

**ENFERMEDADES DETECTADAS EN PREGEN TRADICIONAL**

EXAMEN	ENFERMEDADES DESCARTADAS	VALORES NORMALES	OBSERVACIONES
<b>TSH NEONATAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipotiroidismo congénito (HC)</li> <li>Hipotiroidismo congénito transitorio</li> </ul>	< 15 uUI/ml	Más del 95% de los recién nacidos diagnosticados con HC no presentan síntomas al nacer. Su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado repercute directamente sobre el desarrollo neurológico del niño, ya que su diagnóstico tardío provoca retraso mental irreversible. Un bebé que no ha recibido tratamiento para HC puede presentar además hiperbilirrubinemia persistente, edema (hinchazón generalizada), hernia umbilical, fontanelas agrandadas; posteriormente en forma gradual presentará somnolencia, hipo actividad, dificultades alimentarias, macroglosia, hipotermia, estreñimiento, piel seca y amarillenta, llanto ronco, palidez, incluso la muerte si no se inicia el tratamiento. Tan pronto es confirmado el HC debe iniciarse tratamiento de reemplazo con un medicamento llamado Levotiroxina. Es necesario que el paciente sea tratado y monitoreado por un médico Endocrinólogo pediatra.
<b>BIOTINIDASA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiencia de Biotinidasa completa</li> <li>Deficiencia de Biotinidasa parcial</li> </ul>	> 74 U	Los recién nacidos con deficiencia de Biotinidasa parecen normales al nacer. Esta enfermedad genética se debe una alteración en el organismo que impide utilizar la Biotina, una vitamina necesaria para nuestro metabolismo y el adecuado funcionamiento del organismo. Si no es tratada los pacientes pueden presentar un grave daño neurológico irreversible manifestado por hipotonía, retraso en el desarrollo y posterior retraso mental, convulsiones, pérdida auditiva y ceguera, además de conjuntivitis, erupciones cutáneas, caída del cabello y problemas respiratorios. El tratamiento es simple y requiere dosis diarias de Biotina.
<b>HEMOGLOBINOPATIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de hemoglobina S en estado homocigoto (Anemia Falciforme)</li> <li>Rasgo de hemoglobina S</li> <li>Rasgo de hemoglobina C</li> <li>Hemoglobina de Bart's</li> <li>Rasgos de Hemoglobina E</li> <li>Alfa talasemia</li> <li>Beta Talasemia</li> <li>Variantes de Cadena Beta y Alfa</li> </ul>	HEMOGLOBINA FA	En el período neonatal se presenta una transición de la producción de hemoglobina fetal primaria (HbF) a la hemoglobina adulta (HbA). Las enfermedades asociadas a la producción de eritrocitos Falciformes (enfermedades de Hb S, C S/C, S/O y S/D) con frecuencia aparecen durante el primer o segundo año de vida y se manifiestan con desarrollo insuficiente, infecciones frecuentes en la infancia, dactilitis dolorosa y palidez. Los heterocigotos (ej.: Rasgo de hemoglobina C o S) son portadores sin rasgos clínicos. El Rasgo de hemoglobina C o S de un bebé aparece cuando recibe un gen de hemoglobina normal de un padre y un gen de hemoglobina C o S del otro padre. En algunos casos para confirmar diagnóstico se hace estudio de HB a los dos padres. El gráfico del resultado de la hemoglobina muestra los picos y valores, los porcentajes de cada hemoglobina en el bebé.
<b>FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)</b>	Fibrosis Quística	IRT < 70 ng/ml	El tamizaje inicial neonatal mide el nivel de IRT (Tripsinógeno inmunoreactivo). Un nivel elevado de IRT, conlleva una evaluación genética adicional o análisis complementarios para confirmar su diagnóstico. Esta enfermedad compromete el organismo en general pero especialmente el crecimiento, la función respiratoria y la digestión. Aunque la FQ es una enfermedad multisistémica, la principal causa de morbilidad es, en última instancia, el compromiso pulmonar. El diagnóstico temprano logra una mejora en la calidad de vida de estos recién nacidos, aplicando tratamientos para combatir las infecciones del tracto respiratorio y administrando suplementos nutricionales para evitar déficits de nutrición.
