



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABOLICO

COORDINACION DE LA GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

MARZO 2022

CODIGO
PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031



**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA
"LUZ ELENA ARISMENDI"**

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA <small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
	VERSIÓN: 0.01	FECHA: 25/03/2022
		Página 2 de 16

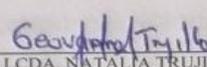
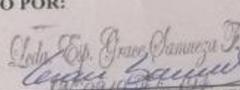
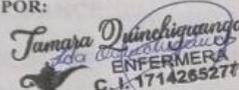
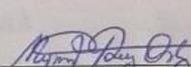
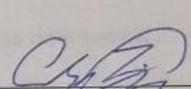
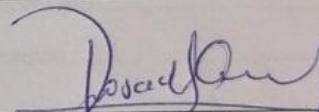
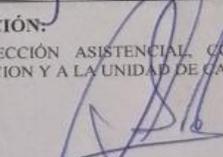
ACTA DE REVISIÓN, APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE TAMIZAJE METABÓLICO

La aprobación de la presente acta, indica el entendimiento del propósito y contenido descrito en el presente documento, sus referencias y anexos. La firma de este documento implica la conformidad de cada involucrado con el mismo.

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"		CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA <small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 2 de 16

ACTA DE REVISIÓN, APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE TAMIZAJE METABÓLICO

La aprobación de la presente acta, indica el entendimiento del propósito y contenido descrito en el presente documento, sus referencias y anexos. La firma de este documento implica la conformidad de cada involucrado con el mismo.

ELABORADO POR:  Lcda. NATALIA TRUJILLO ENFERMERA/O 3	REVISADO POR:  ESP. GRACE SAMUEZA F. LIDER DE ENFERMERIA DE CONSULTA EXTERNA
REVISADO POR:  Lcda. TAMARA QUINCHIGUANGO R. ENFERMERA/O 3	CODIFICADO POR CALIDAD:  ING. WELLINGTON CORO C. RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CALIDAD
REVISADO POR:  ESP. MIRYAN RUIZ ORTIZ COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Lcda. Myrian Ruiz Especialista en Enfermería en Medicina Crítica L:416 F:316 N° 7881
REVISADO POR:  DR. CARLOS LÓPEZ S. COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACION	 Dr. Carlos López S. GINECÓLOGO-OBSTETRA Cod. MSP: 1716968423
APROBADO POR:  ESP. ROSA CUENCA C. DIRECTORA ASISTENCIAL	
AUTORIZADO PARA SU IMPLEMENTACIÓN: ENCARGUÉSE DE LA MISMA A LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL, COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE ENFERMERIA, COORDINACION DE DOCENCIA E INVESTIGACION Y A LA UNIDAD DE CALIDAD.  DR. ROBERTO BELETANGA C. GERENTE HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI	

FECHA:

DÍA	MES	AÑO
25	MARZO	2022

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial	PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031	0.01	25 /03/2022

**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA
"LUZ ELENA ARISMENDI"**

 <p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA <small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small></p>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 3 de 16

TABLA DE CONTENIDO

1.	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	4
2.	OBJETIVO	4
3.	ALCANCE	4
4.	DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES	4
5.	RESPONSABILIDADES	7
6.	DOCUMENTOS ASOCIADOS	7
7.	ABREVIATURAS / SIGLAS	8
8.	CONTROL DE CAMBIOS	9
9.	ANEXOS	11
Anexo 1	Flujograma para la toma de muestra de Tamizaje Metabólico.....	11
Anexo 2	Ficha de recolección de datos (papel filtro).....	12
Anexo 3	Consentimiento informado	12
Anexo 4	Tarjeta de identificación.....	12
Anexo 5	Formulario 016.....	13
Anexo 6	Ficha de valoración médica/ Formulario 053.....	14

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022

**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA
"LUZ ELENA ARISMENDI"**



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 4 de 16

1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

2. OBJETIVO:

Describir el procedimiento para el tamizaje metabólico en recién nacidos de 4 a 28 días.

3. ALCANCE:

El presente procedimiento será aplicado por todo el personal de enfermería que realice la actividad en el área de consulta externa.

4. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

4.1. DOCUMENTOS:

- Parte diario de TAMEM
- Consentimiento informado
- Libreta Integral de Salud Niño/Niña
- Tarjeta de Identificación del Recién Nacido.
- Ficha de Recolección de Datos (Papel Filtro).
- Formulario 016/ Atención inmediata al recién nacido
- Formulario 005/ Evolución
- Formulario 053/ Ficha de valoración médica

4.2. MATERIALES:

Kit de tamizaje:

- Cartilla (papel filtro)
- Lanceta
- Alcohol pad al 70%
- Guantes de manejo

4.3. RESPONSABLES:

- Personal de enfermería encargado del programa TAMEN

4.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN ORDEN CRONOLÓGICO

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
CONSULTA EXTERNA		
1.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Receptar, revisar y contabilizar kits de tamizaje mensualmente: (lancetas, guantes, ficha de recolección de muestra, alcohol pad al 70%).
2.	Enfermera/o	Aceptar la transferencia de los kits para recolección de muestra ingresando al sistema con el usuario y contraseña del administrador.

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguano R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA
LUZ ELENA ARISMENDI

PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 5 de 16

	responsable Programa TAMEN	
3.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Solicitar a la madre y/o familiar información en relación con las condiciones del niño para la realización del examen (4to día de nacido, ayuno por el lapso de 1 hora) en los recién nacidos pre- término pasadas las 34 semanas de edad gestacional corregida.
4.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Informar a la madre y/o familiar el procedimiento a realizar.
5.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Registro de datos del paciente en la ficha de recolección de datos, carné, parte diario.
6.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Preparar el material (kit de tamizaje).
7.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Aplicación del protocolo de lavado de manos.
8.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Colocarse guantes de manejo.
9.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Estimulación del talón del recién nacido durante 3 a 5 min (masaje y calentamiento del talón) para favorecer la vascularización sanguínea, no utilice objetos calientes tales como recipientes para agua caliente, soluciones con suero fisiológico o similares.
10.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Desinfección de zona de punción con alcohol pad al 70%. Esperar que la zona se seque por 5 segundos.
11.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realizar la punción con la lanceta durante 3 segundos (NO GIRAR NO RASGAR).
12.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Desechar la primera gota de sangre con una torunda de algodón seco.
13.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Depositar cada gota de sangre en los 5 círculos delineados por el papel filtro, sin topar el talón.
14.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Toma de la muestra de sangre fresca capilar del talón derecho, al desprenderse la gota debe ubicarse dentro del área punteada del papel filtro.
15.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Limpia la zona puncionada con alcohol pad al 70%, haciendo una ligera presión y proteger la zona puncionada con una banda adhesiva.
16.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Colocar el papel filtro en la torre de secado de 2 a 4 horas.
17.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Descartar el material utilizado, en los desechos correspondientes.

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA
"LUZ ELENA ARISMENDI"**



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 6 de 16

18.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Aplicación del protocolo de lavado de manos.
19.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Entregar talonario de la ficha de recolección de datos a la madre, en donde puede visualizar el resultado e indicar que se comunicaran vía telefónica si la muestra corresponde a un caso elevado, caso sospechoso o muestra mal tomada en algunas de las 4 patologías (fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal, hipotiroidismo).

HOSPITALIZACIÓN

20.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Informar del proceso a realizar al personal de salud del área correspondiente.
21.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Verificar Historia clínica de niños que cumplan con las condiciones para la toma de la muestra (4to día de nacido, ayuno por el lapso de 1 hora, que no hayan recibido transfusiones sanguíneas ya que si es el caso se deberá esperar 7 días para la toma de la muestra).
22.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Solicitar y registrar datos del paciente para llenado en la ficha de recolección de datos a la madre y/o familiar.
23.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realizar toma de muestra siguiendo el procedimiento anterior.

