

Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas en período neonatal. Resultados 1995-2011

(Data de edición: novembro de 2012)



Edita:

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Imprime:

Tórculo Artes Gráficas, S.A.

Depósito Legal:

C XXXX-2012

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMIDADES ENDÓCRINAS E METABÓLICAS EN PERÍODO NEONATAL. RESULTADOS 1995-2011	7
<i>Obxectivo xeral do programa</i>	7
<i>Obxectivos específicos</i>	7
<i>Características do programa</i>	7
<i>Sistema de información</i>	10
RESULTADOS DO PROGRAMA 1995-2011	11
ANEXO I	
<i>Estrutura organizativa</i>	25
ANEXO II	
<i>Documentación e material para a realización da proba de cribado</i>	29
<i>Recomendacións para a adecuada toma de mostras</i>	29

INTRODUCCIÓN

Moitos trastornos endócrinos e metabólicos conxénitos tratables non se manifestan clinicamente no momento do nacemento, e cando presentan síntomas xa produciron lesións irreversibles.

Os programas poboacionais de cribado neonatal permiten a detección precoz dos neonatos afectados por algunha enfermidade endócrina ou metabólica conxénita, mediante o uso de métodos analíticos. Isto fai posible o inicio temperán dunha adecuada intervención sanitaria, o que permite reducir a mortalidade, a morbilidade e as discapacidades asociadas a estas enfermidades.

En xeral, os programas de cribado poboacionais baséanse en seleccionar de entre toda a poboación á que se dirixe, neste caso os neonatos, o grupo que amosa un maior risco de padecer as enfermidades obxecto do programa. Unha vez detectados polo cribado, é preciso facer, a nivel individual, probas de confirmación diagnóstica que permitan descartar ou confirmar a presenza desa patoloxía.

PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMIDADES ENDÓCRINAS E METABÓLICAS EN PERÍODO NEONATAL. RESULTADOS 1995-2011

Obxectivo xeral do programa

- Diminuír, mediante a detección precoz e a instauración precoz de tratamento, a incidencia de discapacidades psíquicas e físicas orixinadas polas enfermidades endócrinas e metabólicas presentes no período neonatal e que son obxecto de cribado por parte do Programa.

Obxectivos específicos

- Ofrecer unha cobertura do 100%, é dicir, garantir que todos os neonatos en Galicia teñan acceso á realización das probas de cribado incluídas no programa.
- Obter a participación de, polo menos, o 98% da poboación obxectivo.
- Dispoñer do resultado das probas de cribado antes de 10 días dende a toma da mostra, no 95% dos participantes.
- Garantir o acceso a un adecuado diagnóstico e tratamento aos nenos participantes no programa.
- Dispoñer dun adecuado sistema de información e control de calidade do programa.

Características do programa

Poboación obxectivo

O Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas en período neonatal ten como poboación obxectivo a todos os neonatos na Comunidade Autónoma de Galicia.

O programa ofértase a todos os hospitais públicos e privados para garantir o acceso deste programa a todos os neonatos.

Proba de cribado

A proba de cribado consiste na obtención e análise dunha mostra de sangue e dunha mostra de urina, co fin de identificar aquelas enfermidades que son obxecto de cribado por parte do Programa.

Toma de mostras

Para a realización das probas de cribado, o programa establece a obtención dunha mostra de urina e a extracción dunha mostra de sangue no terceiro día de vida do bebé, tras 48 horas de iniciar a alimentación proteica.

De non poder tomar as mostras o día recomendado, deberase facer o antes posible a partir do terceiro día. Así mesmo, recoméndase que, se non é posible facelo nas datas establecidas, non por iso se deixen de facer as probas ao neonato.

Recoméndase que a toma da mostra de sangue non se faga antes das 48 horas pola posibilidade tanto de falsos positivos como falsos negativos nas diferentes patoloxías detectadas.

Información aos pais/titores

O programa debe garantir que os pais/titores dos neonatos dispoñan de información adecuada sobre o mesmo: principais características, beneficios e riscos do cribado neonatal e información de como e cando recibirán o resultado das probas realizadas.

Tras o nacemento, os profesionais sanitarios que atenden aos neonatos débense asegurar de que os pais/titores foron correctamente informados e/ou ampliar a información dada se fose necesario. Para facilitar este labor, a Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública edita folletos explicativos do programa para seren entregados aos pais/titores. Estes folletos están incluídos dentro da “Carpeta de saúde infantil”, que se remite, de forma gratuíta, a todos os hospitais e maternidades públicos e privados da nosa Comunidade.

Para poder facilitar unha adecuada información é necesaria a colaboración de todos os profesionais sanitarios (xinecólogos, matronas, pediatras, enfermeiros, médicos de familia) de atención primaria e maternidades de hospitais públicos e privados implicados na atención ao neonato.

Lugar e responsables da toma de mostras

Un dos obxectivos principais do programa é conseguir a boa calidade na toma de mostras o que diminúe o número de mostras non válidas e isto repercute dunha forma directa en acadar o diagnóstico e o tratamento dos neonatos con resultado positivo, no menor tempo posible, xa que se evita a necesidade de repetir a toma das mostras.

Aínda que a toma de mostras se pode facer no domicilio, o programa recomenda que se faga nas maternidades dos hospitais públicos e privados ou nos centros de saúde.

Recoméndase tamén que a toma de mostras a faga o persoal sanitario de cada centro (matronas, persoal de enfermería), xa que, pola súa formación e experiencia, obteñen mellores mostras e conseguen un menor índice de repeticións.

Envío de mostras

Para solicitar a realización do cribado é necesario enviar por correo ao laboratorio de referencia as mostras do sangue e urina xunto coa ficha identificativa asinada polo pai/nai ou titor do neno.

Os resultados vense afectados pola idade do neno, o peso ao nacemento, a idade xestacional, etc., por iso é importante cubrir ben todos estes datos da ficha para unha correcta interpretación dos resultados e evitar repeticións innecesarias.

Xa que se informa dos resultados da análise por carta, e en casos urxentes, por teléfono, é imprescindible que a ficha estea correctamente cuberta para que sexa posible a recepción do resultado nun prazo mínimo de tempo, e non se produzan demoras no inicio do tratamento pola dificultade na localización dos casos detectados.

Como en moitas ocasións a mostra do sangue é extraída polo persoal sanitario, é moi importante que este revise a ficha de petición de análise para comprobar que todos os datos estean cubertos e confirmar que son correctos.

As mostras remítense a través do correo intercentro, dende o centro sanitario onde se realiza a toma de mostras (o Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo e o Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide Novoa-Santos de Ferrol utilizan este sistema), ou a través do correo normal. A DXIXSP tenta de ampliar o sistema por correo intercentro a todos os hospitais da rede pública de Galicia. En ambos casos deberase utilizar o sobre preimpreso con franqueo pagado que vai incluído na “Carpeta de saúde infantil”.

A remisión ao laboratorio débese realizar o mesmo día da toma das mostras.

Recepción e análise das mostras

O laboratorio que realiza as análises para o programa é o Laboratorio do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Neste laboratorio recíbense e rexístranse as solicitudes recibidas na aplicación informática e faise unha primeira valoración da validez das mostras.

Posteriormente realízanse as probas analíticas a todas as mostras válidas e rexístranse os resultados.

