

Pesquisa De Sordera En Recién Nacidos (RN) En Sala Cuna

TÉCNICA DE TAMIZAJE:

- Emisiones otoacústicas (EOA) en RN sin factores de riesgo
- Potenciales evocados auditivos automatizados (PEA-AUT) en RN con factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO (REALIZAR PEA-AUT)

- Familiar con hipoacusia neurosensorial
- Malformación craneofacial: Papiloma preauricular, microtia, labio leporino, fisura palatina, otras
- Síndromes que incluyan hipoacusia

TAMIZAJE EN SALA CUNA:

Tecnólogo médico (TM) realiza EOA o PEA-AUT según corresponda. Registra resultado en RCE y entrega informe a los padres.

- Si resultado = **PASA**
 - Controles pediátricos habituales
- Si resultado EOA: **NO PASA**: TM repite inmediatamente utilizando PEA-AUT.
- Si resultado PEA-AUT (inicial o de confirmación por EOA alterado): **NO PASA**.
 - TM agenda cita para repetición del tamizaje a los 15 días de vida.
 - Pediatra sala cuna
 - Notifica GES 77.
 - Indica tomar PCR para CMV en orina.
 - Cita al alta con pediatra staff en 7 días.
 - Hace seguimiento de resultado de PCR CMV:
 - Resultado antes del alta: Registra en RCE y procede con acciones si CMV en orina es positivo
 - Resultado no disponible al alta:
 - Matrona informa a secretaria resultado pendiente al alta
 - Secretaria lleva registro de pacientes con screening No pasa y CMV pendiente
 - Pediatra sala cuna registra en indicaciones al alta en epicrisis: **IMPORTANTE**: resultado de CMV pendiente, rescatar en 72h e informar a su pediatra
 - CMV en orina positivo:
 - Contacta a familia para adelantar repetición de tamizaje.
 - Solicita evaluación por infectología.
 - Registra plan de atención e RCE.

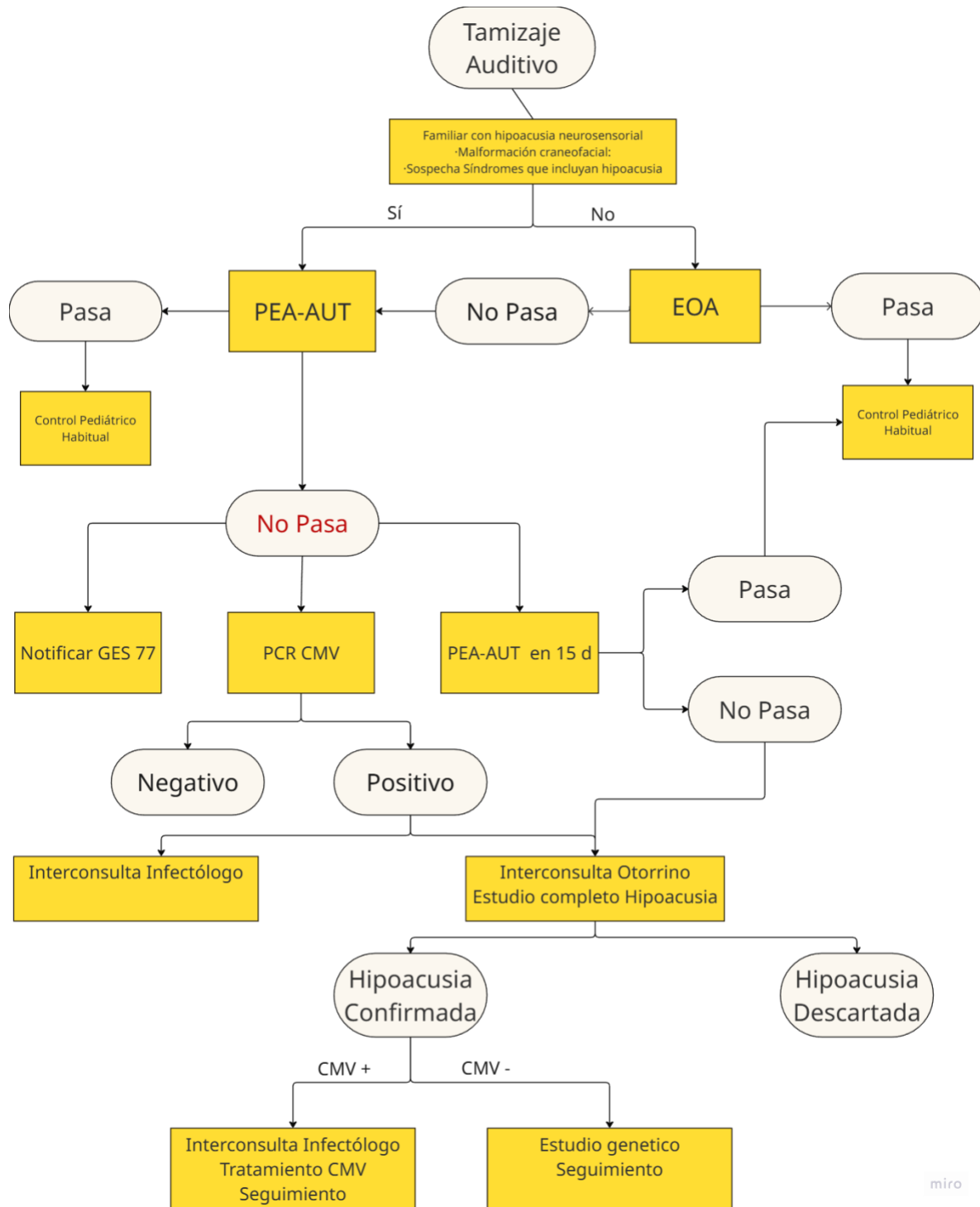
TAMIZAJE DE REPETICIÓN AMBULATORIO (PEA-AUT):

