



Pediatría

http://www.revistapediatria.org/
DOI: https://doi.org/10.14295/rp.v55i2.325



Revisión

Transición del adolescente sano al servicio médico de adultos.

Andrea Ortiz^a, Jhon Camacho-cruz^{a,b,c}, Ferney Baquero^{a,d}, Alba Rocío Gonzáles^{c,e}, Bertha Patricia Calderón^{c,f}, Andrea Martín^a, Adriana Liseth Ortiz^b

a. Profesor asistente, Departamento de Pediatría, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Sociedad de Cirugía - Hospital de San José.

b. Departamento de Pediatría, Clínica Pediátrica; Clínica ColSanitas. Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia

c. Comité de Puericultura Sociedad Colombiana de Pediatría – Regional Bogotá.

d. Departamento de Pediatría - Efebología – Miembro del programa Universidad Saludable, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Instructor asistente Departamento de Pediatría y Medicina familiar FUCS

e. Departamento de Pediatría - Efebología, Programa de Salud del Adolescente Clínica Cafam

f. Postgrado Pediatría, Efebología, Medicina Comunitaria Facultad de Medicina Universidad El Bosque

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 21 de septiembre de 2021

Aceptado: 18 de mayo de 2022

Editor adjunto

Alvaro León Jácome Orozco

Palabras clave:

Adolescente

Medicina del Adolescente

Servicios de Salud del Adolescente

Salud del Adolescente

Transición de la Salud

Transición a la Atención de Adultos.

R E S U M E N

Introducción: La atención de adolescentes requiere la integración de todo el personal de salud para lograr una adecuada transición del paciente al servicio médico de adultos, desde pediatría o medicina familiar. **Objetivo:** realizar una revisión de la literatura sobre el proceso de transición médica del adolescente sano y proponer una lista de chequeo que sirva de orientación práctica al médico para referirlo adecuadamente al servicio de adultos. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo revisión de la literatura, con una estrategia de búsqueda sistemática y se analizaron los artículos más relevantes sobre los procedimientos existentes y actualizados para realizar una adecuada transición de adolescentes. **Resultados:** se encontraron diferentes protocolos y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y artículos internacionales con su respectiva normatividad. Se unifican los pasos para una transición exitosa y se resumen en un proceso integral. Finalmente se creó una lista de chequeo que permite referir el adolescente con el médico de adultos de una manera simple, para que el personal clínico pueda lograr una transición adecuada. **Conclusión:** el proceso de transición es un período de alto riesgo para el adolescente por su probabilidad inherente de abandono. Es indispensable implementar un programa integral de transición para la atención del adolescente en el sistema de salud. Por esta razón es necesario conocer el proceso de transición, la función del equipo multidisciplinario y la lista de chequeo para lograr una transición exitosa.

*Autor para correspondencia. Andrea Ortiz Montaña

Correo electrónico: ayortiz@fucsalud.edu.co

The transition of the healthy adolescent to the adult medical service

A B S T R A C T

Introduction: The care of adolescents requires the integration of all health personnel to achieve an adequate delivery of the patient to the adult medical service, from pediatrics or family medicine. **Objective:** To review the literature on the medical transition process of healthy adolescents and propose a checklist that serves as practical guidance for the doctor to refer him to the adult service appropriately. **Methods:** A descriptive, retrospective literature review study was carried out with a systematic search strategy. The most relevant articles on existing and updated procedures to carry out an adequate transition of adolescents were analyzed. **Results:** Different protocols and guidelines of the Ministry of Health and Social Protection of Colombia and international articles with their respective regulations were found. The steps for a successful transition were unified and summarized in a comprehensive process. Finally, a checklist was created that allows the adolescent to be easily referred to the adult doctor so that the clinical staff can achieve an adequate transition. **Conclusion:** The transition process is a period of high risk for the adolescent due to its inherent probability of abandonment. Implementing a comprehensive transition program for adolescent care in the health system is essential. For this reason, it is necessary to know the transition process, the role of the multidisciplinary team, and the checklist to achieve a successful transition.

Keywords:

Adolescent
Adolescent Medicine
Adolescent Health Services
Adolescent Health
Health Transition
Transition to Adult Care

Introducción

La adolescencia es definida como una etapa de transformación, independiente de la primera infancia y la edad adulta, comprendida en la segunda década de vida, entre los 10 y 19 años. La adolescencia clásicamente está subclasificada en adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años), se caracteriza por múltiples cambios fisiológicos y psicológicos (1-2). Además de la maduración física y sexual, estos cambios incluyen la transición hacia la independencia social y económica, afianzamiento de la personalidad, capacidad para establecer relaciones sociales maduras, razonamiento abstracto y asumir funciones de la vida adulta. Considerando todos estos aspectos, representa un período de riesgos psicosociales importantes (3-4).

A nivel mundial, una de cada cuatro personas es adolescente. De acuerdo con un informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día fallecen aproximadamente 1.2 millones de adolescentes, de los cuales más de dos tercios mueren en países de medianos ingresos por causas prevenibles (accidentes de tránsito, suicidios e infecciones respiratorias bajas). La OMS estima que el 70 % de las muertes prematuras en el adulto son consecuencia de conductas de riesgo de inicio en la adolescencia, por lo que esta etapa es un eslabón principal en el objetivo de una adultez y vejez sana. La OMS ha publicado las guías de Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes: Orientación para la aplicación en los países (¡AA-HA!), considerando la problemática de orden mundial, por los pocos recursos y escasa atención destinada a la población adolescente. Esta guía tiene como objetivo servir como apoyo para los entes encargados en los Ministerios de Salud en la formulación de protocolos y políticas, implementación, verificación y evaluación de la atención integral del adolescente (2,5).

La transferencia se refiere al traspaso desde el servicio de pediatría al servicio de adultos sin un proceso de entrega, seguimiento, consultas intermediarias o planeación. Por otro

lado, la transición hace referencia al proceso planificado previo, durante y posterior a la transferencia. Está definido como el período de tiempo en el que el profesional de salud encargado anticipa el cambio, constituyendo una fase de preparación, vigilancia y aceptación dirigido hacia el paciente y su familia. El proceso deberá ser individualizado acorde con las necesidades de cada paciente, abordando aspectos médicos, psicosociales, educativos y en general, cubriendo el mayor número de áreas posible para afrontar el futuro, con el propósito de asegurar el seguimiento adecuado y oportuno (6-11). En la literatura actual, los principales objetivos de la transición son los adolescentes con enfermedades crónicas, sin embargo, la atención del adolescente en miras a la prevención y tamización puede conllevar a disminuir la prevalencia de enfermedades en la adultez (12). Siendo así, cada día se aumenta la necesidad de modelos o guías bien diseñadas para garantizar una transición exitosa entre la atención del adolescente a la atención adulta (13).