Se algunha das mostras de sangue ou urina non son válidas, desde o mesmo laboratorio envíase unha carta aos pais solicitando unha nova mostra.

Considérase mostra non válida aquela que non cumpre algún dos requisitos establecidos para ser analizada.

Comunicación dos resultados

Unha vez completado o estudo analítico para cada neonato participante no programa, é o propio laboratorio o que emite un informe de resultado.

Tal como se informa no folleto do programa, os resultados das análises recíbense no domicilio do neonato antes dos 12 días da data de envío das mostras.

Tamén se advirte nel que, se non se recibe o resultado no prazo indicado, os pais deben chamar ao teléfono 981-950 100 para solicitar información.

O medio utilizado para comunicar o resultado varía en función do propio resultado:

1- Resultado negativo.

Os pais son informados por escrito mediante unha carta á dirección que consta na ficha. Isto ocorre en máis do 90% dos casos.

2- Resultado dubidoso (positivo con baixa probabilidade de ser patolóxico).

Cando o resultado de calquera das probas realizadas está entre os parámetros que o programa considera zona de seguridade, os pais son informados por escrito sobre a necesidade de repetir a toma da mostra. Se nun prazo prudencial non se recibe esta segunda mostra, reclámase por escrito e, se non responde, contáctase cos pais por teléfono, se este figura na ficha de solicitude ou recorrendo a outras bases de datos.

3- Resultado positivo (alta probabilidade de ser patolóxico).

O laboratorio articula o sistema máis rápido e eficaz para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento o máis cedo posible. Para isto, contacta de forma urxente cos pais utilizando todos os medios dispoñibles para informalos do resultado e indicarlles o que deben facer a continuación.

Sistema de información

Cos obxectivos de avaliación do Programa e de facilitar a información aos diferentes niveis que interveñen no proceso, o programa dispón dunha aplicación informática específica composta de bases de datos relacionadas que permiten a gravación dos datos administrativos e das probas de laboratorio, a emisión de resultados e informes e a análise da actividade.

Actualmente o sistema informático atópase en proceso de redeseño e actualización, o que supón a posta en marcha de varios plans de mellora e adaptación ás funcionalidades esixidas polo proceso de avaliación dos indicadores do programa.

RESULTADOS DO PROGRAMA

Participación

Nos derradeiros 12 anos, de 2000 ata o 2011, participaron no programa 251.212 neonatos. Non son poboación obxectivo os nenos nados fóra de Galicia, aínda que a nai teña residencia en Galicia.

Como se ve na Táboa 1, as cifras de participación no período analizado foron moi elevadas, sendo a participación media do 99,31 %. A taxa de participación foi aumentando cada ano, superando o 99,00 % nos derradeiros anos.

Táboa 1: Número de nacementos en Galicia. Número de neonatos analizados e taxa de participación. Período 2000-2011.

	Ano 2000	Ano 2001	Ano 2002	Ano 2003	Ano 2004	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2011*	TOTAL
N.º de nacementos	19.463	19.393	19.337	20.243	20.654	21.136	21.450	21.786	23.238	22.614	22.039	21.600	252.953
N.º de neonatos participantes	19.201	19.139	19.180	20.150	20.404	20.989	21.229	21.672	23.106	22.523	22.031	21.588	251.212
Taxa de participación	98,65	98,69	99,19	99,54	98,79	99,30	98,97	99,48	99,43	99,60	99,96	99,94	99,31

Fonte: Número de nacementos en Galicia por provincia de parto. Instituto Galego de Estatística (IGE).

* Ano 2011 datos provisionais.

Data da toma de mostras

O Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas, estableceu, en novembro de 2002, que se realice a toma de mostra de sangue e urina ao terceiro día de vida, tras 48 horas de recibir alimentación proteica.

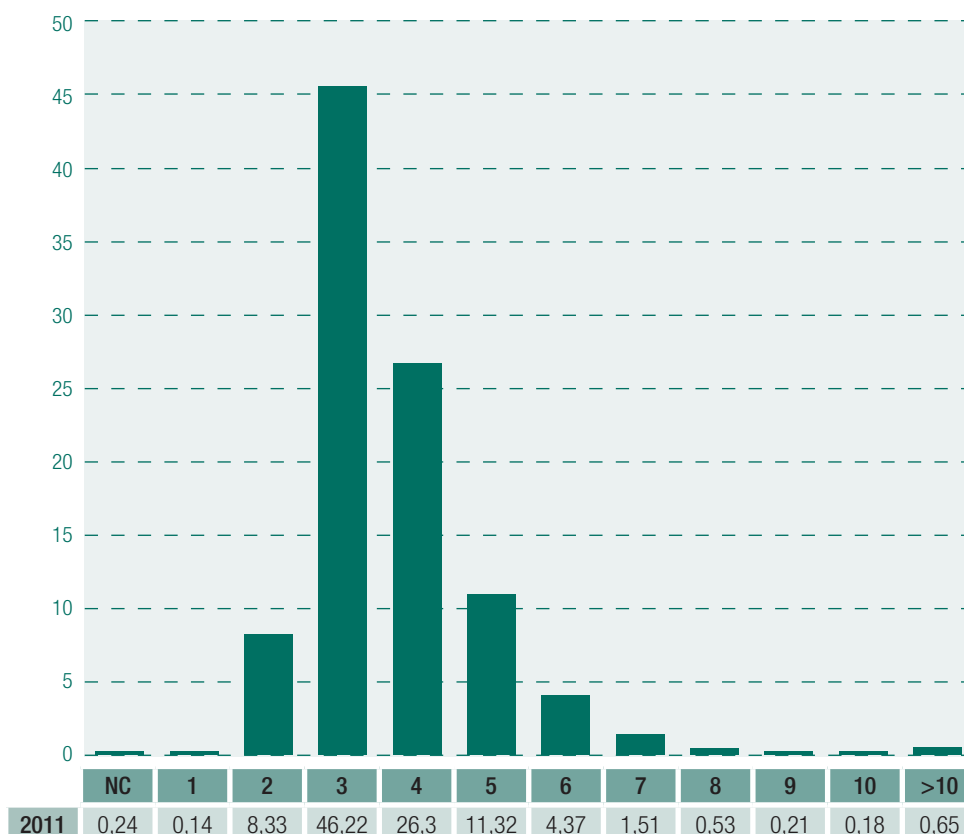
Mostras de sangue

A media de idade no momento da toma de mostra foi de 3,72 días no ano 2011.

No gráfico 1 pódese observar como se distribúen as mostras segundo o número de días transcorridos dende o nacemento ata a toma da mostra.. A proporción de mostras tomadas ao 3º día de vida no ano 2011 foi do 46,22% (45,10% no ano 2010).

Aínda que no ano 2011 se contabilizaron un 8,33% de mostras tomadas ao segundo día de vida, a maioría destas mostras foron tomadas despois de 48 horas do inicio da alimentación proteica, sendo consideradas, por tanto, mostras válidas. Unicamente o 0,14% das mostras dese ano foron “non válidas” por precocidade excesiva e requiriron a solicitude dunha nova toma.

Gráfico 1: Proporción de mostras, segundo o número de días transcorridos entre o nacemento e a toma da mostra de sangue. Ano 2011.



