

Transición de pacientes pediátricos al cuidado médico del adulto: una asignatura pendiente

Transition to adult health care: an unfinished business

Hoy en día sabemos que la mayoría de los niños y adolescentes con enfermedades crónicas van a requerir en algún momento el pasaje de su atención médica al cuidado médico del adulto. Esto propone un nuevo desafío a los pediatras, llegado el momento: encontrar un equipo tratante dispuesto a asumir la atención y el seguimiento, y a generar un proceso fluido en la transición entre ambos equipos, que permita mantener el adecuado cuidado de la salud en la vida adulta.

La problemática de la transición es global y ocasiona “dolores de cabeza” desde hace más de 20 años. Ya en la década de los 90 varias publicaciones abordaron el tema y en 2002 la Academia Americana de Pediatría publicó un consenso sobre transición en pacientes con necesidades de cuidados especiales de salud. Sin embargo, 10 años después constataron que la implementación de programas de transición no se había logrado y el problema sigue aún hoy sin resolución.¹⁻³

La transición implica no solamente un cambio de profesionales e instituciones, sino un cambio también en la modalidad de atención. Tradicionalmente, el cuidado pediátrico está centrado en la familia, con una participación fundamental de los padres en la toma de decisiones; el paciente se va involucrando progresivamente a medida que adquiere autonomía. En el seguimiento de pacientes con condiciones crónicas, se establece una relación de confianza que se desarrolla a lo largo de los años y que debe volver a construirse al cambiar de equipo terapéutico. Por otro lado, la medicina del adulto tiende a centrarse en un paciente autónomo, que suele ser el principal interlocutor y el responsable en las decisiones terapéuticas.⁴

Se ha demostrado que este período de transición, desde el cuidado pediátrico al del adulto, es un momento de particular vulnerabilidad. La evolución clínica de los pacientes puede presentar un retroceso, hay un aumento en los gastos de atención médica, aumento de consultas en servicios de emergencias, aumento de internaciones y estrés psicológico en los involucrados.⁵

Las barreras a la transición hacia la medicina del adulto provienen de diferentes áreas y se han

descripto numerosas situaciones que ponen en riesgo su éxito:⁶

- Factores relacionados con el paciente y su capacidad de gestionar la enfermedad: no necesariamente alcanzar los 16, 18 o 21 años asegura que un joven sin déficit cognitivo está en condiciones de hacerse cargo de su salud.
- Factores relacionados con la enfermedad de base: sus características y el estadio evolutivo tienen impacto sobre la oportunidad de la transición. ¿Debe considerarse un cambio en un equipo terapéutico en un paciente en cuidados paliativos? ¿Es ético? ¿Es oportuno? ¿Es empático?
- Reticencia por parte de los médicos de adultos, que se enfrentan a patologías de origen pediátrico, con poca experiencia y familias desconfiadas y habituadas a sistemas de atención diferentes.
- Reticencia de los pediatras, que muchas veces prolongamos el proceso, tenemos nuestra propia resistencia a dejar ir al paciente, y hasta incongruencias institucionales en las que algunos servicios hacen la transición del paciente y otros no, lo cual genera un mensaje confuso y ambivalente.

Por otro lado, las grandes diferencias de sistemas de atención en salud que coexisten en nuestro país –y fundamentalmente la ausencia de políticas de transición sistematizada a nivel público– ocasionan múltiples dificultades en el momento de elaborar estrategias de transición y transferencia de los pacientes.

Aquellos que trabajamos en hospitales pediátricos suponemos que los procesos de transición se ven más facilitados en hospitales generales, en los que la coexistencia de clínicos y especialistas pediátricos y de adultos genera un puente tácito, fácil de transitar. Sin embargo, el trabajo de Vaiman y col., realizado en un hospital general de comunidad, nos muestra cómo una situación que podría considerarse “ideal” no necesariamente se acompaña de buenos resultados. De 372 pacientes incluidos en el análisis, solo un 37 % participó de un proceso de transición, de los cuales llegaron a consultar a médicos de adultos el 38 %. La buena noticia es que aquellos que lograron cruzar el puente

alcanzaron una alta tasa de permanencia en los equipos receptores.⁷ Se podría hilar más fino y analizar qué otros factores determinaron el éxito o el fracaso en la transferencia final de los pacientes que iniciaron la transición. Las opciones son múltiples, desde características personales de los pacientes, de los sistemas financiadores, hasta origen geográfico, cuestiones administrativas, etcétera.

La realidad es que la transición es una asignatura pendiente, que reposa en la mayor parte de los casos sobre esfuerzos y contactos individuales entre profesionales, más que sobre políticas en salud. Se requiere mucho tiempo, voluntad, esfuerzo e imaginación para avanzar. Hay un largo camino por recorrer. Medir los resultados de nuestras acciones y tener un diagnóstico de situación es el primer paso.

Verónica Aguerre 
Editora asistente

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.367>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.eng.367>

Cómo citar: Aguerre V. Transición de pacientes pediátricos al cuidado médico del adulto: una asignatura pendiente. *Arch Argent Pediatr* 2022; 120(6):367-368.

REFERENCIAS

1. Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1993; 14(7):570-6.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities and Committee on Adolescence. Transition of care provided for adolescents with special health care needs. *Pediatrics*. 1996; 98(6 Pt 1):1203-6.
3. American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs. *Pediatrics*. 2002; 110(6 Pt 2):1304-6.
4. Pinzon JL, Jacobson K, Reiss J. Say goodbye and say hello: The transition from pediatric to adult gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2004; 18(12):735-42.
5. Zaroni B, Archary M, Sibaya T, Musinguzi N, et al. Transition from pediatric to adult care for adolescents living with HIV in South Africa: A natural experiment and survival analysis. *PLoS One*. 2020; 15(10):e0240918.
6. Gray WN, Schaefer MR, Resmini-Rawlinson A, Wagoner ST. Barriers to transition from pediatric to adult care: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2018; 43(5):458-502.
7. Vainman S, Heller False Speiser MM, Posadas Martínez ML, Pérez L, et al. Experiencia del proceso de transición de adolescentes con enfermedades crónicas desde la atención pediátrica a la atención de adultos en un hospital general. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(6):398-404.