REGISTRO DE LA MUESTRA

24.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Ingresar al sistema TAMEN con número de usuario y contraseña del administrador del sistema, escoger la opción unidad operativa y realizar el ingreso de ficha de recolección de datos (datos generales), una vez terminado el ingreso de datos se genera un código correspondiente a la muestra ingresada, se lo registra en la ficha de recolección de datos en el casillero correspondiente.
-----	--	--

ENSOBRADO FÍSICO

25.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Una vez secado la ficha de recolección de datos por el lapso mínimo de 2 horas, se procede a rotular y colocar la ficha de recolección de datos dentro del sobre.
-----	--	---

ENSOBRADO DIGITAL

26.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Ingresar al sistema TAMEN con el número de usuario y contraseña del administrador del sistema, escoger la opción unidad operativa, seleccionar la opción de: preparar sobre, crear sobre, seleccionar código, cerrar sobre, automáticamente se genera otro código para colocar en el sobre.
-----	--	---

GUÍA DIGITAL

27.	Enfermera/o responsable Programa	Ingresar al sistema TAMEM, seleccionar la opción de: crear guía, seleccionar todos los códigos enviados, cerramos la guía, seleccionamos enviar guía, colocar código del
-----	----------------------------------	--

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguano R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"

 <p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA <small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small></p>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 7 de 16

	TAMEN	comprobante dejado por correos del Ecuador y enviar. Se realiza el seguimiento hasta verificar que llegó al laboratorio central que es donde se procesan las muestras.
MUESTRA MAL TOMADA /CASOS ELEVADO/ CASO SOSPECHOSO/		
28.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Verificación de notificación de los siguientes casos: (muestras mal tomadas, casos elevados, casos sospechosos) se realiza la búsqueda activa de acuerdo con el caso, contactándose vía telefónica con familiar de paciente.
29.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Si el resultado del examen reporta algún valor alterado para cualquiera de las patologías, se contacta vía telefónica al familiar del paciente, posterior a ello se debe tomar una segunda muestra, llenar ficha de valoración y referencias en casos necesarios.
30.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Solicita Historia clínica en admisiones.
31.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Aplicación del protocolo de lavado de manos.
32.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realiza la toma de signos vitales.
33.	Médico Tratante	Realiza la valoración médica en el formulario correspondiente.
34.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Registró y envió de ficha de valoración médica con respectivo código, en la ficha de recolección de datos al responsable de tamizaje metabólico de la zona.
35.	Médico Tratante	Realiza valoración con Historia Clínica, llenado de formulario de referencia 053.
36.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realiza el seguimiento del caso.

5. RESPONSABILIDADES:

Personal operativo encargado del programa de Tamizaje Metabólico, líderes de servicios hospitalarios, supervisores de Enfermería del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arizmendi".

6. DOCUMENTOS ASOCIADOS

- Ministerio de Salud Pública PROYECTO DE TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL. [Online]. [cited 2021 08 10. Available from: HYPERLINK <https://www.salud.gob.ec/proyecto-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>]

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”

 <p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA <small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small></p>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
	VERSIÓN: 0.01	FECHA: 25/03/2022
		Página 8 de 16

2. Laboratorio MMd. TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL (PRUEBA DEL TALÓN). [Online]. [cited 2021 09 13. Available from: HYPERLINK <http://www.medlife.com.ec/2018/09/tamizaje-metabolico-neonatal>
3. MEDLINE PLUS. [Online]. [cited 2021 09 13. Available from: HYPERLINK <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000366.htm>.
4. Rojas Moposita LE. Repositorio.uta.edu.ec. [Online]. [cited 2021 09 13. Available from: HYPERLINK <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7501/1/Liliana%20Elizabeth%20Rojas%20Moposita.pdf>
5. PUBLICA MDS. REGLAMENTO DE TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL. [Online]. [cited 2021 08 25. Available from: HYPERLINK " <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/AM-5104-REGLAMENTO-TAMIZAJE.pdf>.

