



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

CARTA NORMATIVA 15-0212

12 de febrero de 2015

A LAS ASEGURADORAS, GRUPOS MEDICOS, Y PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Asunto: Guía de Servicio Pediátricos Preventivos del Departamento de Salud

El Departamento de Salud aprobó las nuevas Guías de Servicio Pediátricos Preventivos dirigidas a todo proveedor de servicios de salud con el propósito de ofrecer los servicios preventivos acorde con la población identificada. Los servicios preventivos pediátricos deben ser ofrecidos a todo menor desde el momento de su nacimiento hasta los 21 años de edad. Es por esta razón que ASES le requiere a todas las Aseguradoras contratadas para ofrecer los servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno que emitan de inmediato una comunicación a los grupos médicos para que hagan circular las Guías entre los proveedores recordándoles y requiriéndoles el estricto y fiel cumplimiento con las mismas.

Copia del comunicado que se emita a los proveedores con respecto a las Guías deberá ser dirigido a la atención de la Sra. Milagros Soto Mejía de la Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos de ASES, a través del siguiente correo: msoto@asespr.org. Se adjunta copia del comunicado oficial emitido por la Dra. Ana Ríos Armendáriz, Secretaria del Departamento de Salud, de las Guías de Servicios Pediátricos Preventivos, Cuestionario sobre evaluación de riesgos para plomo y Cuestionario para evaluar riesgo de tuberculosis en población pediátrica.

Cordialmente;

William Ruiz Alejandro
Director
Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos

C: Dra. Ana Ríos Armendáriz, Secretaria del Departamento de Salud

Anejos:

Cuestionario para evaluar riesgos de tuberculosis en poblaciones pediátrica

Cuestionario sobre evaluación de riesgos para plomo

Guías de Servicios Pediátricos Preventivos

Comunicado oficial emitido el 3 de febrero de 2015 por la Dra. Ana Ríos Armendáriz, Secretaria del Departamento de Salud



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

3 de febrero de 2015

Ing. Ricardo A. Rivera Cardona
Director Ejecutivo
Administración de Seguros de Salud (ASES)
PO Box 195661
San Juan, PR00926-2706

Estimado Ingeniero Rivera:

Cumpliendo con nuestra labor ministerial de sentar la política pública de salud para Puerto Rico, nos place informarle que hemos completado la revisión de las Guías de Servicios Pediátricos Preventivos de acuerdo a las nuevas recomendaciones de Bright Futures y la Academia Americana de Pediatría. Para la revisión de estas guías contamos con el insumo de un grupo de expertos del campo de la salud pediátrica.

Adjunto copia de las Guías de Servicios Pediátricos Preventivos 2014, aprobada el 23 de enero de 2015.

Atentamente,

Ana C. Ríos Armendáriz, MD
Secretaria
Departamento de Salud



Preguntas sobre evaluación de riesgos

Cuestionario sobre evaluación de riesgos		
Pregunta	Respuesta	
	Sí	No
<p>1. ¿Vive su hijo en una casa o en un edificio construido antes de 1978 que presente pintura descascarada o agrietada o en el cual se haya realizado recientemente, se esté realizando o se planea realizar una restauración o remodelación, o visita habitualmente su hijo una casa o un edificio con las características mencionadas?</p> <p>Nota: Este lugar puede incluir una guardería infantil, el preescolar y el hogar de su nifera o de algún pariente.</p>		
<p>2. ¿Alguna vez han vivido su hijo o su familia fuera de los Estados Unidos o han llegado recientemente de algún viaje en el extranjero?</p>		
<p>3. ¿Tiene su hijo hermanos, amigos o vive con alguna persona que está recibiendo tratamiento por intoxicación con plomo?</p>		
<p>4. ¿Se lleva su hijo a la boca objetos como juguetes, joyas o llaves frecuentemente? ¿Ingiere su hijo sustancias no comestibles (pica)?</p> <p>Nota: Se debe destacar la posibilidad del hábito de llevarse juguetes a la boca debido a las retiradas recientes.</p>		
<p>5. ¿Está su hijo en contacto frecuente con algún adulto cuyo trabajo o hobby implique la exposición al plomo?</p> <p>Nota: Trabajos como pintar viviendas, renovar, construir, soldar o la alfarería. Ejemplos de hobbies: realizar tareas de alfarería o fabricación de vidrios, pescar, fabricar armas de fuego y coleccionar figuritas de plomo.</p>		
<p>6. ¿Vive su hijo cerca de alguna fundidora de plomo, planta de reciclado de baterías u</p>		



