CARTA AL EDITOR / LETTER

DOI: https://doi.org/10.20453/rmh.v37i3.7166

Desafíos en la implementación del tamizaje neonatal en hospitales peruanos

Challenges in the Implementation of Newborn Screening in Peruvian Hospitals

Juver Augusto Carrasco Fernández [1,a]

[1] Grupo GECHE, Facultad de Enfermería, Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
[a] Doctor en Ciencias de Enfermería.

Sr. editor:

En 2019, se aprobó la Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal, a través de la Resolución Ministerial n.° 558-2019/MINSA, en la cual se incorporaron dos pruebas diagnósticas: auditiva y visual [(1)]; posteriormente, en el Reglamento de la Ley del Tamizaje Neonatal Universal, se incluyó la evaluación de cardiopatías congénitas [(2)]. Esta incorporación trajo consigo múltiples retos en función de la dotación de personal, tiempo de realización de la prueba, infraestructura y equipos. Ante este escenario, los hospitales han buscado la adaptación de sus unidades, lo cual detallaremos a continuación.

En relación con la infraestructura y los equipos, el tamizaje visual requiere un ambiente de penumbra para lograr la sensibilidad de 85-99,6 % [(3)]; sin embargo, en la mayoría de consultorios existe iluminación solar directa, lo que dificultaría o incluso invalidaría la prueba. Por otro lado, esta podría realizarse a las 24 horas de vida; sin embargo, en la práctica clínica, se tiene que algunos niños presentan edema palpebral, por lo cual se sugiere que el tamizaje se lleve a cabo durante los primeros 3 días de vida y se repita antes de los 6 meses y, en algunos países, hasta los 2 años. [(4)]

Respecto al tamizaje auditivo, esta prueba se realiza dentro de las 24-48 horas, teniendo como fecha máxima el mes de vida; no obstante, la experiencia clínica ha evidenciado que posterior a las 72 horas se evitan falsos negativos debido a que en este tiempo ya no existe presencia de líquidos o residuos en el canal auditivo interno [(5)]. Para este fin se emplea el equipo de emisiones otoacústicas, el cual tiene una especificidad de 93,2 % y tolera el ruido de 40-60 dB [(6)]; sin embargo, en la mayoría de los hospitales y centros de salud el ruido supera lo permitido, por lo que se requiere un ambiente con bajo nivel de ruido o implementar sistemas de aislamiento de ruido.

En cuanto al tamizaje metabólico, este debe realizarse entre las 24 y 72 horas de vida, período en el que el metabolismo del recién nacido se encuentra activo para detectar errores innatos [(2)]. No obstante, en la práctica clínica, específicamente

Citar como:
Carrasco JA. Desafíos en la implementación del tamizaje neonatal en hospitales peruanos. Rev Méd Hered. 2026; 37(3): 259-260. DOI: 10.20453/rmh.v37i3.7166

Recibido: 03/10/2025
Aceptado: 09/07/2026

Correspondencia:
Juver Augusto Carrasco Fernández
juver.carrasco.enf@gmail.com

Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© El autor

en los centros de salud, la prueba se lleva a cabo entre las 48 y 72 horas, con la finalidad de evitar un falso positivo por incremento fisiológico de la hormona estimulante de la tiroides o tirotropina.

En el caso del tamizaje cardíaco, la oximetría de pulso neonatal es el parámetro ideal y debe realizarse a las 24 horas de vida [7]; sin embargo, la evaluación suele hacerse posterior al alta, dentro de las 48 o 72 horas, coincidiendo con el primer control de crecimiento y desarrollo. Esta situación desnaturaliza la prueba, ya que el objetivo es encontrar cardiopatías congénitas críticas (cardiopatías de hipoflujo pulmonar) y asintomáticas.