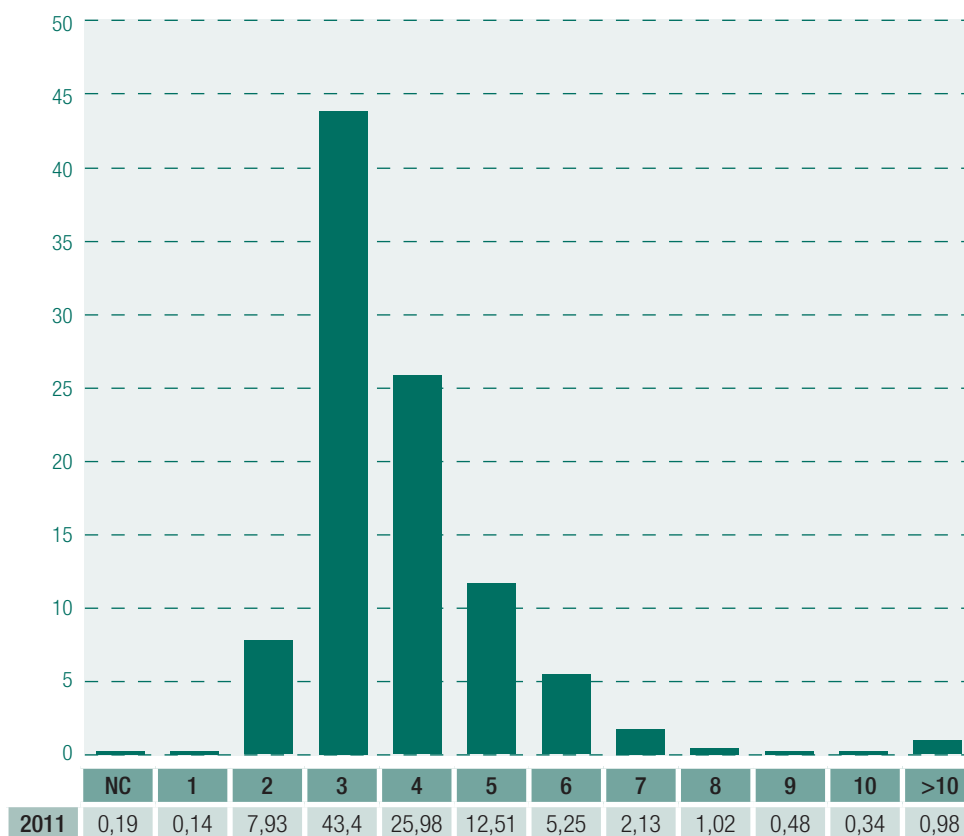
Mostras de urina

A media de idade no momento da toma de mostra da urina foi de 4 días no ano 2011.

No gráfico 2 pódese observar como se distribúen as mostras de urina segundo o número de días transcorridos dende o nacemento ata a toma.

O 7,93 % das mostras de urina tomáronse o 2º día, despois das 48 horas de vida, a maioría tras alimentación proteica e unicamente o 0,14 % das mostras tomadas no ano 2011 foron “non válidas” por precocidade excesiva e precisaron unha solicitude de nova toma de mostra.

Gráfico 2: Proporción de mostras, segundo o número de días transcorridos entre o nacemento e a toma da mostra de urina. Ano 2011.



Intervalo de tempo entre a toma da mostra e a súa recepción no laboratorio

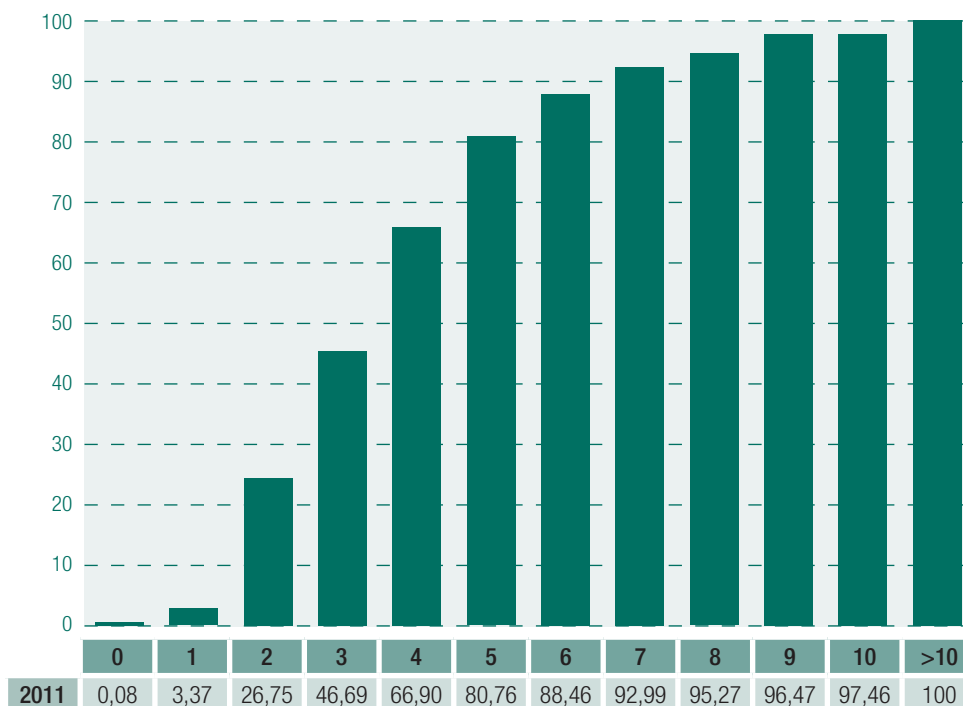
Para calcular este dato tívose en conta a data da toma da última mostra, que con frecuencia é a mostra de urina. Asumiuse para este cálculo que todas as mostras son enviadas por correo o mesmo día da toma de mostras xa que non é posible coñecer o momento real do envío.

No ano 2011, a media de días transcorridos entre a toma da última mostra e a data da súa recepción no laboratorio foi de 4,13 días (no ano 2010 a media foi de 4,29 días).

No gráfico 3 amósase a proporción acumulada das mostras recibidas no laboratorio no ano 2011 segundo o tempo transcorrido dende a data da toma da última mostra ata a súa recepción no laboratorio. Obsérvase que o 95% das mostras se recibiron no laboratorio no prazo de 8 días dende a súa toma. No ano 2010 este prazo foi de 9 días.

Unha das áreas de mellora do Programa é tentar de acurtar ese tempo de demora, que se considera excesivo.

Gráfico 3: Proporción acumulada de mostras segundo o número de días transcorridos entre a toma da mostra e a súa recepción no laboratorio. Ano 2011.