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

otra industria activa donde probablemente se libere plomo o vive su hijo cerca de alguna autopista principal con mucho tráfico donde el suelo y el polvo puedan estar contaminados con plomo?		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Nota: En caso de que dicha industria sea local, puede resultar necesario alertar a los padres o cuidadores. Haga toda pregunta adicional que pueda resultar específica a una comunidad en particular.

En caso de que la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores sea afirmativa, se considerará que el niño presenta riesgo de exposición a altos niveles de plomo y se le deberá realizar un análisis de plomo en sangre.

Questions or comments: dohweb@health.state.ny.us

Revisado: December 2007

- [Disclaimer](#)[Privacy Policy](#)[Accessibility](#)

Apéndice B: Cuestionario para Evaluar Riesgo de Tuberculosis en Poblaciones Pediátricas
 Las siguientes preguntas están diseñadas para determinar si una prueba de detección para infección latente de TB está indicada para su paciente pediátrico.

Nombre de Niño/Niña: _____ Fecha de Nacimiento del Niño/Niña: _____ Fecha de Cernimiento: _____

Preguntas para el Padre / Madre / Guardián	Seguimiento del Proveedor de Salud
<p>1. ¿Usted o su hijo/hija nació fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><u>Si contestó sí:</u> Indique en qué país usted y/o su hijo/hija nació:</p>	<p>Si el padre/madre o niño/niña nacieron en África, Asia, Latino América, el Caribe, las Islas Pacíficas, el Medio Oriente o Europa Oriental se le debe hacer una prueba de tuberculina o una prueba de sangre IGRA.</p>
<p>2. ¿Su hijo / hija ha viajado o vivido afuera de Puerto Rico o los Estados Unidos?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><u>Si contestó sí:</u> Indique a que país viajó o en qué país vivió su hijo/hija:</p> <p>¿Cuánto tiempo estuvo su hijo / hija fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos?</p>	<p>Si el niño/niña ha viajado a o vivido en África, Asia, Latino América, el Caribe, las Islas Pacíficas, el Medio Oriente o Europa Oriental por un periodo acumulativo de 1 semana se le debe hacer una prueba de tuberculina o una prueba de sangre IGRA.</p>
<p>3. Según su conocimiento, ¿ha estado su hijo / hija expuesto a alguien con enfermedad activa de TB?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><u>Si contestó sí:</u> ¿Cuándo ocurrió la exposición? ¿Cuál fue la naturaleza del contacto?</p>	<p>Si se confirma que el niño/a ha estado expuesto a un individuo con TB sospechada o confirmada, se le debe hacer una prueba de tuberculina o una prueba de sangre IGRA.</p>
<p>4. Según su conocimiento, ¿ha estado su hijo / hija expuesto a alguien con una prueba de tuberculosis positiva?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><u>Si contestó sí:</u> ¿La persona tenía enfermedad activa o infección latente? ¿Cuándo ocurrió la exposición? ¿Cuál fue la naturaleza del contacto?</p>	<p>Si se confirma que el niño/a ha estado expuesto a un individuo con TB sospechada o confirmada, se le debe hacer una prueba de tuberculina o una prueba de sangre IGRA.</p>

Adaptado del Cuestionario de Evaluación de Riesgo del Departamento de Salud del Condado de Los Ángeles en California.