Desde la perspectiva del recurso humano, cada prueba demanda seguimiento. En el tamizaje auditivo se requieren entre una o dos pruebas si el niño no presenta factores de riesgo; y, si los tuviera, requeriría evaluación trimestral hasta los 12 meses de edad [8,9]. En la prueba visual se requiere seguimiento trimestral hasta los 2 años [4]; asimismo, el tamizaje cardiológico, que debe realizarse durante las 24 horas de vida, se lleva a cabo en una sala de alojamiento conjunto con la madre, por lo que las enfermeras encargadas del tamizaje deben desplazarse a dicha unidad.

Ante este panorama, se observa que algunos hospitales han fragmentado el programa de tamizaje debido a las características de cada prueba, al acceso oportuno del recién nacido y a las restricciones relacionadas con la dotación del personal, en especial de enfermería. En muchos establecimientos, las actividades se realizan en el horario de lunes a viernes, de 7 a. m. a 1 p. m.; por ello, habría neonatos a quienes no se les realizaría el tamizaje. Asimismo, los factores vinculados al régimen de contratación y a los beneficios laborales, como la asignación de guardias, promueven que el personal permanente, luego de un período corto, solicite su cambio de servicio, con lo cual pone en riesgo el desarrollo del programa de tamizaje. Del mismo modo, las pruebas son fragmentadas entre los servicios de Neonatología y de Crecimiento y Desarrollo, dificultando la coordinación y el seguimiento. En ese sentido, el Ministerio de Salud debe establecer una estructura que las unidades ejecutoras puedan replicar para evitar malas interpretaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud (PE). Norma técnica de salud para el tamizaje neonatal de hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, fibrosis quística, hipoacusia congénita y catarata congénita [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado el 20 de setiembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091073-noma-tecnica-de-salud-para-el-tamizaje-neonatal-de-hipotiroidismo-congenito-hiperplasia-suprarrenal-congenita-fenilcetonuria-fibrosis-quistica-hipoacusia-congenita-y-catarata-congenita
2. Decreto Supremo N.º 010-2026-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.° 29885, Ley del Tamizaje Neonatal Universal [Internet]. Lima: MINSA (PE); 4 de junio de 2026 [citado el 1 de julio de 2026]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/10104132/8229300-decreto-supremo-n-010-2026-sa%282%29.pdf?v=1781123675
3. Duret A, Humphries R, Ramanujam S, te Water Naudé A, Reid C, Allen LE. The infrared reflex: a potential new method for congenital cataract screening. Eye. 2019;33(12):1865-70. doi:10.1038/s41433-019-0509-9
4. Toli A, Perente A, Labiris G. Evaluation of the red reflex: an overview for the pediatrician. World J Methodol. 2021;11(5):263-77. doi:10.5662/wjm.v11.i5.263
5. Mazaheryazdi M, Sharafi MA, Akbari M, Choobdar FA. Comparing auditory brain stem responses and transient otoacoustic emissions in premature infants with auditory developmental delay: evidence of temporary auditory neuropathy. Iran J Child Neurol. 2023;17(4):35-44. doi:10.22037/ijcn.v17i4.42882
6. Madzivhandila AG, le Roux T, Biagio de Jager L. Neonatal hearing screening using a smartphone-based otoacoustic emission device: a comparative study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2024;177:111862. doi:10.1016/j.ijporl.2024.111862
7. Bravo-Jaimes K, Lozano D, Orozco J, Rosales W, Macedo N, Medina M, et al. Tamizaje neonatal de cardiopatías congénitas críticas en el Perú: un llamado de urgencia. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc. 2024;5(3):157-66. doi:10.47487/apcyccv.v5i3.366
8. Mackey AR, Bussé AML, Del Vecchio V, Mäki-Torkko E, Uhlén IM. Protocol and programme factors associated with referral and loss to follow-up from newborn hearing screening: a systematic review. BMC Pediatr. 2022;22(1):473. doi:10.1186/s12887-022-03218-0
9. Temp DA, Ferreira L, Biaggio EPV. Audiological monitoring of infants in different newborn hearing screening programs: a systematic review. Audiol Commun Res. 2022;27:e2643. doi:10.1590/2317-6431-2022-2643en