario bajo⁴. Además, se imparten unas clases de educación maternal a las madres, en las que se les explica la técnica de la lactancia materna, así como a preparar de forma correcta un biberón para que en el supuesto de que no alimenten de forma natural a su hijo y elijan la alimentación artificial con fórmula, lo preparen de forma correcta y sin correr el riesgo de que el RN padezca una deshidratación hipertónica como consecuencia de una alimentación hiperconcentrada, con los riesgos que esto conlleva; gracias a ello, este trastorno prácticamente no llega al Servicio de Urgencias del Hospital.

En las clases de educación maternal y en la visita diaria al niño con su madre, además de resolverles todas las dudas que plantean, se les proyectan unas películas realizadas en el Servicio de Neonatología que, además de tratar el tema de la lactancia, abordan otros muchos aspectos, como la cura del ombligo, el baño, el vestido, el calendario vacunal, los signos de alarma clínica del recién nacido, etc.

En la tabla 7 se muestra en qué proporción estas madres utilizan un tipo u otro de lactancia para alimentar a su hijo. Los esfuerzos que se efectúan en el Hospital Clínico a favor de la lactancia materna se ven compensados por el bajo porcentaje de recién nacidos dados de alta con alimentación artificial (6,19%) (figura 2). Las madres que salen dando alimentación artificial suelen alegar, en la mayoría de los casos, motivos laborales, puesto que tienen que trabajar desde el posparto inmediato a su salida de la maternidad; para ellas, resulta complejo poder amamantar a sus hijos, mientras que la alimentación artificial les supone una «liberación» en este sentido, aunque todas ellas reconocen las excelencias de la lactancia materna y saben que las fórmulas lácteas son cada día más completas.

Al porcentaje de 74,29% de lactancia materna exclusiva, hay que sumar el 19,51% de madres que «hacen lo que pueden» por dar el pecho a sus hijos, pero cuya leche no les deja satisfechos y necesitan un complemento.

Casi un 94% de los recién nacidos toma la leche de su madre, lo que puede considerarse un éxito rotundo; sin embargo, desconocemos la duración de la lactancia materna, siendo muy raro que las madres la mantengan como alimentación exclusiva hasta los 6 meses.

Por nacionalidades, existen diferencias significativas ($p < 0,001$) entre el tipo de lactancia y la nacionalidad: son las madres españolas, con un 74,76% de lactancia materna exclusiva más el 20,05% de lactancia mixta, las que dan el pecho a sus hijos en mayor proporción, seguidas de las americanas con el 80,33 y el 14,24%, respectivamente, mientras que las orientales son las

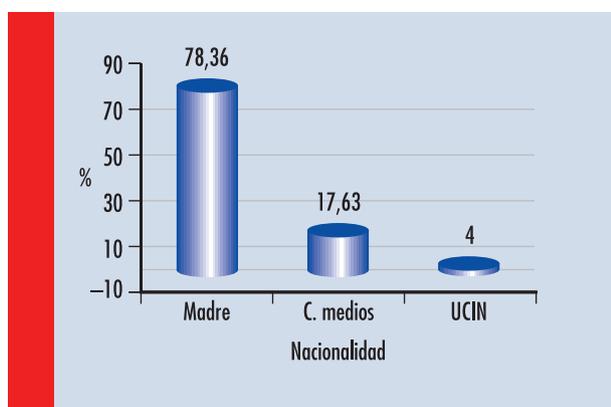


Figura 1. Destino del recién nacido

TABLA 7

Tipo de lactancia		Materna		Mixta		Artificial	
Nacionalidad	N	N	%	N	%	N	%
Africana	264	180	68,18	72	27,27	12	4,54
Americana	2.008	1.613	80,33	286	14,24	109	5,42
Española	3.990	2.983	74,76	800	20,05	207	5,18
Europea	258	119	46,12	109	42,24	30	11,63
Oriental	229	119	51,96	50	21,83	60	26,20
Total	6.749	5.014	74,29	1.317	19,51	418	6,19

que, en menor proporción, dan el pecho a sus hijos y eso que en esta encuesta ha resultado que el 51,96% les da lactancia materna exclusiva y el 21,83% mixta, hallazgo que nos ha sorprendido gratamente porque hasta hace muy poco las madres orientales, por trabajar en su gran mayoría en la economía sumergida, preferían dar a sus hijos biberón y, aún así, el 26,20% lo siguen prefiriendo. El resto, africanas y europeas, como puede apreciarse en la tabla 7, se encuentran en la banda intermedia.

Cribado en el recién nacido

Otro punto que se aborda en este estudio es el cribado que se efectúa en el recién nacido en el Hospital Clínico, aprovechando todos los datos de las fichas del «Conjunto Mínimo de Datos del Recién Nacido» que se recogen en la Sección III del Servicio de Neonatología.