Intervalo de tempo entre recepción no laboratorio e obtención do resultado

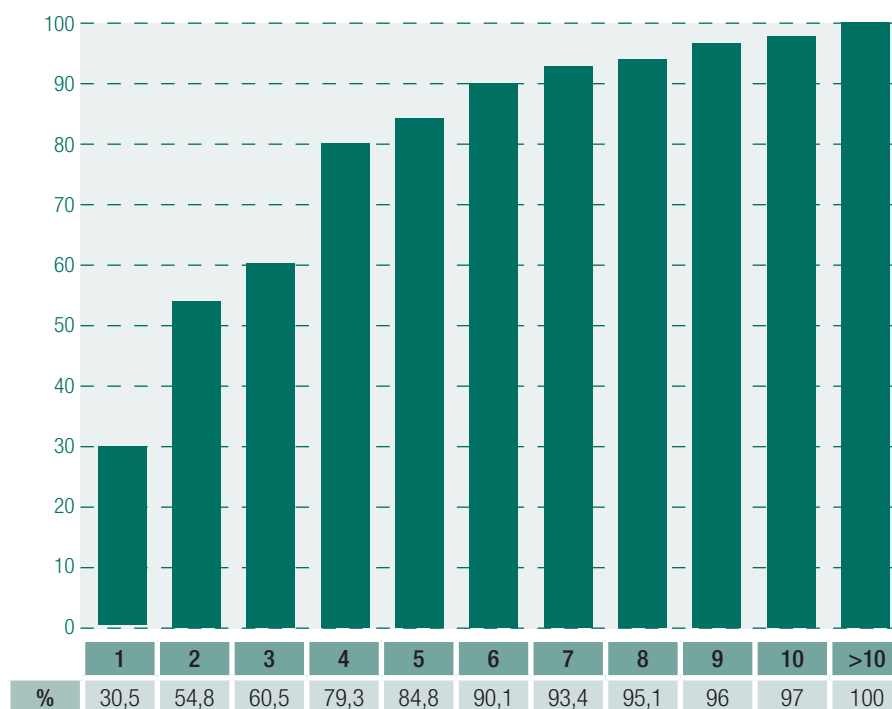
Para analizar este indicador utilizáronse os seguintes criterios:

- Unicamente se contabilizan as mostras válidas de cribado. En ningún caso se contabilizan as analíticas de seguimento de casos xa diagnosticados.
- Tómase como referencia a data de gravación, na aplicación informática do programa, da entrada das mostras no laboratorio e da remisión do informe aos pais.

A media de días de demora analítica para o ano 2011 foi 3,77 de días, sendo de 4,64 días no ano 2010. No gráfico adxunto amósase a proporción de mostras analizadas por número de días transcorridos desde a súa recepción. Como se pode observar o 95 % dos resultados están dispoñibles ao 8º día da súa recepción (ao 12º día no ano 2010).

A proba de cribado do hipotiroidismo conxénito na mostra de sangue realízase no mesmo día que se reciben as mostras no laboratorio e no caso de que sexan positivas, ou de alta probabilidade, os pais son informados nese mesmo día.

Gráfico 4: Proporción de mostras analizadas segundo o número de días transcorridos entre a recepción da mostra e a emisión do resultado. Ano 2011.

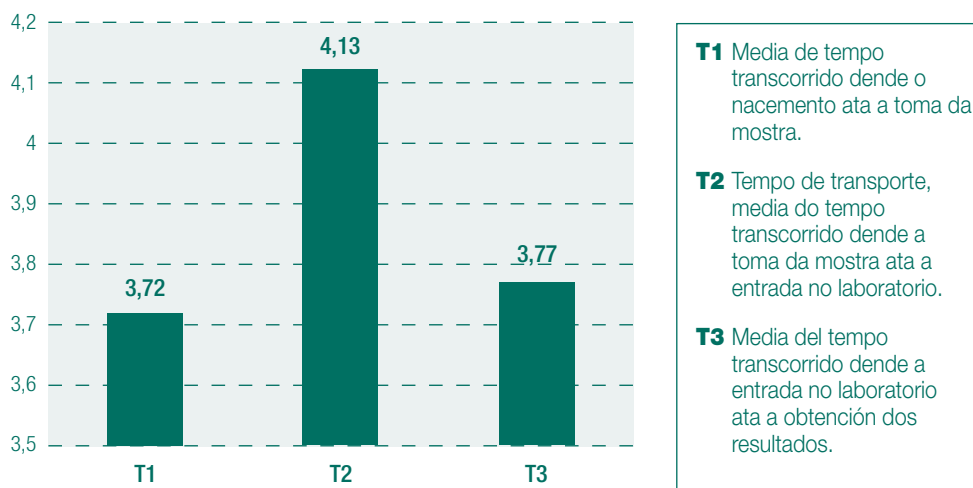


Intervalo de tempo entre a toma de mostra e obtención do resultado

A demora entre a última data da toma da mostra e a emisión do resultado por parte do laboratorio foi de 16 días para o 95% dos casos (21 días no ano 2010), este intervalo é superior ao obxectivo establecido polo programa, que é de 10 días.

Se temos en conta o intervalo de tempo entre o nacemento e a obtención do resultado, o tempo medio é de 11,62 días e o percentil 95 é de aproximadamente 20 días. (Gráfico 5).

Gráfico 5: Tempo medio entre o nacemento e a obtención dos resultados. Ano 2011.

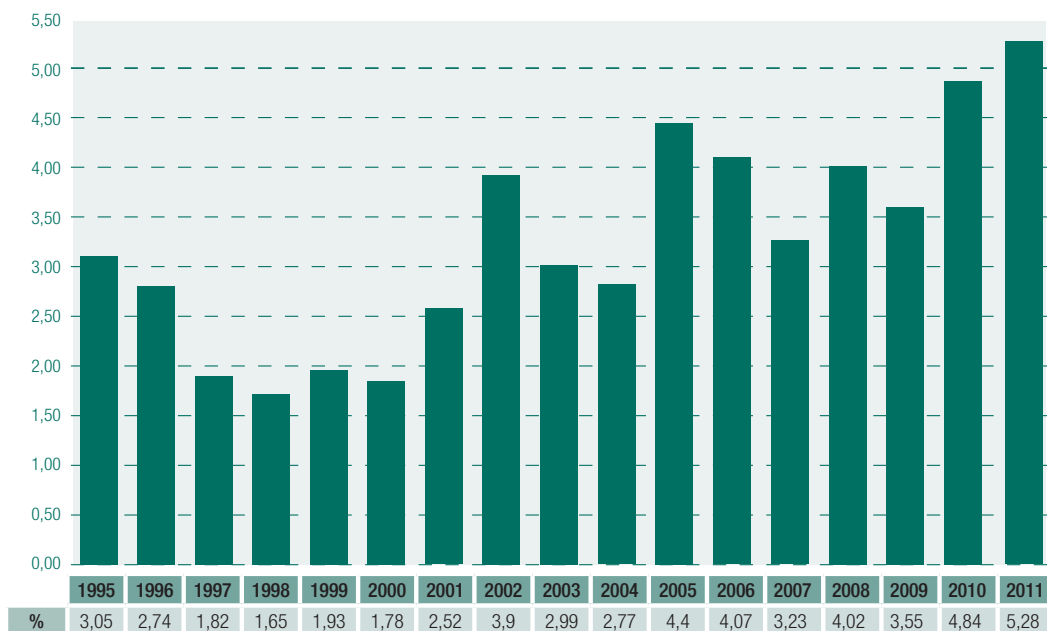


Mostras non válidas

A proporción de mostras non válidas é un importante indicador de calidade do programa pola repercusión que ten sobre os resultados finais en canto a cargas de traballo para o laboratorio e á data de inicio do tratamento para aqueles casos positivos.

No período 1995-2011, a proporción global de mostras de sangue non válidas foi de 3,27 %, sendo no ano 2011 do 5,28% (4,84 % no ano 2010).

