



***Manual de Procedimientos del Proceso de Transición de las
Personas que han sido atendidas desde su Infancia en el
Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los
hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional.***

ESCENARIO HOSPITALARIO

Código MP.GM.DDSS. 04092019

Versión 01

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

2019

ELABORADO POR:	<p>Gerencia Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Marco Díaz Alvarado, Programa de Atención Integral a la Adolescencia. - Jeanina Balma Castillo, Programa de Atención Integral a la Adolescencia. - Juan Carlos Umaña Rojas, Programa de Atención Integral a la Adolescencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anggie Ramírez Morera, Asesora Metodológica, Area de Atención Integral a las Personas.
VALIDADO POR:	<p>Profesionales que integran el Equipo Técnico que diseña el Manual:</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Olga Arguedas Arguedas, Hospital Nacional de Niños - Pablo Pacheco Blanco, CENARE - Ana Laura Jiménez Chaverri, Hospital Nacional de Niños - Daniela Carvajal Riggioni, Hospital Nacional de Niños - Hazel María Gutiérrez Ramírez, Hospital Nacional de Niños - Miguel Ángel Meléndez Solano, Hospital Nacional de Niños - Karla Mariela Chaves Herrera, Hospital Nacional de Niños - Laura María Rosales Rosas, Hospital Nacional de Niños 	<ul style="list-style-type: none"> - María Félix Sánchez Solera, CENARE - Mariana Araya Núñez, Hospital San Juan de Dios - Mauricio Chacón Sánchez, Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud - Natalia Montes de Oca Vásquez, Hospital San Carlos - Patricia Montero Vega, Hospital México - Hannia Naranjo Córdoba, Hospital México - Raquel Jiménez Solís, Hospital San Juan de Dios - Karen Sánchez Rodríguez, CENARE
VALIDADO POR:	<p>Equipos Locales de Transición de la Red Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edder McCloud Sagot, Hospital Tony Facio - Ligia Bobadilla Mata, presidente, Fundación Proyecto Daniel - Mileydi Bolaños López, Hospital La Anexión - Noily Rivera Rodríguez, Hospital San Francisco de Asís - Yeimy Torres Quirós, Hospital Monseñor Sanabria - Yesennia Vilchez Pizarro, Hospital Enrique Baltodano Briceño 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento Coordinación Nacional de Enfermería <ul style="list-style-type: none"> o Coordinación Nacional Trabajo Social o Coordinación Nacional Nutrición o Coordinación Nacional de Odontología <p>Programa de Normalización en la Atención a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles</p>

COORDINADO POR:	Dr. José Miguel Angulo Castro, jefatura.	- Área de Atención Integral a las Personas
REVISADO POR:	Dra. Daisy Corrales Díaz, directora	- Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
APROBADO Y AVALADO POR:	Dr. Mario Ruiz Cubillo, gerente	- Gerencia Médica
FECHA REVISIÓN Y APROBACIÓN	2019	
PRÓXIMA REVISIÓN:	2021	
OBSERVACIONES	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Gerencia Médica. 	

PRESENTACION

El siguiente manual responde a los requerimientos de esta población tan vulnerable con necesidades especiales y normaliza el Proceso de Transición dentro de los establecimientos hospitalarios de la institución, por lo cual es de mucho agrado para esta Gerencia presentar este documento normativo e insta a que todas las instancias se comprometan ética y administrativamente a la aplicación del mismo de la manera más pronta, ágil y oportuna.

La transición de personas adolescentes portadoras de enfermedades o condiciones de salud crónicas desde los servicios pediátricos a establecimientos hospitalarios creados para atender personas adultas es un proceso programado y planificado, lo que provoca un impacto al pasar de la atención pediátrica a la de adultos, busca fomentar su autonomía, comprender su situación de salud y manejar en forma eficiente sus necesidades de salud. El objetivo es maximizar el funcionamiento y el potencial de desarrollo de esta población a través de la prestación de servicios de atención de salud de alta calidad, y que continúen sin interrupción hasta la edad adulta. En cambio, la transferencia sin un proceso de transición es un traspaso desde servicios pediátricos a adultos, sin planificación ni programación.

Es por eso que el Proceso de Transición nace en la Junta Directiva de la CCSS, Acuerdo Sesión 8331 del 12 de marzo de 2009, en el Artículo 5 que declara la transición de la persona menor de edad con enfermedades crónicas a otros niveles de atención como "un asunto de alto interés y prioridad de la Institución". Los(as) usuarios(as) meta de este proceso son las personas adolescentes que han sido atendidas desde su niñez en el Hospital Nacional de Niños por ser portadoras de una condición de salud crónica y son referidas ya sea por su edad o por criterio médico para la continuidad de la atención a otros hospitales de la Institución.

Para que ese traslado sea adecuado, se debe tomar en cuenta las necesidades de la persona adolescente, familia y/o cuidadores, pero también el nuevo Equipo Tratante del Hospital de Referencia requiere de un espacio de tiempo para planificar la adquisición de los insumos, medicamentos, y equipos (si fuera necesario) que la persona referida necesita.

Durante ese tiempo de Transición entre establecimientos hospitalarios se le brinda al Equipo Tratante del Hospital Nacional de Niños, una herramienta denominada "Lista de Verificación" que le sirve para corroborar que las necesidades de la persona adolescente han sido suplidas en el Hospital de Referencia, y con las mismas satisfechas realizar un proceso más humano y sensible.

GERENCIA MEDICA

Dr. Mario Felipe Ruiz Cubillo

Gerente

INDICE

1. INTRODUCCION	6
2. DEFINICIONES, ABREVIATURAS Y SIMBOLOS.....	7
3. REFERENCIAS NORMATIVAS.....	10
Cuadro 1.....	10
Referencia Normativa	10
4. ALCANCE.....	12
5. OBJETIVO GENERAL.....	12
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
7. METODOLOGIA	12
8. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO.....	13
9. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO.....	13
10. CONTENIDO	13
Cuadro 2	15
Distribución de las referencias del HNN a otros hospitales por Categorías CIE-10 y patologías más frecuentes en el periodo enero 2012/ junio 2014.....	15
Cuadro 3	16
Distribución de las referencias del HNN a otros hospitales por Categorías CIE-10 y patologías más frecuentes en el periodo enero 2018/ agosto 2019.	16
PROCESO DE PRETRANSICION.....	18
Cuadro 4	20
Competencias y Habilidades de la Persona Adolescente en Proceso de Pre-Transición	20
PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL HNN	26
PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA	27
PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN “HUMBERTO ARAYA ROJAS” (CENARE).....	29
SOLUCION DE INCONFORMIDADES DEL USUARIO CON LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	30
RESPONSABILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE RECIBEN LOS USUARIOS.....	30
10.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.....	31
DIAGRAMA DE FLUJO.....	35
11. MONITOREO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	39
12. CONTACTO PARA CONSULTAS	40
13. ANEXOS	41
ANEXO 1:.....	41
Propuesta de Matriz Modelo del Registro de Usuarios en Proceso de Transición.....	41
ANEXO 2:.....	42
Formulario de Referencia a Especialista	42
ANEXO 3.....	44
Boleta de Referencia Interna a la Oficina Local de Transición del HNN.....	44
ANEXO 4.....	45
Criterios de Referencia de usuarios del Servicio de Odontología del HNN a otros Hospitales.....	45
14. REFERENCIAS	48



1. INTRODUCCION

Según informe del Departamento de Salud de los EE. UU. de octubre de 2008, el 90% de los niños y adolescentes con cuidados médicos especiales llegan a la adultez. Este cambio en la supervivencia de muchos pacientes con enfermedades complejas, que antes eran atendidos únicamente en el ámbito pediátrico, presenta un panorama y una necesidad diferente, no sólo de atención médica sino también dentro del contexto social, que ha dado como resultado que ésta población debe encontrar un camino para incorporarse al sistema de salud de adultos. (Department of Health and Human Services, 2010)

La Sociedad Americana de Medicina del Adolescente describe la transición como: “El movimiento planificado y decidido de adolescentes y adultos jóvenes con condiciones médicas y físicas crónicas de salud, desde sistemas de asistencia sanitaria centrados en el niño a sistemas orientados al adulto”.

El Proceso de transición no es un evento final, representado por la elaboración de una referencia al Especialista para el otro establecimiento de salud que continuará con la atención de la persona usuaria. Debe ser un proceso dinámico, gradual y multidisciplinar, pues implica un flujo de actividades planeadas en el tiempo para preparar a la persona adolescente, su familia y/o cuidadores o encargados del mismo, pero también es un tiempo de planificación para el nuevo equipo de salud que atenderá a la persona, de forma tal que se brinde la continuidad del tratamiento minimizando la posibilidad de aparición de complicaciones derivadas de la pérdida de control (comorbilidad) o abandono del tratamiento. Otro aspecto importante de este periodo es minimizar el impacto durante el proceso generado por el tiempo que conlleva los trámites de medicamentos no LOM, insumos y equipo médico específico para la atención en el hogar, listas de espera en Especialidades y otros factores.

Con el fin de minimizar el impacto negativo es necesario la sensibilización y participación organizada, responsable y comprometida de todos los actores que intervienen, de forma tal, que se procure la mejora de la calidad de vida, tomando en cuenta las características del individuo y su entorno logrando dentro de lo posible la autonomía progresiva de la persona adolescente.

La meta de este proceso debe ser lograr una atención centrada en la persona usuaria, en donde la persona adolescente referida, sus familiares y/o cuidadores sean identificados y sensibilizados para comprender que el proceso de transición es una etapa más en el desarrollo individual del curso de vida, con la incorporación de nuevas responsabilidades y toma de decisiones para enfrentar los nuevos retos, que consideren aspectos como auto cuidado, independencia, conocimiento de su patología y aceptación de la transición hacia el otro hospital de referencia.

La población meta del proceso de transición son las personas usuarias referidas del HNN a otros hospitales de la Institución y que cumplen los siguientes criterios:

- ✓ **Con una edad mayor de 12 años.**
- ✓ **Portador de una enfermedad o condición de salud según el CIE 10 incluida en el Listado avalado por las Jefaturas de Servicio del HNN durante el año 2013.**



✓ **Referida para la continuidad de su atención a otro hospital de la institución.**

En respuesta a la solicitud de GM 38388-2 fechada 23 de noviembre del 2012, la Gerencia Medica avala y solicita a los Directores de los hospitales de la red, la integración de los equipos pertinentes para tal fin con la responsabilidad de facilitar un adecuado seguimiento del acceso y continuidad de ésta población denominados "**Equipos Locales de Transición (ELT)**".

Durante el año 2014 se realizó un análisis retrospectivo de las referencias emitidas por el HNN del 2012 al 2014 que refleja el perfil de las Personas que han sido atendidas desde su Infancia en el HNN y que son referidas a los hospitales de la Red Institucional, se concluyó que además de personas referidas portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles, también se trasladan adolescentes portadores de otras condiciones de salud como malformaciones congénitas, y que ameritan seguimiento y continuidad durante todo el curso de vida en un centro hospitalario.

Además, se ha elaborado normativa relacionada con problemáticas específicas de esta población durante el proceso de transición, dentro de las cuales se han desarrollado las siguientes:

1. Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.08092016, Entrega de Formula Enteral Libre de Lactosa a niños, niñas y adolescentes que se derivan del Hospital Nacional de Niños hacia otros hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.
2. Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS. 280119, Traslado de usuarios mayores de 18 años diagnosticados con enfermedades genéticas y metabólicas (enfermedades raras y huérfanas) del Hospital Nacional de Niños al Hospital San Juan de Dios y otros centros con capacidad resolutive.

El siguiente manual de procedimientos establece las intervenciones y los responsables para un adecuado proceso de transición en los hospitales de la Red institucional.

2. DEFINICIONES, ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

En este apartado se incluyen para su comprensión las definiciones, símbolos y abreviaturas que se indican en el documento. Se hace uso de conceptos ya existentes o formalizados en la Institución, cuando esto es posible. Las definiciones y abreviaturas se describen en orden alfabético.

1. Acceso

Facilidad con la que los usuarios pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado (Modificado de OPS/OMS 2001)

2. Atención Diferenciada para Adolescentes:

Hace referencia a una estrategia de atención que permita atender las necesidades de salud de la población adolescente, tomando en cuenta sus particularidades y condiciones de accesibilidad a los servicios, para ofrecer una atención integral con calidez y calidad basada en la evidencia (CCSS, 2009). La atención debe ser diferenciada de acuerdo a la edad de las personas adolescentes, su género, lugar de procedencia, cultura y otras particularidades especiales. (CCSS 2015)

3. Atención Integral

Es la atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud. CCSS. Reglamento del Seguro de Salud No. 7082 1996. (Actualizado 2003).