Respecto al cribado metabólico, a todos los recién nacidos se les realiza el impuesto en nuestro país, referido al hipotiroidismo, fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal congénita.

En cuanto al hipotiroidismo, en la actualidad, se analiza de forma sistemática a todos los recién nacidos a las 48 horas de vida, antes de irse de alta; sin embargo, al darse las altas de los partos normales cada vez más pronto, posiblemente

te pasará lo que sucede con la fenilcetonuria y la hiperplasia suprarrenal congénita; es decir, cuando dicho cribado tiene que llevarse a cabo fuera del hospital, al ser la población inmigrante un colectivo que cambia con frecuencia de domicilio y muchas veces es reacia a volver a los controles, su porcentaje de realización ya no es del 100%, y por ello, no se conoce con exactitud cuántos recién nacidos no pasan por este cribado; todo ello a pesar de que, en las clases de educación maternal y en la información que se proporciona a las madres junto a la cartilla de salud y en el momento del alta, se les recomienda hacer dicho cribado y se les explican los beneficios y los perjuicios de no hacerlo, bajo su responsabilidad.

Los últimos datos proporcionados por el Laboratorio de Metabolopatías del Hospital «Gregorio Marañón» de Madrid, con el que colabora el Hospital Clínico, se muestran en la tabla 8.

Igualmente, de forma sistemática y durante su estancia en la maternidad, se practica a los recién nacidos un cribado auditivo con el fin de detectar hipoacusias de forma precoz, en lo que el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico es pionero. En este cribado realizado por otoemisiones, la gran mayoría de los recién nacidos ha tenido un porcentaje auditivo mayor del 70%.

A pesar de superar el cribado auditivo, previamente, se preguntaba a los padres si en sus respectivas familias existían antecedentes de sordera, sin precisar la causa, porque en la inmensa mayoría de los casos la desconocían. El resultado se muestra en la tabla 9.

El porcentaje obtenido de un 3,15% de padres que afirman tener algún sordo en la familia parece un poco elevado, pero es el resultado obtenido; asimismo, no existen diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes de sordera por nacionalidad ($p=0,2099$).

Mientras que entre los padres españoles existe el antecedente familiar de sordera en el 3,50%, entre los orientales sólo es de un 1,31%; éste es el porcentaje obtenido más bajo, pero no sabemos qué fiabilidad dar a este dato porque se pueden haber producido problemas de entendimiento acerca de la pregunta formulada, ya que el 80% de los orientales habla mal el español, incluso, a veces, es difícil entenderse con sus intérpretes.

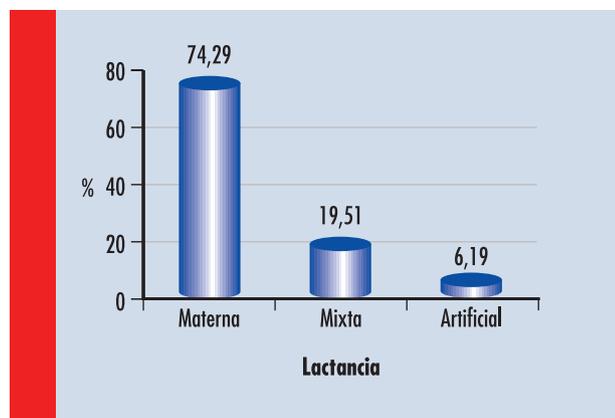


Figura 2. Lactancia

TABLA 8

Cribado metabólico en recién nacidos. Datos del Laboratorio de Metabolopatías del Hospital «Gregorio Marañón» de Madrid

Metabolopatías	Niños analizados	Positivos detectados
Hipotiroidismo	69.031	38
Hiperplasia suprarrenal congénita	69.031	5
Fenilcetonuria	68.202	8
Hemoglobinopatías	46.785	249

(El cribado de hemoglobinopatías se inició en mayo de 2003).

El porcentaje de hipoacusias en el RN es muy similar en el oído izquierdo (1,49%) y en el derecho (1,37%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre uno y otro (p=0,1375).

Una vez detectada y confirmada la hipoacusia por potenciales evocados auditivos, se dirige al niño a una unidad especializada en el procedimiento diagnóstico y tratamiento del niño sordo en mayor o menor grado.

En la unidad de cribado auditivo del Servicio de Neonatología, con casi 20.000 pruebas realizadas, se han detectado 2,8‰ hipoacusias de forma precoz; y esto supone el inicio de una terapia oportuna con el fin de no retrasar el aprendizaje global del niño y hacer que éste se integre socialmente lo antes posible para su beneficio educativo⁵.