7. ABREVIATURAS / SIGLAS

- **Caso normal:** Paciente cuya primera muestra se encuentra dentro de los parámetros normales de los valores de referencia. [5]
- **Caso elevado:** Paciente cuya primera muestra se encuentra sobre los niveles de corte, en al menos una de las cuatro patologías. [5]
- **Caso sospechoso:** Paciente de un caso elevado cuyos resultados continúan sobre los niveles de corte, en al menos una de las cuatro patologías. [5]
- **Caso positivo:** Paciente sospechoso de cuya patología se realiza una confirmación con exámenes en laboratorios nacionales o extranjeros y con valoración médica que confirmará el diagnóstico en alguna de las cuatro patologías. [5]
- **Fenilcetonuria:** La fenilcetonuria es la enfermedad más frecuente de los trastornos metabólicos hereditarios que resulta en una alteración de la fenilalanina hidroxilasa. El déficit de esta enzima da lugar a un acúmulo patológico de fenilalanina que da lugar a alteraciones estructurales del sistema nervioso central, con interferencia en el proceso de maduración cerebral. [2]
- **Galactosemia:** Es una afección en la cual el cuerpo no puede utilizar (metabolizar) el azúcar simple galactosa. [3]
- **HGONA.** - Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguano R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”

 <small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
	VERSIÓN: 0.01	FECHA: 25/03/2022
		Página 9 de 16

- **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** la ausencia o disminución del enzima 21 hidroxilasa que da lugar a un bloqueo en la síntesis de cortisol con aumento secundario de la síntesis de andrógenos y virilización del feto. [2]
- **Hipotiroidismo Congénito:** Es la situación resultante de una disminución congénita de la actividad biológica tisular de las hormonas tiroideas, bien por producción deficiente, ya sea a nivel hipotálamo – hipofisario (hipotiroidismo central), o a nivel tiroideo (hipotiroidismo primario). [2]
- **MSP.** - Ministerio de Salud Pública.
- **Muestra satisfactoria:** Para considerar una muestra satisfactoria se tendrá en cuenta las siguientes características:
 - Las manchas de las gotas de sangre deberán tener como mínimo 0.5 cm de diámetro y al menos se debe tener tres manchas por papel de filtro.
 - Una para el estudio de la TSH, otra de la PKU y una restante por si fuese necesario confirmar uno de los dos estudios.
 - La distribución de la muestra debe ser de forma homogénea en ambas caras del papel, sin coágulos de sangre o rayados.
 - La coloración característica es marrón-rojiza [4]
- **Muestras Insatisfactorias:** Se detallan las características de las muestras insatisfactorias debido a diversos motivos y por los cuales una muestra debe ser rechazada. [4]
 - **Muestra insuficiente:** La cantidad de muestra recolectada no es suficiente para la realización de todos los exámenes, debido a que la mancha es muy pequeña no alcanza los 0.5 cm de diámetro, o la distribución de la muestra no es homogénea en ambos lados del papel. [4]
 - **Muestra sobresaturada:** la superposición de gotas de sangre da lugar a un exceso de sangre en la muestra, lo que puede generar falsos positivos. [4]
- **TAMEN.** Tamizaje Metabólico Neonatal.
- **Tamizaje Metabólico Neonatal:** Es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo. [1]

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN N:	ELABORADOR POR:	APROBADO POR:	FECHA:	CAMBIO:
------------	-----------------	---------------	--------	---------

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA
"LUZ ELENA ARISMENDI"**

 <p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</p> <p><small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small></p>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 10 de 16

0.01	Lic. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial	25/03/2022	Versión Original
------	--	--	------------	------------------