<b>G6PD</b>	Deficiencia de Glucosa -6- Fosfato Deshidrogenasa	G6PD > 2.6 U/ghb	La glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD) funciona por todo el cuerpo, pero su deficiencia se observa principalmente en sus efectos sobre los glóbulos rojos. Los bebés con deficiencia de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD) parecen normales al nacer; posteriormente pueden presentar ictericia neonatal y hemólisis, en algunos casos de tal gravedad que puede causar daños neurológicos e incluso la muerte. El tratamiento consiste en evitar diversos medicamentos que se dan de rutina para las infecciones y enfermedades en general, así como se requiere una vigilancia de los ingredientes de los alimentos preparados.
<b>GALACTOSA</b>	Galactosemia	> 3.5 U/gHb	Consiste en no poder metabolizar la galactosa del azúcar de la leche. La forma clásica de esta enfermedad puede presentar cataratas, cirrosis hepática, retardo mental y hasta la muerte si no se trata. El tratamiento consiste en eliminar la galactosa de la dieta, sustituyendo generalmente la leche por productos de soya.
<b>17 OH - PROGESTERONA HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA (HSC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hiperplasia Suprarrenal Congénita-Deficiencia de 21-Hidroxilasa perdedora de sal</li> <li>Hiperplasia Suprarrenal Congénita-Deficiencia de 21-Hidroxilasa -virilizante simple</li> </ul>	< 30 nmol/L	La causa de más del 90% de los casos de HSC es la reducción o ausencia de actividad de la enzima esteroide 21-Hidroxilasa. En los casos graves se provoca una secreción de aldosterona baja, pérdida de sales e hipovolemia, lo cual en combinación con la hipotensión y la hipoglucemia por deficiencia de cortisol, deriva en la muerte neonatal durante el primer mes de vida si no se reconoce y se trata adecuadamente. Los bebés con HSC son normales al nacer, en los casos graves la pérdida de sales se hace evidente entre 7-10 días; a las 2 o 3 semanas aparecen el desarrollo insuficiente, vómitos inexplicables, dificultades alimentarias, la hipovolemia y los choques. Los bebés femeninos con HSC que no han recibido tratamiento desarrollan los mismos síntomas, pero causa diversos grados de ambigüedad sexual al nacer.
<b>MUESTRA DE ORINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Argininemia</li> <li>Aciduria Argininosuccínica (Deficiencia de ASA Liasa)</li> <li>5-Oxoprolinuria (Aciduria Piroglutámica)</li> <li>Deficiencia de Carbamoilfosfato Sintetasa (Deficiencia de CPS)</li> <li>Cistinuria</li> <li>Citrulinemia (Deficiencia de ASA Sintetasa)</li> <li>Acidemia Isovalérica</li> <li>Homocistinuria</li> <li>Hipermetioninemia</li> <li>Síndrome de Hiperamonemia, Hiperornitinemia, Homocitrulinemia (HHH)</li> <li>Hisdinemia</li> <li>Hiperornitinemia con Atrofia de Circunvoluciones</li> <li>Enfermedad de la orina con olor a Jarabe de Arce (MSUD) Clásica</li> <li>Enfermedad de la orina con olor a Jarabe de Arce (MSUD) Intermedia</li> <li>Fenilcetonuria (PKU) Clásica</li> <li>Hiperfenilalaninemia moderada o benigna</li> <li>Hiperfenilalaninemia transitoria</li> <li>Deficiencia del Cofactor (Biopterina)</li> <li>Tirosinosis (Enfermedad de MEDE)</li> <li>Tirosinemia Neonatal Transitoria</li> <li>Tirosinemia Tipo I</li> <li>Tirosinemia Tipo II</li> <li>Tirosinemia Tipo III</li> </ul>	CF: NEGATIVO DNPH: NEGATIVO NNF: NEGATIVO NP: NEGATIVO BENEDICT: NEGATIVO CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS: NEGATIVO	Las aminoacidurias son Errores Innatos del Metabolismo (EIM), que se caracterizan por el incremento anormal de un aminoácido o de sus productos intermedios en la sangre y otros tejidos también con un aumento en su excreción en la orina. Estos trastornos son hereditarios aunque los padres sean sanos, ya que son recesivos y pueden provocar retraso mental severo e irreversible e incluso la muerte de los niños si no se diagnostican y tratan a tiempo, ya que casi siempre pasan inadvertidos durante los primeros días de vida. Un diagnóstico temprano proporciona un tratamiento eficaz basado en una restricción alimentaria que no contenga los aminoácidos que el organismo no puede metabolizar evitando secuelas y permitiendo que el paciente se desarrolle normalmente.



PARA MÁS INFORMACIÓN TE INVITAMOS A VISITAR:

<http://pregencolombia.com>

CARRERA 15A N° 106 - 42  
 PBX: 629 3877 - 637 2874  
 BOGOTÁ COLOMBIA