

## Transferencia y transición. De la medicina del adolescente a la medicina del adulto

Dr. Arturo Perea-Martínez,<sup>1</sup> Dra. Gloria Elena López-Navarrete,<sup>2</sup> Dr. Luis Carbajal-Rodríguez,<sup>3</sup>  
Dr. Raymundo Rodríguez-Herrera,<sup>3</sup> Dr. Jorge Zarco-Román,<sup>3</sup> Dr. Arturo Loredó-Abdalá,<sup>2</sup>  
Dra. Sydney Greenawalt-S.<sup>4</sup>

### RESUMEN

La transición epidemiológica de las últimas dos décadas ha determinado cambios sustantivos en el comportamiento de las enfermedades en todo el mundo, de tal modo que el pediatra ha tenido que adentrarse en el manejo de padecimientos y complicaciones antes esperadas en la edad adulta y el médico de adultos se ha visto inmerso en la atención de enfermedades que conducían a la muerte en edades tempranas, ahora con mayores expectativas de vida. Esto ha hecho indispensable elaborar estrategias de preparación del niño/adolescente y su familia para dar continuidad a la atención de su salud, con conocimiento y comprensión de padecimientos y factores de riesgo, lo que permite establecer relaciones de confianza y comunicación estrecha con sus médicos de seguimiento a fin de lograr un buen apego terapéutico, evitar complicaciones y lograr un pronóstico más favorable y el máximo bienestar.

**Palabras clave:** Transición, transferencia, medicina del adolescente.

### ABSTRACT

Epidemiologic transition of the last two decades has shown substantial changes in the features and course of diseases world-wide. Thence the need for pediatricians to delve on the management of diseases and complications formerly occurring only in adults. On the other hand physicians caring for adults are now facing diseases which were formerly fatal at relatively early ages and are currently seen in much older individuals.

For this reason it has become mandatory to develop policies to encourage children, adolescents and their family to observe the continuity of their health care based on the knowledge and understanding of their disease and its risk factors. This will enhance confidence and a close relationship between a patient and his(her) physician in order to attain a sound adherence to treatment and to preclude complications thus achieving a favorable prognosis and excellent well-being.

**Key words:** Epidemiologic transition, adherence, adolescent medicine.

<sup>1</sup> Clínica de Adolescentes.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Interna.

<sup>3</sup> Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

<sup>4</sup> Consulta Externa de Pediatría.  
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Arturo Perea-Martínez. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C Col. Insurgentes Cuicuilco Del. Coyoacán, CP 04530 México, D. F. Tel. 10 84 09 00 ext. 1357  
Recibido: junio, 2011. Aceptado: agosto, 2011.

Este artículo debe citarse como: Perea-Martínez A, López-Navarrete GE, Carbajal-Rodríguez L, Rodríguez-Herrera R y col. Transferencia y transición. De la medicina del adolescente a la medicina del adulto. Acta Pediatr Mex 2011;32(5):302-8.

Desde el inicio de la historia moderna de la medicina (s. IV a. de C), la necesidad gradual de un mejor y mayor conocimiento de los individuos en crecimiento y desarrollo, dio paso a la pediatría. Fue en Europa, hacia el final del s. IX donde se comenzaron a reunir los implementos necesarios que permitieron su estudio formal.<sup>1,2</sup> En México, en los años 30 del siglo pasado, comenzó la asistencia formal de los niños y la especialización de los médicos en este campo, lo que dio origen al inicio de la práctica pediátrica en nuestro país.<sup>3</sup>

En este contexto evolutivo de la medicina y particularmente de la pediatría, en algunos países del mundo empezó

a señalarse la necesidad de desarrollar un sistema de salud dirigido en forma especial a *la atención de los adolescentes*, segmento creciente de la población mundial con características muy particulares que requiere una atención adecuada para su salud. En los EE.UU., la medicina del adolescente dentro del campo de la pediatría se formalizó en 1968 con la aparición de la Sociedad de Medicina para Adolescentes,<sup>4</sup> mientras que en México, fue aproximadamente en 1974 cuando se iniciaron oficialmente los programas para su asistencia.