En Colombia se encontraron escasos programas para la transición en el cuidado de salud del adolescente sano, desde el servicio de pediatría hacia medicina de adulto. Se realizó el presente artículo con el objetivo de revisar los pasos que conforman la transición de los adolescentes sanos hacia la atención del servicio de adultos, para garantizar la continuidad en la asistencia médica de calidad, con el fin de brindar una orientación práctica y proponer una lista de chequeo al médico para referir adecuadamente al servicio de adultos.

Métodos

Se realizó un artículo de revisión de tema, para el cual se planteó una estrategia de búsqueda de la literatura basada en la declaración PRISMA 2020 en las bases de datos: Medline (PubMed) y LILACS y se consultó el banco de artículos Science Direct, con los siguientes términos MeSH y el operador booleano OR: «Adolescent Health Services», «Transition to Adult Care», «Adolescent Medicine», «Health Transition», «Healthca-

re Transition». Se extrajeron un total de 203 artículos provenientes de la búsqueda de las bases de datos mencionadas, el equipo de trabajo extrajo posteriormente los artículos utilizados mediante la eliminación de citas duplicadas, exclusión por título, resumen y por un cribado en relación con el objetivo y citas que no fueran textos completos, para obtener un total de 58 artículos elegibles. Se limitó la búsqueda por fecha de publicación entre 2002 y 2022, sin embargo, no se limitó por tipo de diseño epidemiológico, ni se realizaron restricciones de idioma. Además, se realizó una búsqueda de literatura gris y fuentes primarias, como libros y opiniones de profesionales de la comunidad académica, experimentados en el manejo de la transición de adolescentes.

La escala *Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble* (CRAFFT, por sus siglas en inglés) es usada con permiso de reproducción por parte de sus autores, de manera que la escala presentada es la versión autorizada en español para el uso del personal de salud.

Resultados

Epidemiología

De acuerdo con estadísticas de población del departamento administrativo nacional de estadística (DANE), para el año 2018, el 31.02 % de la población colombiana eran niños, niñas y adolescentes, 16.89 % se encontraban entre los 10 y 19 años. Para el año 2020, se estimó una población entre 14 a 28 años del 25 % de la población total (12,14). En el año 2017, el 45 % de los hogares tenían a su interior, al menos 1 adolescente. La razón de mortalidad global ha descendido casi un 60 % en la infancia desde el año 1990, lo que conlleva a que millones de niños sobrevivan y lleguen a la adolescencia (2,5,15).

En Colombia, las tasas de pobreza alcanzan el 39 % en niños, niñas y adolescentes, llevando a una reducción de su productividad y habilidades, educación incompleta, mayor probabilidad de desempleo y más dependencia a subsidios sociales y poca accesibilidad a seguimiento por profesionales en la salud (16). El artículo 45 de la Constitución Política de Colombia defiende los derechos a la protección y formación integral del adolescente. Por otro lado, la Ley 1098 de 2006 contempla el Código de Infancia y la Adolescencia encargado de brindar protección integral a los niños, niñas y adolescentes, entendiendo como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años que se encuentren en el territorio nacional, nacionales o extranjeros (17).

En Colombia el Ministerio de salud a través del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), contempla dentro de la política integral de salud, el modelo integral de atención en salud (MIAS), el cual tiene como objetivo garantizar el derecho de la salud, a través de políticas, programas, proyectos y/o estrategias dirigidas al manejo integral en la salud de cada uno de los habitantes. Parte de este objetivo es llevado a cabo mediante las rutas integrales de atención en salud (RIAS). La ruta de atención en la adolescencia se encuentra subdividida en (18): 1) valoración integral en salud: crecimiento y desarrollo, estado nutricional, salud bucal, salud visual y auditiva, salud mental, sexual y reproductiva, vacunación y estado

socioeconómico, 2) educación para la salud: estrategias para la promoción de hábitos saludables en cada una de las áreas previamente mencionadas en el punto anterior, 3) caracterización ambiental: valoración y estratificación de las condiciones ambientales y sanitarias, identificando posibles riesgos para los adolescentes, 4) sucesos vitales: toda ocurrencia de eventos que impactan positiva o negativamente en la salud del adolescente (vinculación al sistema de educación, conflicto familiar, enfermedad, accidentes, migración, ser objeto de violencia, entre otros) y 5) acciones de gestión de salud pública.

Esta ruta integral de atención dirigida a la población adolescente concentra sus esfuerzos en la promoción y prevención en salud, así como en las acciones dirigidas a los posibles riesgos y patologías que podría padecer un individuo a esta edad, sin embargo, no se plantean acciones hacia la transición en el cuidado de salud del adolescente desde el servicio de pediatría hacia medicina de adultos.

Adicionalmente, contamos con un modelo de acción integral territorial MAITE, el cual es ejecutado bajo diversos objetivos que articulan todas y cada una de las acciones implementadas en el sistema de salud, para dar respuesta a aquellos requerimientos necesarios para asegurar la salud de la población, buscando así una cobertura nacional, la cual contribuirá satisfactoriamente en la transición requerida por pacientes que se encuentren en cualquier parte del territorio colombiano.

Entre los objetivos que nos ofrece MAITE encontramos: 1) el derecho fundamental de la salud en el territorio colombiano, 2) reforzamiento de las autoridades sanitarias y 3) plan de respuesta oportuna y con alto índice de satisfacción para dar respuesta a las necesidades requeridas (19).

Es importante rescatar que Chile y Argentina son de los países latinoamericanos con más programas de atención integral dirigidos a los adolescentes. La guía de Políticas del Ministerio de Salud de Chile publicado en el período 2011-2020, propone estrategias de acción para la atención integral de los adolescentes en este país. En los últimos años la encuesta nacional de salud chilena evidenció un impacto negativo en salud de este grupo etario, asociado a eventos de causa externa como mortalidad a causa de accidentes, suicidios o violencia interpersonal. Además, alertó que, la presencia de factores medioambientales y conductas de riesgo conlleva a aumentar patologías crónicas no transmisibles en la edad adulta, como sobrepeso y problemas cardiovasculares, entre otros. Por este motivo a partir de 2011 se implementó el programa «Control de Joven Sano», De esta manera para el año 2014 cada adolescente tenía un control anual de salud. Se realizó capacitación de los grupos de atención dirigidos a esta población, desarrollando una red asistencial que incluye especialistas en salud de adolescentes quienes lideran estos equipos de trabajo (20). Sin embargo, en la política mencionada anteriormente, no se discute el proceso de transición en el sistema de salud del adolescente. Figura 1.