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

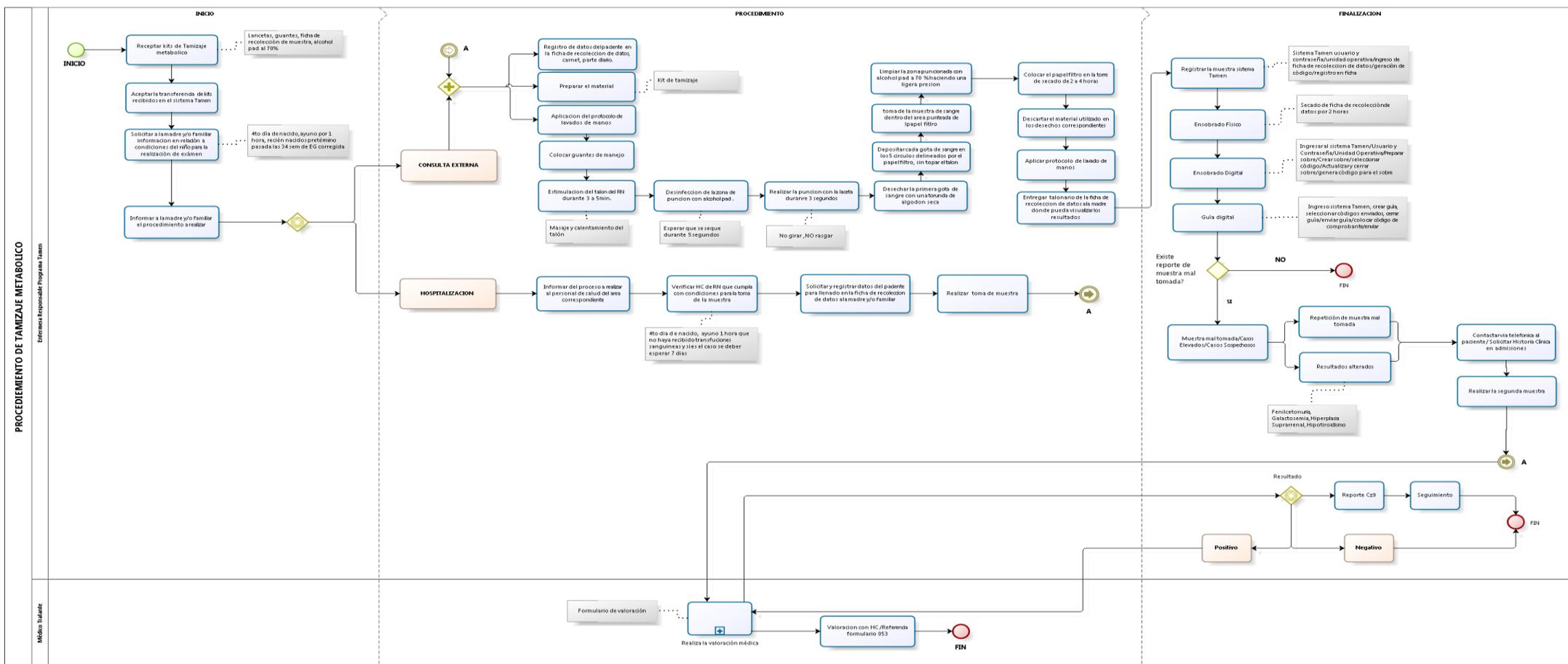
FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 11 de 16

9. ANEXOS:

Anexo 1 Flujograma para la toma de muestra de Tamizaje Metabólico



Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samuza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial	PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031	0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA <small>HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI</small>	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
	VERSIÓN: 0.01	FECHA: 25/03/2022 Página 12 de 16

Anexo 2 Ficha de recolección de datos (papel filtro)

Perforar en 226
 112147 / 991 1023



TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL
FICHA DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS

CÓDIGO

Bloque A LUGAR Y TOMA DE MUESTRA: MSP IESS ISSFA ISSPOL OTRO

Establecimiento de salud: _____ Persona que toma la muestra: _____

Zona: Distrito _____ Provincia: _____ Ciudad: _____ Teléfono del establecimiento: _____

Fecha de toma de muestra: _____ Alimentación: Materna Fórmula neonatal Mixta Parenteral Otra

Tipo de muestra: 1ra. Muestra 2da. Muestra por: Elevado Sospechoso Muestra mal tomada

Bloque B DATOS DEL NIÑO/A: Parto: Único Gemelar Múltiple Nacido Nro.

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: día mes año gr. Peso al nacer: gr. Tiempo de gestación: semanas Sexo: M F Intersexo

Provincia de nacimiento: _____ Ciudad: _____ Establecimiento de salud: _____

Bloque C DATOS DE LA MADRE: Afiliación: IESS ISSFA ISSPOL OTRO Cédula Pasaporte Código CI

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Celular 1: _____ Celular 2: _____

Provincia: _____ Cantón/ciudad: _____ Barrio/sector: _____

Dirección: _____ Referencia domiciliaria: _____

Bloque D DATOS DEL PADRE: Afiliación: IESS ISSFA ISSPOL OTRO Cédula Pasaporte

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Teléfono: _____ Provincia: _____ Ciudad: _____

Ministerio de Salud Pública   

OBSERVACIONES AL REVERSO.