En la actualidad prácticamente uno de cada seis individuos en el mundo es un adolescente, es decir que más de mil millones de habitantes en el planeta se encuentra entre los 10 y los 19 años de edad. Lo interesante e importante es que el 85% de ellos vive en países en desarrollo, lo que explica el incremento gradual en el número absoluto de adolescentes en nuestro país; esto llevó al sistema de salud desde 1974 a considerar el abordaje individual de esta parte de la población en forma especial, dando origen así a la medicina del adolescente, que ha ido estructurándose en forma gradual y que hoy día se ejerce y se enseña en los hospitales pediátricos.<sup>5,6</sup>

Paralelamente, la propia evolución de la medicina ha significado avances importantes en el desarrollo biotecnológico, farmacológico y quirúrgico para la atención de las enfermedades, circunstancia que ha modificado la evolución y la sobrevida de diversos tipos de padecimientos que hasta hace unos años eran mortales en la primera o segunda décadas de la vida. Un ejemplo claro es la fibrosis quística, que poco después de 1990 ya contaba con una esperanza de vida alrededor de los 40 años.<sup>7</sup> De igual forma, sucedió con los trastornos por depósito lisosomal, que ahora han logrado cambiar las expectativas de vida gracias a la terapia de reemplazo enzimático. Otro ejemplo interesante, resultado de la transición epidemiológica que se vive en todo el mundo, son las enfermedades crónicas de la infancia, como los diferentes tipos de cáncer, la discapacidad de toda índole y particularmente la que altera el neurodesarrollo, la obesidad, la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial esencial, que actualmente son una realidad en el campo de la pediatría. Son entidades que al ser tratadas en los servicios de salud de niños y adolescentes, llegarán tarde o temprano al campo de la medicina de los adultos. Vale la pena mencionar, que esta misma transferencia, será vivida por el adolescente saludable, a quien a la vez que con su familia, el profesional de la

salud debe preparar para ser remitido en una edad mayor, hacia los servicios de atención a adultos.<sup>8-11</sup> (Figura 1)

La importancia de considerar esta realidad de la práctica clínica, es avizorar los riesgos razonables que pueden llevar a alguna de las siguientes circunstancias:

- a. En el caso de los padecimientos que anteriormente eran exclusivos de la edad pediátrica, cuando los enfermos alcanzan la mayoría de edad, surge la necesidad de que el médico de adultos, se capacite en el conocimiento y la atención de estos trastornos, evitando así la falta de continuidad terapéutica y el riesgo de desapego, adherencia terapéutica incompleta, abandono de la misma y hasta el riesgo de complicaciones y muerte por un tratamiento insuficiente o ausente.<sup>12</sup>
- b. La misma suerte podrían correr las enfermedades crónicas de la infancia, en las que el nivel de confianza entre el paciente y su familia con el médico pediatra y el médico del adolescente, podría llevar a un momento de desajuste afectivo e incluso rechazo con los médicos de adultos. La razón es relativamente fácil de explicar: Cuando en la medicina