Si repetición de tamizaje NO PASA

- **TM:**
 - Deriva a otorrinolaringólogo (ORL) para estudio de confirmación de sordera.
 - Envía mail prematuro@neored.net identificando el nombre del paciente
- **Pediatra control ambulatorio Indisa:** revisa antecedentes del RN y si CMV positivo: coordina interconsulta precoz con ORL y con infectología y deja establecido en RCE plan de eventual estudio genético y/o tratamiento de CMV.
- **Si el paciente no se controla en Indisa:** pediatra sala cuna contacta a la familia para sugerirle control con especialistas de la clínica y registra en RCE información entregada.



Diagrama de flujo: Tamizaje Hipoacusia



miro

Referencias

1. Alvo, A., Der, C., & Délano, P. H. (2010). *Tamizaje universal de hipoacusia en el recién nacido*. **Revista Hospital Clínico Universidad de Chile**, **21**, 170–176.
2. Berg, A., Spitzer, J., Towers, H., Bartosiewicz, M., & Diamond, B. (2005). *Newborn hearing screening in the NICU: Profile of failed auditory brainstem response/passed otoacoustic emission*. **Pediatrics**, **116**, 933–997.
3. Chung, P. K., et al. (2023). *Targeted screening for congenital cytomegalovirus infection after failed newborn hearing screening*. **Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition**, **108**(3), 302–308.
4. Ferrán, A., Tobar, C., Aranda, C., Barja, S., & Délano, P. H. (2024). *Infección congénita por citomegalovirus, hipoacusia y tamizaje neonatal: Una actualización*. **Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**, **84**(1), 77–84.
5. Fowler, K. B., et al. (2008). *Newborn hearing screening and detection of congenital cytomegalovirus infection*. **Pediatrics**, **121**(5), 970–975.
6. Joint Committee on Infant Hearing: American Academy of Pediatrics. (2007). *American Academy of Audiology position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs*. **Pediatrics**, **120**, 898–921.
7. Joint Committee on Infant Hearing. (2019). *Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs*. **Journal of Early Hearing Detection and Intervention**, **4**(2), 1–44.
8. Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Guía de práctica clínica: Hipoacusia en recién nacidos, niños y niñas menores de 4 años*. Santiago: MINSAL.
9. Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Circular N° 04: Instruye sobre derivación desde APS por tamizaje auditivo universal*. Santiago: División de Prevención y Control de Enfermedades.
10. Ohyama, S., Morioka, I., Fukushima, S., Yamana, K., Nishida, K., Iwatani, S., Fujioka, K., Matsumoto, H., Imanishi, T., Nakamachi, Y., Deguchi, M., Tanimura, K., Iijima, K., & Yamada, H. (2019). *Efficacy of valganciclovir treatment depends on the severity of hearing dysfunction in symptomatic infants with congenital cytomegalovirus infection*. **International Journal of Molecular Sciences**, **20**(6), 1388. <https://doi.org/10.3390/ijms20061388>
11. Rohren, L., Shanley, R., Smith, M., Yue, M., Huang, T. C., Nelson, P., Hernandez-Alvarado, N., Schleiss, M. R., & Gravel, K. E. (2024). *Congenital cytomegalovirus-associated sensorineural hearing loss in children: Identification following universal newborn hearing screening, effect of antiviral treatment, and long-term hearing outcomes*. **Ear and Hearing**, **45**(1), 198–206. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001411>
12. Sedano, C., Sánchez, A., & Urzúa, S. (2018). *Realidad nacional de los programas de detección auditiva temprana con miras a la cobertura universal*. **Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**, **78**(1), 9–18.