El abordaje de las personas como un todo, en respuesta a una necesidad de prestación de servicios de salud. En concordancia a la necesidad presentada, puede incluir intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. Además, puede incluir soporte físico, psicológico y social, considerando el contexto familiar y comunitario del individuo. (CCSS 2016)

4. Complejidad

El grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por éste. Se considera que la complejidad está compuesta por los siguientes elementos: Grado de diferenciación de todos los servicios (finales, intermedios y administrativos) Grado de especialización y capacitación del recurso humano Equipamiento.

(OPS/CCSS 1997)

5. Continuidad

El grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son percibidos por los usuarios como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud.

(Modificado de BMJ 2003)

6. Coordinación del Proceso de Transición:

Grupo interdisciplinario designado por la Gerencia Médica responsable de liderar los procesos relacionados con la transición dependiente del Programa de Normalización para la Atención Integral a la Adolescencia del Área de Atención Integral a la Personas. (Elaboración Propia / PAIA 2018)

7. Educación para la Salud

Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

(Modificado de OPS/OMS 1996)

8. Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes. (OMS/OPS 2018)

9. Enfoque Centrado en las Personas:

Este enfoque centrado en las personas pretende mejorar la atención de las personas en los servicios de salud, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad. Como característica esencial de la atención en salud centrada en las personas, se debe proporcionar una mejor respuesta a sus necesidades, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado que asegure que sean atendidas con respeto. (CCSS 2016)

10. Equipo Local de Transición:

Grupo interdisciplinario designado por la Dirección de cada Hospital, conformado preferiblemente por un Profesional en medicina, enfermería y trabajo social, cuya responsabilidad es verificar el acceso y continuidad óptimos para la atención de ésta población en los diferentes servicios de salud de la Institución cuando esta población es referida del HNN. Para este Equipo es necesario el apoyo del funcionario de REDES o de la Unidad de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 9 de 50
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	<i>Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional.</i>	Código MP.GM.DDSS. 04092019 Versión 01

Citas cuya responsabilidad es verificar la asignación de la cita contra el Listado enviado. (Elaboración Propia / PAIA 2018)

11. Formulario de Referencia a Especialista:

Es el registro de salud mediante el cual se documenta el traslado de pacientes entre centros de un mismo nivel, centros de un nivel a centros de otro nivel de la misma red de servicios, centros de diferentes redes de servicios, o incluso, entre Instituciones, para efectos de continuidad de la atención, debiendo ser utilizado por los profesionales en salud facultados para referir o contra referir pacientes a los servicios de consulta externa y de urgencias. (CCSS 2013)

12. Interdisciplinariedad

El encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, las que mantienen sus aspectos teóricos o empíricos respectivos, conservan la especificidad de sus esquemas conceptuales, procedimientos científicos y el respeto mutuo de los objetivos y prácticas. (Modificado Criado M/ Barchiett AM 2005)

13. Intervención de salud

Es una actividad realizada a una persona, o a una población, cuyo objetivo es mejorar, evaluar o modificar la salud, funcionamiento o condiciones de salud. (WHO 2012)

14. Listado de Enfermedades avalado por las Jefaturas de Servicio del HNN:

Listado de Enfermedades según Clasificación CIE 10 consideradas como Enfermedades de alta complejidad y que ameritan seguimiento y control estricto en un hospital, avalado por las Jefaturas de las Especialidades del Hospital Nacional de Niños en el año 2013. (HNN 2013)

15. Necesidad de salud

Conjunto de requerimientos normativos que tienen los usuarios durante su ciclo de vida para mantener, recuperar y mejorar su salud, así como alcanzar una condición saludable deseable. (Modificado CCSS 2008)

16. Oportunidades perdidas

Toda circunstancia en que una persona acude a un establecimiento de salud y no recibe las intervenciones de prestación de servicios de salud que le corresponden de acuerdo con la normativa vigente, según sus condiciones de riesgo. (OPS/CCSS 1997)

17. Proceso de Pre-Transición:

Se entiende ésta etapa como el tiempo necesario para cumplir con las intervenciones en salud de forma integral, oportuna, eficaz, eficiente y de calidad en las diferentes disciplinas y especialidades del Hospital Nacional de Niños, que brindan atención a la persona desde el diagnóstico de su enfermedad hasta la elaboración de la referencia al otro establecimiento hospitalario. (Elaboración Propia / PAIA 2018)

18. Proceso de Transición:

Proceso mediante el cual se traslada la atención en salud de las personas adolescentes que han sido atendidas desde su infancia en el HNN y que son referidos para su seguimiento integral en un servicio de atención hospitalario homologado. Una transición se considera exitosa cuando la continuidad de la atención en salud, es el resultado de un proceso activo, planificado y fluido, sin interrupciones, como parte de un continuo en el cuidado individual, más que un traspaso administrativo de un establecimiento de salud a otro. (Elaboración Propia / PAIA 2018)



19. Servicio Amigable:

Se definen como aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera que sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones (Moreno y otros, 2008). Significa servicios diseñados para adolescentes y jóvenes, que tengan en cuenta sus necesidades específicas en salud, entiendan sus formas de vida y su modo de vincularse socialmente, además de que se encuentren libres de obstáculos que los servicios tradicionales han presentado (Bernery y otros, 2009).

20. Persona Usuaría Meta:

Personas que han sido atendidas desde su Infancia en el HNN cuyo diagnóstico se encuentra incluido en el listado de enfermedades de alta complejidad avalado por el HNN que son referidas a los hospitales de la Red Institucional. (Elaboración Propia / PAIA 2018)

ABREVIATURAS

AAIP. Área de Atención Integral a las Personas.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CCF: Comité Central de Farmacoterapia.

ELT: Equipo Local de Transición

HNN: Hospital Nacional de Niños

PAIA: Programa Normalización de la Atención Integral a la Adolescencia

3. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se hace mención al fundamento normativo que respalda el desarrollo de los procedimientos.

Cuadro 1.

Referencia Normativa

NÚMERO	NOMBRE DE NORMATIVAS	AÑO
NORMATIVA INTERNACIONAL		
NA ¹	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
NA	Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969
LEYES, DECRETOS Y REGLAMENTOS NACIONALES		
Ley 17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social	1943
Ley 8261	Ley de la Persona Joven	
NA	Constitución Política de Costa Rica	1949

¹ NA= No tiene número.



Ley 5935	Ley General de Salud	1973
Ley 7600	Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	1996
Ley 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia	1998
Ley 8239	Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2002
Decreto Ejecutivo N°32612-S	Reglamento a la Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados	2005
N° 39088-S	Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes	2015
	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA)	2010-2018
LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES		
NA	Reglamento General de Hospitales Nacionales	1971
7082	Reglamento del Seguro de Salud	1996
Sesión 8139	Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente	2007
Sesión 8331	Creación del Programa de Transición Niño(a) Adolescente Adulto(a) con enfermedades crónicas	2009
GM 38388-2	Aval y diseminación del Protocolo Transición del Niño(a) Adolescente Adulto con Enfermedades Crónicas, Integración de Equipos	2012
GM-MDA 0194-15	Integración del Programa de Transición a Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	2015
NA	Plan Estratégico Institucional 2015-2018	2015
M.GM. DDSS 06 versión 02	Manual metodológico para la construcción de un manual de procedimientos.	2016
DDSS-1667-17	Proceso de Transición Niño(a) Adolescente Adulto(a) con Enfermedades Crónicas – Organización del Servicio	2017
DDSS-0627-18	Solicitud convocatoria equipo conductor para la elaboración de Normativa Técnica para el proceso de transición de la persona que ha sido atendida desde su niñez en el Hospital Nacional de Niños y que es referida a otros establecimientos para la continuidad de la atención.	2018
Sesión 8972 art. 3	Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia	2018



4. ALCANCE

Este manual tiene alcance en los establecimientos hospitalarios (incluyendo el HNN) de la Institución, que por su nivel de complejidad está en capacidad de brindar la continuidad de la atención a las personas que han sido atendidas desde su infancia en el HNN y son referidas a otros hospitales.

Esta dirigido a personal administrativo y de salud de los establecimientos hospitalarios institucionales.

(No aplica el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes)

5. OBJETIVO GENERAL

Garantizar que el proceso de transición de las personas que han sido atendidas desde su infancia en el HNN y son referidos para la continuidad de la atención, cuenten con una red de establecimientos hospitalarios preparada, con equipos locales de transición definidos, capacitados y con comunicación interdisciplinaria para el abordaje de las necesidades y requerimientos de las personas referidas.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Definir los procedimientos y estrategias en los Hospitales para que respondan a los requerimientos y necesidades durante las etapas del proceso de transición en esta población.
- ✓ Estandarizar en los Hospitales (incluyendo HNN) el proceso de transición de las personas que han sido atendidas desde su infancia en el HNN, con referencia a otro establecimiento hospitalario para la continuidad de la atención.

7. METODOLOGIA

Por medio del oficio DDSS-0627-18 del 11 de mayo de 2018, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, realiza la solicitud formal para la convocatoria de un equipo conductor para la elaboración de normativa técnica para el proceso de transición de la persona que ha sido atendida desde su niñez en el Hospital Nacional de Niños y que es referida a otros establecimientos hospitalarios para la continuidad de la atención.

Con el fin de contar con representación de los hospitales según su nivel de complejidad se realiza la convocatoria a los siguientes hospitales: Nacional Especializado, Nacional General y Periférico, se convoca a participar a funcionarios(as) del Hospital Nacional de Niños, Hospital San Juan de Dios, Hospital México, Hospital San Carlos, CENARE.

El equipo técnico realizó reuniones presenciales para la construcción, exposición de cambios y/o propuestas al documento, además de los aportes vía digital con el fin de consolidar un documento técnico que incluyera la visión de los hospitales según sus diferentes niveles de complejidad.

Posteriormente se realiza un proceso de validación del documento, por medio de la Metodología Delphi Modificada para Consensos a los equipos locales de transición hospitalaria en los establecimientos hospitalarios: Hospital San Francisco de Asís, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital La Anexión, Hospital Tony Facio, Hospital



Enrique Baltodano Briceño, Coordinaciones Nacionales de Enfermería, Trabajo Social, Programa de Normalización en la Atención a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y la percepción de la opinión de las personas usuarias externas por medio de la consulta a la Asociación Proyecto Daniel con el fin de consolidar un documento final.

8. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO

Directores(as) de los establecimientos hospitalarios de la Institución.

9. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO

Dirección de Red de Servicios de Salud

Directores(as) de los establecimientos hospitalarios de la Institución.

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Atención Integral a las Personas

Programa de Normalización de la Atención Integral a la Adolescencia

10. CONTENIDO

La adolescencia es el momento vital ubicado entre los 10 años de edad y los 19 años y 11 meses (OMS), siendo un proceso integral, continuo, dinámico y permanente de crecimiento y desarrollo humano, de cambio, con metas y tareas específicas que trascienden la dimensión biológica.

Krauskopf (1997) la define como "El período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia".

Según consta en el oficio DG-HNN-1199-19 del 03 de junio de 2019, "La edad de atención en el Hospital Nacional de Niños comprende a pacientes hasta los 12 años, 11 meses y 29 días, en condiciones regulares. Sin embargo, aquellos pacientes con patología crónica compleja que iniciaron control antes de la edad supra citada en el HNN, podrían continuar atendándose hasta los 15 años a criterio de la Jefatura de Servicio. El período de transición deberá iniciarse, por lo menos dos años antes de ser referidos a un hospital de adultos. Para casos específicos, que no cuenten con homólogos en hospitales generales, la Dirección General tendrá la posibilidad de autorizar su atención hasta los 18 años de edad, previa solicitud planteada por el Jefe de Servicio respectivo".

En relación con las referencias emitidas a los Servicios de Odontología, según oficio ARSDT-CNO-0014 del 16 de agosto de 2019, la Coordinación Nacional de Odontología refiere " como solo se atienden pacientes con síndromes o patologías a nivel craneomaxilofacial y sistémica de la más alta complejidad en el HNN, la atención ha sido prioritariamente en Ortopedia Funcional y Cirugía Ortognática con ortodoncia, en los casos en que por definición de las prestaciones que brinda la Seguridad Social lo requiere y se mantienen los acuerdos para los criterios de referencia a otros Centros definidos, bajo el oficio LPH-MX-046-019/SOD-021-19/054-2019 COMF-HSJD, ver en el Anexo No 4.