Fecha de toma: _____

Tamizado por: _____

Estimado/a Usuario/a:

El Tamizaje Metabólico Neonatal tiene como objetivo fundamental la detección temprana de cuatro patologías: Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Galactosemia y Fenilcetonuria causantes de discapacidad intelectual y muerte precoz en los recién nacidos.

En un promedio de 15 días laborales usted podrá acercarse al establecimiento de salud donde fue tomada su muestra para conocer los resultados o consultarlos en el módulo ciudadano de la página web: <https://tamizaje.msp.gov.ec/tamen/>

Recuerde que los resultados deben ser interpretados por un médico.

Si existiera necesidad de una segunda toma de muestra, personal de salud se comunicará con usted.

En caso de dudas o inquietudes, favor comunicarse al (02)382710 ext. 5716 o al correo soporte.tamizaje@msp.gov.ec

Anexo 3 Consentimiento informado

 	PROYECTO NACIONAL DE TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL	
Yo..... con C.I..... entiendo y autorizo se realice la toma de sangre del talón para prevenir las siguientes enfermedades: Galactosemia, Fenilcetonuria, Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia Suprarrenal a mi hijo(a).....		
Fecha:	Realizado por	Aprobado por

Anexo 4 Tarjeta de identificación


Ministerio de Salud Pública
Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora
LUZ ELENA ARISMENDI

TARJETA DE RECIÉN NACIDO

Fecha: _____

Nombres: _____

Hora: _____

Sexo: _____

Persona que atendió: _____

Peso: _____

Talla: _____

PC: _____

PT: _____

PB: _____

T: _____ APGAR: _____

RESPONSABLE: _____

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial	PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031	0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 13 de 16

Anexo 5 Formulario 016

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE	NOMBRE Y APELLIDOS DEL RN	SEXO RN (H/M)	Nº H. CLÍNICA - MADRE	Nº H. CLÍNICA RN
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI					

1 ANTECEDENTES FAMILIARES

ESCRIBA LOS ANTECEDENTES IMPORTANTES PARA LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO

1.1 PATOLÓGICOS

FADRE: _____

MADRE: _____

HERMANOS: _____

OTROS FAMILIARES: _____

1.2 OBSTÉTRICOS COMPLEMENTARIOS DE LA MADRE MARCAR "✓"

EMBARAZO	TIPO DE PARTO	SEXO	PRE-TERMINO	A-TERMINO	POST-TERMINO	EDAD ACTUAL	OBSERVACIONES
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

2 DATOS PERINATALES DEL RECIEN NACIDO

LABOR (EN HORAS)	EXPULSIÓN (EN MINUTOS)	LAMINOTICO (CANTIDAD)	LAMINOTICO (COLOR)	LAMINOTICO (COLOR)	NUMERO DE TACTOS POST HIDROFREA	SUFIMIENTO FETAL	SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/>
FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO	OBSERVACIONES						

3 APGAR

	0	1	2	1 MIN	5 MIN
FRECUENCIA CARDIACA	NO HAY	MENOS DE 100	100 O MAS		
ESFUERZO RESPIRATORIO	NO HAY; NO RESPIRA	LLANTO DEBIL RESPIRA MAL	LLANTO VIGOROSO		
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXION PARCIAL DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS, BUENA FLEXION		
IRRITABILIDAD O RESPUESTA A LA ESTIMULACION	NO REACCIONA	MUECA, SUCCION, ALGUN MOVIMIENTO X ESTIMULO	TOSCO, ESTORNUDO, LLANTO, REACCIONA DEFENDIENDOSE		
COLOR DE LA PIEL	CIANOSIS O PALIDEZ	PIES O MANOS CIANOTICAS	COMPLETA MENTEROSADO		
TOTAL					