Gráfico 6: Proporción de nenos en período neonatal con mostras de sangue non válidas. Evolución 1995-2011.



No período 1995-2011, a proporción de mostras de urina non válidas foi de 2,24 %, sendo no ano 2011 do 1,88 % (1,49 % no ano 2010).

Gráfico 7: Proporción de nenos en período neonatal con mostras de urina non válidas. Evolución 1995-2011.



Táboa 2: Número de mostras non válidas en función dos criterios establecidos polo programa. Ano 2011.

Ano 2011		Número	%
Sangue	Mostra non analizable (sangue)	851	72,12
	Mostra non recibida (sangue)	6	0,51
	Precocidade excesiva	323	27,37
	Total	1.180	100
Urina	Mostra non analizable (urina)	86	17,52
	Mostra non recibida (urina)	82	16,70
	Precocidade excesiva	323	65,78
	Total	491	100

Resultados das probas de cribado

No ano 2011, o 92,18% (93,16 % no ano 2010) das mostras válidas que chegan ao laboratorio de referencia tiveron un resultado negativo, é dicir normal, mentres que a porcentaxe de mostras con resultado positivo ou sospeitoso para algunha das enfermidades estudadas foi do 7,82% (6,84% no ano 2010). Na táboa 3 obsérvanse os resultados de cada un dos anos do período 2000-2011.

Táboa 3: Resultados das probas de cribado. 2000-2011.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº de participantes	19.201	19.139	19.180	20.150	20.404	20.989	21.229	21.672	23.106	22.523	22.039	21.588
% de mostras normais ou negativas	94,42	93,2	91,61	90,79	90,35	90,79	90,46	94,1	94,66	95,09	93,16	92,18
% de mostras positivas ou sospeitosas para algunha das probas	5,58	6,8	8,39	9,21	9,65	9,21	9,54	5,9	5,34	4,91	6,84	7,82

Desde o inicio do Programa en 1978 detectáronse 258 casos de hipotiroidismo conxénito, o que supón unha taxa de detección de 1 por 2.525 neonatos participantes e 45 casos de fenilcetonuria, que se corresponde cunha taxa de 1 por 14.266 neonatos participantes.

A través do Programa de cribado neonatal detectáronse outras patoloxías que se detallan na táboa 4. Nela amósanse todos os casos detectados desde o inicio do programa (período 1978-2011) coas taxas de incidencia correspondentes, e os casos detectados no período 1995-2011.

En xullo do ano 2000 o Laboratorio puxo en marcha a técnica de Espectrometría de Masas en Tándem. Esta técnica permite identificar acilcarnitinas derivadas do metabolismo mitocondrial dos compostos acil-CoA, diferentes grupos de aminoácidos e a galactosa 1-fosfato.

Táboa 4: Patoloxías detectadas polo programa. Períodos 1978-2011 (casos e taxas de incidencia), 1995-2011 (casos) e 2000-2011 (casos detectados por tándem masas)

CASOS DETECTADOS EN CRIBADO*						
Patoloxías	Anos 1978-2011		Anos 1995-2011	Ano 2011	Casos detectados	Casos detectados
	CASOS	TAXAS	CASOS	CASOS	Tándem masas* 2000-2011	Tándem masas* 2011
Hipotiroidismo conxénito	258	1/2.525	150	7		
ALTERACIÓNS DOS AMINOÁCIDOS						
Fenilcetonuria (PKU)	45	1/14.266	25		18	
Leucínose (MSUD)	19	1/33893	5		5	
Homocistinuria (HCY)	1	1/238.693	1		1	
Tirosinemia tipo I (TYR I)	3	1/229.670	2		2	
Tirosinemia sen clasificar	1	..	1		1	
Arxininemia (ARG)	1	1/238.693	1		1	
Hiperprolinemia (PRO)	4	1/59.671	4		4	
Hidroxiprolinemia	1	1/238.693	1		1	
Hipermetioninemia	12	1/28.447	12	2	12	2
Cistinuria	466	1/1.417	160	7		
Dibásico aminoaciduria	1	1/644.154	0			
Cistationinemia	1	1/644.154	0			
Alcaptonuria	3	1/214.665	2		2	
Hiperglicinemia non cetósica	3	1/214.007	2		2	
Citrulinemia	1	1/238.693	1		1	
Histidinemia	1	1/238.693	1		1	
ALTERACIÓNS DO METABOLISMO DOS ÁCIDOS ORGÁNICOS						
Acidemias metilmalónicas (MMA)	15	1/49.164	13	2	9	2
Acidemia propiónica (deficiencia de propionil-CoA carboxilasa) (PA)	2	1/121.016	2		2	
Acidemia glutárica tipo I (eficiencia de glutaril-CoA deshidroxenasa) (AGA I)	7	1/34.576	7		7	
Deficiencia de 3-metilcrotonil-CoA carboxilasa (MCC)	7	1/57.359	7	2	7	2
Deficiencia de 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA liasa (HMG)	1	1/238.693	1		1	
Aciduria arxinosuccínica	1	1/238.693	1		1	
Aciduria mevalónica	1	1/238.693	1		1	
ALTERACIÓNS DO METABOLISMO DOS ÁCIDOS GRAXOS						
Deficiencia de acil-CoA deshidroxenasa de cadea corta (SCAD)	9	1/38.580	9	3	9	3
Deficiencia de acil-CoA deshidroxenasa de cadea media (MCAD)	14	1/18.241	14	1	14	1
Deficiencia de hidroxiaxil-CoA deshidroxenasa de cadea longa (LCHAD)	4	1/59.671	4		4	
Deficiencia primaria de carnitina (CUD)	1	1/238.693	1		1	
Aciduria piroglutámica (5-oxoprolinuria) (PG A)	1	1/238.693	1		1	

	Anos 1978-2011		Anos 1995-2011	Ano 2011	Casos detectados	Casos detectados
	CASOS	TAXAS	CASOS	CASOS	Tándem masas* 2000-2011	Tándem masas* 2011
Patoloxías						
OUTRAS ALTERACIÓNS						
Deficiencia de biotinidasa	7	1/82.879	7	1		
Galactosemia clásica (Def. Gal-1-P-uridil-transferasa)	10	1/64.202	5		5	
Galactosemia (Def. Galactoquinasa)	8	1/80.252	6			
Galactosemia (Def. UDP.Gal-epimerasa)	2	1/299.735	2		2	
Diabete mellitus	3	1/214.664	0			
Glucosuria	2	1/321.997	0			
Acidose láctica conxénita	2	1/119.346	2		2	
SITUACIÓNS BENIGNAS OU TRANSITORIAS						
Hipertirotrópinemia transitoria	151	1/4.460	61	2		
Hiperfenilalaninemia benigna	76	1/9.041	58	5	46	5
Tirosinemia transitoria	533	1/5.574	398	38	272	38
Acidemia metilmalónica transitoria	5	1/125.920	5		1	
Deficiencia parcial de biotidínasa	15	1/31.948	15			

*Os casos detectados por Espectrometría de Masas en Tándem están incluídos tanto no período 1995-2011 como no período 1978-2011.

Para obter unha información global, nos gráficos e táboas seguintes amósase o número de casos detectados e as taxas de detección para o período 1995-2011

As patoloxías estudadas agrupáronse en casos detectados e situacións benignas e/ou transitorias.