Este grupo de adolescentes es referido a establecimientos institucionales creados para atender personas adultas, lo que provoca un impacto al pasar de la atención pediátrica a la de adultos, es por eso que el Proceso de Transición nace en la Junta Directiva de la CCSS, Acuerdo Sesión 8331 del 12 de marzo de 2009, en el Artículo 5

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 14 de 50
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	<i>Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional.</i>	Código MP.GM.DDSS. 04092019 Versión 01

que declara la transición de la persona menor de edad con enfermedades crónicas a otros niveles de atención como *“ un asunto de alto interés y prioridad de la Institución ”*.

Los(as) usuarios(as) meta de este manual están en éste periodo de vida, por lo que es necesario incorporar en esta etapa la promoción y prevención de la salud, aplicando el concepto de *“Oportunidad Perdida”*, en temáticas relacionadas con la adolescencia, específicamente lo relacionado con la continuidad de la atención especializada de su patología de fondo o condición de salud específica e incorporando el apoyo por parte de los Servicios Diferenciados y Amigables para Personas Adolescentes. Estos servicios se encuentran en periodo de implementación en los centros hospitalarios de la Institución desde el año 2016 y es uno de los enunciados primordiales de la Política de Atención Integral a la Adolescencia aprobada por Junta Directiva en junio del 2018. Con la integración de ambas intervenciones en los hospitales de la red, se pretende lograr una atención integral por medio del Equipo Tratante Especializado en el hospital de referencia y de los equipos de los Servicios Diferenciados, en donde se le brinde una intervención en salud especializada además del apoyo integral en prevención y promoción por parte de los servicios diferenciados, por medio de objetivos como:

- Brindar atención diferenciada e integral en salud a las y los adolescentes en los tres niveles de atención, ofreciendo servicios amigables, accesibles y de calidad que respondan a sus necesidades en salud y a los determinantes de esta.
- Desarrollar la regulación y normativa específica para la atención integral de las personas adolescentes, así como sistemas de información actualizados y accesibles sobre su situación de salud y la atención brindada a esta población.
- Promover en las personas adolescentes conocimientos, actitudes y prácticas, a través de acciones de información, educación y comunicación, que favorezca en ellas y ellos estilos de vida saludables.
- Garantizar la participación social de adolescentes, familias y comunidades desde una concepción de salud integral, que posibilite la generación de entornos saludables para el mejoramiento de su calidad de vida.
- Aprovechar las consultas para establecer un vínculo cada vez más sólido con el paciente y quien lo acompañe.
- Acompañar al paciente promoviendo la adquisición paulatina de autonomía.
- Posibilitar un espacio de contención para las familias y acompañantes de las personas adolescentes.

Con el fin de contextualizar el perfil de la población con los criterios de inclusión del Proceso de Transición, se realizó durante el año 2014 un ***“Perfil de las referencias emitidas del Hospital Nacional de Niños hacia otros Hospitales de la Institución en el período comprendido de enero de 2012 a junio de 2014”***, con una muestra de 3844 referencias.

Los resultados fueron evaluados por la Gerencia Medica y remitidos a la Dirección de Red de Servicios de Salud para su divulgación a todos los establecimientos hospitalarios, por medio del oficio GM-MDA-48564-14 durante el año 2014.

De este estudio se destacan las siguientes conclusiones:



Cuadro 2

Distribución de las referencias del HNN a otros hospitales por Categorías CIE-10 y patologías más frecuentes en el periodo enero 2012/junio 2014.

CATEGORÍA CIE 10	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Espina Bífida
	Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos
	Síndrome de Down
Enfermedades del sistema nervioso	Epilepsia
	Encefalopatía no Especificada
	Parálisis Cerebral sin otra especificación
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Diabetes Mellitus Insulinodependiente
	Hipotiroidismo Congénito
	Otros Trastornos de la Glándula Suprarrenal
Neoplasias	Leucemia Linfoide
	Enfermedad de Hodgkin, no especificada
	Linfoma no Hodgkin, no especificado
Trastornos Mentales y del comportamiento	Perturbación de la actividad y de la atención
	Autismo en la niñez
	Retraso mental leve
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	Escoliosis idiopática juvenil
	Artritis Juvenil no especificada
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Púrpura Trombocitopénica idiopática
	Anemia falciforme sin crisis
	Agranulocitosis

Con el objetivo de actualizar la información supra citada, se evidencia en el Cuadro 3, mediante la revisión de las referencias emitidas durante el año 2018 y hasta agosto de 2019, una muestra de 2785 referencias y se corrobora el mismo comportamiento del estudio de retrospectivo mencionado anteriormente.



Cuadro 3

Distribución de las referencias del HNN a otros hospitales por Categorías CIE-10 y patologías más frecuentes en el periodo enero 2018/ agosto 2019.

CATEGORÍA CIE 10	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q87.0 Síndromes de malformaciones congénitas que afectan principalmente la apariencia facial
	Q05.9 Espina bífida, no especificada
	Q21 Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos
	Q90.9 Síndrome de Down no Especificado
G00-G99 Enfermedades del sistema nervioso	G40 Epilepsia
	G80.9 Parálisis cerebral infantil, sin otra especificación
	C81.9 Enfermedad de Hodgkin, no especificada
C00-D48 Neoplasias	C91.0 Leucemia linfoblástica aguda
	D48.9 Tumor de comportamiento incierto o desconocido, de sitio no especificado
E00-E90 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E10 Diabetes mellitus insulino dependiente
	E70.1 Otras hiperfenilalaninemias
	E27.8 Otros trastornos especificados de la glándula suprarrenal
F00-F99 Trastornos mentales y del comportamiento	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizado
	F84.0 Autismo en la niñez
D50-D89 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	D57.1 Anemia falciforme sin crisis
	D58.0 Esferocitosis hereditaria
	D69.3 Púrpura trombocitopénica idiopática
M00- M99 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	M08.9 Artritis juvenil, no especificada
	M41.1 Escoliosis idiopática juvenil
L00-L99 Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	L93.0 Lupus eritematoso discoide

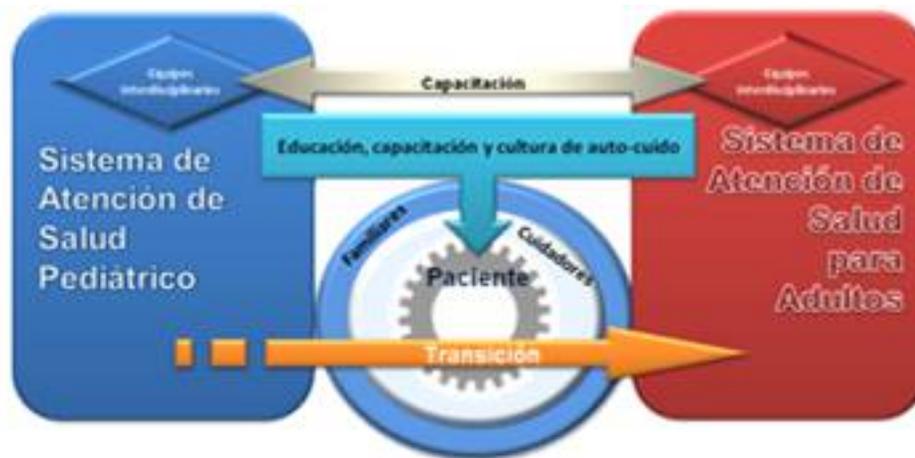
Fuente: Elaboración propia.

En otro orden, la Estructura institucional del Proceso de Transición se ubica dentro de los procesos funcionales del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), en el Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios, tiene un nivel operativo desarrollado por un nivel de coordinación institucional en el PAIA y Equipos Locales de Transición en los hospitales de la Red Institucional.



La figura 1 describe el Modelo del Proceso de Transición y las responsabilidades de los diferentes actores, el sistema pediátrico, el Sistema de Adultos y su interrelación.

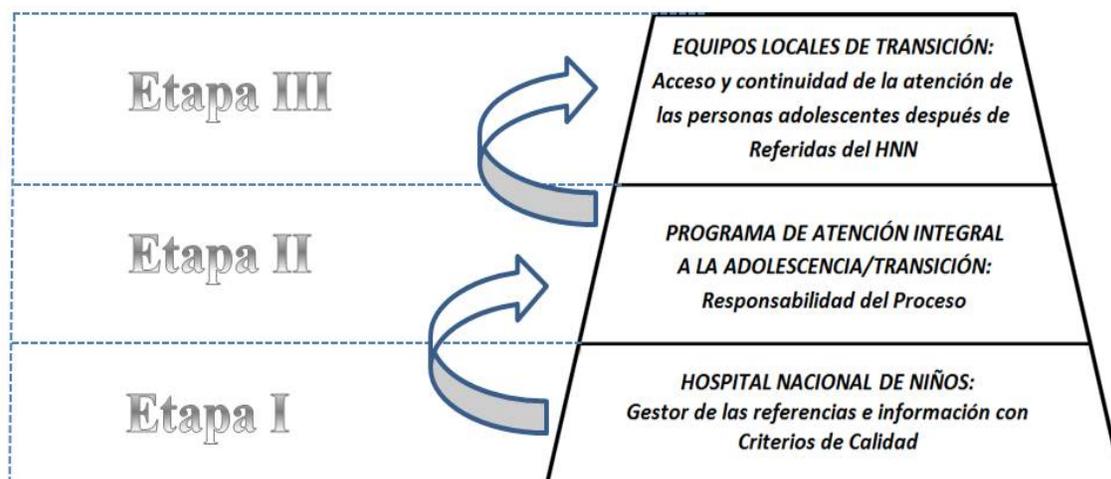
Figura 1
Modelo del Proceso de Transición



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las responsabilidades definidas en el proceso de transición y para una mayor comprensión se describen en la figura 2 las etapas y niveles de Atención:

Figura 2
Proceso de Transición y las responsabilidades de los niveles de Atención



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 18 de 50
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	<i>Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional.</i>	Código MP.GM.DDSS. 04092019 Versión 01

Fuente: Elaboración propia

Cabe resalta que en la "*Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia*" aprobada en Junta Directiva sesión 8972 Art. 3 del día 25 de junio de 2018, se incluye un Enunciado y dos estrategias para el desarrollo de éste tema:

"ENUNCIADO # 3: La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá las acciones desarrolladas en el Proceso de Transición de la Persona Adolescente que ha sido atendida desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que es referida a otros establecimientos de salud, para asegurar la continuidad de su atención con calidez y calidad.

Estrategias:

1. Fortalecimiento de las intervenciones centradas en las personas adolescentes, sus familiares y/o cuidadores y funcionarios institucionales en el proceso de pretransición y transición del Hospital Nacional de Niños a otros establecimientos de salud.
2. Normalización de los mecanismos y procedimientos del Proceso de Pretransición y Transición de la Persona Adolescente para asegurar la continuidad de la atención en la Red de Servicios de Salud."

La elaboración de este manual dará respuesta a estas estrategias fortaleciendo las intervenciones centradas en la población meta y sus familiares y/o cuidadores, en el Hospital Nacional de Niños visibilizando dos fases a saber: los procesos de pretransición y transición los cual dan inicio a partir de los siguientes criterios: criterio médico y/o por edad del usuario.

PROCESO DE PRETRANSICION

ACCIONES EN PRE-TRANSICION DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS.

FASE DE PREPARACIÓN:

El proceso de pretransición se entiende como el tiempo necesario para cumplir con las intervenciones en salud de forma integral, oportuna, eficaz, eficiente y de calidad en las diferentes disciplinas y especialidades del Hospital Nacional de Niños, que brindan atención a la persona desde el diagnóstico de su enfermedad hasta la elaboración de la referencia al otro establecimiento hospitalario.

El Hospital Nacional de Niños establece que esta fase debe iniciar al menos dos años antes del alta en ese establecimiento, con una duración máxima de 2 años, y como requisitos establecen:

- Evaluación de habilidades y destrezas para el auto cuidado.
- Evaluación y coordinación por Trabajo Social en casos necesario.
- Acompañamiento por el Servicio de Nutrición en casos necesario.
- Detección oportuna de las complicaciones de la enfermedad o problemas psico socioemocionales.
- Aplicación de la Lista de Verificación.
- Solicitud de citas de seguimiento.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 19 de 50
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	<i>Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional.</i>	Código MP.GM.DDSS. 04092019 Versión 01

ETAPAS IMPORTANTES EN EL PROCESO DE PRETRANSICION:

✓ **PLANIFICACIÓN**

Se recomienda preparar el proceso con tiempo necesario para que el profesional en salud se asegure en brindar la educación necesaria y fomentar el automanejo de su enfermedad a la persona adolescente y la independencia progresiva de los padres. (Adolescencia y transición, 2017)

✓ **AUTOCUIDADO Y AUTONOMÍA DE LA PERSONA ADOLESCENTE**

Un punto crítico detectado por personas adolescentes, cuidadores, profesionales en salud y descrito en la literatura internacional, es la dificultad en el desarrollo de la autonomía y el automanejo de la enfermedad crónica por el adolescente. Los programas de transición "Ready, Steady, Go" (Nagra et al.) del Reino Unido, y "ON TRAC" (Paone et al.) de Vancouver, Canadá, se basan en brindar a los adolescentes las herramientas necesarias para manejar eficazmente su enfermedad y tomar control sobre sus vidas.

