



# Colaboración especial

## La transición desde Pediatría a Medicina de Familia en Atención Primaria

Elena Bermúdez de Castro López<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Laura Casado Sánchez<sup>b</sup>

Publicado en Internet:  
27-septiembre-2024

Elena Bermúdez de Castro López:  
elena.bermudez@salud.madrid.org

<sup>a</sup>Pediatra. CS Reyes Católicos. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España

<sup>b</sup>Pediatra. CS Ramón y Cajal. Alcorcón. Madrid. España.

### Palabras clave:

- Adolescente
- Atención primaria de salud
- Enfermedad crónica
- Transición a la atención de adultos

### Resumen

La transición desde el Servicio de Pediatría a uno de adultos supone un acontecimiento importante en la vida de un adolescente. Es un proceso gradual en el que participan el paciente, la familia y los diferentes profesionales de la asistencia sanitaria. Este paso puede resultar más complicado en el caso de que los pacientes presenten alguna enfermedad crónica. Por ello, a nivel hospitalario se están creando protocolos que persiguen disminuir las posibles complicaciones de una transición no programada en pacientes con necesidades de salud especiales. Sin embargo, en Atención Primaria no disponemos de guías similares y las publicaciones sobre el tema son muy escasas.

### The transition from pediatrics to adult medicine in primary care

### Key words:

- Adolescent
- Chronic disease
- Primary health care
- Transition to adult care

### Abstract

The transition from pediatric to adult care is a major event in the life of an adolescent. It is a gradual process involving the patient, the family and the different healthcare professionals. This step can be more complicated in the case of patients with chronic diseases. For this reason, protocols are being created at the hospital level to reduce the possible complications of an unscheduled transition in patients with special health needs. However, in primary care there are no similar guidelines available and there are very few publications on the subject.

La transición desde un Servicio de Pediatría a uno de adultos supone un hito importante en la historia vital y clínica de un adolescente. Este evento debe ser un proceso gradual, planificado con antelación y coordinado entre los dos estamentos, de forma que permita ofrecer una atención médica de calidad y sin interrupciones. La familia y el paciente han de participar también en la toma de decisiones relacionadas con el cambio<sup>1,2</sup>.

De acuerdo con el Real Decreto 1575/1993 de 10 de septiembre, en Atención Primaria (AP) en España, las personas que tengan una edad igual o superior

a 14 años podrán elegir entre los facultativos de medicina general para continuar el seguimiento, si bien desde los 7 años recoge la posibilidad de ser valorado por un médico de familia<sup>3</sup>. En los hospitales, desde la aprobación en 2013 del II Plan de Infancia y Adolescencia 2013-2016, la edad de atención pediátrica se extiende hasta los 18 años de cara a mejorar la calidad de la atención en la hospitalización en las unidades pediátricas<sup>4</sup>.

Esto no ocurre así en todo el territorio español, pues debido a su heterogeneidad no todos los pacientes pediátricos son valorados por un pediatra

Cómo citar este artículo: Bermúdez de Castro López E, Casado Sánchez ML. La transición desde Pediatría a Medicina de Familia en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:315-9. <https://doi.org/10.60147/7551e734>

en sus múltiples contactos con el primer nivel asistencial hasta los 14 años. De hecho, la figura del pediatra de área solo presta asistencia programada; las citas a demanda y la patología urgente son valoradas por el médico de familia, que en estos casos llevará el seguimiento del paciente de por vida y no será precisa una transición en AP o se realizará a edades más tempranas (como los 7 años)<sup>5</sup>. Esto sucede en muchos puntos rurales de España, aunque la tendencia es a que cada vez ocurra menos, sustituyendo esa figura por un pediatra con un cupo asignado.

La transición puede resultar compleja por diferentes motivos. Uno de los factores que dificulta la adaptación a la nueva situación es la posible diferencia en la atención médica entre Pediatría y el servicio de adultos. En la infancia, la familia es la encargada del tratamiento y los cuidados, mientras que en la etapa adulta la responsabilidad recae en el paciente. Este hecho supone un obstáculo porque el niño y su familia suelen preferir una atención más paternalista o sobreprotectora. Además, la carga asistencial y la gestión de tiempos y agendas varían entre ambos servicios, con una mayor sobrecarga, en general, en el servicio de adultos. La falta de información sobre estos aspectos y una preparación inadecuada conllevan un sentimiento de incertidumbre y una resistencia a perder el vínculo emocional creado con el pediatra durante varios años<sup>6-8</sup>.