Por otro lado, la Sociedad Chilena de Pediatría ha hecho varias publicaciones acerca del proceso de transición del adolescente portador de enfermedades crónicas. En Argentina el derecho a la salud, la promoción y prevención de los niños y adolescentes está regida por la Convención de los Derechos del Niño (art. 24), de la Ley Nro. 26.061 en su art. 14 (21). Hacia el año 2007 la resolución ministerial Nro. 619 creó el Programa

Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). La necesidad de este programa se ve vinculada a datos por parte de la Comisión económica para América Latina y Caribe que reportan que el 20 % de la población están entre 10 a 19 años (22). El censo del 2010 de Argentina reportó que el 17 % de la población son adolescentes, con una tasa de mortalidad para esta población del 5.4 %, reportando como principal causa las lesiones de causa externa; el suicidio pasó a ser la segunda causa de muerte con más frecuencia; Por este motivo y otros hallazgos reportado en dicho censo el PNSIA creó lineamientos para cada una de las conductas de riesgo en la población adolescente (prevención y promoción en la salud, consumo de alcohol, atención del intento de suicidio, evaluación de calidad de los servicios amigables para el adolescente) (20).

Pasos para una transición exitosa

La transición en la atención médica para los adolescentes es un proceso dinámico que busca satisfacer las necesidades individuales durante el paso de los servicios pediátricos hacia los servicios de adultos. Tanto los médicos pediatras o especialistas en adolescentes, como los médicos especialistas en adultos y otras profesiones interdisciplinarias deben conformar un equipo integral con un solo objetivo, una transición efectiva y satisfactoria para los pacientes implicados (23, 58). En general, el proceso de transición se considera un período de alto riesgo asociado a aparición de nuevas patologías y complicaciones de las preexistentes (11,24).



Figura 1. Proceso de la transición. Fuente: Original de los autores

Se han planteado diferentes modelos de transición en la salud para un desenlace exitoso, a continuación, se sintetizan los seis pasos para obtener una visión integral del mismo.

Planeación de la transición: La edad de inicio del proceso de transición deberá ser individualizado para cada paciente, siendo sujeto a las necesidades propias del adolescente y su familia, idealmente se deberá iniciar en la adolescencia temprana (10-13 años) y se deberá plantear el traspaso a los 18 años. Se dará a conocer y organizará por escrito un plan de transición de atención médica en conjunto con el adolescente y la familia, este plan debe incluir los servicios a proporcionar, quién lo hará y cómo se financiará (6-25-26). Puntos claves: 1) comunicación apropiada y asertiva con el adolescente y su familia, 2) promoción de la autonomía e independencia del adolescente, 3) promoción de actitudes de autocuidado del adolescente, 4) educación acerca de los obstáculos de dicho proceso y promoción de la comprensión de este. La identificación del médico de cabecera, en la medida de lo posible especialista en efebología, es un pilar fundamental en este paso, el médico será el encargado de garantizar la planeación y la coordinación del proceso de transición, además deberá anticiparse a los desafíos y dificultades que involucran dicho proceso. Esta planeación debe revisarse y actualizarse, durante cada uno de los siguientes pasos de la transición y cada vez que así se requiera, antes de la entrega (23).

Conformación del grupo multidisciplinario: equipo encabezado por el médico pediatra, con énfasis o entrenamiento en ado-

lescentes idealmente especialista en efebología y teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada paciente, se conformará el grupo multidisciplinario que llevará a cabo cada una de las actividades dentro del proceso. La coordinación del equipo es fundamental para un proceso de transición exitoso. Se debe tener en cuenta la aplicación de las pautas de las diferentes rutas establecidas para la atención primaria y preventiva de todos los adolescentes, considerando que este grupo etario requiere de atención médica especializada en diferentes campos de la salud, y además pueden requerir más recursos y el acompañamiento de más profesionales de la salud para una transición adecuada y exitosa (23).

Preparación para la transición: identificar y evaluar el conocimiento en las diferentes áreas dentro de la transición del adolescente y su familia y basándose en lo anterior, diseñar e implementar actividades conjuntas que favorezcan el correcto desarrollo del proceso, garantizando la coordinación y la continuidad de la atención. El personal de salud encargado debe anticipar este paso, asegurando que todos los adolescentes tengan un profesional de la salud designado para cada área, quien tendrá la responsabilidad, en conjunto con el equipo multidisciplinario, de brindar al paciente en transición, las herramientas para afrontar finalmente la transición.

En este paso se realizará el cronograma con las actividades dispuestas para dicho proceso, idealmente en formato accesible, el cual debe incluir adicionalmente un resumen completo y comprensible de la historia clínica, evolución y procedimien-

tos realizados. Este cronograma estará en poder del equipo multidisciplinario, adolescente y su familia. Este paso permitirá que todos los jóvenes tengan un seguimiento ininterrumpido, integral y accesible, además evita costos innecesarios para el sistema de salud.

La inclusión del adolescente en cada uno de los pasos es esencial en el proceso. Para reunir lo mencionado anteriormente, se han organizado diversas modalidades que han dado resultado y confianza en el proceso de transición, que bien podría ser aplicado para una coordinación exitosa (6): 1) visitas o atenciones médicas conjuntas o alternadas con médico pediatra y de adultos, previo al paso de servicio, 2) reuniones periódicas clínicas y administrativas entre equipos de pediatría y medicina de adultos para coordinar y evaluar protocolos, procesos y resultados del proceso de transición, 3) evaluación y seguimiento periódico del proceso de transición del adolescente en las diferentes áreas, por medio de listas de chequeo, que deberán hacer parte del historial clínico previamente enunciado.

Transición: una vez cada paso previamente enunciado se cumpla a cabalidad, será el momento para el traspaso, al servicio de adultos desde el servicio de pediatría. Entablar una relación médico paciente con el personal de salud de adultos, para continuar el manejo médico ya establecido. Se deben cumplir los siguientes aspectos que son la base de la entrega: 1) asegurar que el paciente y el cuidador estén preparados para este paso, se debe evaluar el nivel de preparación de cada adolescente y cuidador, 2) debe ser realizada en momentos de estabilidad física y mental, en caso de evidencia de alteraciones se postergará hasta asegurar su aptitud para la realización del traspaso, de lo contrario, en paciente sano, se hará el traspaso en el transcurso de los 18 años del paciente y 3) es necesario asegurar la continuidad en la provisión de recursos e insumos necesarios para el manejo de la transición, es importante continuar con pequeñas visitas o comunicaciones por parte de personal de salud pediátrico para identificar dificultades precozmente (6, 23-28).

Seguimiento de la transición: el profesional en salud de los pacientes seguirá el proceso de transición, se considera prudente al menos en un año, si es posible, dos visitas durante este periodo, con el fin de brindar apoyo y reconocer las dificultades del proceso (10). Se orienta a mantener un resumen médico y actualizado, preferiblemente portátil y accesible por ambas partes, sin interferir en el adecuado desarrollo de la transición, esto proporcionará un conocimiento común para la colaboración entre los profesionales de la salud (23). Una vez realizada la transición, se podrá evaluar el grado de satisfacción o éxito de esta para poder modificar o replantear el programa (28).