Mencionan además que la intervención debe comenzar en forma precoz, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. Fomentar progresivamente el autocuidado de acuerdo con el nivel de desarrollo, capacidad cognitiva y situación emocional del adolescente. Identificar las necesidades y reforzar las fortalezas de cada adolescente en el período de transición.
2. Entregar en forma progresiva habilidades de autocuidado al adolescente: manejo de la enfermedad, autoimagen y autoestima, autoeficacia, tolerancia a la frustración, desarrollo progresivo de independencia, manejo estrés.
3. Evaluar y educar en: crecimiento y desarrollo, nutrición, salud mental, fertilidad, sexualidad, conductas de riesgo, educación vocacional.
4. Mantener amplia información a las personas adolescentes, familiares y/o cuidadores en cuanto a la enfermedad, tratamiento, pronóstico y también informar claramente acerca del momento y procedimiento de la transferencia.



Competencias y habilidades necesarias en la persona adolescente durante las diferentes etapas del proceso:

Cuadro 4

Competencias y Habilidades de la Persona Adolescente en Proceso de Pre-Transición

COMPETENCIAS Y HABILIDADES DE LA PERSONA ADOLESCENTE EN PROCESO DE PRE-TRANSICIÓN			
ETAPAS	PLANIFICACIÓN/ INICIACIÓN DE LA TRANSICIÓN	CAPACITACIÓN DEL PACIENTE	TRANSFERENCIA
Enfermedad	*Saber qué padece y explicar brevemente en qué consiste.	*Saber explicar con mayor detalle la enfermedad	*Profundizar en los conocimientos de la enfermedad, su potencial afectación multi sistémica y sus complicaciones. Reconocer los síntomas
Medicación	*Conocer el nombre de los fármacos, la dosis diaria y el horario establecido *Participar en la preparación y toma de la medicación supervisada por el cuidador. *Conocer los beneficios de la correcta administración y conocer los riesgos de la no adherencia.	*Reconocer el grado de afectación individual. *Profundizar en el conocimiento de los fármacos: indicación, preparación, conservación, efectos secundarios, riesgo de autonomía, interacciones medicamentosas, etc. *Autonomía en la preparación y toma de la medicación con la supervisión del cuidador. *Profundizar en los beneficios de la correcta administración y los riesgos de la no adherencia.	*Autonomía en la preparación y toma de la medicación con mínima supervisión del cuidador *Responsabilidad plena en la toma y el buen manejo de los medicamentos
Hábitos de Vida y Prevención	*Iniciarse en el conocimiento de hábitos de vida saludable (dieta, ejercicio físico), conductas de riesgo y sexualidad	*Conocer y promover hábitos de vida saludables, Educar sobre conductas de riesgo (drogas, alcohol), enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados	*Profundizar y promover en hábitos de vida saludables ausencia de conductas de riesgo, salud sexual y consejo reproductivo
Relación con el Equipo Asistencial	*Conocer al personal asistencial de referencia *Empezar a participar en la consulta e iniciarse en la comunicación con el equipo asistencial.	*Iniciar contacto con el equipo de adultos. *Actitud positiva sobre el equipo tratante del hospital de adultos, capaz de expresar dudas y de realizar preguntas	*Conocer al equipo asistencial de referencia, autonomía en la comunicación con el equipo asistencial.

Modificado Cooley et al

✓ PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y/O CUIDADORES

Un punto crítico es la necesidad de permanencia de la participación de los padres en el cuidado de la enfermedad y como interlocutores con el equipo de salud durante el proceso, es fundamental asegurar el acompañamiento de la familia y mantener la participación activa de los padres en los controles médicos y en la hospitalización, en forma paralela y complementaria al fomento progresivo del autocuidado y automanejo de la enfermedad por el adolescente.



✓ ***PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA ADOLESCENTE DE ACUERDO CON SU NIVEL DE DEPENDENCIA***

La participación de la persona adolescente debe considerar las características y necesidades propias de esta etapa de vida, el conocimiento de su patología, cómo afecta su vida y sus necesidades específicas en distintos ámbitos: salud, sociales, psicológicas, educacionales y vocacionales.

En el proceso se debe asegurar la posibilidad de la interacción directa de la persona adolescente con el equipo de salud y no siempre a través de los padres, además de hacer partícipe a las personas adolescentes y cuidadores en el diseño, implementación y evaluación de las actividades de todo el proceso de transición, de esta forma desarrollan sentido de control de su enfermedad e independencia

✓ ***APOYO EMOCIONAL A LAS PERSONAS ADOLESCENTES, SU FAMILIA Y/O CUIDADORES***

La enfermedad crónica repercute en forma significativa en el desarrollo de la adolescencia, así como sus características determinan el curso de la enfermedad crónica (Suris et al.). Es por esto por lo que un adolescente que vive con una enfermedad crónica presenta con mayor frecuencia síntomas emocionales y morbilidad psiquiátrica. Además, repercute en el funcionamiento familiar, sufriendo con frecuencia deterioro de la relación de pareja de los padres y distanciamiento en la crianza de los otros hijos. Es por esto por lo que durante este proceso es fundamental disponer de recursos para mantener y reforzar el apoyo emocional tanto para la persona adolescente como para la familia y/o cuidadores, a través de:

- Consejería y psicoeducación permanente.
- Atención psicológica, psiquiátrica individual, grupal, familiar, según necesidad.
- Fomento de la participación en agrupaciones de padres y agrupaciones de adolescentes portadores de igual enfermedad crónica.

✓ ***CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE PARES (Voluntariado)***

Se basa en la organización de grupos de voluntarios(as) adolescentes que desarrollen actividades con las personas adolescentes tanto en la Consulta Externa como en Hospitalización. Busca dar compañía, estimular y asistir a éstas personas que se encuentren hospitalizados ofreciendo un vínculo afectivo y contenedor que posibilite la disminución de su situación de vulnerabilidad y el ejercicio pleno de sus derechos. En los Hospitales Nacionales Generales existe la experiencia de la Asociación Proyecto Daniel que ofrece en el Servicio de Oncología, un espacio diferenciado y amigable para ésta población, además del acompañamiento Hospitalario de un voluntariado joven que cumplen las funciones anteriormente mencionadas.

✓ ***EL PROFESIONAL DEL HNN APLICA LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROCESO DE TRANSICIÓN***

Según criterio médico el profesional del HNN tomando en cuenta la condición en salud, edad y necesidades especiales del usuario, decide que el usuario(a) puede ser referido para continuidad de la atención en el Hospital de Referencia, en este momento aplica la Lista de Verificación del Proceso de Transición con el fin de comprobar que se haya concluido satisfactoriamente el proceso de Pretransición (si la persona adolescente está en capacidad de responder) y luego en cada cita de seguimiento deberá aplicar esta lista para corroborar si las necesidades del usuario(a) están satisfechas.



Cuadro 5 Lista de Verificación del Proceso de Transición

INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMULARIO:	
<ol style="list-style-type: none"> Este formulario es de uso exclusivo e interno para profesionales del Hospital Nacional de Niños. Debe llenarse el "Punto 1" cuando el Profesional de Salud decide iniciar el Proceso de Pre-Transición a otro establecimiento Hospitalario. Se debe asignar cita de seguimiento en el HNN, para verificar con el usuario(a) o con sus familiares, en este Formulario el acceso y continuidad de la atención del usuario referido al otro establecimiento. Si alguna de las preguntas de esta Lista de Verificación no se ha cumplido satisfactoriamente, se le debe asignar cita en el HNN hasta que las necesidades o requerimientos de la persona usuaria estén satisfechas. 	
Nombre:	Identificación:
Servicio que refiere del HNN:	Fecha:
Hospital de Referencia:	Servicio de Referencia:

PROCESO DE PRETRANSICIÓN 1-Si la persona adolescente está en capacidad de responder			
¿Sabes, cuál es el nombre de la enfermedad que tienes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO APLICA
¿Cómo se llaman los medicamentos que tomas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO APLICA
¿Cuáles son las acciones relacionadas con el autocuidado de tu salud?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO APLICA
2- Usted tuvo la cita en el Hospital y Servicio de Referencia			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

3- Después de esa cita, en el otro Hospital, le dieron (Si aplica):	
3.1 Medicamentos (Incluye No L.O.M.).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.2 Insumos para cuidados en el Hogar.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.3 Equipo Médico para cuidados en el Hogar.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.4 Le asignaron más citas de seguimiento en el Hospital.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.5 Fue a la Oficina de Transición HNN?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



ENTREVISTA INICIAL EN LA OFICINA LOCAL DE TRANSICION DEL HNN:

El profesional de enfermería de la Oficina Local de Transición del HNN realizará la siguiente entrevista en relación con el Autocuidado y Educación a la persona adolescente si corresponde y según la capacidad cognitiva del usuario:

En el Cuadro 6 se resume la entrevista relacionada con el autocuidado y educación que debe brindar el profesional de enfermería de la Oficina Local de Transición en el HNN.

Cuadro 6 Entrevista Inicial Pre-Transición Autocuidado y Educación

Profesional Responsable: _____

Control de Referencias:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD	PACIENTE	CUIDADOR	OBSERVACIONES
¿Conoce su enfermedad?			
¿Conoce las complicaciones comunes de su enfermedad?			
¿Conoce su tratamiento, así como las dosis, horarios y función?			
¿Toma su tratamiento como está indicado?			
¿Debe realizarse algún procedimiento por su enfermedad?			
¿Se realiza su procedimiento como está indicado?			
¿Tiene necesidades nutricionales especiales?			
¿Cumple con la dieta recomendada?			
¿Conoce el procedimiento para el seguimiento de su referencia?			
¿Sabe a quién o a dónde acudir en caso de emergencia?			
¿Tiene dudas en relación con algún punto de vista anterior?			

(✓): Si (✗): No (N/A): No aplica

Plan:



Especialidad que emite en el HNN	Especialidad referida y Hospital	Fecha de emisión	Fecha de Entrega en Hospital de Referencia	Fecha de cita asignada

Factores de riesgo para el control y el seguimiento:

-
- Ausentismo
 - Económico
 - Negligencia
 - Transporte
 - Insumos o Suministros
 - Cambio de cuidadores
 - Sedentarismo
 - Pensión
 - Aseguramiento
 - Alfabetización
 - Emocionales
 - Otros _____

Observaciones:



Seguimiento y cierre del caso:

1. Fecha: _____

Control Telefónico:

Teléfono y Persona contactada

Presencial:

Persona contactada

Problemas identificados:

Plan de Acción:

2. Fecha: _____

Control Telefónico:

Teléfono y Persona contactada

Presencial:

Persona contactada

Problemas identificados:

Plan de Acción:

3. Fecha: _____

Control Telefónico:

Teléfono y Persona contactada

Presencial:

Persona contactada

Problemas identificados:

Plan de Acción:

Cierre de Caso:

Funcionario Responsable

Fecha: _____



PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL HNN

Este proceso le corresponde al Equipo Tratante del Hospital Nacional de Niños, es el espacio donde inicia el traslado de los cuidados de la salud, se prepara a la persona o usuario, familia y/o cuidador e inicia con la elaboración de la Referencia al Especialista.

La Referencia al Especialista debe reunir la información adecuada y relevante con criterios de calidad con el fin de garantizar la Seguridad del Paciente, incorporando características de interdisciplinariedad ya que, otros profesionales de la salud también intervienen en el proceso y cuentan con información valiosa y necesaria para el nuevo equipo tratante en el otro establecimiento hospitalario.

Entre la información en la Referencia al Especialista se debe asegurar incorporar:

- Nombre de medicamentos y dosis específicas que utiliza el usuario(a).
- Plan de alimentación, así como la prescripción dietética, según corresponda.
- Solicitudes de continuidad de medicamentos no LOM dirigidos al CCF.
- Anotar la frecuencia de las citas de seguimiento según la periodicidad histórica de las citas en el HNN.
- Definir la prioridad de la asignación de la cita en el otro establecimiento.
- Nombre de Equipo Médico a préstamo por el HNN.
- Lista de insumos entregados al usuario (a) para utilización en el Hogar y cantidad mensual.

Para comprobar que las necesidades anteriormente expresadas se han cumplido satisfactoriamente, el profesional del HNN, asignará citas de seguimiento para aplicar la Lista de Verificación durante el periodo de Transición.