El proceso de transición resulta más complejo en los adolescentes con enfermedades crónicas o con necesidades especiales. La enfermedad crónica se define como una patología de larga duración (mayor de seis meses), cuyo fin o curación no puede preverse o no ocurrirá nunca. Aproximadamente un 10-15% de los adolescentes padece un problema con estas características<sup>1</sup>. La adolescencia es una etapa caracterizada por grandes cambios físicos, psicológicos y sociales. Si a esta situación se une la presencia de una enfermedad crónica, aumenta la predisposición a presentar trastornos emocionales, conductas de riesgo como el consumo de drogas, ser víctimas de *bullying*, maltrato y abuso sexual. Además, se ha comprobado que si

en estos casos la transición de los cuidados de salud no está correctamente organizada pueden surgir complicaciones, como la pérdida de seguimiento, una disminución del cumplimiento terapéutico o un aumento del número de ingresos hospitalarios<sup>1,6</sup>. En países como EE. UU., Canadá, Chile y Argentina se han implementado programas para llevar a cabo la transición de estos pacientes con éxito<sup>1,6,9-11</sup> y en nuestro país también se están desarrollando iniciativas similares en los últimos años, como el plan de transición para pacientes con errores congénitos del metabolismo, elaborado por varios hospitales españoles, y el protocolo para la transición de las personas con diabetes *mellitus* del Hospital Campo Grande de Valladolid. Cabe destacar el programa de transición desarrollado por el Hospital Universitario Niño Jesús y el Hospital Universitario de La Princesa en Madrid y dirigido a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, ya que constituye un buen ejemplo de la importancia de la colaboración entre los Servicios de Pediatría y de adultos. Y también conviene reseñar la guía completa de transición publicada por varias especialidades pediátricas del Hospital Universitario La Paz de Madrid en 2018<sup>12,13</sup>. En general, estos programas se desarrollan en varias etapas o fases. Según el esquema más utilizado en nuestro medio, en la primera etapa se realiza la preparación para la transición. En este momento se informa sobre el proceso tanto al paciente como a la familia y se ayuda al adolescente a mejorar su autonomía y su capacidad para tomar decisiones sobre su salud. Tras comprobar que estas competencias se han logrado, se pasa a la siguiente etapa: la transferencia. En este punto es muy importante la adecuada comunicación y coordinación entre los diferentes servicios implicados. Por último, los siguientes años tras la transferencia se dedican a reforzar las competencias adquiridas para mantener una buena integración en el servicio de adultos<sup>14</sup>. En la literatura médica no se ha establecido una edad fija para empezar ni finalizar la transición. Lo ideal sería comenzar el proceso a los 12 años y realizar el cambio cuando el adolescente sea capaz de tomar decisiones sobre su salud de forma independiente. Esto se suele conseguir

sobre los 18 años, aunque dependiendo de la patología, se podría adelantar a los 15-16 años. La Academia Americana de Pediatría señala que esta situación se alcanzaría entre los 18 y los 21 años<sup>2</sup>.

A diferencia de lo que sucede en el caso de los hospitales y los pacientes con enfermedades crónicas, son escasos los estudios dedicados a la transición en AP. Los pocos que hemos encontrado incluyen pacientes mayores de 16 años y han sido llevados a cabo en países donde la estructura de la AP es diferente a la española. Esta escasez de estudios en AP llama la atención, ya que el pediatra de este ámbito conoce la historia clínica y social del paciente y, a lo largo del seguimiento, se ha creado una fuerte relación de confianza médico-paciente-familia, circunstancias por las que este profesional sanitario resulta ser una figura clave a la hora de planificar y coordinar una transición adecuada<sup>15-18</sup>. En este sentido, conviene reseñar el estudio de Toulany *et al.*, en Canadá, donde se describe cómo el seguimiento del mismo profesional sanitario de AP en el momento de la transición disminuye las complicaciones en pacientes con enfermedades mentales<sup>19</sup>.