Garantía de continuidad del aseguramiento en salud: se debe garantizar la cobertura de seguro médico asequible, sin interrupciones, para la continua atención en el proceso de transición a todos los adolescentes, adultos jóvenes y aquellos con necesidades especiales hasta la finalización de la transición. Esto debe incluir: 1) continuación de la transición de atención médica para todos los jóvenes con necesidades especiales de atención médica (patologías crónicas o riesgos propios del adolescente), 2) coordinación de atención para aquellos que tienen afecciones médicas complejas, 3) establecer un grupo interdis-

ciplinario biopsicosocial en donde se podría apoyar con, consejería y educación permanente y atención psicológica, psiquiátrica individual, grupal, familiar, según necesidad (6) y 4) abastecer con los recursos necesarios para la implementación de la transición (23). Con base a lo anterior se debe asegurar dichos requerimientos individualizados para cada paciente o grupo de pacientes según patología existente (28).

Equipo multidisciplinario

El equipo multidisciplinario para la atención de la transición del adolescente estará conformado por médico pediatra con énfasis o entrenamiento en adolescente, idealmente efebólogo, en la medida de lo posible, médico pediatra de cabecera, médico del servicio de adultos, enfermeras, trabajador social, psicología y otros especialistas según cada caso individualizado (6, 29-30). Este modelo puede cambiar en función de cada caso en particular teniendo en cuenta enfermedades y necesidades especiales de cada paciente (Ver figura 2). La función de cada uno de los grupos se describe en la siguiente sección.

Pediatra: el pediatra con entrenamiento en adolescentes idealmente especialista en efebología será el encargado de la planeación y coordinación del proceso de la transición, deberá reconocer los posibles desafíos y dificultades que pueda comprometer el éxito de la transición, y así conformar el equipo multidisciplinario acorde a las necesidades de cada paciente. Será el encargado de garantizar que cada uno de los integrantes del equipo cumpla con los objetivos dispuestos al inicio del proceso (8).

Pediatra de cabecera: tiene como objetivo evaluar periódicamente el desarrollo de la transición del adolescente, aplicar las listas de chequeo e identificar las necesidades propias de cada paciente y así redireccionar para valoración a los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario. Además, establecerá canales de comunicación asertiva con los familiares del paciente y dará metas para el proceso. En caso de requerimiento de atención hospitalaria evaluará el proceso y se comunicará con los familiares para dar reporte de estado de salud y evolución (29-30).

El médico de atención al adulto: debe estar preparado para atender los diferentes escenarios que pueda presentar el adolescente, desde pacientes que solo necesitaran seguimiento a largo plazo con educación enfocada a promoción y prevención, hasta pacientes que por sus comorbilidades necesitan atención más compleja y especializada (29). Además, es fundamental el papel de profesionales en atención primaria que generarán un enfoque familiar con promoción y prevención en enfermedades prevalentes en este grupo poblacional (8,27).

El grupo de enfermería: se encarga de canalizar las dudas de los pacientes y sus familias; asegurar la óptima atención y acceso a medicamentos y servicios (6-7).

Psicólogos o trabajadores sociales: tienen papel fundamental en la educación y acompañamiento permanente del paciente y su familia, fomentando la participación en grupos de apoyo para adolescentes si así su condición lo requiere; Deberá realizar búsqueda activa durante las valoraciones de fallas en el proceso de transición y dar manejo oportuno (6-7).

Médicos especialistas: se encargan de la atención específica de los pacientes con patologías más complejas y que requieren un nivel de atención más alta (7).

Dificultades y retos de la transición del adolescente

Se han descrito diversos obstáculos para un exitoso proceso de transición, cualquier barrera que provenga de alguna de las partes involucradas en el proceso, causará un entorpecimiento en su adecuado desarrollo (31).

Colombia como parte de los países que tienen muy pocos centros de transición, no está ajeno a las dificultades que tienen los programas de adolescentes en el mundo. Para tratar de presentar el panorama se presenta la tabla 1, que pretende mostrar las barreras del sistema de salud, del momento de la transición y del paciente (32, 33). A su vez plantea posibles

oportunidades de mejora para hacer de la transición un proceso exitoso.

Otras dificultades incluyen el traspaso abrupto y sin preparación, la edad del paciente, enmarcado como un indicador de madurez, independencia y autonomía, además de otros componentes como cobertura del sistema de salud, comunicación y coordinación entre el personal de salud pediátrico y adultos.

El abordaje del adolescente, sus preocupaciones y sus dudas durante el proceso de transición, puede resultar en una optimización de esfuerzos del grupo multidisciplinario (34).

Estas oportunidades deben ser interpretadas por todos los actores del sistema de salud: Médicos, auditores, gerentes de salud, demás profesionales de salud y personal afín a las áreas administrativas que se encargan de plantear políticas de salud pública para adaptar las oportunidades en realidades.



Figura 2. Equipo multidisciplinario de la transición. Fuente: original de los autores

Tabla 1. Dificultades y oportunidades de la transición.

Sistema de salud	
Dificultad	Oportunidad
Falta de efebólogos o pediatras con entrenamiento en adolescentes.	Entrenamiento en los postgrados de Pediatría en adolescentes, contenidos con transiciones y creación de Programas Nacionales de subespecialización en Efebología.
Citas por las entidades prestadoras de salud desde los 10 años con médico general.	Garantizar que el pediatra y el efebólogo, sean los profesionales que hagan el seguimiento más idóneo para evaluar estos pacientes, de acuerdo con el Código de la Infancia y Adolescencia. Artículo 46. Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud.
Falta de centros y programas de transición en las Entidades Prestadoras de Salud.	Creación de nuevas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que brinden atención integral y programas especializados para adolescentes.
Ausencia de garantías para preparar la transición entre los 14 y 17 años.	Generación de planes estructurados de transición o plantilla de transición.
Ausencia de médico de cabecera.	Garantizar y asegurar el seguimiento médico por parte del médico elegido por el paciente y su familia. Hacer velar el cumplimiento de la Sentencia T-745/13 de Colombia.
Trasferencia	
Dificultad	Oportunidad
Ausencia coordinación entre pediatría y medicina del adulto.	Visitas conjuntas pediatría - adultos para realizar la entrega del paciente.
Ausencia de infraestructura para lograr consulta compartida.	Creación de consultorios amplios en IPS que permitan el ingreso de pediatras, efebólogos y medicina de adultos para la entrega del paciente.
Ausencia de protocolos de transición.	Creación de guías de práctica clínica nacionales que permitan la adecuada entrega del paciente
Resistencia del pediatra para realizar la transición.	Grupos multidisciplinarios para coordinar la entrega de pacientes.
Paciente	
Dificultad	Oportunidad
Resistencia a la transición con el médico de adultos.	Permitir espacios o citas médicas conjuntas para ir familiarizándose con el médico de adultos.
Ausencia de padres en el acompañamiento.	Evaluar la posibilidad de visitas acompañadas y luego guiadas en los servicios de adultos.
Falta autonomía del paciente.	Iniciar entrenamientos de transición en la adolescencia temprana Ofrecer algunas visitas independientes a grupos multidisciplinarios de transición. Educar sobre responsabilidad de la transición.
Falta autocuidado del paciente.	Enlazar pacientes con pares (adolescentes con la misma patología) que ya se hayan transferido.
Familia	
Dificultad	Oportunidad
Resistencia para dejar su hijo en manos de otro profesional	Permitir espacios abiertos, para familiarizar todo el equipo médico (anterior y nuevo) con el paciente y su familia.
Miedo al cambio: ser retirado del consultorio, cambios en la forma de expresarse del médico anterior, comunicación "fría".	Visitas acompañadas y consultas compartidas. Consultas programadas con anterioridad y evitar cambios súbitos de profesionales de la salud.
Conductas sobreprotectoras.	Apoyo psicológico familiar para favorecer la autonomía y el autocuidado del paciente. Educar a padres sobre la responsabilidad de la transición.
Médico	
Dificultad	Oportunidad
Dificultades para dejar ir el paciente.	Generación de cronogramas para la transición. Recalcar la importancia de la transición. Entrega de pacientes o consultas para hacer una revista médica previa con el médico receptor del paciente.
Dificultades para el manejo de patologías pediátricas.	Entrenamientos en adolescentes con cuidados especiales, usualmente patologías con alteraciones severas de peso y talla.
Resistencia para el abordaje de los adolescentes.	Entrenamiento en adolescentes (en el pregrado de medicina y en los postgrados de medicina interna). Creación de Programas Nacionales de subespecialización en Efebología.