Este instrumento se aplica cada vez que el profesional en salud decide referir al usuario a un establecimiento hospitalario.

En la cita de seguimiento se debe verificar que las necesidades ya son suplidas en el otro establecimiento aplicando la Lista de Verificación del Proceso de Transición, que tendrá el fin de cotejar las variables necesarias a cumplir con el usuario, antes de que sea referido definitivamente al otro establecimiento hospitalario.

El usuario y su familia y/o cuidador deberá ir con la Referencia a la Oficina Local de Transición del HNN, en donde el Profesional de Enfermería deberá aplicar las acciones definidas en este manual, pero principalmente sensibilizar sobre la importancia de llevar de manera oportuna la referencia al otro establecimiento con el fin de solicitar la cita en ese nosocomio.

ACCIONES EN LA OFICINA LOCAL DE TRANSICIÓN EN EL HNN.

- Recepción del paciente, con la referencia de transición, las referencias a las diferentes subespecialidades y la lista de verificación. Se brinda la respectiva atención al usuario y revisión de la lista de verificación.
- Coordinar actividades de reeducación de la enfermedad o auto cuidado de acuerdo con patología en caso necesario.
- Identificar pacientes que presentan dificultades de adhesión al tratamiento y/o relacionados a su enfermedad, como alteración en autoimagen, etc.
- Coordinar intervención por Trabajo Social en caso necesario.
- Verificar posibles complicaciones de la enfermedad del paciente.
- Verificar conclusión de la fase de preparación y las solicitudes de cita a las diferentes especialidades



- Cita de seguimiento con profesional de enfermería de la oficina local de transición para verificación de cumplimiento de citas y cierre del proceso en el HNN.

El profesional de Enfermería en la Oficina Local de Transición del HNN además deberá:

- Incorporar en el reverso de la Boleta de Transición con letra clara y legible los siguientes datos: Hospital(es) de Referencia, Servicio(s) de referencia y diagnósticos, además los números de teléfono y Dirección de Residencia, si fuera necesario.
- Preparar los listados de los usuarios(as) con referencia a otros hospitales del proceso de transición, esta información debe cumplir con criterios de calidad y oportunidad, debido a que es el insumo que sirve de base para el seguimiento de las referencias de estas personas en los otros Hospitales de la CCSS.
- Enviar los listados a la coordinación institucional en el Programa de Atención Integral a la Adolescencia / Transición.

PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA

La persona deberá llevar la Referencia hecha en el HNN de forma oportuna al establecimiento hospitalario, durante la primera cita, en donde se deberá iniciar el proceso de preparación, lo que implica iniciar todas las gestiones para suplir las necesidades y requerimientos del usuario(a), este tiempo de preparación corresponderá a un máximo de dos años.

El establecimiento de referencia es responsable de generar los procesos oportunos y necesarios para la adquisición o aumento de cuotas de insumos ante el Almacén General, trámites de medicamentos no LOM ante autoridades institucionales, valoración del estado del Equipo Médico Vital (si aplica), entre otras.

La responsabilidad de la continuidad de la atención recae en la Red Hospitalaria, donde los Equipos Locales de Transición verifican que el usuario(a) referido(a) del Hospital Nacional de Niños cuente con acceso a los servicios de salud del nuevo establecimiento hospitalario.

El usuario (a) o acompañante deberá indicar en la próxima cita en el HNN al Profesional Tratante si el Hospital de Referencia aún no sule las necesidades descritas en la Referencia al Especialista (insumos, medicamentos no LOM, equipo médico, entre otros).

ACCIONES DEL EQUIPO LOCAL DE TRANSICIÓN (excepto HNN)

- Este Equipo interdisciplinario es designado por el Director(a) General de cada establecimiento y desde la Coordinación del Proceso en el Nivel Central del PAIA se generan informes mensuales de la cantidad de usuarios referidos por mes.

Dentro de sus funciones se encuentran las siguientes:

- Reuniones periódicas para la revisión de listados mensuales de personas referidas.
- Envío a REDES o Unidad de Citas de los listados mensuales para verificar la asignación de citas.
- Seguimiento telefónico a personas sin cita en el Hospital.
- Entre otras



En el anexo 2 se adjunta una propuesta de matriz modelo del registro de usuarios en proceso de transición

ACCIONES DEL EQUIPO DEL NIVEL CENTRAL DE TRANSICIÓN

Este equipo depende jerárquicamente de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud dentro de los procesos funcionales del Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Sus funciones están definidas de la siguiente forma:

- Dirección y coordinación del proceso en el nivel hospitalario institucional.
- Normalización del Proceso de Transición en establecimientos de la Institución
- Rendición de Cuentas ante autoridades institucionales del avance del Proceso

En los aspectos operativos sus funciones son las siguientes:

- Formación, sensibilización y seguimiento de Equipos Locales de Transición.
- Envío de información generada en el HNN de las personas referidas por cada establecimiento hospitalario.
- Seguimiento al quehacer de los Equipos Locales de Transición, por medio del monitoreo de las siguientes acciones desarrolladas por los Equipos en los establecimientos hospitalarios:

En ese **seguimiento de los Equipos Locales de Transición (exceptuando al HNN)** se verifica que se hayan realizado las acciones que se anotaron en este Manual las que se enumeran a continuación:

- **Libro de actas:** Es el libro en el que se consignan todas las actividades mensuales en orden cronológico, desarrolladas por los integrantes del Equipo de Transición, a saber, temas ampliados en reuniones, información referente al seguimiento telefónico de los usuarios sin cita. En el caso de que no se reciban usuarios(as) en el informe mensual se consignará en el libro de actas esta cualidad.
- **Informes de retroalimentación:** Informe mensual del Equipo Local de Transición enviado a la Coordinación por correo electrónico con la información de los usuarios contra-referidos y los no localizados. En caso de no existir datos nuevos para comunicar, el informe se enviará con esta cualidad por correo electrónico y recibirá el comunicado de la coordinación de recibido conforme.
- **Evidencia de la Cita del Usuario:** es un listado con los usuarios referidos del HNN al establecimiento, que evidencia la asignación de la cita en el Servicio de Referencia, este consolidado debe ser enviado trimestralmente a la Coordinación del Proceso de Transición para el monitoreo.

El seguimiento con el Equipo Local de Transición del HNN, corresponderá a la calidad y oportunidad del envío de la base de datos a la coordinación del Proceso. Se valora la oportunidad debido a que los(as) integrantes de los Equipos tienen un determinado tiempo laboral designado (x día en determinado tiempo, mañana o tarde), un atraso en las fechas de envío provoca que este Equipo no realice las acciones necesarias encomendadas.



PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN “HUMBERTO ARAYA ROJAS” (CENARE)

El CENARE actualmente está haciendo un giro en la rehabilitación a nivel nacional, y uno de los enfoques más importantes es la atención del niño y el adolescente, con el fin de brindar una atención oportuna a la población proponen implementar estrategias de acompañamiento para los padres y usuarios.

En aras de esto, se desarrollan las siguientes estrategias para la atención de los usuarios en Proceso de Transición como Hospital de referencia Nacional, además de las incluidas en el presente Manual.

- Seguimiento telefónico de convocatoria.
- Convocan a las personas referidas a un Taller o reunión.
- En la reunión conocen a los integrantes del ELT, algunas instalaciones del Hospital
- Reciben capacitación en algún tema de interés.
- Se les asigna cita en el Servicio de Rehabilitación Pediátrica
- Se les entrega la fecha de la cita solicitada en la Referencia del HNN

PACIENTES CON NECESIDAD DE UTILIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DURANTE LA TRANSICIÓN.

Cuando un usuario necesita utilizar los Servicios de Emergencias durante este proceso de transición, el usuario, familia o cuidador debe tener claro a que establecimiento acudir (HNN o Hospital de Adscripción), en el oficio DG-HNN-1199-2019 define lo siguiente:

“Cuando el paciente necesite utilizar los Servicios de Emergencias durante el proceso de Transición, el paciente acudirá al HNN sólo si: El paciente no ha asistido a su primera cita en la especialidad del Centro de Referencia respectivo y amerita un manejo inmediato de una complicación de su patología crónica, hasta asegurar la resolución de la complicación presentada”

De lo contrario:

Si el paciente fue atendido por primera vez en la especialidad homóloga del Centro de Referencia respectivo y amerita un manejo inmediato de una complicación de su patología crónica relacionada, debe ser atendido en el establecimiento de salud designado.

Así mismo, el paciente en Proceso de Transición activo de 13 años o más, que presente un cuadro patológico que amerita atención, no relacionada a su patología de fondo, debe ser atendido en el centro de salud de adscripción más cercano garantizando el abordaje oportuno de su patología.

En relación con los suministros o medicamentos para uso domiciliario, se determina que:

Dado que el proceso de Transición en el HNN, inicia al menos dos años antes de su alta definitiva, es el HNN el que asume el suministro de los insumos, medicamentos y equipos médicos que el paciente requiere, durante el periodo de pre transición (los dos años) tiempo estipulado, razonable para que el establecimiento de referencia realice las gestiones administrativas necesarias para suministrarle al paciente dichos insumos.

Casos excepcionales se considerarán cuando el establecimiento de salud receptor solicite la extensión del plazo previo acuerdo y por razones justificadas a analizar por parte de las Jefaturas involucradas, para finalizar la adquisición de los productos requeridos”



SOLUCION DE INCONFORMIDADES DEL USUARIO CON LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La solución de las problemáticas que enfrenten los usuarios(as) durante este traslado de la atención, deberán generar acciones con la administración activa o con la Contraloría de Servicios. Los Equipos Locales de Transición emiten criterios sobre el seguimiento que se le dio a la referencia y al acceso a la cita a solicitud de estas instancias.

El proceso de presentación de inconformidades ante las Contralorías de Servicios de Salud es el siguiente:

Cuando un usuario de la población meta, es referido del Hospital Nacional de Niños a otro Hospital, y después de ser atendido siente que le han violentado algún derecho como usuaria(o) de los servicios de salud puede presentar su inconformidad ante la Contraloría de Servicios del establecimiento de referencia, por decisión propia, según lo dispuesto en la Ley N.º 8239, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, artículo 2, que indica lo siguiente:

Artículo 2º—Derechos. Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

ñ) Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.

Así mismo, de acuerdo con lo señalado en el artículo 14 de dicha ley, las denuncias deberán ser presentadas de inmediato o, a más tardar, dentro de los cinco días hábiles siguientes al hecho que los originó, salvo cuando el afectado se encuentre internado; en tal caso, el plazo comenzará a correr a partir de su egreso del centro de salud y deberán contener los datos que permitan identificar al afectado, su domicilio para notificaciones, los hechos o las omisiones que motivan su reclamo, con indicación de las personas o dependencias involucradas y cualquier referencia a elementos de prueba.

Esta gestión también se puede realizar con la Administración activa, entendiéndose ésta como las autoridades hospitalarias de la Dirección Médica, Jefe de Servicio del Hospital de Referencia, entre otras.

RESPONSABILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE RECIBEN LOS USUARIOS

Es responsabilidad de los establecimientos hospitalarios que reciben las referencias de las personas derivadas del HNN, el inicio oportuno de los procesos administrativos necesarios para responder a la provisión de insumos, trámites de medicamentos no LOM, Mantenimiento o provisión de Equipo médico vital, de acuerdo con las necesidades planteadas por el médico tratante del HNN.



10.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS	
Actividad N°	Descripción
Inicio	
1	El profesional tratante del HNN inicia Pretransición e informa al usuario(a) sobre inicio del proceso. Según criterio médico, dos años antes se inician las acciones de Pretransición con lo que debe sensibilizar al usuario(a) y sus familiares del inicio del proceso.
2	Toma la decisión de que la persona adolescente puede ser referida para la continuidad de la atención. Según criterio médico el profesional del HNN decide según condición en salud, edad y necesidades especiales del usuario que puede ser referido para continuidad de la atención en el Hospital de Referencia.
3	Realiza y entrega al usuario(a) la Referencia al Especialista al otro hospital y el resumen del caso clínico. La referencia debe ser realizada con criterios de calidad tomando en cuenta interdisciplinariedad, insumos, medicamentos, equipo médico, periodicidad de la cita, entre otros factores dependiendo de la patología o condición de salud de la persona adolescente.
4	Se refiere al usuario(a) a la Oficina Local de Transición del HNN. El profesional tratante del HNN debe confeccionar la Boleta Interna de Referencia a la oficina de Transición del HNN con el fin de captar al usuario.
5	El profesional de enfermería de la Oficina Local de Transición del HNN realiza las acciones estipuladas en este Manual de Procedimientos. Este proceso incluye la sensibilización al usuario y/o familiares sobre la Transición de sus cuidados de salud al otro Hospital, las diferencias que caracterizan al Sistema Pediátrico y de Adultos, el refrescamiento en Educación para la Salud, autocuidado, nuevas responsabilidades y proyecto de vida.
6	El profesional de enfermería de la Oficina Local de Transición del HNN envía los listados a la coordinación del Proceso de Transición. Prepara el listado de los usuarios (as) con referencias a otros Hospitales con las variables necesarias para brindar el seguimiento de la continuidad de la atención y envía de manera quincenal los listados a la coordinación.
7	El profesional tratante del HNN asigna próxima cita en el expediente para dar seguimiento del acceso al servicio de Referencia. Se le debe de brindar cita de seguimiento como máximo durante dos años con el fin que logre incorporarse de manera satisfactoria en el otro hospital de referencia.
8	El usuario es atendido en el servicio de referencia del otro hospital. El usuario inicia el proceso de incorporación en el nuevo hospital y de acceso de sus requerimientos específicos según su patología o condición de salud.



