

Transición de adolescentes con enfermedad renal crónica: Un desafío crítico en la continuidad de los cuidados

Transition of Adolescents with Chronic Kidney Disease: A Critical Challenge in Continuity of Care

Señor Editor:

La transición a la adultez representa un período crítico en el desarrollo de pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica (ERC), etapa marcada por la búsqueda de independencia, inserción laboral y consolidación de relaciones sociales significativas¹. Los avances en el manejo de enfermedades renales pediátricas han elevado las tasas de supervivencia al 85-90%, incrementando la población de adolescentes y adultos jóvenes con ERC que requieren una transición efectiva hacia la atención de adultos². En Chile y Latinoamérica, aunque no existen cifras precisas, esta demanda es cada vez más frecuente, generando un desafío emergente para los sistemas de salud.

Los adolescentes con enfermedades crónicas presentan particularidades que dificultan su manejo, como una mayor dependencia familiar, retraso en tareas propias de la adolescencia y predisposición a conductas de riesgo. Suele ocurrir que, a los 15 años, estos adolescentes se trasladan a servicios de atención de adultos de una manera no planificada³. La ausencia de planificación en esta transición se asocia con un incremento de complicaciones médicas, disminución del bienestar, problemas de adherencia, mayor uso de servicios de urgencia y hospitalizaciones frecuentes, con los consecuentes costos en salud. Esto es especialmente crítico en adolescentes en diálisis, cuyo incumplimiento de las indicaciones

terapéuticas puede conducir a morbilidad severa o mortalidad⁴.

Desde el año 2002, se ha enfatizado la necesidad de establecer estrategias estructuradas que faciliten la transición de adolescentes con necesidades especiales de salud hacia la atención adulta². El objetivo es lograr la autonomía y el autocontrol de estos, lo que requiere un cambio de paradigma: la atención pediátrica, centrada en el acompañamiento familiar, debe evolucionar hacia un modelo donde el paciente asuma la responsabilidad de su autocuidado.

Sin embargo, la realidad de la atención adulta presenta desafíos adicionales, como la alta carga asistencial (5 a 10 veces mayor que en pediatría), la falta de compromiso del adolescente, la resistencia de los padres a ceder responsabilidades y las dificultades de adaptación a nuevas dinámicas de privacidad en la atención². Por ejemplo, en el contexto del trasplante renal esto es crítico: aunque los adolescentes suelen recibir riñones de alta calidad, se observa una “ventana de alto riesgo” de pérdida del injerto entre los 17 y 24 años, principalmente debido a una transición inadecuada. El riesgo de fracaso del injerto aumenta un 58% antes de los 21 años⁵.

En Chile, no existen políticas ni programas formalmente establecidos para abordar la transición desde la atención nefrológica pediátrica a la adulta³. Como una innovadora y potencial solución, en 2022 implementamos en nuestro hospital un servicio clínico de nefrología unificado adulto-pediátrico, definiéndose la continuidad de la atención pediátrica de la subespecialidad hasta los 21 años. Este enfoque integró a los nefrólogos pediátricos en los espacios físicos y las actividades clínicas del servicio de adultos, abarcando tanto la atención cerrada (visitas a pacientes hospitalizados) como la atención ambulatoria. Destacan los policlínicos especializados en nefrología general, trasplante renal y cuidado renal avanzado en etapas prediálisis (Unidad de Cuidados Renales Avanzados, UCRA) para adolescentes de 15 a 21 años, con consultas de una hora en los dos últimos programas. Este tiempo ampliado permite no solo abordar de manera integral las necesidades clínicas, sino también fomentar la

autonomía del paciente y personalizar la atención según sus requerimientos específicos.

Durante las consultas, se promueve que los adolescentes expresen sus inquietudes, con la opción de apoyo parental o tutor cuando sea necesario. Además, se les asignan tareas específicas para desarrollar su independencia y se brinda educación en nefropreención y salud mental, abordando temas como la prevención del consumo de sustancias y la orientación en sexualidad, en coordinación con especialistas en psiquiatría cuando corresponde.

Para reforzar la continuidad y calidad de la atención, los casos de adolescentes seleccionados son presentados por los nefrólogos pediátricos en reuniones clínicas semanales, donde son analizados en conjunto con nefrólogos de adultos. Este flujo constante de información optimiza las decisiones

diagnósticas y terapéuticas.

Nuestra experiencia preliminar ha mostrado resultados positivos, avalados por las percepciones favorables del equipo médico y directivo, así como de los pacientes y sus familias. Consideramos que este modelo ha logrado facilitar de manera más eficiente la transición crítica entre la atención pediátrica y adulta, al mismo tiempo que ha fortalecido el desarrollo académico y clínico del equipo de nefrología.

Consideramos que implementar servicios de transición estructurados debe ser un estándar de calidad en la atención nefrológica, garantizando un acompañamiento progresivo y planificado para los pacientes y sus familias. Esto permitirá una preparación adecuada hacia la vida adulta, promoviendo la autonomía y optimizando los resultados en salud.

Hans Müller-Ortiz^{1,2*}, Cecilia de La Maza Cariola¹, Yela Zambrano Coronel^{1,3}, Jaime Muñoz Pérez^{1,3}, Patricia Sánchez Krause⁴.

*Correspondencia: Hans Müller Ortiz / hmuller@me.com
Unidad Docente Asistencial, Universidad de Concepción. Los Sauces 58, Las Higueras, Talcahuano. Chile.

¹Servicio de Nefrología, Hospital Las Higueras. Talcahuano, Chile.

²Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

³Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

⁴Dirección Hospital Las Higueras. Talcahuano, Chile.

Referencias

1. White PH, Cooley WC, Transitions Clinical Report Authoring Group, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2018; 142(5): e20182587. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2587>
2. Riar S, Srivastava T, George R. Transition of Care in Children with Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation. *Indian J Pediatr*. 2023; 90: 1237-1244. <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04629-2>
3. Zubarew Gurtchin T, Bedregal García P, Correa Venegas M.L. Servicios de transición para la atención de adolescentes con enfermedades crónicas. Una necesidad urgente para Chile y Latinoamérica. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(1): 186-187. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.06.005>
4. Wasik Heather L et al. A donor risk index for graft loss in pediatric living donor kidney transplantation. *Am J Transplant*. 2019; 19(10): 2775-2782. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajt.15360>
5. Foster BJ, Platt RW, Dahhou M, Zhang X, Bell LE, Hanley JA. The impact of age at transfer from pediatric to adult-oriented care on renal allograft survival. *Pediatr Transplantation*. 2011; 15: 750-759. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1399-3046.2011.01567.x>