4 CAPURRO SOMATICO

	CHATA, DEFORME	PABELLON PARCIAL INCURVADO	PABELLON INCURVADO, BORDE SUPERIOR	PABELLON INCURVADO, BORDE SUPERIOR	PABELLON INCURVADO, BORDE SUPERIOR	TOTAL	Edad Gestacional = (204 + Total Puntaje) / 7
FORMA DE LA OREJA	0	8	16	24			
TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA	0	5	10	15			
FORMACION DEL PEZON	0	5	10	15			
TEXTURA DE LA PIEL	0	5	10	15			
PLIEGUES PLANTARES	0	5	10	15			
SUBTOTAL							
TOTAL PUNTAJE							

5 SIGNOS VITALES Y OTRAS

EN CASO DE INTERNACION POR PATOLOGIA USE EL FORMULARIO 020 "SIGNOS VITALES"

FECHA / HORA	TEMP. °C	PULSO / minuto	PRESION ARTERIAL	FR. / minuto	SAT. O2	SUCCION	NUMERO DE	TOLERANCIA	DEPOSICION	ORINA	PROFILAXIS OFTALMICA	PREPARADO ANTIBIOTICO	TAMIZAJE HIPOTIROID.	TAMIZAJE ROP	RESPONSABLE

SNS-MSP / HCU-form. 016 / 2010

ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguano R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 14 de 16

Anexo 6 Ficha de valoración médica/ Formulario 053

DERECHO Ministerio de Salud Pública		TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL		ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD INFORME VALORACIÓN MÉDICA VS 0.2						
		PNTMN-AC-FIM-18		Fecha: _____						
Provincia: _____		Distrito: _____		Unidad Operativa: _____						
Datos del paciente										
Nombres y apellidos: _____		Edad: _____								
Sexo: _____	Fecha nacimiento: _____									
Peso: _____	Talla: _____	Perímetro Cefálico: _____								
Datos del representante										
Nombres y apellidos: _____										
Edad: _____	Antecedentes familiares: _____									
Informe de la valoración médica										
Tipo de alimentación :	Materna	<input type="checkbox"/>	Fórmula Neonatal	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>	Parenteral	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>
Vómito:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Diarrea:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Movimientos Repetitivos:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Orina Olor a ratón o Moho:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Crisis Convulsivas:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Letargia:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Abdomen:										
Estreñimiento:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Ictericia:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Macroglosia:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Genitales Ambiguos:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Deshidratación:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Aparición de vello:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Hipopigmentación de la piel, cabello y ojos:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
Eczemas - piel seca:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Observaciones: _____					
EXAMEN NEUROLÓGICO ELEMENTAL:										
EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN:										
Profesional responsable de la valoración:										
Nombres y Apellidos: _____		Código del profesional: _____		Firma y sello: _____						

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 15 de 16



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		EDAD	SEXO
						día	mes	año	E.S.A. / FEM/M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico	
Ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Comercional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 **DERIVACIÓN:** 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área				
Refiere o Deriva a:								Fecha	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año		

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva | 1 <input type="checkbox"/> | Saturación de capacidad instalada | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | 2 <input type="checkbox"/> | Otros /Especifique: | 5 <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional | 3 <input type="checkbox"/> | | |

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

Nombre del profesional: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

III. CONTRAREFERENCIA: 3 **REFERENCIA INVERSA:** 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio				
Contrarefiere o Referencia inversa a:								Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		día	mes	año		

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

MSP/DNISCQ/form. 053/dic/2013

7. Referencia Justificada	
----------------------------------	--

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguano R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022





¿Cómo llegar al HGONA?

Existen cuatro líneas de transporte público:

Marín - Quitumbe - Cdla. Ejército
San Roque - Quicentro Sur - Maternidad del Sur
San Roque - Nueva Aurora (Disutransa)
Alimentador Trolebus



El hospital brinda atención especializada a pacientes con complicaciones obstétricas, embarazos de alto riesgo y complicaciones del recién nacido.



Ministerio
de **Salud Pública**

Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora
LUZ ELENA ARISMENDI

Av. Quitumbe Ñan s/n y Quilla Ñan / Teléfono: 3948 940

 /Hospital Gineco Obstetrico
de Nueva Aurora Luz Elena Arismendy  @hluzearismendy

www.hgona.gob.ec