9	Durante la cita de seguimiento en el HNN se completa la Lista de Verificación del Proceso de Transición. En la cita de seguimiento en el HNN se aplica y corrobora el cumplimiento de la Lista de Verificación.
10	Verifica que la Lista de Verificación esté completa. Se valora si quedan pendientes puntos de la lista de verificación.
11	Si La Lista de Verificación del Proceso de Transición NO ESTA COMPLETA se le debe asignar cita en el HNN. En cada cita se debe aplicar la Lista de Verificación del Proceso de Transición con el fin de verificar que se haya concluido con el proceso.
12	Si la Lista de Verificación del Proceso de Transición ESTA COMPLETA finaliza la intervención del profesional del HNN. Se debe verificar si la continuidad de la atención es satisfactoria y la persona adolescente y/o sus familiares indican que las necesidades mínimas para esta continuidad están satisfechas.

PROCESO DE TRANSICIÓN EN LA COORDINACION

Actividad N°	Descripción
13	Revisa y consolida los listados enviados por la Oficina Local de Transición del HNN. Mensualmente se revisa los Listados enviados, se segrega el listado por hospital de referencia con el fin de enviarlo a cada establecimiento.
14	Envío mensual de la Información a los Equipos Locales de Transición de la Red Hospitalaria. La base de datos se envía por correo electrónico de manera mensual correspondiente al informe de los usuarios (as) referidos a los Equipos de Transición Local designados en cada establecimiento hospitalario.
15	Monitoreo semestral de la estadística básica de las variables para el análisis de los avances del proceso. Semestralmente se solicita a los hospitales los avances del proceso con el fin de retroalimentar a los Equipos Locales de Transición.
16	Realiza proceso de retroalimentación a los Equipos Locales de Transición. Se realizan visitas a los hospitales con el fin de retroalimentar sobre los resultados y se capacitan a los colaboradores de cada hospital donde existan nuevos integrantes.
17	Reforzamiento anual de la gestión del proceso en los hospitales. Se brinda acompañamiento a los ELT sobre dudas del quehacer utilizando los siguientes recursos: Libro de Actas, informes de retroalimentación semestral y la Evidencia de la cita de los usuarios(as) en el establecimiento de salud.



PROCESO DE TRANSICIÓN EN LOS HOSPITALES DE LA RED (EXCLUYE AL HNN)

Actividad N°	Descripción
18	La Coordinación envía la Base de Datos a los Equipos Locales de Transición. La Base de Datos es utilizada por los equipos Locales de Transición para dar seguimiento de la continuidad de la atención en el establecimiento de salud.
19	Los ELT se reúnen con la regularidad según su nivel de complejidad. Estos equipos se reúnen con frecuencia dependiendo de su nivel de complejidad y cantidad de referencias recibidas para dar seguimiento al acceso en su establecimiento de salud.
20	Los ELT dan seguimiento de usuario(as) referidos del HNN. Se comparan los listados enviados mensualmente contra las citas asignadas en el hospital de referencia y se envían a REDES o a la Unidad de Citas.
21	El funcionario(a) de REDES o de la Unidad de Citas verifica si se le asignó cita. Tiene el objetivo de conocer el acceso del usuario(a) a los Servicios de Salud en cada hospital. Esta lista es acumulativa con los usuarios(as) de meses anteriores que no tienen cita asignada.
22	Los ELT revisan el informe enviado por el funcionario(a) en REDES o de la Unidad de Citas. Los ELT revisan el informe enviado, descartan los que ya tienen cita asignada y hacen el listado de los usuarios (as) sin cita.
23	Si el usuario ya tiene cita asignada en el Hospital de Referencia finaliza la intervención del ELT. Si no tiene cita asignada en el Hospital se regresa a la actividad 22
24	Los ELT realizan llamada telefónica al usuario(a) y/o familiares que no tienen cita asignada en el hospital. La llamada telefónica tiene como objetivo conocer las razones por las cuales, no sacado la cita en el establecimiento, este proceso de búsqueda de usuarios se hará como máximo durante tres meses consecutivos.
25	Los ELT retroalimentan a la coordinación sobre los usuarios contra referidos a otros hospitales. Los usuarios contra referidos deben ser reenviados al hospital donde seguirá su atención en salud, con el fin de que se brinde el seguimiento respectivo.
26	Los ELT dentro de su quehacer evidencian sus acciones. Este proceso se realiza por medio de: Libro de Actas de las reuniones, informes de retroalimentación semestral que se envía de manera digital a la coordinación y la Evidencia de la cita de los usuarios(as) en el establecimiento de salud realizado por el personal de REDES o de la Unidad de Citas.
27	Los ELT participan en actividades que realiza la coordinación en su establecimiento. La coordinación realiza actividades de capacitación, monitoreo y seguimiento del proceso en cada establecimiento hospitalario.
Fin del Procedimiento	



**PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Humberto Araya Rojas" (CENARE)**

Actividad N°	Descripción
28	El Equipo Local de Transición del CENARE realiza las acciones estipuladas en este Manual relacionadas al Proceso de Transición en los Hospitales de la Red (Actividades 18 a 27).
29	Las listas depuradas del proceso de transición son enviadas al Servicio de Rehabilitación Pediátrica.
30	Contacto mensual vía telefónica del ELT con los padres de familia, citándolos a una Charla de Inducción al Centro Hospitalario. Esto con el fin de aclarar dudas acerca del Proceso de Transición, normas del hospital, especialidades con las que contamos, deberes y derechos de los usuarios (as), etc.
31	El mismo día que se realiza la Charla se les brindará la fecha de la cita con el médico y especialidad a la cual fueron referidos, dándoles una pronta atención médica.
32	En la primera cita médica los usuarios(as) serán valorados de forma holística, lo que permitirá detectar otras necesidades que puedan surgir hacia otras especialidades médicas e interconsultar con las mismas, o bien; ser enviados a su área de adscripción.
Fin del Procedimiento	



DIAGRAMA DE FLUJO

1. Proceso de Transición en el Hospital Nacional de Niños

PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS					
N° Act	Descripción de la actividad	Equipo Tratante HNN	Equipo Local HNN	Hospital de Referencia	Criterios de calidad
0					
1	El Equipo tratante HNN inicia Pre transición e informa al usuario(a) sobre inicio del proceso.				Según criterio Médico del Equipo tratante del HNN dos años antes se inician las acciones de Pre transición con lo que debe sensibilizar al usuario(a) y sus familiares del inicio del proceso.
2	Toma la decisión de que la persona adolescente puede ser referida para la continuidad de la atención.				Según criterio Médico el Equipo tratante del HNN decide según condición en salud, edad y necesidades especiales del usuario que puede ser referido para continuidad de la atención en el Hospital de Referencia.
3	Realiza y entrega al usuario(a) la Referencia al Especialista al otro hospital.				La referencia debe ser realizada con criterios de calidad tomando en cuenta interdisciplinariedad, insumos, medicamentos, equipo médico, periodicidad de la cita, entre otros factores dependiendo de la patología o condición de salud de la persona adolescente.
4	Se refiere al usuario(a) al Equipo Local de Transición del HNN.				El Equipo Tratante de HNN debe confeccionar la Boleta Interna de Referencia al Equipo Local de Transición del HNN con el fin de captar al usuario.
5	El equipo Local de Transición del HNN realiza las acciones estipuladas en este Manual de Procedimientos.				Este proceso incluye la sensibilización al usuario y/o familiares sobre la Transición de sus cuidados de salud al otro Hospital, las diferencias que caracterizan al Sistema Pediátrico y al de Adultos, el refrescamiento en Educación para la Salud, autocuidado, nuevas responsabilidades y proyecto de vida.
6	El Equipo de Transición Local del HNN envía los listados a la coordinación del Proceso de Transición.				Prepara el listado de los usuarios (as) con referencias a otros Hospitales con las variables necesarias para brindar el seguimiento de la continuidad de la atención y envía de manera quincenal los listados a la coordinación.
7	El Equipo tratante del HNN asigna próxima cita en el expediente para dar seguimiento del acceso al servicio de Referencia.				Se le debe de brindar cita de seguimiento hasta que logre incorporarse de manera satisfactoria en el otro hospital de referencia
8	El usuario es atendido en el servicio de referencia del otro hospital.				El usuario inicia el proceso de incorporación en el nuevo hospital y de acceso de sus requerimientos específicos según su patología o condición de salud.
9	Durante la cita de seguimiento en el HNN se completa la Lista de Verificación del Proceso de Transición.				En la cita de seguimiento en el HNN se aplica y corrobora el cumplimiento de la Lista de Verificación.
10	Verifica que la Lista de Verificación esté completa.				Se valora si quedan pendientes puntos de la lista de verificación.
11	Si La Lista de Verificación del Proceso de Transición NO ESTA COMPLETA se le debe asignar cita en el HNN.				En cada cita se debe aplicar la Lista de Verificación del Proceso de Transición con el fin de verificar que se haya conuido con el proceso.
12	Si la Lista de Verificación del Proceso de Transición ESTA COMPLETA finaliza la intervención del Equipo Tratante.				Se debe verificar si la continuidad de la atención es satisfactoria y la persona adolescentes y/o sus familiares indican que las necesidades mínimas para esta continuidad están satisfechas.



2. Proceso de Transición en la Coordinación Nacional

PROCESO EN LA COORDINACION DE TRANSICIÓN					
N° Act	Descripción de la actividad	Equipo Local HNN	Coordinación de Transición	*Equipo Local de Transición	Criterios de calidad
		A			
13	Revisa y consolida los listados enviados por el Equipo Local de Transición del HNN.		↓		Mensualmente se revisa los Listados enviados, se segrega el listado por hospital de referencia con el fin de enviarlo a cada hospital.
14	Envío mensual de la Información a los Equipos Locales de Transición de la Red Hospitalaria.		↓		La base de datos se envía por correos electrónicos de manera mensual correspondiente al informe de los usuarios(as) referidos a los Equipos de Transición Local designados en cada establecimiento hospitalario.
15	Monitoreo semestral de la estadística básica de las variables para el análisis de los avances del proceso.		↓		Semestralmente se solicita a los hospitales los avances del proceso con el fin de retroalimentar a los Equipos Locales
16	Realiza proceso de retroalimentación a los Equipos Locales de Transición.		↓		Se realizan visitas a los hospitales con el fin de retroalimentar sobre los resultados y se capacitan a los colaboradores de cada hospital donde existan nuevos integrantes.
17	Reforzamiento anual de la gestión del proceso en los hospitales.		↓	B	Se brinda acompañamiento a los ELT sobre dudas del que hacer utilizando los siguientes cursos: Libro de Actas, Informes de retroalimentación semestral y la Evidencia de la cita de los usuarios(as) en el establecimiento de salud.
					*Excluye Equipo Local de Transición del HNN