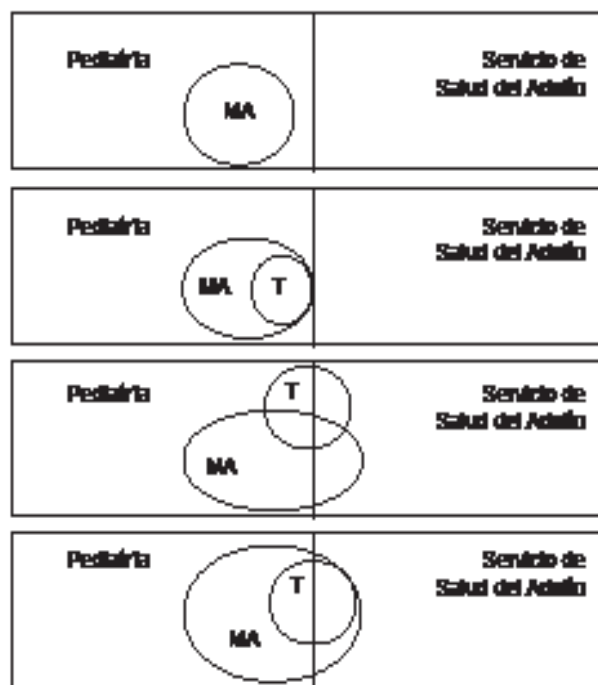


Figura 1

para niños, el pediatra sabe que el paciente está en desarrollo y que gradualmente adquirirá capacidad o competencia para la vida, que le permitirán razonar y valorar su estado real de salud; comprender el papel importante de su participación y la cualidad de autoprotección y cuidado de su salud, el médico de adultos, suele dar por hecho que tiene enfrente a un individuo que por mayoría de edad, cuenta con dichas capacidades, lo que podría significar un riesgo para el desarrollo de la confianza y comunicación entre ambas partes.<sup>13</sup>

- c. La adolescencia como transición de la infancia hacia la adultez, ha significado un espacio en el que suele perderse la vigilancia médica y la promoción del aprendizaje para la salud a través de la prevención. Las evidencias epidemiológicas muestran cómo, las enfermedades de los adolescentes y las que causan su muerte, derivan de conductas altamente específicas de riesgo, todas previsible y por ende responsabilidad del pediatra para su tratamiento, su prevención e incluso su pronóstico.
- d. Las siguientes entidades son problemas de salud pública en México: la obesidad, las adicciones, los trastornos de la conducta alimentaria, la violencia, la depresión, el embarazo de la adolescente y las infecciones de transmisión sexual. Todas señalan la responsabilidad de diseñar, conducir y transferir el paso del individuo por esta etapa de la vida, de forma tal que sean adentrados en el campo de la salud de los adultos, con aptitudes y competencias saludables.<sup>14</sup>

Más allá del terreno clínico, en el de la administración de los servicios de salud, entender que el costo de la falta de políticas y lineamientos en la atención de los enfermos crónicos atendidos en los hospitales pediátricos, hacia los de asistencia a adultos, significaría la pérdida de esfuerzos, recursos y lo más importante, el descuido del estado de salud de los pacientes.<sup>15</sup>

Así expuesta la situación actual de la medicina y particularmente la medicina del adolescente y de los enfermos crónicos en pediatría, resulta útil señalar los siguientes conceptos relacionados con la transferencia y la transición de estos individuos, junto con la responsabilidad de los servicios de salud de efectuarla en la mejor forma posible.

## TRANSFERENCIA Y TRANSICIÓN

La *transferencia* define las circunstancias en las que se desarrolla el proceso de transición para la atención de un menor de edad que pasa de la atención de los servicios de salud a infantes y adolescentes, a los que atienden adultos. En este concepto, es necesario comprender que el término *transición* describe el periodo de preparación, previo y posterior al evento de transferencia. Es decir, es el tiempo en el que el profesional encargado de la salud o enfermedad, anticipa el momento en el que su paciente pasará del servicio de salud de menores al de adultos, lo facilita y vigila que la incorporación al mismo sea completa y aceptada. La enseñanza al paciente y a su familia al respecto de este momento, requiere ser conservado a lo largo de la atención médica, indicándolo como un momento que es parte del mismo proceso de asistencia (Figura 2). El profesional también debe estar sujeto a entender la necesidad de vivir este momento y darle paso.<sup>16,17</sup> En términos generales, la transición requiere de:

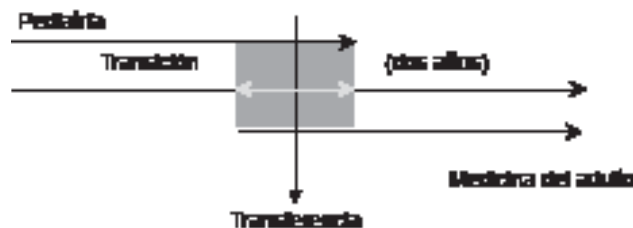


Figura 2. Un modelo de transferencia.