Protocolo Uso de Pruebas para Detectar Infección Latente de Tuberculosis



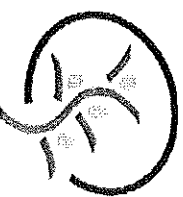
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

Guías de Servicios Pediátricos Preventivos 2014

Aprobado por

Ana C. Ríuz Armendáriz, MD
Secretaría
Departamento de Salud

23 de enero de 2015



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

UNIVERSALES	ACCIÓN	RN	1 sem.	1 mo	2 mo	4 mo	6 mo	9 mo
Historial y examen físico		X	X	X	X	X	X	X
Medidas peso/largo	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA	X	X	X	X	X	X	X
Circunferencia de cabeza	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA	X	X	X	X	X	X	X
Vigilancia crecimiento /desarrollo/comportamiento	OBSERVACION CLINICA E HISTORIAL	X	X	X	X	X	X	X
Inmunizaciones	Evaluar cumplimiento con esquema vigente. Administrar vacunas necesarias para cumplir con esquema	X	X	X	X	X	X	X
Guía Anticipatoria		X	X	X	X	X	X	X
Pruebas								
Cermimiento Auditivo	Ley 311, 2003 A infantes con pruebas positivas deben realizárseles la prueba confirmatoria antes de los tres meses de edad y recibir tratamiento definitivo antes de cumplir 6 meses de edad	X						
Cermimiento del Desarrollo	Administrar instrumento de cermimiento validado (ASQ última edición)							X
Cermimiento Neonatal	Ley 84, 1987	X						
Cermimiento Defectos Cardiacos Congénitos Críticos	Oximetría de pulso luego de las 24 horas nacido, antes de la alta; Ley 192, 2014	X						
Evaluación y cermimiento de salud oral	Cermimiento de riesgo para caries (Caries-risk Assessment Questionaire)						X	
SELECTIVOS	SELECCIÓN	RN	1 sem	1 mo	2mo	4 mo	6 mo	9 mo
Presión	Historial + de riesgo	*	*	*	*	*	*	*
Visión	Historial y físico +	*	*	*	*	*	*	*
Audición	Historial sugiere pérdida auditiva						*	*
Plomo **	Cermimiento de riesgo + (Questionario de riesgo)						*	*
Tuberculosis	Exposición casos TB/questionario de riesgos			*				*
Anemia	Historial y físico + prematuro/bajo peso						*	
Prophylaxis para caries	Cermimiento de riesgo para caries positivo. Historial materno caries +, examen físico +							*

Guías de Servicios Pediátricos Preventivos 2014

UNIVERSAL	ACCIÓN		12 mo	15 mo	18 m	24 m	30 m	36 m	48 m
Historial y examen físico	Historial de actividad física		X	X	X	X	X	X	X
Medida peso/ estatura	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA		X	X	X	X	X	X	X
Circunferencia de cabeza	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA		X	X	X	X			
Guía Anticipatoria			X	X	X	X	X	X	X
Vigilancia desarrollo	OBSERVACION CLINICA E HISTORIAL		X	X	X	X	X	X	X
Vigilancia conducta	OBSERVACION CLINICA E HISTORIAL		X	X	X	X	X	X	X
IMC/ BMI	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA					X	X	X	X
Presión Arterial								X	X
Inmunizaciones	Evaluar cumplimiento con esquema vigente. Administrar vacunas necesarias para cumplir con esquema		X	X	X	X	X	X	X
Pruebas detección									
Problemas Visuales	Evaluar objetivamente agudeza visual(ej: Snellen)							X	X
Problemas Auditivos	Audiometría								X
Anemia	Hematocrito o Hgb		X						
Autismo	Administrar instrumento MCHAT o Mchat-R/F a los 18 y a los 24 meses de edad				X	X			
Cernimiento del Desarrollo	Administrar instrumento de cernimiento validado (ASQ última edición)				X	X	X		
Evaluación y cernimiento de Salud oral	Cernimiento de riesgo para caries (Caries-risk Assessment Questionaire)		X		X	X	X	X	X
SELECTIVOS	EVALUACIÓN	ACCIÓN							
Presión Sanguínea	Historial +	BP	*	*	*	*	*	*	*
Visión	Historial y físico +	Oftalmólogo	*	*	*	*	*	*	*
Tuberculosis	Cernimiento de riesgo +	Tuberculina	*						*
Audición	Historial +	Audiólogo	*	*	*	*	*	*	*
Anemia	Historial y físico +	Hematocrito	X	*	*	*	*	*	*
Dislipidemia	Historial familiar y físico +	Panel lípidos en ayuna				*			*
Plomo**	Cernimiento de riesgo + (Cuestionario de riesgo)	Niveles plomo	*			*		*	*