3. Proceso de Transición en los Hospitales de la Red (Excluye al HNN)

PROCESO DE TRANSICIÓN EN LOS HOSPITALES DE LA RED (EXCLUYE AL HNN)				
N° Act	Descripción de la actividad	Coordinación de Transición	*Equipo Local de Transición	Criterios de calidad
		B		
18	La Coordinación envía la Base de Datos a los Equipos Locales de Transición.			La Base de Datos es utilizada por los equipos Locales de Transición para dar seguimiento de la continuidad de la atención en el establecimiento de salud.
19	Los ELT se reúnen con la regularidad según su nivel de complejidad.	↓		Estos equipos se reúnen con frecuencia dependiendo de su nivel de complejidad y cantidad de referencias recibidas para dar seguimiento al acceso en su establecimiento de salud.
20	Los ELT dan seguimiento de usuario(as) referidos del HNN.			Se comparan los listados enviados mensualmente contra las citas asignadas en el hospital de referencia y se envían a REDES o a la Unidad de Citas.
21	El funcionario (a) de REDES o de la Unidad de Citas verifica si se le asignó cita.			Tiene el objetivo de conocer el acceso del usuario(a) a los Servicios de Salud en cada hospital. Esta lista es acumulativa con los usuarios(as) de meses anteriores que no tienen cita asignada.
22	Los ELT revisan el informe enviado por el funcionario(a) en REDES o de la Unidad de Citas.			Los ELT revisan el informe enviado, descartan los que ya tienen cita asignada y hacen el listado de los usuarios (as) sin cita.
23	Si el usuario ya tiene cita asignada en el Hospital de Referencia finaliza la intervención del ELT.	s		Si no tiene cita asignada en el Hospital se regresa a la actividad 22
24	Los ELT realizan llamada telefónica al usuario(a) y/o familiares que no tienen cita asignada en el hospital.			La llamada telefónica tiene como objetivo conocer las razones por las cuales, no sacó la cita en el establecimiento, este proceso de búsqueda de usuarios se hará como máximo durante tres meses consecutivos.
25	Los ELT retroalimentan a la coordinación sobre los usuarios contra referidos a otros hospitales.			Los usuarios contra referidos deben ser reenviados al hospital donde seguirá su atención en salud, con el fin de que se brinde el seguimiento respectivo.
26	Los ELT dentro de su quehacer evidencian sus acciones.			Este proceso se realiza por medio de: libro de Actas de las reuniones, informes de retroalimentación semestral que se envía de manera digital a la coordinación y la Evidencia de la cita de los usuarios(as) en el establecimiento de salud realizado por el personal de REDES o de la Unidad de Citas.
27	Los ELT participan en actividades que realiza la coordinación en su establecimiento.			La coordinación realiza actividades de capacitación, monitoreo y seguimiento del proceso en cada establecimiento hospitalario.
	Fin del Procedimiento			*Excluye Equipo Local de Transición del HNN



4. Proceso de Transición en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)

PROCESO DE TRANSICIÓN EN EL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (CENARE)				
N° Act	Descripción de la actividad	*Equipo Local de Transición	Servicio Rehabilitación Pediátrica	Criterios de calidad
		C		
28	El ELT del CENARE realiza las acciones estipuladas en este Manual.	V		El Equipo Local de Transición del CENARE realiza las acciones del Proceso de Transición en los Hospitales de la Red (Actividades 18 a 27).
29	El ELT envía las listas depuradas del proceso de transición al Servicio de Rehabilitación Pediátrica.		[]	Las Listas Depuradas son enviadas de manera mensual para que se le asigne cita.
30	Contacto mensual vía telefónica del ELT con los padres de familia, citándolos a una Charla de Inducción al Centro Hospitalario.		[]	Esto con el fin de aclarar dudas acerca del Proceso de Transición, normas del hospital, especialidades con las que contamos, deberes y derechos de los usuarios (as), etc.
31	Se le asigna cita médica en el Servicio de Rehabilitación Pediátrica.		[]	El mismo día que se realiza la Charla se les brindará la fecha de la cita con el médico y especialidad a la cual fueron referidos, dándoles una pronta atención médica.
32	En la primera cita médica los usuarios(as) serán valorados de forma holística.		[]	Esta valoración permitirá detectar otras necesidades que puedan surgir hacia otras especialidades médicas e interconsultar con las mismas, o bien; ser enviados a su área de adscripción.
	Fin del Procedimiento		FIN	



11. MONITOREO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

El monitoreo del Manual de Procedimientos de Transición le corresponde a la Coordinación del Proceso de Transición del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, revisando algunos elementos básicos de organización del Quehacer de los Equipos Locales de Transición:

EN LOS HOSPITALES DE LA RED, (se excluye al HNN) se monitorea el Quehacer de los Equipos de Transición por medio de la revisión del:

Libro de actas: libro en el que se consignan todas las actividades mensuales en orden cronológico, desarrolladas por los integrantes del Equipo Local de Transición, a saber, temas ampliados en reuniones, información referente al seguimiento telefónico de los usuarios sin cita. En el caso de que no se reciban referencias en el informe mensual se consignará en el libro de actas esta cualidad.

Informes de retroalimentación: Informe mensual del Equipo Local de Transición enviado al Proceso de Transición por correo electrónico con la información de los usuarios contra-referidos y los no localizados. En caso de no existir datos nuevos para comunicar, el informe se enviará con esta cualidad por correo electrónico y recibirá el comunicado del Programa de recibido conforme.

Evidencia de la Cita del Usuario: es un listado con los usuarios referidos del HNN al establecimiento, que evidencia la asignación de la cita en el Servicio de Referencia, este consolidado debe ser enviado trimestralmente al Programa de Transición para el monitoreo.

EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS:

Se evaluarán los indicadores que se plantean en la Administración de la Política de Atención Integral a la Adolescencia a saber:

Estándar: Que el 100% de las Especialidades que refieren los usuarios meta del Programa de Transición hayan llenado satisfactoriamente la Lista de Verificación durante el Proceso de Transición.

INDICADOR	FORMULA
Porcentaje de Especialidades Médicas que aplicaron satisfactoriamente la Lista de Verificación del Proceso de Transición.	Total de referencias con Lista de Verificación aplicada por Especialidad que se incluyen en el Consolidado anual de referencias enviadas al nivel central del PAIA por la Oficina de Transición del HNN
	Total de referencias por Especialidad del HNN de la población meta referidas a Hospitales para la continuidad de la atención.

X 100 %

Fuente del Numerador: Expediente Digital Único en Salud o físico y consolidado de referencias enviadas por la Oficina de Transición del HNN.

Fuente del Denominador: Consolidado anual de las referencias de las Especialidades del HNN que refirieron usuarios de la población meta enviadas al Nivel Central del PAIA.

Método de Recolección de Datos: Revisión de Expediente Digital Único en Salud o físico y consolidado de referencias enviadas por la Oficina de Transición del HNN.



Muestra: Para el año 2020 la revisión de una muestra al azar de un 10% , de los expedientes de personas referidas incluidas en el consolidado anual de Referencias enviadas al Nivel Central del PAIA, con aumento paulatino en los años subsiguientes

12. CONTACTO PARA CONSULTAS

Area de Atención Integral a la Adolescencia / Programa de Atención Integral a la Adolescencia

Dr. Marco Díaz Alvarado, mdiaza@ccss.sa.cr

Dra. Jannina Balma Castillo, jbalma@ccss.sa.cr

Lic. Juan Carlos Umaña Rojas, jcumana@ccss.sa.cr

Teléfono: 22-23-89-48



13. ANEXOS

ANEXO 1: Propuesta de Matriz Modelo del Registro de Usuarios en Proceso de Transición

Matriz modelo del registro de usuarios donde se demuestra el estado o condición (con cita programada, no localizado sin cita, localizados sin cita, coordinar con HNN y contra referido), se divide la columna de diagnóstico principal o los diagnósticos secundarios.

LISTA DE PACIENTES SEGÚN MES DE TRANSICIÓN DE NIÑO ADOLESCENTE A ADULTO																								
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS - HOSPITAL SAN CARLOS II SEMESTRE 2018																								
<table border="1"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;"></td> <td>CON CITA PROGRAMADA</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffcccc;"></td> <td>NO LOCALIZADOS SIN CITA</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ccffcc;"></td> <td>LOCALIZADOS SIN CITA</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffcc99;"></td> <td>COORDINAR CON HNN</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffff99;"></td> <td>CONTRA-REFERIDOS</td> </tr> </table>																CON CITA PROGRAMADA		NO LOCALIZADOS SIN CITA		LOCALIZADOS SIN CITA		COORDINAR CON HNN		CONTRA-REFERIDOS
	CON CITA PROGRAMADA																							
	NO LOCALIZADOS SIN CITA																							
	LOCALIZADOS SIN CITA																							
	COORDINAR CON HNN																							
	CONTRA-REFERIDOS																							
JULIO 2018																								
NUM_EXP_PA	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE	EDAD	FEC_REF	SERV_ORIGEN	SERV_DESTINO	PROBLEMAPRINC	PROBLEMAS SECUNDARIOS	TLEFONOS	DISTRITO	CITA EN LA ESPECIALIDAD DE	CITAS EN OTRA ESPECIALIDAD	CUALIDAD	OBSERVACIONES									
208150429	ESPINOZA	ZELDON	CALEB JOSUE	17	12-07-2018	CIRUGIA GENERAL HOSP	NUTRICION	Encefalopatía Crónica no Progresiva, Epilepsia Local, Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico sin Esofagitis actualmente, Desnutrición Proteico-		88815792 88815792	PITAL	10-10-2018 NUTRICION	08-01-2019 CIRUGIA INFANTIL, 30-11-2018 EB AIS DE PITAL											
208250335	ARAYA	NAVARRO	ARIANA GRACIELA	16	04-07-2018	ORTODONCIA ISS	ODONTOLOGIA	Seguimiento dental preventivo	Labio Leporino y Paladar Hendido Izquierdo	88825882 88871888	FLORENCIA	17-07-2018 ODONTOLOGIA	28-09-2018 ODONTOLOGIA EB AIS DE FLORENCIA											
208310115	PARRA	RIVERA	USBETH FRANCELA	16	30-07-2018	RADIODIAGNOSTICO	ODONTOLOGIA	Meduloblastoma nodular fosa posterior Grado IV		70857046 87939388	POCOSOL	03/10/2018 ODONTOLOGIA	08-10-2018 NUTRICION, 07-02-2018 DERMATOLOGIA											
208540318	BENAVIDES	GARCIA	SARAY	14	19-07-2018	GASTRO Y NUTR. CL 013	NUTRICION	Encefalopatía Crónica no Progresiva, Tratamiento de la Deglución		87755681 87755681	QUESADA	4/3/2019 NUTRICION HOSPITAL DE LOS CHILES			20 SETIEMBRE PACIENTE VIVE EN COOPEVEGA, LE CORRESPONDE HOSPITAL DE LOS CHILES PERO NO HA									
208690188	ARCE	OVIEDO	KEVIN ALBERTO	12	18-07-2018	OPTOMETRIA	OPTOMETRIA	Síndrome de Down, Ousas bilaterales del Niño óptico.	Comunicación Intraauricular, Retraso del Desarrollo Psicomotor	24735489 83669338	FLORENCIA	28/02/2019 09:45 A.M. OPTOMETRIA - OPTOMETRIA			20 SETIEMBRE MADRE INDICA QUE NO HA SACADO LA CITA EN ESPERA DE DEPOSITO DE LA PENSION, ACTUALMENTE KEVIN USA LENTES Y TIENE EL LENTE QUEBRADO. SE LE ORIENTA SOBRE TRAMITE PARA									
208760127	MENDOZA	LOPEZ	MARIA ALEJANDRA	12	18-07-2018	ESPINA BIRDA	PSICOLOGIA	Ventriculomegalia	Vejiga Neurogénica, Escoliosis	89845956 88173646	MONTERREY	26-03-2019 P SICOLOGIA	15-11-2018 PSIATRIA											
208760127	MENDOZA	LOPEZ	MARIA ALEJANDRA	12	18-07-2018	UROLOGIA 087	UROLOGIA	Vejiga Neurogénica	Derivación	89845956 88173646	MONTERREY	13-12-2019 UROLOGIA	08-11-2018 ODONTOLOGIA											
208760127	MENDOZA	LOPEZ	MARIA ALEJANDRA	12	18-07-2018	UROLOGIA 087	NEUROCIRUGIA	Derivación Ventriculomegalia,	Vejiga Neurogénica, Escoliosis	89845956 88173646	MONTERREY	01-03-2019 NEUROCIRUGIA	09-10-2018 PEDIATRIA											



ANEXO 2:

Formulario de Referencia a Especialista



Caja Costarricense de Seguro Social

1. Criterio de priorización	
2. Consulta Externa	3. Urgencias
<input type="radio"/> 1. Urgente	<input type="radio"/> Rojo
<input type="radio"/> 2. A cupo	<input type="radio"/> Amarillo
	<input type="radio"/> Verde

REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

I. Paciente

4. Nombre		5. Fecha de nacimiento	
6. Sexo <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino		7. Tipo de identificación <input type="radio"/> 1. Cédula Identidad Reg. Civil <input type="radio"/> 2. Identificación temporal interno <input type="radio"/> 3. Extranjero con identif. CCSS	
8. Número de identificación		9. Tipo de consulta <input type="radio"/> 1. Consulta presencial <input type="radio"/> 2. Teleconsulta	
10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón)		(Distrito)	
11. Dirección exacta:			
12. Número de teléfono del paciente		13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
14. Nombre de la madre		15. Nombre del padre	

II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro		17. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
18. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro		19. Especialidad o disciplina	
20. Nombre del profesional		22. Número de teléfono y extensión del profesional	
21. Código			

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro		24. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
25. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> Otro		26. Especialidad o disciplina	
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario			

IV. Cita

28. Fecha de la cita		29. Hora de la Cita ¹		30. Especialidad	
31. Nombre funcionario de REDES asignó la cita				32. Fecha de asignación de la cita	

¹ El paciente debe presentarse con 15 minutos de anticipación a la hora fijada para la atención, transcurrido este tiempo, podrá reasignarse la cita para evitar la pérdida del cupo.