- a. Diseño. En el programa de atención, el profesional de la salud de menores, es decir, el pediatra debe iniciar la preparación para la transferencia al menos un año antes de efectuarla y considerar en su desarrollo los siguientes aspectos:
  1. Promover en el menor y su familia la adquisición de capacidades para vivir la transferencia.
  2. Hacerles comprender y aceptar, la importancia que tiene el concepto de su estado de salud; el papel que juegan como enfermo y familia para obtener mejores resultados; la autonomía y capacidad de autocuidado que habrán de adquirir lo antes posible y además motivar el máximo nivel de responsabilidad en su apego y adherencia al tratamiento.

3. Describir los posibles obstáculos que ocurren en el momento de la propia transición, haciéndole sentir al paciente que la separación de su médico actual no significa un rompimiento; que se estará al tanto de su situación y que establecerá un contacto temporal con su nuevo médico. Reconocer y plantearle, la necesidad de considerar los aspectos administrativos propios del momento; promover su tolerancia al mismo y transmitirle un concepto de paciente adulto.
4. Optimizar el momento en que tendrá lugar el cambio. Si bien en México, las instituciones de salud no tienen un concepto generalizado y homogéneo de los límites de edad que signifique la transferencia desde el punto de vista administrativo (y que evidentemente habrá de ser establecido), cada profesional en su campo institucional, habrá de adecuar el periodo de transición y el momento ideal de la transferencia a otra unidad.
5. Ofrecer información suficiente. Más allá de un resumen clínico completo y bien realizado, que pueda describir muy bien la evolución clínica del menor, sea práctico y abrevie el tiempo de su conocimiento, habrá de pugnarse por un sistema moderno, electrónico y general en todas las unidades de salud, que esté disponible para la institución y para los médicos receptores, que sea fuente de información adicional, que incluya imágenes, estudios de histopatología, salud mental, trabajo social, y en general todo el acervo relacionado con la salud del paciente. Como parte de un sistema de calidad, este instrumento evitará desajustes en la atención, repetición de procesos, costo y percepción indeseada del nivel de atención para la salud.
6. Establecer contacto con la institución a donde habrá de transferirse al paciente. El profesional de niños y adolescentes, además de todo lo anterior, hará contacto directo con la institución y profesionales correspondientes, de forma que se adelante para estos últimos, el momento de conocer al paciente; para que expresen sus dudas sobre el tratamiento y se definan los mejores recursos clínicos y administrativos que faciliten la transferencia. (Figura 2)
  - b. Desarrollo. Considerando ampliamente los puntos del inciso previo, el desarrollo de la transición debe señalar sólo un momento más en la atención del paciente, de forma tal que, su adentramiento en el campo de atención a la salud de adultos, sea entendido, aceptado y se defina como un tiempo natural en el otorgamiento del servicio y no un desentendimiento en la asistencia.
  - c. Seguimiento. Al menos un año de duración, sería el tiempo en el cual el profesional de menores y su institución, estén al tanto de la evolución clínica y administrativa de cada caso. Es factible mediante citas programadas, al menos dos durante este periodo, que cobijen y apoyen al paciente y a su familia durante esta fase final de la transición. Evitar falta de apego, descuidos en la atención y hasta deserción de tratamientos, serían los beneficios de esta parte del trabajo profesional.