	ACCION	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS
Historial y examen físico	Historial de actividad física	X	X	X	X	X	X
Peso/ estatura	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA	X	X	X	X	X	X
IMC/ BMI	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA	X	X	X	X	X	X
Presión Arterial		X	X	X	X	X	X
Guía Anticipatoria	Promover actividad física más del hora diaria/ disminuir tiempo en consolas a menos de 2 horas diarias	X	X	X	X	X	X
Vigilancia Desarrollo	OBSERVACION CLINICA E HISTORIAL	X	X	X	X	X	X
Vigilancia Conducta	OBSERVACION CLINICA E HISTORIAL	X	X	X	X	X	X
Inmunizaciones	Evaluar cumplimiento con esquema vigente. Administrar vacunas necesarias para cumplir con esquema	X	X	X	X	X	X
Pruebas							
Agudeza Visual	Evaluación Objetiva (ej:Snellen)	X	X		X		X
Cernimiento auditivo	Visita audiólogo	X	X		X		X
Dislipidemia	Cernimiento: panel lípidos en ayuna					(Una	Vez)
Salud Oral	Visita dental para limpieza y evaluación 2 veces al año	X	X	X	X	X	X
SELECTIVO	EVALUACIÓN						
Visión	Historial y físico +			*		*	
Audición	Historial +			*		*	
Anemia	Historial y físico +			*	*	*	*
Plomo	Cernimiento de riesgo+		*				
Tuberculosis	Cernimiento de riesgo+	*	*	*	*	*	*
Dislipidemia	Historial familiar y físico +		*		*		

UNIVERSALES	ACCIÓN	TEMPRANA 1-14 AÑOS	MEDIA 15-17 AÑOS	TARDÍA 18- 21 AÑOS
Historial detallado y examen físico	Incluir pélvico de estar activas sexualmente por 3 años o más. Historial de actividad física	Annual	Annual	Annual
Peso/ estatura	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA	Annual	Annual	Annual
IMC/ BMI	CLASIFICAR PERCENTILA EN GRAFICA	Annual	Annual	Annual
Presión Arterial	OBSERVACION CLINICA E HISTORIAL	Annual	Annual	Annual
Vigilancia Arterial	OBSERVACION CLINICA E HISTORIAL	Annual	Annual	Annual
Evaluación Conducta	Cermimiento conducta de riesgo: "CRAFT"	Annual	Annual	Annual
Evaluación presencia de Violencia y/o Depresion	Cermimiento de depresión, "Patient Health Questionnaire 9(PHQ9)	Annual	Annual	Annual
Promoción estilos de vida saludables	(Alimentación, Actividad Física, actividad sexual responsable y saludable)	Annual	Annual	Annual
Guía Anticipatoria		Annual	Annual	Annual
Inmunizaciones	Evaluar cumplimiento con esquema vigente. Administrar vacunas necesarias para cumplir con esquema	Annual	Annual	Annual
Pruebas				
Visión	Agudeza visual (prueba por profesional)	Una por etapa	Una por etapa	Una por etapa
Prueba en orina para Clamidia, Gonorrea	NAAT s		Una por etapa	Una por etapa
Dislipidemia	Panel lípidos en ayuna		Una por etapa	Una por etapa
VIH	Con consentimiento e información del significado de los resultados + o -			
Sifilis(VDRL)	laboratorio			Una por etapa
Salud Oral	Visita dental para limpieza y evaluación 2 veces al año	X	X	X
SELECTIVOS	EVALUACIÓN			
Visión	Historial y físico +	*	*	*
Audición	Historial + tinnitus	*	*	*
Anemia	Historial y físico +	*14	*	*18
Tuberculosis	Exposición casos TB +	*	*	*18
Dislipidemia	Historial familiar, físico +	Annual	Annual	Annual
ETS/VIH	Historial y físico +	Annual	Annual	Annual
Embarazo	Sospecha embarazo	Annual	Annual	Annual
Sifilis(VDRL)	NAATs positivo		*	*
Displasia Cervical	Actividad sexual > 3años	*	*	A los 21