Tabla 2. Lista de chequeo según los pasos para una transición exitosa

Lista de chequeo según los pasos para una transición exitosa	Sí	No	N/A	Observaciones
<p>1) Planeación de la transición.</p> <p>¿Conoce sus antecedentes personales y familiares?</p> <p>¿Conoce cómo mantener una vida saludable (Dieta y Actividad física)?</p> <p>¿Conoce acerca del cuidado personal e higiene (incluye salud oral)?</p> <p>¿Sabe si necesita uso de lentes? Si los usa; ¿Los usa correctamente?</p> <p>¿Tiene dificultades en su aprendizaje?</p> <p>¿Tiene un proyecto de vida establecido para mediano y largo plazo?</p> <p>¿Conoce los métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Se siente triste o ansioso con frecuencia?</p> <p>¿Considera que la comunicación con su familia y amigos es acertada?</p> <p>2) Conformación del grupo multidisciplinario.</p> <p>Médico especialista en pediatría o médico de cabecera.</p> <p>Médico especialista en efebología.</p> <p>Médico especialista en medicina familiar.</p> <p>Médico de adultos o médico especialista en medicina interna.</p> <p>Grupo de enfermería.</p> <p>Grupo de psicología y/o trabajo social.</p> <p>3) Preparación para la transición.</p>				
<p>Reuniones periódicas clínicas y administrativas entre equipos pediatría-adultos para coordinar y evaluar protocolos, procesos y resultados del proceso de transición.</p>				
<p>Evaluación de los siguientes parámetros:</p> <p>3.1) Examen físico.</p> <p>IMC (peso/talla²)</p> <p>Toma de tensión arterial anual.</p> <p>Tamizaje visual anual.</p> <p>Asistencia a odontología 2 veces al año.</p> <p>Tamizaje auditivo clínico anual.</p> <p>Audiometría tonal antes de la transición.</p> <p>Tabla de Snellen - tamizaje visual.</p> <p>Estadios de Tanner.</p> <p>3.2) Laboratorios.</p> <p>Cuadro hemático (Hemoglobina y Hematocrito).</p> <p>Perfil lipídico (uno entre los 17 y 21 años).</p> <p>Glicemia.</p> <p>Baciloscopia (solo si hay sintomatología respiratoria.)</p> <p>3.3) Tamizaje de infección de transmisión sexual (ITS), si paciente es sexualmente activo.</p> <p>Prueba rápida virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de tercera o cuarta generación.</p> <p>Serología para sífilis, prueba no treponémica (VDRL o RPR).</p> <p>Antígeno superficie virus de Hepatitis B (AgSHBV).</p> <p>Citología cervicovaginal, si paciente es sexualmente activa (esquema 1-1-3).</p>				

Lista de chequeo según los pasos para una transición exitosa	Si	No	N/A	Observaciones
3.4) Aplicación de escalas.				
CRAFFT (Tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas) ^a .				
PHQ-9 (Tamizaje de depresión) ^b				
SCOFF (Tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria) ^c				
APGAR familiar (Evaluación del estado funcional de la familia) ^d				
SRQ (Cuestionario de síntomas para detección de trastornos mentales) ^e				
4) Traspaso				
Consulta conjunta del servicio que entrega y el servicio receptor				
Ambiente y consultorio apropiado para la entrega				
5) Seguimiento de la transición				
Dos visitas al año conjuntas				
6) Garantizar continuidad del aseguramiento en salud				
6.1 Permanece con cobertura en el SGSSS				
6.2 Cuenta con los insumos necesarios para el cuidado de su salud al realizar la transición				
6.3 Cuenta con los medicamentos necesarios para el cuidado de su salud al realizar la transición				
6.4 En caso de necesidad especiales, patologías crónicas o complejas, cuenta con el equipo multidisciplinario o de especialistas para asegurar su transición				

Adaptada de 51-58.

^a CRAFT: puntaje de 2 o mayor, sugiere consumo disfuncional y requiere evaluación integral con toxicología y psiquiatría.

^b PHQ-9: instrumento válido y confiable para el tamizaje de depresión, con un punto de corte ≥ 7 y requiere valoración por psiquiatría.

^c SCOFF: puntuación >2 sugiere posible trastorno de la conducta alimentaria y requiere valoración integral por psiquiatría.

^d APGAR Familiar: Normal: 17-20 puntos - Disfunción leve: 16-13 puntos. - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: menor o igual a 9.

^e SQR: Cuestionario de Autor reporte de Síntomas SQR (1980): creado por la OMS y adaptado para población colombiana por Beusenberg y Orley.

e) SQR en niños: Una respuesta positiva o más indica referencia a psiquiatría; SQR en adolescentes: Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 30 se responde afirmativamente, se debe hacer evaluación especializada por psiquiatría.

Lista de chequeo para una valoración integral durante la transición

Se presenta en la tabla 2, la lista de pasos de la transición integrados a una lista de chequeo que permita una adecuada transición. La lista de chequeo presentada incluye 6 pasos para una transición exitosa: 1) Planeación de la transición, 2) conformación del grupo multidisciplinario, 3) preparación para el traspaso, que incluye examen físico, laboratorios, tamizajes y escalas para la evaluación de la esfera mental, 4) transición, 5) seguimiento de la transición y 6) garantía de continuidad del aseguramiento en salud.