Se han elaborado diferentes modelos de transición y transferencia y su descripción en la literatura distingue la necesidad de que sean adecuados para cada tipo de enfermedad. El niño víctima de violencia, el menor discapacitado, el paciente con cáncer, etc., requieren centros especiales donde serán transferidos; por ende, cada especialista debe asumir la responsabilidad de diseñar su propia transición y transferencia dentro de un marco general que cubra los puntos señalados con anterioridad.<sup>18-20</sup>

Sin embargo, aún cuando diferentes fuentes se inclinan a describir el proceso de transferencia sólo para los casos señalados, nosotros hemos considerado que el adolescente saludable requiere también ser transferido al área de cuidados de la salud de adultos, en forma programada, conducida y supervisada. La razón de lo anterior, es que la propia adolescencia del individuo sano, se ha convertido en un periodo de transición que establece en sí, la etapa final de preparación de los menores para adentrarse a su adultez en una forma bien diseñada. El desarrollo de distintas capacidades y atributos por parte de los adolescentes, sus familias y por los mismos profesionales que les atienden, definen un pronóstico más favorable en el adentramiento, en la estabilidad y la adaptación a su nueva etapa y contextos. Los beneficios de esta planeación son semejantes a los descritos en los procesos desarrollados para los adolescentes enfermos. Establecer un sistema de salud que procure a los adolescentes una *transición* adecuada desde el campo de la pediatría hacia el de la medicina de los adultos, favorece definir:

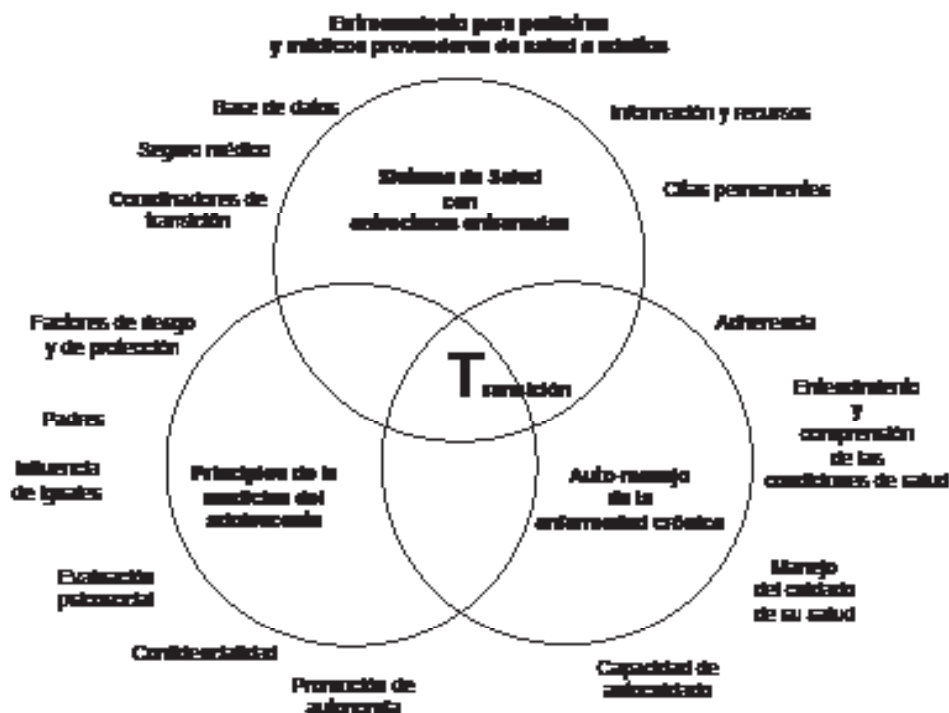
- a. Un periodo de preparación.
- b. Una *transferencia* programada.
- c. Un espacio de seguimiento.

