

Editorial

# Transición desde la atención pediátrica a la de adultos, en Nefrología

## Transition From Pediatric to Adult Care, in Nephrology

Gabriela Gutiérrez Garcete<sup>1,2</sup>, Leticia Florentín de Merech<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, FCM-UNA, Departamento de Nefrología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.

<sup>2</sup>Sociedad Paraguaya de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal Pediátrico. Asunción, Paraguay.

En las últimas décadas, los progresivos avances en el cuidado de los niños y adolescentes con enfermedades renales han contribuido significativamente a la supervivencia de estos pacientes hasta la edad adulta; lo que implica que deban pasar de la atención médica pediátrica a la de adultos.

El pasaje de estos pacientes al seguimiento por profesionales de adultos es una realidad creciente que debe ser jerarquizada por el equipo de salud y entendida como un proceso y no un evento aislado<sup>1</sup>.

Es importante el conocimiento de dos conceptos: el de transferencia, entendida como el evento puntual del pasaje de una institución o equipo a otra, y transición, conceptualizada como un proceso dinámico, complejo y planificado, que incluye la transferencia propiamente dicha<sup>2</sup>.

En pacientes renales crónicos en terapia de reemplazo renal (hemodiálisis/diálisis peritoneal), la transición de la atención pediátrica a la del adulto es un momento crítico, con sentimientos de miedo, frustración y ansiedad hacia un equipo sanitario diferente.

En tanto que en pacientes trasplantados, ante dicha situación, se evidencian las tasas más altas de rechazo, muerte con injerto funcionante y pérdida del injerto por falta de adherencia a la inmunosupresión.<sup>3</sup> Foster y colaboradores evidenciaron, con la base de datos "Sistema de Datos Renales de los Estados Unidos" (USRDS), que los adolescentes mayores y los adultos jóvenes tenían más riesgo de pérdida del injerto, independientemente de la edad en el momento del trasplante. El riesgo aumentaba a partir de los 11 años, con un pico entre los 17 y 24.4. También se deben tener en cuenta los factores inherentes al desarrollo madurativo-cerebral, factores sociales y económicos que envuelven al paciente.

Algunos pacientes abandonan los controles o tratamientos médicos al dejar la atención pediátrica, lo que constituye una situación de riesgo. Los pacientes adolescentes necesitan adquirir conocimientos y habilidades que aseguren la continuidad de su cuidado durante este período de vulnerabilidad.

No existe un modelo único de transición; existe la transición directa del nefrólogo pediátrico al nefrólogo de adultos, en el mismo o en diferentes hospitales/centros, y por otro lado la transición secuencial a través de una clínica para "adultos jóvenes", dirigida al desarrollo de la transición<sup>5</sup>. No hay estudios que demuestren un mejor rendimiento de uno u otro. Pero sí hay evidencias de que con el abordaje interdisciplinario, por profesionales del equipo de salud en ambos centros de seguimiento, adulto y pediátrico, la evolución de estos jóvenes es mejor.

Actualmente, en varios centros nefrológicos de Europa, USA y América Latina (Colombia y Argentina) se hace hincapié en la planificación del proceso de transición, que involucra la preparación de un paciente adolescente con una enfermedad crónica para "transitar" desde un sistema de salud centrado en los niños, a un sistema de atención de salud orientado al adulto y el posterior evento o "transferencia" que marca su movimiento hacia el nuevo entorno sanitario<sup>3,5</sup>. Se propone además la administración de instrumentos en formato de cuestionarios para evaluar la autonomía de los pacientes al inicio del proceso y en etapas sucesivas, y definir progresos o dificultades para trabajar<sup>2</sup>.

Es imperativo instar a los centros de Nefrología de nuestro país, pediátricos y de adultos, a iniciar la transición de los pacientes y, en los centros que ya lo han iniciado, a continuar y mejorar este trabajo interdisciplinario en beneficio de los pacientes.

## Bibliografía

1. Jiménez Domínguez R, Cavalcante MTL. Proceso de transición de hospital pediátrico a hospital de adultos en pacientes crónicos complejos del Hospital Sant Joan de Déu. *Documentos de Trabajo Social* 2013;52:166-213.
2. González F et al. Validation of the Argentine Spanish version of Transition Readiness Assessment Questionnaire for adolescents with chronic conditions. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(1):18-27.
3. Monteverde ML. Los mil trasplantes renales del Hospital Garrahan. *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2021;41(4):233-234.
4. Foster BJ et al. Association between age and graft failure rates in young kidney transplant recipients. *Transplantation*. 2011;92(11):1237-43.
5. Pape L et al. Different models of transition to adult care after pediatric kidney transplantation: a comparative study. *Pediatr Transplant*. 2013;17(6):518-24

Autor para  
correspondencia.  
Correo electrónico:  
gabygu1404@gmail.com  
(G. Gutiérrez Garcete)