Gráfico 8: Evolución dos casos detectados. Período 1995-2011.

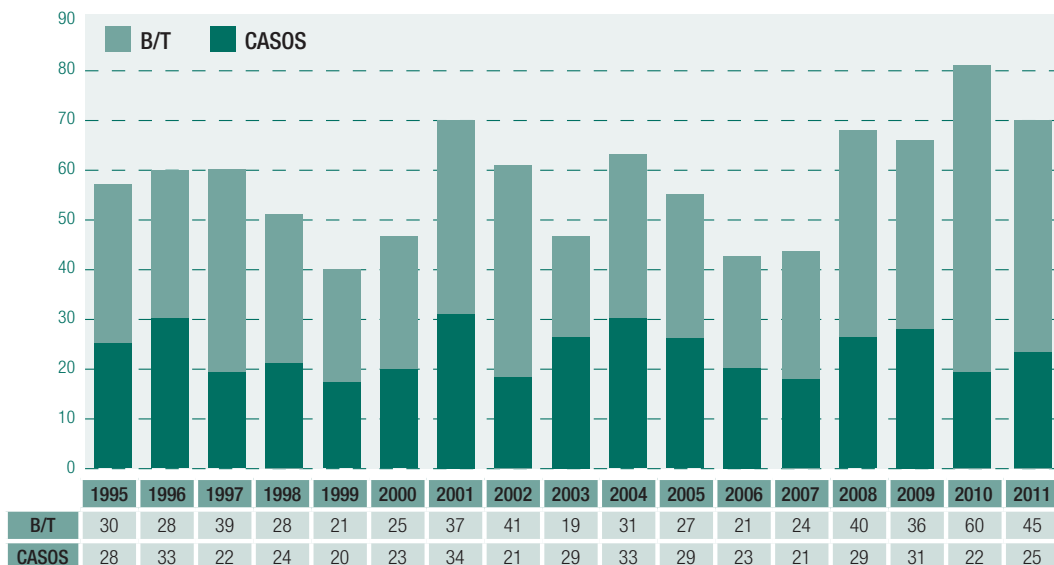
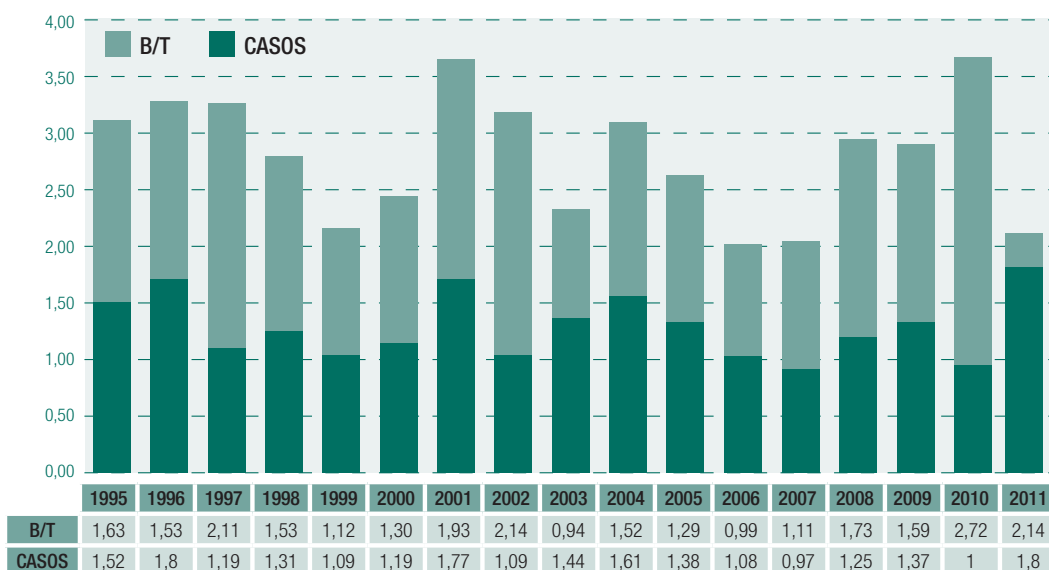


Gráfico 9: Taxa de detección por mil neonatos participantes. Evolución período 1995-2011.



Táboa 5: Casos detectados. Período 2000-2011.

	CASOS Período 2000-2011	TAXA 1000 neonatos 2000-2011
Casos detectados	320	1,27
Situacións benignas ou transitorias	406	1,62
TOTAL	726	2,89

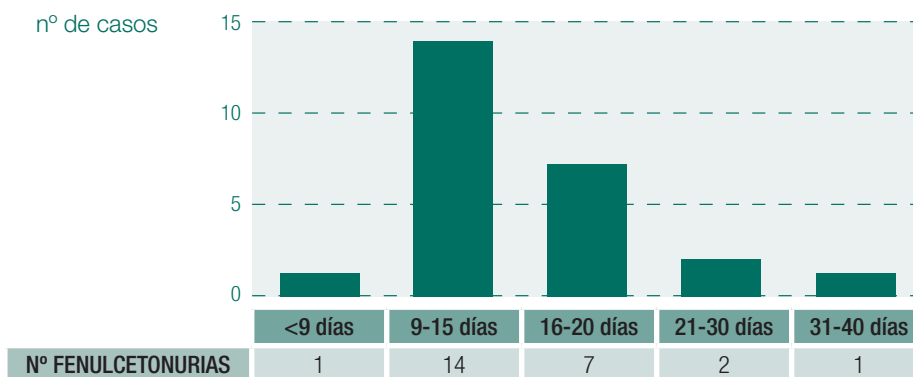
Idade ao inicio do tratamento

Nesta epígrafe facemos unha análise do intervalo dende a data de nacemento e a data de confirmación diagnóstica e o inicio do tratamento para as principais enfermidades que son obxecto de cribado poboacional no programa, no período 1995-2011.

Nas principais enfermidades a confirmación diagnóstica e o inicio do tratamento realízase no mesmo día.

– Fenilcetonuria:

O intervalo entre a data de nacemento e a data de confirmación diagnóstica e inicio de tratamento para os 25 casos confirmados no período 1995-2011, distribúese como se indica:

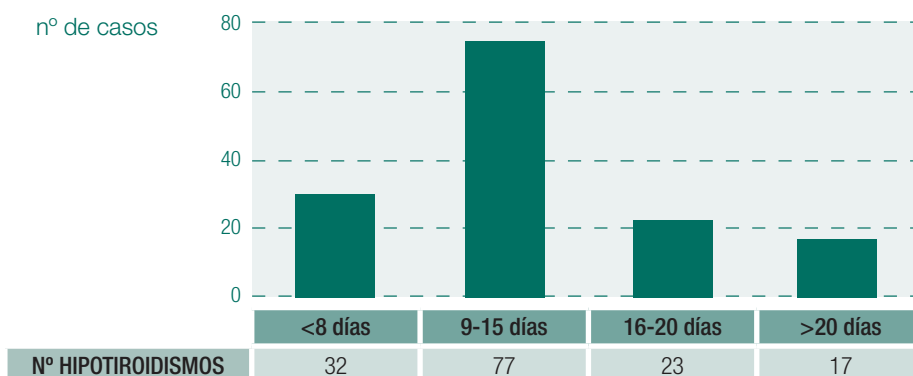


A media de idade para o inicio do tratamento foi de 14,08 días.