En la práctica, la transición en AP suele ser sencilla y corta. La mayor parte de los pacientes atendidos en este ámbito no tienen necesidades especiales y no hay programas de transición tan complejos como en el medio hospitalario. En general, una vez que los adolescentes cumplen los 14 años, acuden al centro para que el personal de Enfermería y/o Pediatría les realice una revisión de salud. En esta, además de administrar la vacunación correspondiente, se abordan temas como el desarrollo físico y psicológico en la adolescencia, la sexualidad, la prevención de hábitos tóxicos y la promoción de hábitos saludables. Tras ello, se informa al paciente y a sus familiares de que los administrativos del centro le pueden realizar el trámite del cambio a un médico de adultos, el cual se completa en pocos segundos. En la siguiente visita el adolescente será atendido por un médico de familia. Es, por tanto, un traspaso inmediato que no tiene en cuenta la patología del paciente.

No obstante, hay centros donde la revisión de los 14 años la realiza ya el equipo de adultos, de cara a

integrar esa transición. De igual modo, hay adaptaciones según las circunstancias especiales de cada centro o zona de salud, de forma que a veces los niños mayores de 7 años son vistos por el médico de familia debido a la escasez de pediatras, y en otros se alarga la edad pediátrica hasta los 15 o 16 años por falta de médicos de familia. Aunque, en general, el trámite administrativo lo marca el sistema sanitario a los 14 años.

En los centros de salud, tanto la accesibilidad de la historia clínica informatizada a todos los sanitarios como la presencia de los pediatras y los médicos de familia en el mismo edificio facilitan la transición. Además, el médico de familia elegido suele ser el mismo que tienen los padres, lo que mejora la adaptación, pues en la mayoría de los casos han tenido la ocasión de conocerle al acompañar a sus padres al centro de salud. Incluso, si se trata de un paciente con especial patología, el pediatra suele hablar con el médico de familia elegido por la familia para ponerle en antecedentes. Es más, la familia a veces pide consejo al pediatra sobre el profesional de medicina de familia a elegir para continuar el seguimiento de su hijo.

Según nuestra experiencia, el cambio de profesional en AP ocurre sin incidentes importantes. Pero con frecuencia observamos que algunos pacientes y sus familias muestran reticencias cuando llega el momento. En líneas generales, los padres comentan que sus hijos son demasiado pequeños y no están preparados para la transición. Además, temen que el enfoque de la atención y el tratamiento no sean iguales en el servicio de adultos que en el de Pediatría. No es infrecuente la demanda de un cambio más tardío. Sin embargo, algunos adolescentes hubieran preferido realizarlo antes, al verse demasiado mayores en comparación con otros niños de la sala de espera o al comprobar que ya no caben en la camilla de la consulta de Pediatría. Por otra parte, la diferencia de edad en la que se efectúa el paso en los hospitales (entre los 16 y 18 años, según el hospital o el servicio en cuestión, como urgencias, no siguiendo al 100% los hospitales españoles el II Plan de Infancia y Adolescencia) y en AP (a los 14 años en general) hace que puedan

surgir problemas administrativos. Puede darse el caso de que un paciente cumpla los 14 años pero que, por algún problema médico pendiente de resolver, el pediatra necesite alargar su seguimiento. En ese supuesto es necesario realizar ciertos trámites administrativos para obtener el permiso, que suele concederse sin objeciones.

Debido a la escasez de publicaciones sobre este tema en el ámbito de la AP, resulta relevante la realización de estudios que permitan contrastar las percepciones subjetivas anteriores. Sería interesante conocer la opinión de los adolescentes y de sus familias, así como la de los diferentes trabajadores sanitarios del centro y, con todo ello, elaborar e implantar un protocolo de transición que incluya, entre otras acciones, una visita conjunta del pediatra con el que será su médico de familia. Esta

medida supondría una mejora en la calidad de la atención a nuestros pacientes.

## CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de las autoras: idea original, promoción de su elaboración, búsqueda bibliográfica, elaboración mayoritaria y correcciones (EBCL), lectura, revisión, búsqueda bibliográfica, investigación de la realidad a pie de calle y correcciones (MLCS).

## ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hidalgo-Vicario MI. La transición del pediatra al médico de adultos en el adolescente con enfermedad crónica. *Pediatr Integr*. 2013;157-9.
2. Cooley WC, Sagerman PJ; American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and 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(1):182-200. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0969>
3. Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. En: BOE [en línea] [consultado el 23/09/2024]. Disponible en [www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-24302](http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-24302)
4. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 23/09/2024]. Disponible en [https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/documentos/pdf/II\\_PLAN ESTRATEGICO\\_INFANCIA.pdf](https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/documentos/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf)
5. Resolución de 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y actividades. En: BOE [en línea] [consultado el 23/09/2024]. Disponible en [www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-18919](http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-18919)
6. De Cunto CI. Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(4):341-7. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.341>
7. Reiss J, Gibson R, Walker I. Health care transition: youth, family and provider perspectives. *Pediatrics*. 2005;115(1):112-20. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1321>
8. Van Staa AL, Jedeloo S, Van Meeteren J, Latour JM. Crossing the transition chasm: experiences and recommendations for improving transitional care of young adults, parents and providers. *Child Care Health Dev*. 2011;37(6):821-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01261.x>
9. Reid G, Jane Irvine M, McCrindle B, Sananes R, Ritvo P, Siu S, et al. Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. *Pediatrics*. 2004;113:e197. <https://doi.org/10.1542/peds.113.3.e197>

10. Cadogan K, Waldrop J, Maslow G, Chung RJ. S.M.A.R.T. Transitions: a program evaluation. *J Pediatr Health Care*. 2018;32(4):e81-e90. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.02.008>
11. Inostroza C, Correa ML, Besoain C, Reinoso A, Velarde M, Valenzuela MT, *et al.* El proceso de transición de servicios pediátricos a adultos: visión de adolescentes hospitalizados portadores de enfermedades crónicas. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(2):110-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.014>
12. Pérez López J, Ceberio Hualde I, García Morillo JS, Grau Junyent JM, Hermida Ameijeiras A, López Rodríguez M, *et al.* Proceso de transición de la asistencia pediátrica a la adulta en pacientes con errores congénitos del metabolismo. Documento de consenso. *Med Clin (Barc)*. 2016;147(11):506e1-506e7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.09.018>
13. Navarro M, Jara P. Transición de niño a adulto: ¿cómo podemos ayudarles? 1ª Ed. Hospital Universitario La Paz: Ergon; 2018.
14. Moreno Galdó A, Regné Alegret MC, Aceituno López MA, Camprodón Gómez M, Martí Beltran S, Lara Fernández R, *et al.* Implementación de programas de transición de la adolescencia a la edad adulta. *An Pediatr*. 2023;99(6):422-30. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.09.016>
15. Wisk LE, Finkelstein JA, Sawicki GS, Lakoma M, Toomey SL, Schuster MA, *et al.* Predictors of timing of transfer from pediatric to adult-focused primary care. *JAMA Pediatr*. 2015;169(6):e150951. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0951>
16. Han A, Whitehouse S, Tsai S, Hwang S, Thorne S. Perceptions of the family physicians from adolescents and their caregivers preparing to transition to adult care. *BMC Fam Pract*. 2018(19):140. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0830-6>
17. Bhawra J, Toulany A, Cohen E, Moore Hepburn C, Guttman A. Primary care interventions to improve transition of youth with chronic health conditions from paediatric to adult healthcare: a systematic review. *BMJ Open*. 2016;6:e011871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011871>
18. McManus M, White P, Barbour A, Tuchman L, Cooley WC, McAllister JW, *et al.* Pediatric to adult transition: a quality improvement model for primary care. *J Adolesc Health*. 2015;56:73-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.006>
19. Toulany A, Stukel T, Kurdyak P, Fu I, Guttman A. Association of primary care continuity with outcomes following transition to adult care for adolescents with severe mental illness. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e198415. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2019.8415>