Adopción

En el Hospital Clínico, desde junio de 2000 hasta junio de 2003, se han entregado 24 recién nacidos en adopción. Su procedencia se muestra en la tabla 10. Llama la atención que los orientales no entreguen a los hijos en adopción, porque la gran mayoría los envía a China con poco tiempo de vida; y entre los africanos, sólo se ha dado un caso. El mayor número de niños

dados en adopción proceden de madres españolas, seguidas de las americanas y europeas, en este orden.

Discusión

Salvo determinados grupos que piensan que ya son demasiados los inmigrantes que hay en España, y por lo tanto, no les acogen con simpatía, la mayoría de la población española piensa que la inmigración legal bien regulada, y según la oferta laboral, es positiva para nuestro país, porque se trata de gente joven que viene a trabajar ocupando la mayoría de los puestos que no quieren los españoles y porque son una garantía para el cobro de las pensiones dentro de unos años, dado el envejecimiento que esta sufriendo nuestra población.

La consecuencia directa y lógica del incremento progresivo de inmigrantes es el nacimiento de sus hijos, que también va en aumento. La educación posterior de estos niños y su escolarización supondrán también un coste adicional, pero esto es fundamental para que desde pequeños se integren, porque es en la escuela donde se les debe enseñar los valores solidarios y hospitalarios y donde tienen que recibir una educación completa, incluido el idioma.

En 2002, se matricularon en las escuelas españolas 230.000 inmigrantes, siendo Madrid la comunidad autónoma con mayor porcentaje de escolares inmigrantes, que en 2003 ascendían a 80.000.

Los artículos 12 sobre el «Derecho a la asistencia sanitaria» y el 9 sobre el «Derecho a la educación» de la Ley de Extranjería, Ley Orgánica 8/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, garantizan a los menores de 18 años su educación y atención sanitaria en las mismas condiciones que a los españoles.

De la convivencia en las aulas de enseñanza básica, que ha de ser gratuita y obligatoria, y que se mantendrá en los niveles superiores, saldrán muchas parejas mixtas (de distintas regiones del mundo), cuyos hijos tendrán nacionalidad española, si

TABLA 9

Antecedentes familiares de sordera

Nacionalidad	N	No		Sí		Desconoce	
		N	%	N	%	N	%
Africana	264	255	96,59	6	2,27	3	1,13
Americana	2.008	1.945	96,86	58	2,88	5	0,25
Española	3.990	3.838	96,19	140	3,50	12	0,30
Europea	258	249	96,51	6	2,32	3	1,16
Oriental	229	226	98,69	3	1,31		
Total	6.749	6.513	96,50	213	3,15	23	0,34

TABLA 10**Nacionalidad de los niños dados en adopción**

<i>Nacionalidad</i>	<i>Hijos dados en adopción</i>
Española	10
Sudamericana	7
Europea	6
Africana	1

es que antes no la habían conseguido sus padres, las mismas enfermedades, etc. En resumen, por lo que nos concierne a los pediatras y médicos de familia, los hijos de inmigrantes nacidos en España son a todos los efectos como los recién nacidos hijos de españoles.

Conclusiones

El reparto por sexos de la población analizada ha sido de un 52% de niños y un 48% de niñas. De ellos, el 3,91% fue pretérmino (35 y 36 semanas), el 2,37, postérmino, y el 93,72, a término. Los que nacieron con más vitalidad fueron los africanos y orientales, aunque el 17% pasó por la Unidad de Transición durante unas horas para su estabilización o detección de enfermedades mínimas.

La gran mayoría de madres (93,80%) da lactancia materna, bien en exclusiva (74,29%) o mixta (19,51%). La mayoría de las orientales no da el pecho a sus hijos.

A todos los recién nacidos se les ha efectuado el cribado metabólico de hipotiroidismo, fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal congénita, así como un cribado auditivo para detectar hipoacusias precoces; no han existido diferencias sustanciales entre los recién nacidos hijos de inmigrantes y los de españoles. ■

Bibliografía

1. Alonso Chacón P. Aspectos perinatólogicos de los recién nacidos hijos de inmigrantes en el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid. Trabajo presentado en la UCM. Mayo, 2002.
2. Dubowitz L, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr.* 1979; 77: 1-8.
3. Alonso Ortiz T. Analgesia y anestesia en el parto. *Boletín de la SEGO.* 2000; 11: 12-18.
4. OMS/UNICEF. Declaración conjunta sobre protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. WHO/UNICEF. Guidelines. Marzo, 1992.
5. Alonso Chacón P. Valoración epidemiológica, perinatal y del crecimiento fetal de los hijos de inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid. Tesis Doctoral. UCM 14-4-04.