No ano 2011 non se detectaron ningún caso de fenilcetonuria.

– Hipotiroidismo congénito:

O intervalo entre a data de nacemento e a data de confirmación diagnóstica e inicio de tratamento para os 150 casos confirmados no período 1995-2011, distribúese como se indica:



A media de idade para o inicio do tratamento no período 1995-2011 foi de 13 días e os 7 casos confirmados no ano 2011 tiveron unha media de idade de 11 días ao inicio do tratamento.

Conclusións

A participación nos últimos anos está arredor do 99%.

A media de idade da toma da mostra, está actualmente en 3,72 días. É preciso acurtar este tempo, para diminuír a idade de diagnóstico e o inicio do tratamento nos casos detectados.

Aínda que o intervalo de tempo entre a toma da mostra e a recepción no laboratorio, (media de 4,13 días) está dentro do intervalo de 1 a 5 días considerado idóneo pola Comisión de Erros Metabólicos da Sociedade Española de Bioquímica Clínica e Patoloxía Molecular, cremos necesario melloralo, xa que actualmente non se consegue que o 95% das mostras cheguen ao laboratorio ata o 8º día trala toma de mostra. É preciso acurtar este tempo xa que repercutirá de forma significativa a acurtar a idade de diagnóstico e o inicio do tratamento dos casos detectados, que é o obxectivo principal deste programa de detección precoz.

A proporción de mostras de sangue non válidas no período 1995-2011 foi do 3,27 % cun aumento, no ano 2011, da porcentaxe de mostras de sangue non válidas con respecto ao ano 2010 (de 4,84% a 5,28%). A proporción de mostras de urina non válidas, no mesmo período, foi de 2,24 %, sendo no ano 2011 do 1,88 % (1,49% no ano 2010). Para garantir a calidade das mostras e diminuír o número de mostras non válidas, o programa recomenda que a toma da mostra sexa realizada nos centros sanitarios (centros de saúde e maternidades) e por persoal sanitario específico con formación e experiencia na realización desta proba de cribado.

No ano 2011, a demora entre a data de entrada no laboratorio e a data de obtención do resultado é de 8 días no 95% das mostras (ao 12º día no ano 2010), coa excepción dos resultados das mostras de sangue para hipotiroidismo, que se obteñen o mesmo día da recepción da mostra.

A demora entre a última data da toma da mostra e a emisión do resultado por parte do laboratorio foi de 16 días para o 95% dos casos (21 días no ano 2010), este intervalo é superior ao obxectivo establecido polo programa, que é de 10 días. Se temos en conta o intervalo de tempo entre o nacemento e a obtención do resultado, o tempo medio é de 11,62 días e o percentil 95 é de aproximadamente 20 días.

No período 1995-2011 a porcentaxe total de mostras con resultado positivo ou sospeitoso para algunha das enfermidades estudadas foi do 7,25 %, e de 7,82% no ano 2011 (6,84 no ano 2010).

As taxas de detección de casos para as enfermidades que son obxecto de cribado poboacional correspóndense coas obtidas noutros programas nacionais e internacionais.

No período 1995-2011, os nenos diagnosticados de hipotiroidismo conxénito tiveron unha media de idade para o inicio do tratamento de 13 días. Os 7 casos confirmados no ano 2011 tiveron unha media de 11 días.

No período 1995-2011, os nenos diagnosticados de fenilcetonuria tiveron unha media de idade para o inicio do tratamento de 14 días. No ano 2011 non se detectou ningún caso de fenilcetonuria

Outros proxectos que se están a desenvolver para a mellora do programa

En colaboración coa Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t) rematouse a guía de diagnóstico e tratamento do hipotiroidismo conxénito co fin de avaliar a efectividade do programa de detección precoz.

Elabóranse informes específicos para cada hospital cos principais indicadores do programa con respecto aos nenos nados en cada un deles e coas recomendacións para mellorar os resultados e cumprir os principais obxectivos do mesmo.

Estase a desenvolver o proceso de definición da carta de servizos do Programa galego de detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas, que inclúe a avaliación sistemática de todas as patoloxías incluídas actualmente na súa carteira de servizos. O obxectivo é determinar aquelas patoloxías que cumpren os criterios para ser incluídas nun programa de cribado poboacional.

O actual sistema de información deberá ser ampliado, incluíndo os datos sobre a confirmación diagnóstica, o tratamento e o seguimento dos casos detectados.

ANEXO I

Estrutura organizativa

As principais funcións asignadas ás distintas unidades que integran o programa son:

Unidade central:

Situación:

Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Servizo de Programas Poboacionais de Cribado:

Recursos humanos:

- Técnico responsable do programa.
- Grupos de traballo.

Funcións:

- Actualización do programa. Establecemento de indicadores e obxectivos.
- Elaboración de guías de cribado, diagnóstico e tratamento.
- Avaliación de actividades e resultados do programa.
- Deseño e edición de material informativo e divulgativo.
- Deseño e distribución do material para a realización da proba de cribado, en colaboración con outros servizos da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública implicados na edición e distribución das carpetas de saúde infantil.
- Elaboración e edición de publicacións e informes periódicos.
- Realización de talleres de formación.
- Asesoría e valoración de novas patoloxías.
- Representación externa do programa.

Laboratorio que realiza as análises:

Situación:

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Recursos humanos:

- Responsable de laboratorio, cinco facultativos, cinco técnicos especialistas de laboratorio (TEL), dous auxiliares administrativos

Funcións:

- Recepción e rexistro das mostras recibidas
- Procesado das mostras e gravación dos resultados na aplicación informática específica do programa.
- Remisión dos informes co resultado das probas ou a solicitude doutra nova mostra aos pais.
- Derivación dos casos positivos para a confirmación diagnóstica.
- Elaboración da memoria anual do laboratorio e de informes de actividade.
- Facer a análise de seguimento (control analítico)
- Clarear calquera dúbida sobre a toma, envío, recepción e resultado das mostras ás familias ou persoal sanitario.
- Poñerse en contacto cos participantes no Programa para solicitar información relevante para a interpretación dos resultados, no caso de que estes datos non figuren na ficha identificativa.
- Colaborar coa DXIXSP en todos os aspectos relacionados coa mellora do programa e o seu control de calidade

– **Control de calidade**

Para o control das determinacións analíticas, realízase un control interno, no cal se utilizan materiais subministrados por casas comerciais ou de elaboración propia, e realízase un control externo, en que os controis son subministrados exclusivamente por organismos ou organizacións non comerciais e dedicadas a programas de control de calidade neonatal. Así o laboratorio de referencia participa nos seguintes programas de control de calidade:

- DG KL Deutsche Vereinte Gessellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin E.V. TSH screening.
- UK NEQAS FOR CLINICAL CHEMISTRY. United kingdom nacional External Quality Assesment Schemes. Neonatal Screening (PKU and TSH). Quantitative Phenylalanine, Tyrosine, Leucine, Isoleucine, Valine. Urinary Aminoacid Investigations. Urinary Orotic Acid Surveys.