De acuerdo con lo anterior, el campo de oportunidad y acción que ofrece el desarrollo de este proceso se ubica en:

1. *La pediatría tradicional*. En la que el pediatra promueva en el menor y la familia, competencias para la salud, la convivencia y el desarrollo, elementos útiles y necesarios que deben adquirirse en la etapa temprana del crecimiento y desarrollo de los seres humanos, constituyéndose como los mejores instrumentos para una adaptación responsable y productiva en su adultez.
2. *La medicina del adolescente*. Campo fértil en México, que requiere de la cobertura por profesionales capacitados en la atención de menores, que sepan evaluar en forma sistematizada e integral a cada uno de los adolescentes y sus contextos. Que precisen capacidades y competencias para la prevención de enfermedades que les afectan y que los preparen para adherirse a un programa de vigilancia de su salud durante la adultez.
3. *La atención del adolescente enfermo crónico*. Cada especialidad habrá de optimar los lineamientos

de transición y transferencia para dar paso a la continuidad de la atención de estos pacientes, ofreciéndoles el máximo de confortabilidad y confianza para ellos y para sus familias.

4. La asistencia del adulto joven sano. El médico de adultos, habrá de adentrarse al campo de la medicina del adolescente, previendo su llegada y conociendo al máximo la estructura y desarrollo personal que le caracteriza, teniendo en cuenta que aún podrían ser personas en tiempo de crecimiento y de adquisición de responsabilidades y por ende, aún con necesidad de ser apoyadas en este concepto.
5. La administración de los servicios de salud. Un proceso de transferencia y transición basado en políticas y lineamientos interinstitucionales, proveerá de continuidad a la atención de la población; establecería la conexión de una adecuada vigilancia tanto a jóvenes sanos como enfermos, de tal forma que se refuercen medidas en todos los niveles de prevención y permita un ahorro económico derivado de un mayor índice de salud en la población <sup>21</sup> (Figura 3).



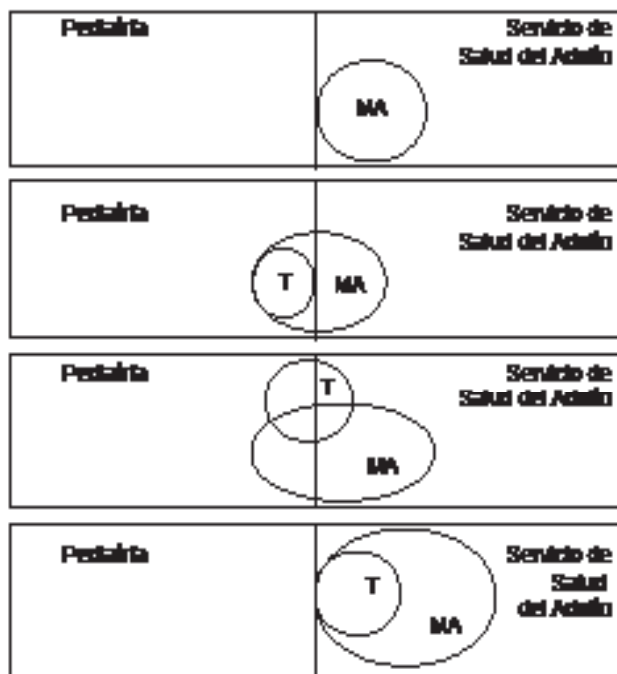
**Figura 3.** Entrenamiento para pediatras y médicos proveedores de salud a adultos. Tomada de: Kennedy A, Sawyer S. Transition from pediatric to adult services: area we getting it right?. Curr Opin Pediatr 2008;20:403-9.

Para ello se requiere de un sistema de salud estructurado con:

- a. Políticas y guías de transición para una transferencia programada de atención desde la adolescencia a la adultez.
- b. Servicios de salud de niños y adolescentes en contacto permanente con los destinados para adultos.
- c. Infraestructura administrativa, electrónica y humana, que permitan hacer expedita, simple y cómoda la transición. Que limite procesos repetitivos y favorezca la continuidad.
- d. Servicios de pediatría incluyentes de la medicina del adolescente.
- e. Servicios de salud para adultos, con conceptos claros de la medicina del adolescente y del campo de la transición y la transferencia, en el que los profesionales de este campo se involucren con el paciente, desde un año antes de recibir la transferencia del mismo (Figura 4).