Para asegurar una transición exitosa, es indispensable el cumplimiento de cada uno de los pasos anteriormente citados, con el objetivo de lograr un concepto de salud integral del adolescente (35). Gran parte de la literatura disponible describe el proceso de transición en patologías específicas (diabetes, virus de inmunodeficiencia humana, enfermedad reumatológica, enfermedades mentales entre otras) y muestran la experiencia de cada grupo enfocado e individualizado a cada enfermedad, cada una de las patologías muestran barreras específicas que se deben afrontar (36-38). Esto es un paso crucial y de gran

importancia para la vida del adolescente (39). En aras de optimizar estrategias para la transición a la atención del adulto se han propuesto la utilización de herramientas tecnológicas, tales como aplicaciones móviles las cuales pueden facilitar la independencia del adolescente con respecto su salud y al acceso a la atención médica (40). Una fortaleza de la presente revisión es la propuesta de este proceso dirigido a adolescentes sanos.

Conclusión

La transición de adolescentes hacia los servicios de adultos es el resultado de una preparación programada, planeada y organizada de muchos actores de salud, con el fin de lograr que todos los adolescentes tengan continuidad global y exitosa en su atención médica.

El equipo multidisciplinario representa un pilar importante para una transición exitosa, en el cual los profesionales de la salud que conforman este equipo provean un servicio integral y enfocado en el bienestar del adolescente, favoreciendo su autonomía y autocuidado. Es importante encaminar estrategias

que abarcan desde acciones orientadas al mantenimiento de la salud, como la promoción y prevención, hasta algunas específicas e individualizadas a cada patología del paciente. La presente lista de chequeo pretende minimizar los riesgos de una transición abrupta.

Agradecimientos:

En memoria de German Soto, pediatra y puericultor, fundador del comité de puericultura, Sociedad Colombiana de Pediatría, Regional Bogotá, quien con su ejemplo y enseñanzas nos sembró la verdadera pasión del amor por los niños.

REFERENCIAS

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia 2011. Informe de un grupo científico de la UNICEF. New York, EE. UU. 2011.
- Organización Mundial de la salud, Organización panamericana de la salud, Banco Mundial América Latina y Caribe, ONUSIDA, ONU mujeres, UNFPA, UNICEF. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de adolescentes (Guía AA-HA!), Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
- World health Organization. Adolescent development Ginebra, Suiza 21 de agosto de 2019 [Citado 25 de marzo de 2020] [Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/]
- Arango C, Buitelaar JK, Correll CU, Díaz-Caneja CM, Figueira ML, Fleischhacker WW, Marcotulli D, Parellada M, Vitiello B. The transition from adolescence to adulthood in patients with schizophrenia: Challenges, opportunities and recommendations. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2022;59:45-55. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2022.04.005.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación de Argentina; Programa Nacional Municipios y comunidades saludables. Boletín virtual, salud en la adolescencia. 2016; 3(10).
- Zubarew T, Correa L, Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Velarde M, et al. Transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas desde servicios pediátricos a servicios de adultos: Recomendaciones de la Rama de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Revista chilena de pediatría.* 2017;88:553-60.
- Paone M, Wigle M, Saewyc E. The ONTRAC model for transitional care of adolescents. *Progress in transplantation.* 2006;16(4):291-302
- Touraine, P., & Polak, M. (2018). Challenges of the Transition from Pediatric Care to Care of Adults: "Say Goodbye, Say Hello." *Endocrine Development*, 1–9.
- Price CS, Corbett S, Lewis-Barned N, Morgan J, Oliver LE, Dovey-Pearce G. Implementing a transition pathway in diabetes: a qualitative study of the experiences and suggestions of young people with diabetes. *Child: Care, Health and Development.* 2011;37(6):852-60.
- Perea-Martínez A, Elena López-Navarrete G, Carbajal-Rodríguez L. Transferencia y transición. *De la medicina del adolescente a la medicina del adulto.* 2014;32(5):7.
- Sheehan A, While A, Coyne I. The experiences and impact of transition from child to adult healthcare services for young people with Type 1 diabetes: A systematic review. *Diabetic Medicine.* 2014;32(4):440-458.
- Mora-Monteros M, Barrense-Dias Y, Auderset D, Stadelmann S, Senn N, Suris JC. Transition from paediatric to adult care: What about the healthy ones? *Swiss Med Wkly.* 2021;151(35-36). DOI: 10.4414/SMW.2021.w30019.
- Matsuda-Abedini M, Marks SD, Foster BJ. Transition of young adult kidney transplant recipients. *Pediatr Nephrol.* 2022;30. DOI: 10.1007/s00467-022-05582-6.
- Panorama sociodemográfico de la juventud en Colombia. DANE. 2020.
- Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez de las Naciones Unidas Levels and trends in child malnutrition: Report 2020.
- Departamento Nacional de Planeación de Colombia. Boletín no 12, observatorio de familias, Familia Infancia y Adolescencia; Marzo 2019. [citado 25 Mar 2020]. Disponible en: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Boletines/BOLETIN%20No%2012.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario Oficial Nro. 46.446. Bogotá, D.C: 2006. [citado 22 Mar 2020]. Disponible en: https://leyes.co/codigo_de_la_infancia_y_la_adolescencia/46.htm
- Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. Ruta Integral de Atención para la promoción y el mantenimiento de la salud; Matriz RIAS promoción y mantenimiento de la salud adolescencia. Abril 2016 [citado 31 de marzo 2010] [Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>].
- Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. Resolución 2626 de 2019, Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan de acción. [citado 25 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación; Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Argentina. Lineamiento sobre Derechos y Acceso de adolescentes al sistema de salud. Publicado 2015. [Citado 05 de abril 2020] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/imagenes/stories/bes/graficos/0000000732cnt-guia-derechos-2016.pdf>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación de Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. [Citado 05 de abril 2020] Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Programa%20Nacional%20de%20Salud%20Integral%20en%20la%20Adolescencia%20%202010%20Argentina.pdf>
- 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.
- Kaushik R, Niebuhr V. Design and Evaluation of a Pediatric Resident Health Care Transition Curriculum. *MedEdPORTAL.* 2022;18:11239. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.11239. PMID: 35434300; PMCID: PMC8971142.
- Ma C, Dushnicky M, Talaat H, Thomas S, Cellucci T, Garner S, Heale L, Matsos M, Beattie K, Batthish M. Self-reported Transition Readiness of Adolescent Patients with Rheumatic Disease: Do the Parents Agree? *J Pediatr.* 2022;S0022-3476(22)00415-2. DOI: 10.1016/j.jpeds.2022.05.009.
- Thomsen EL, Hanghøj S, Esbensen BA, Hansson H, Boisen KA. Parents' views on and need for an intervention during their