- Programa de control de calidade [Acilcarnitinas, Aminoácidos, TSH] e programas de competencia (Proficiency test) [Tandem Mass Spectrometry, Cystic Fibrosys, Biotinidase, TSH, Phe, Gal, Leu, Met] de cribado neonatal do CDC (Centers for Disease Control Prevención) de Atlanta (USA)
- QA Squete MS/MS, Neonatal Screening (Coordinado por Dr. Z. Lukacs, Hamburg, Germany).
- ERNDIM. Qualitative urinary organic acid analysis. Quantitative Organic Acid Scheme. Quantitative Amino Acids. Special Assays (urine). Proficiency Testing. Purine and Pyrimidine. Acyl Carnitine.

Área asistencial. Atención especializada:

Recursos humanos:

Persoal sanitario das maternidades, tanto dos hospitais da rede do Servizo Galego de Saúde como dos hospitais privados.

Funcións:

- Informar aos pais/titores sobre o programa.
- Facilitarlles aos pais/titores a “Carpeta de saúde infantil”, facendo especial fincapé nas instrucións e o material necesario para realizar a proba de cribado e o seu envío.
- Informar aos pais/titores sobre a posibilidade de realización da toma de mostras nos centros de atención primaria.
- Informar da necesidade de encher todos os datos solicitados na ficha e asinala.
- En relación cos neonatos que permanezan ingresados no momento indicado para a recollida da mostra:
 - Ofertar a realización da proba de cribado.
 - Supervisar que todos os datos da ficha identificativa estean debidamente cubertos.
 - Asegurar a remisión das mostras ao laboratorio de referencia, o mesmo día da toma das mostras.
 - Informar sobre como e cando se recibirán os resultados.

Área asistencial. Atención primaria:

Recursos humanos:

Persoal sanitario dos centros de saúde de Atención Primaria do Servizo Galego de Saúde.

Funcións:

- Verificar se se realizou a proba de cribado.
- Se non se realizou a proba no hospital de nacemento:
 - Informar aos pais/titores sobre o Programa.
 - Ofertar a realización da proba de cribado.
 - Supervisar que todos os datos da ficha identificativa estean debidamente cubertos
 - Asegurar o envío das mostras ao laboratorio de referencia o mesmo día da toma das mostras.
 - Informar sobre como e cando se recibirán os resultados.
- Rexistrar na cartilla de saúde infantil e/ou na historia clínica o resultado da proba de cribado ou os motivos da non realización.
- Participar na información que se lles facilita aos pais dos nenos con resultado positivo no cribado ou con diagnóstico confirmado.

ANEXO II

Documentación e material para a realización da proba de cribado, incluídos na Carpeta de Saúde Infantil

- Material necesario para realizar a toma de mostras do sangue e da urina: lanceta para provocar o sangrado dunhas poucas gotas no talón do neonato e tiras de papel absorbente (especial para estas análises) para recoller as mostras do sangue e da urina.
- Folleto explicativo coas instrucións para a correcta toma das mostras.
- Impreso de solicitude de análise: ficha na que se anotan os datos do neonato, da nai, das mostras, e enderezo e teléfono familiar para poder enviar os resultados das probas.
- Sobre preimpreso, con franqueo pagado, para a remisión das mostras ao laboratorio que realiza as análises.

Recomendacións para a adecuada toma de mostras

Todo o material de toma de mostras debe manipularse con luvas, para non contaminalo. Débese evitar tocar as zonas do papel que van ser impregnadas polo sangue ou pola urina.

Para a mostra do sangue:

- Non poden quedar restos de alcol na pel antes de picar coa lanceta.
- Debe obterse a mostra nas zonas externas do talón e nunca na liña media
- O pé ten que estar quente, para o que é preciso unha masaxe enérxica.
- A punción debe realizase de xeito firme. Pódese realizar a punción dúas veces, en forma de cruz, para facilitar o sangrado. Non encher outro círculo ata que o anterior estea cheo e o sangue traspase o outro lado e a superficie do sangue sexa igual en ambos os dous lados do papel.
- Deben impregnarse todos os círculos do papel.

Para a mostra de urina:

- A mostra da urina débese recoller ao mesmo tempo que o sangue, cando o neno estea limpo, sen talcos nin cremas nin aceites, e non debe estar contaminada con restos fecais.
- Hai que deixar secar, en horizontal, a temperatura ambiente as mostras, polo menos durante 4 horas antes de envialas (non quentar nin poñer ao sol).
- Os datos do neno que figuran nos papeis da toma das mostras débense cubrir unha vez que estea seco o papel e, por último, introducir os papeis na bolsa de pergamiño graxa e todo o conxunto no sobre que se remite ao laboratorio xunto coa ficha identificativa completamente cuberta.

No ano 2009 e para efectos de simplificar a análise de mostras non válidas, reagrupáronse os motivos polos que se considera unha mostra non válida. A clasificación actual é a seguinte:

Mostra	Motivo
Sangue	Mostra non analizable
	Mostra non recibida
	Precocidade excesiva
Urina	Mostra non analizable
	Mostra non recibida
	Precocidade excesiva

Mostra non analizable de sangue ou urina: son aquelas que non se poden analizar por algún das seguintes causas

- **Mostra en mal estado** (mostra de sangue e urina): cando se aprecian fungos, antisépticos, sobreimpregnación, produtos de cosmética, mostras antigas e/ou diluídas..
- **Mostra non eluída** (mostra do sangue): cando no proceso de extracción do analito se observa a fixación do sangue ao papel e polo tanto a elución é escasa ou nula. Dáse cando se quentou o sangue ou non se evaporou ou eliminou completamente o alcol, antes de picar.
- **Sangue escaso, mal impregnado** (mostras de sangue): cando a impregnación do sangue no papel é insuficiente para realizar as análises requiridas e/ou o sangue non impregnou totalmente o papel, co que non traspasou o grosor deste.

- **Mostra húmida:** (mostras de sangue e urina): cando se percibe que non se deixou secar o sangue e/ou urina antes de gardalos no sobre, o que favorece o crecemento de fungos e xermes que modifican a matriz das mostras.
- **Urina contaminada:** (mostra de urina): cando a mostra de urina vén contaminada principalmente por restos fecais ou por cosméticos.
- **Urina branca** (aminoacidograma): cando o aminoacidograma realizado coa mostra de urina sae en branco, por tratarse dunha urina moi diluída ou pola pouca ou nula impregnación.

A precocidade excesiva prodúcese ao mesmo tempo nas mostras de sangue e de urina e cando a toma de mostra se realizou cun tempo de vida menor do recomendado. Neste caso, aumenta o risco dun falso negativo ou dun falso positivo.

Ante as mostras non válidas, o laboratorio remite unha carta aos pais solicitando unha nova mostra, indicando o motivo da repetición e facilitando unha serie de recomendacións para a boa recollida da mostra en cada caso.

Se desexa máis información pode pórse en contacto coa Unidade Central:

**PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMIDADES
ENDÓCRINAS E METABÓLICAS EN PERÍODO NEONATAL**

Ramón Vizoso Villares
Responsable do Programa

Servizo de Programas Poboacionais de Cribado
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Edificio administrativo da Consellería de Sanidade

San Lázaro s/n. - 15781 Santiago de Compostela

Tel: 881 546423 - Fax: 881 5465711

Correo electrónico: pgdpeempn.dxsp@sergas.es