## CONCLUSIONES

El proceso de transición y el momento de transferencia, requieren ser introducidos en el campo de la medicina



**Figura 4.** Adaptada y modificada de: Kennedy & Sawyer. Transition from pediatric to adult services: are we getting it right? *Curr Opin Pediatr* 2008;20:403-409.

moderna. Tanto el pediatra como el médico que atiende adultos, debe adentrarse en estos conceptos y responsabilizarse de facilitarlos. El sistema nacional de salud habrá de definir las políticas y lineamientos para el óptimo desarrollo de la transferencia de pacientes de un campo a otro. La oportunidad y el campo de acción que pueden observarse, presume de un instrumento que redundará en un mejor nivel de salud y en un perfil preventivo adicional de la medicina actual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lain EP. Historia de la Medicina. Barcelona: Elsevier MASSON; 1978 (reimpresión 2006).
2. Lain EP. Historia de la medicina moderna y contemporánea. Madrid: Editorial Científico-técnica; 2ª ed. 1963.
3. Avila CI, Padrón PF, Frenk S, Rodríguez PM. Historia de la Pediatría en México. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
4. <http://www.adolescenthealth.org/Overview/2703.htm>
5. Celis-De la Rosa A. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. La Salud del Adolescente en cifras. *Sal Pub Mex* 2003;45:S153-S63.
6. Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia. Secretaría de Salud. México, 2002.
7. Elborn JS, Shale DJ, Briton JR. Cystic fibrosis: current survival and population estimates to the year 2000. *Thorax* 1991;46:881-5.
8. Smith M. An overview of progress in childhood cancer survival. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004;30:439-52.
9. Riley K, Roth S, Sellwood M, Wyatt J. Survival and neurodevelopmental morbidity at 1 year of age following extremely preterm delivery over a 20 year period. A single centre cohort study. *Acta Paediatr* 2008;97:159-65.
10. Stam H, Hartman E, Deurloo J, et al. Young adult patients with a history of paediatric disease: Impact on course of life and transition into adulthood. *J Adolesc Health* 2006;39:4-13.
11. Britto MT. Improving outcomes for youth with chronic conditions: it's time for increased collaboration. *J Adolesc Health* 2006;39:1-2.
12. Sawyer S, Drew S, Yeo M, Britto M. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet* 2007;369:1481-9.
13. Reiss J, Gibson R. Healthcare transition: youth, family and provider perspectives. *Pediatrics* 2005;115:112-20.
14. Perea MA, Loredó AA, Trejo HJ, López NG, et al. Medicina para adolescentes. Razones, necesidades y propuestas para desarrollarla. *Acta Pediatr Mex* 2006;27:213-22.
15. Kennedy A, Sawyer S. Transition from pediatric to adult services: are we getting it right? *Curr Opin Pediatr* 2008;20:403-9.
16. Rosen D, Blum R, Britto M, et al. Transition to adult healthcare for adolescents and young adults with chronic conditions. Position paper for the Society of Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33:309-11.
17. Sawyer S, Aroni R. Self-management in adolescents with chronic illness. What does it mean and how can it be achieved? *Med J Aust* 2005;183:405-9.

18. Cindy W, Schwarz Ch, Schwarz D. Child Maltreatment and the Transition to Adult-Based medical and Mental Health Care. *Pediatrics* 2011;127:139-45.
19. Swaran PS, Moli P, Ford T, et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *British J Psych* 2010;197:305-12.
20. Smith M. An overview of progress in childhood cancer survival. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004;21:160-4.
21. While A, Forbes A, Ullman S, et al. Good practices that address continuity during transition from child to adult care: synthesis of the evidence. *Child Care Health Dev* 2004;30:439-52.