- chronically ill child's transfer to adult care. *J Child Health Care*. 2022. DOI: 10.1177/13674935221082421.
27. Zubarew T, Bedregal P, Correa ML. 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.
 28. De Cunto CL. Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. *Arch Argent Pediatr* 2012;110(4):341-347.
 29. American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians; Transitions Clinical Report Authoring Group, Cooley WC, Sagerman PJ. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011;128(1):182-200.
 30. Burdo-Hartman WA, Patel DR. Medical Home and Transition Planning for Children and Youth with Special Health Care Needs. *Pediatr Clin North Am*. 2008;55(6):1287-97.
 31. Stevens, J.P., Hall, L. & Gupta, N.A. TRANSITION of Pediatric Liver Transplant Patients to Adult Care: A Review. *Curr Gastroenterol Rep*. 2021; 23(3):3.
 32. 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):488-502.
 33. Medina V. Espacio para la transición de los adolescentes y jóvenes con patologías crónicas: relato de nuestra experiencia. [Internet]. Buenos Aires: 2009. [citado 22 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Espacio%20para%20la%20transici%C3%B3n%20de%20los%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes%20con%20patolog%C3%ADas%20cr%C3%B3nicas.pdf>
 34. Aeschbach CJ, Burrough WB, Olejniczak AB, Koepsel ER. Teaching Adolescents to Manage Their Own Health Care. *J Sch Nurs*. 2021;37(5):404-411. DOI: 10.1177/1059840519867363.
 35. Sanker S, Guarino K, Feit LR. Self-Perception of Transition Readiness Amongst Pediatric Patients with Childhood Heart Disease. *Pediatr Cardiol*. 2022. DOI: 10.1007/s00246-022-02921-0.
 36. Ashaba S, Zanoni BC, Baguma C, Tushemereirwe P, Nuwagaba G, Nansera D, Maling S, Tsai AC. Perspectives About Transition Readiness Among Adolescents and Young People Living with Perinatally Acquired HIV in Rural, Southwestern Uganda: A Qualitative Study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2022. DOI: 10.1097/JNC.0000000000000342.
 37. Lausdahl S, Handrup MM, Rubak SL, Jensen MD, Ejerskov C. Transition to adult care of young patients with neurofibromatosis type 1 and cognitive deficits: a single-centre study. *Orphanet J Rare Dis*. 2022;17(1):208. DOI: 10.1186/s13023-022-02356-z. PMID: 35597953; PMCID: PMC9123681.
 38. Wildes DM, Costigan CS, Kinlough M, Flynn J, Dolan N, Riordan M, Sweeney C, Stack M, Waldron M, Walsh O, Gorman KM, Awan A. Transitional care models in adolescent kidney transplant recipients - a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*. 2022;12:gfac175. DOI: 10.1093/ndt/gfac175. Epub ahead of print. PMID: 35554567.
 39. Davidse, K., van Staa, A., Geilvoet, W., van Eck, J. P., Pellikaan, K., Baan, J., Hokken-Koelega, A. C. S., van den Akker, E. L. T., Sas, T., Hannema, S. E., van der Lely, A. J., & de Graaff, L. C. G. (2022). We mind your step: understanding and preventing drop-out in the transfer from paediatric to adult tertiary endocrine healthcare. *Endocrine Connections*, 11(5), e220025.
 40. Miller C. Using technology to bridge the transition from pediatric to adult health care. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022;34(6):850-858. DOI: 10.1097/JXX.0000000000000700. Epub ahead of print. PMID: 35383652.
 41. Inostroza Quezada C, Correa Venegas ML, Besoain Arrau C, Reinoso Medinelli A, Velarde Lizama M, Valenzuela Mujica 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):110-115.
 42. Corte constitucional de la República de Colombia. Sentencia T-745/13. Derecho a la libre escogencia de entidad promotora de salud-Principio rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C: 2013. [citado 22 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-745-13.htm>
 43. Wiener LS, Kohrt BA, Battles HB, Pao M. The HIV experience: youth identified barriers for transitioning from pediatric to adult care. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(2):141-54.
 44. Quillen J, Bradley H, Calamaro C. Identifying Barriers Among Childhood Cancer Survivors Transitioning to Adult Health Care. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2017;34(1):20-27.
 45. Gray WN, Resmini AR, Baker KD, Holbrook E, Morgan PJ, Ryan J, Saeed SA, Denson LA, Hommel KA. Concerns, Barriers, and Recommendations to Improve Transition from Pediatric to Adult IBD Care: Perspectives of Patients, Parents, and Health Professionals. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(7):1641-51
 46. Agarwal S, Garvey KC, Raymond JK, Schutta MH. Perspectives on care for young adults with type 1 diabetes transitioning from pediatric to adult health systems: A national survey of pediatric endocrinologists. *Pediatr Diabetes*. 2017;18(7):524-531.
 47. Cadario F, Prodam F, Bellone S, Trada M, Binotti M, Trada M, Allochis G, Baldelli R, Esposito S, Bona G, Aimaretti G. Transition process of patients with type 1 diabetes (T1DM) from paediatric to the adult health care service: a hospital-based approach. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2009;71(3):346-50.
 48. McDonagh JE, Shaw KL, Southwood TR. Growing up and moving on in rheumatology: development and preliminary evaluation of a transitional care programme for a multicentre cohort of adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *J Child Health Care*. 2006;10(1):22-42.
 49. Allemang, B., Allan, K., Johnson, C., Cheong, M., Cheung, P., Odame, I., et al Comprehensive structured transition program with dedicated transition navigator reduced lost to follow-up and improved medication adherence in adolescents and young adults with Sickle Cell Disease and Thalassemia. *Journal of Adolescent Health*, 2017; 60, S40-S41.
 50. Ma C, Dushnicky M, Talaat H, Thomas S, Cellucci T, Garner S, Heale L, Matsos M, Beattie K, Batthish M. Self-reported Transition Readiness of Adolescent Patients with Rheumatic Disease: Do the Parents Agree? *J Pediatr*. 2022;S0022-3476(22)00415-2. DOI: 10.1016/j.jpeds.2022.05.009. Epub ahead of print. PMID: 35561803.
 51. Wisconsin Community of Practice on Transition Practice Group on Health. Transition to Health Care Checklist: preparing for life as an adult. [Internet]. Wisconsin, USA: 2016. [citado 25 Mar 2020]. Disponible en: <https://www2.waisman.wisc.edu/cedd/pdfs/products/health/THCL.pdf>
 52. Cote-Menéndez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev. salud pública*. 2013;15(2): 203-215.
 53. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Aníbal E et al. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 2017;37(Suppl 1):112-120.
 54. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. [Internet]. Bogotá. Colombia:

2013. [citado 20 Mar 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf)

55. Ministerio de Salud y Protección Social - Gobierno de Colombia. Anexos. Test de valoración integral: Instrumentos. [Internet]. Bogotá. Colombia: 2018. [citado 20 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf>

56. Martín Zurro A, Jodar Solà G. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 2a edición. España: Elsevier. 2018.

57. Ministerio de Salud y protección social. Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias. [Internet]. Bogotá D.C: 2012. [citado 20 Abril 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Desarrollos-tecnicos-instrumentos-herramientas-1.pdf>

58. Emily R. Munro, Doug Simkiss, Transitions from care to adulthood: messages to inform practice, Paediatrics and Child Health 2002;20(30):175-179.

ANEXOS.

Entrevista Crafft (Versión 2.1)

La realizará oralmente el médico clínico.