V. Resumen de historia clínica

33. Antecedentes	Problemas activos del paciente	
	Subjetivos (Incluye resumen de historia clínica asociada al problema)	
	Objetivos (Incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico)	
	Análisis (Incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica)	
	Plan de manejo (Incluye tratamiento)	
	Motivo de referencia o contra-referencia	
34. Incapacidad desde _____ hasta _____ Número de días _____		35. Alta ² <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No

²Se considera alta en la especialidad, para los efectos de estadísticos: la decisión facultativa del profesional en dar por resuelto el o los problemas tratados durante el episodio de atención finalizado.

Firma y código del profesional

Fecha

V*B* del Director o Jefatura de Servicio



ANEXO 3

Boleta de Referencia Interna a la Oficina Local de Transición del HNN



REFERENCIA AL PROGRAMA DE
TRANSICIÓN NIÑO (A) ADOLESCENTE
ADULTO(A) CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS



Clínica de Adolescentes
Hospital Nacional de Niños

Tel/fax: 25233752
25233600 ext 3153

USO EXCLUSIVO DE TRANSICIÓN

Servicio / Centro Médico de Origen:

Servicio / Centro Médico de Destino:

Alta Absoluta

Citas Pendientes

Solicitud de Copia de Expediente

Nombre del Solicitante:

USO EXCLUSIVO REMES

Etiquetas Autoadhesivas

Fecha: ____ / ____ / _____, Edad: _____

Expediente: _____

Nombre del Usuario:

Teléfonos : _____

Estimado Usuario: Diríjase con la Referencia y esta boleta por favor a la **Oficina de Transición**, ubicada en el **Primer Piso del Edificio de Especialidades Médicas** (Módulo de la Clínica de Neurodesarrollo, después de los ascensores al fondo a la derecha)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 45 de 50
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	<i>Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional.</i>	Código MP.GM.DDSS. 04092019 Versión 01

ANEXO 4

Criterios de Referencia de usuarios del Servicio de Odontología del HNN a otros Hospitales.

LPH-MX- 046-019 / SOD-021-19/ 054-2019 COMF-HSJD

1

LPH-MX- 046-019 / SOD-021-19/ 054-2019 COMF-HSJD

Señores
 Coordinación Nacional de Odontología
 Caja Costarricense de Seguro Social
 San José
 Presente



San José, 28. Marzo 2019

Asunto: acuerdos para la referencia de pacientes de 18 años 0 meses de edad en adelante del Hospital Nacional de Niños al Hospital San Juan de Dios en el área maxilofacial y ortodoncia, según oficio GM-MDD-1848-2018 de la Gerencia Médica con fecha del 12. Febrero 2018

Estimados Señores,

Sirva el presente oficio, para presentarle los acuerdos tomados para la referencia de pacientes de 18 años de edad en adelante, en el área maxilofacial y ortodoncia del Hospital Nacional de Niños, a dicha área en el Hospital San Juan de Dios, según oficio GM-MDD-1848-2018 de la Gerencia Médica con fecha del 12. Febrero 2018 y posterior a reunión realizada el 7. Marzo 2019:

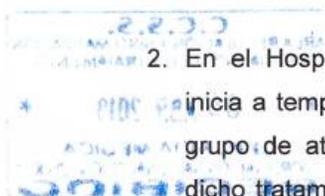
1. Todo paciente mayor de 18 años de edad en adelante, en el área de cirugía maxilofacial y ortodoncia, que requieran un tratamiento quirúrgico-ortodóncico será referido al Hospital San Juan de Dios, para finiquitar el tratamiento quirúrgico- ortodóncico, como lo indica el oficio GM-MDD-1848-2018 de Gerencia Médica, previamente mencionado, disposición que se ha



LPH-MX- 046-019 / SOD-021-19/ 054-2019 COMF-HSJD

2

cumplido tanto por la referencia como por la recepción por parte de ambos hospitales.



2. En el Hospital Nacional de Niños, el tratamiento quirúrgico-ortodóncico inicia a temprana edad, es decir, desde el nacimiento, por lo que al ser el grupo de atención de pacientes con malformaciones faciales, hace que dicho tratamiento guíe el crecimiento y desarrollo del niño desde la niñez, no siendo, por tanto, un tratamiento convencional de cirugía y ortodoncia. Asimismo, se debe de considerar que este grupo de pacientes presentan muchas otras patologías, las cuales se deben de tratar de forma interdisciplinaria. Por lo anterior, el Hospital Nacional de Niños continuará el tratamiento quirúrgico- ortodóncico hasta los 18 años 0 meses según lo dispuesto en el oficio de Gerencia Médica mencionado.

3. El Servicio de Maxilofacial, del Hospital San Juan de Dios se compromete a continuar el tratamiento quirúrgico - ortodóncico o finalizar el tratamiento ortodóncico de los pacientes con malformaciones congénitas sin importar su zona de atracción, según lo dispuesto en el oficio de Gerencia Médica citado.

4. La edad de transición del paciente del Hospital Nacional de Niños al Hospital San Juan de Dios se definirá de forma individualizada según el caso del paciente y su malformación facial, ya que pueden existir pacientes a quienes no se les debe de realizar tratamiento quirúrgico- ortodóncico alguno por su patología, hasta que termine el crecimiento (18 años , 0 meses de edad)

5. Todo paciente con edad de 12 años en adelante y con desórdenes esqueléticos Clase II y Clase III que requieran un tratamiento quirúrgico-ortodóncico, y que hayan sido referidos por otros centros de salud al



LPH-MX- 040-019 / SOD-021-19/ 054-2019 COMF-HSJD

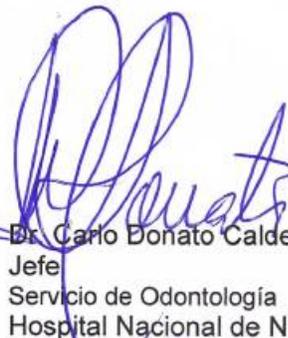
3

Hospital Nacional de Niños para valoración y tratamiento a esta edad, se referirá al Hospital de la zona de atracción para que inicie su manejo en dicho centro hospitalario.

6. Se garantizará la transición del paciente de la mejor manera, siempre respetando las disposiciones de cada centro hospitalario, y manteniendo una comunicación oportuna y acertada en beneficio de los pacientes.

Sin otro particular,


Dra. María del Carmen Navas Aparicio
Jefe
Unidad de Labio y Paladar Hendido-
Craneomaxilofacial
Hospital Nacional de Niños


Dr. Carlo Donato Calderón
Jefe
Servicio de Odontología
Hospital Nacional de Niños


Dra. Sylvia Azuola Herra
Ortodoncista
Servicio de Odontología
Hospital Nacional de Niños


Dr. Rodolfo Gamboa Montes de Oca
Jefe
Servicio de Maxilofacial
Hospital San Juan de Dios

c.c./:

Dra. Olga Arguedas Arguedas, Directora Médica, Hospital Nacional de Niños

Dr Jaime Cortés Ojeda, Jefe Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Niños

Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora Médica, Hospital San Juan de Dios

Dr. Fernando Avendaño, Jefe Sección de Cirugía, Hospital san Juan de Dios

Archivo Unidad de Labio y Paladar Hendido – Craneomaxilofacial, Hospital Nacional de Niños

Archivo Servicio de Odontología, Hospital Nacional de Niños

Archivo Servicio de Maxilofacial, Hospital San Juan de Dios



14. REFERENCIAS

Adolescencia y transición, 2017

T. Zubarew et al. (enero 2017). Transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas desde servicios pediátricos a servicios de adultos Recomendaciones de la Rama de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Pediatría, 88(4), 553-560.

Berner y otros, 2009

Berner, E. et al. (2009). Adolescencia. Un Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud. Recuperado el: 19 junio 2018, de Argentina: FUSA Sitio web: Adolescencia. Un Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud. Argentina: FUSA

CCSS 2013

Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). Manual de Instructivo de Expediente de Salud "Formulario de Referencia Contra-Referencia", Estadística de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

CCSS 2015

Caja Costarricense de Seguro Social (2015). Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Gerencia Médica, Gerencia de Infraestructura y Tecnología, Unidad Coordinadora Proyecto Salud Mesoamérica, San José, Costa Rica.

CCSS 2016

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Propuesta ajustada a la prueba de campo Versión 01, Código PSS.022016. Caja Costarricense de Seguro Social, Presidencia Ejecutiva/ Comisión Salud

Department of Health and Human Services 2010

United States Department of Health and Human Services. (2010). Healthy people 2010. Recuperado el: 10 junio 2018, de United States Department of Health and Human Services Sitio web: <http://www.health.gov/healthypeople>.

HNN 2013

Caja Costarricense de Seguro Social (2013). Listado de Enfermedades avalado por las Jefaturas de Servicio del HNN. Hospital Nacional de Niños oficios SGD 0155-2013 y SGD 0156-2013, Costa Rica.

Krauskopf. D. ,1997

Krauskopf. D. (1997). Adolescencia y Educación. Recuperado el: 10 de junio 2018, de EUNED San José, Costa Rica. Sitio web: [https://scholar.google.co.cr/scholar?q=Krauskopf.+D.+\(1997\)+Adolescencia+y+Educación.+EUNED](https://scholar.google.co.cr/scholar?q=Krauskopf.+D.+(1997)+Adolescencia+y+Educación.+EUNED)



Modificado de BMJ 2003

Modificado de Continuity in: Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. Recuperado el: 28 setiembre 2018, de BMJ; 327(7425): 1219–1221
Sitio web: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf

Modificado CCSS 2008

Modificado de: Caja Costarricense de Seguro Social (2007). Plan de Compra de Servicios de Salud 2008-2012. Dirección de Compra de Servicios de Salud, Costa Rica.

Modificado Cooley et al

Cooley WC, Sagerman PJ, American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians; Transitions Clinical Report Authoring Group. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. Pediatrics. 2011;128:182-200.

Modificado Criado M / Barchi AM 2005

Modificado de Criado M y Barchi AM. (2005). Importancia del enfoque interdisciplinario en la evaluación forense del abuso sexual infantil. Cuadernos de Medicina Forense. Año 4, No. 2 (31-33). Buenos Aires Sitio Web: [https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/_Tomo-4\(2005-2006\)/Numero-3/Criado.pdf](https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/_Tomo-4(2005-2006)/Numero-3/Criado.pdf)

Modificado de OPS/OMS 1996

Modificado de Organización Panamericana de la Salud/OMS. (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Recuperado el: 20 setiembre 2018, de Washington Sitio web: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3318>

Moreno y otros, 2008

Moreno, E. (1995). Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes. Los Desafíos de acceso y calidad. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia. Recuperado el: 20 de setiembre 2018, de PAHO Sitio web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/moreno.pdf>

Nagra et al

Nagra A, McGinnity PM, Davis N, et al. Implementing transition: Ready Steady Go. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015;100:313-20.

OPS/CCSS 1997

Organización Panamericana de la Salud/OMS. (1997). Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. Recuperado el: 20 setiembre 2018, de bvs.sa.cr Sitio web: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>



OPS/OMS 2001

Organización Panamericana de la Salud/OMS. (2001). Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Recuperado el: 20 setiembre 2018, Washington DC Sitio web: https://cursospaíses.campusvirtualesp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/Evaluacion_del_desempeño_de_los_sistemas_de_salud.pdf

OPS/OMS 2018

Organización Panamericana de la Salud/OMS. (2018). Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT). Recuperado el 27 de Setiembre del 2018, Washington DC Sitio Web: <http://search.who.int/search?q=definicion+enfermedades+cronicas+no+transmisibles>

Paone et al.

Paone M, Wigle M, Saewyc E. The ONTRAC model for transitional care of adolescents. Progress in Transplantation. 2006;16(4):291-302.

Suris et al.

Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I. Developmental issues. Arch Dis Child. 2004;89:938-42

WHO 2012

Organización Mundial para la Salud (2012). International Classification of Health Interventions (ICHI). Alpha version. Geneva, Recuperado el: 20 de Setiembre del 2018. Sitio Web: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>