Inicio: *“Le voy a hacer algunas preguntas que les hago a todos mis pacientes. Le ruego que responda con la mayor sinceridad posible. Trataré sus respuestas de manera confidencial.”*

PARTE A

Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántos días usted:

¿El paciente respondió “0” a todas las preguntas de la Parte A?

Sí Haga solo la pregunta sobre el CARRO, luego deténgase

No Haga las seis preguntas CRAFFT* que se encuentran a continuación

Pregunta	Nro. días
1. ¿Bebió más de unos sorbos de cerveza, vino u otra bebida que contenía alcohol? Diga “0” si la respuesta es ninguno.	
2. ¿Usó marihuana (por ejemplo, hierba, aceite o hachís para fumar, vaporizar o en los alimentos) o “marihuana sintética” (por ejemplo “K2” o “Spice”)? Diga “0” si la respuesta es ninguno.	
3. ¿Usó algo más para drogarte (por ejemplo, otras drogas ilegales, medicamentos de venta libre y cosas que puedes inhalar, esnifar o vaporizar)? Diga “0” si la respuesta es ninguno.	

PARTE B

Pregunta	No	Si
C ¿Ha viajado alguna vez en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que estaba “drogada” o había consumido alcohol o drogas?		
R R ¿Consume alguna vez alcohol o drogas para RELAJARSE, sentirse mejor consigo mismo/a o integrarse en un grupo?		
A ¿Consume alguna vez alcohol o drogas mientras está SOLO/A, sin compañía?		
F ¿Alguna vez se le OLVIDAN cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas?		
F ¿Le han sugerido alguna vez sus FAMILIARES o AMIGOS que disminuya el consumo de alcohol o drogas?		
T ¿Se ha metido alguna vez en LÍOS o problemas al tomar alcohol o drogas?		

*Dos o más respuestas afirmativas (sí) sugieren un problema grave y la necesidad de otra evaluación. © John R. Knight, MD, Boston Children’s Hospital, 2018. Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance

GUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACI ENTE-9 (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un “_” para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía 0	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso 0	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado (a) que ha estado moviéndose mucho mas de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING 0 _____ + _____ + _____ + _____				
=Total Score:				

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para ha-cer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

ESCALA SCOFF (Tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria)

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Ud se provoca el vómito porque se siente lleno (a)?		
2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
3. ¿Ha perdido recientemente más de siete kilos en un período de tres meses?		
4. ¿Cree que está gordo (a) aunque los demás digan que está demasiado delgado (a)?		
5. ¿Ud diría que la comida domina su vida?		

INTERPRETACIÓN: Cada si equivale 1 punto. Una puntuación mayor o igual a 2 puntos indica posible trastorno de conducta alimentaria.

APGAR FAMILIAR

PREGUNTA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me siento satisfecho/a con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho/a con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho/a con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho/a con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho/a con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero.	0	1	2	3	4

INTERPRETACIÓN: Normal: 17-20 puntos - Disfunción leve: 16-13 puntos. - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: menor o igual a 9

SQR (SELF REPORTING QUESTIONNAIRE) PARA ADOLESCENTE 5-15 AÑOS

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño(a) duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		
8. ¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		
9. ¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		
10. ¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		

Una respuesta positiva o más indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

SQR (SELF REPORTING QUESTIONNAIRE) PARA ADOLESCENTE >16 AÑOS

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		

PREGUNTA	SI	NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 30 se responde afirmativamente (Sí) se debe hacer evaluación especializada.

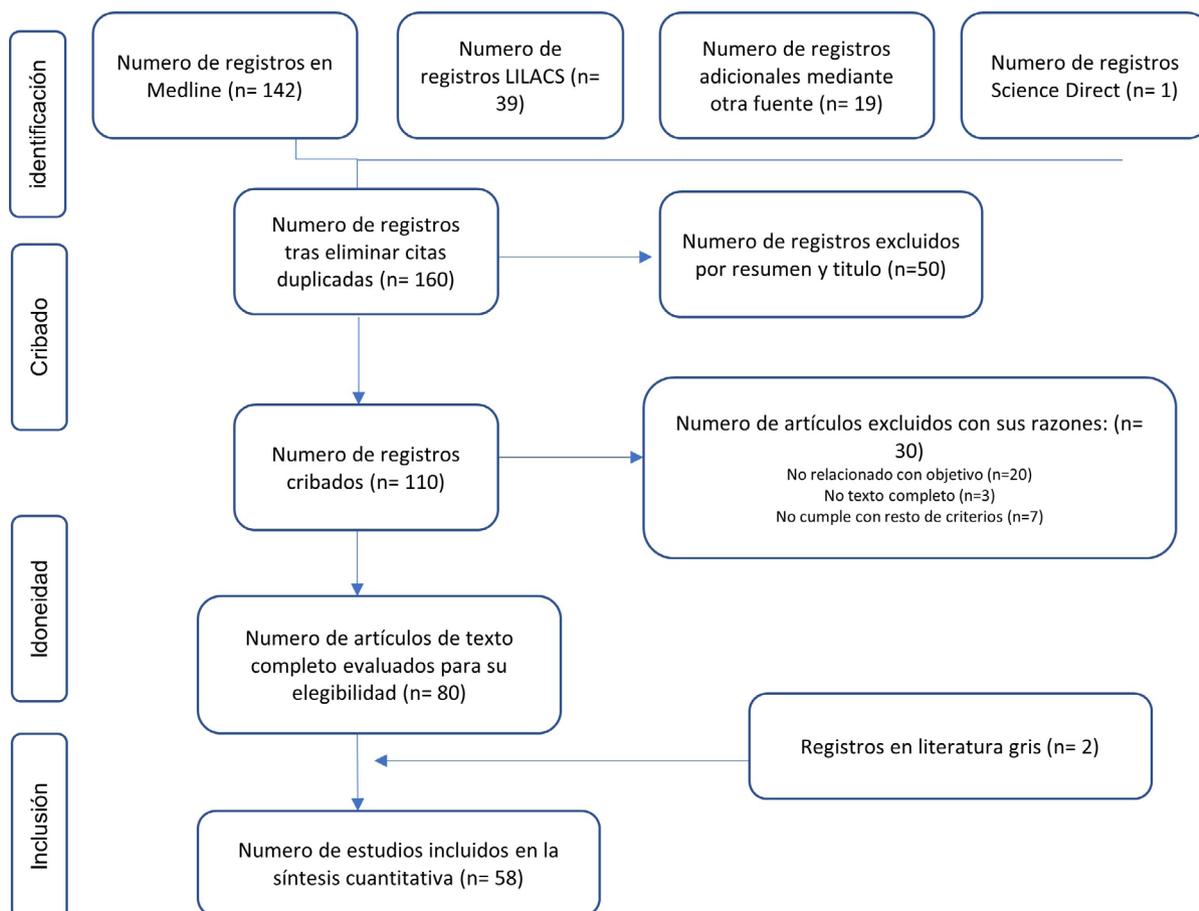


Diagrama de PRISMA.