

Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto

Transition in health care, from pediatrics to adult care

Dra. Carmen L. De Cunto^a

RESUMEN

Cada vez más adolescentes con enfermedades crónicas y requerimientos médicos especiales alcanzan la vida adulta. Muchos pasan a la atención de la medicina del adulto en forma abrupta, ya sea por haber cumplido una determinada edad, o por una descompensación aguda que motiva una internación en un hospital de adultos.

La preparación para ese pasaje y la coordinación de la atención entre el grupo pediátrico y el de adultos es fundamental para facilitar el proceso de transición, que debe asegurar la misma calidad y continuidad en la atención de esos pacientes.

En este artículo se revisan los problemas que se presentan durante ese proceso y se describen las etapas recomendadas para la implementación de una transición satisfactoria.

Asimismo, se describen los aspectos principales de un programa que hemos implementado en nuestro hospital.

Palabras clave: transición, enfermedades crónicas, adolescencia.

ABSTRACT

The number of adolescent patients with chronic diseases and special health needs are increasing, and they are reaching adulthood. Sometimes the passage to the adult health care is abrupt, depending upon the chronological age reached or because of an acute health problem that requires hospitalization.

In order to facilitate the transition process, preparation of the child, the family and the health professionals involved is needed, as well as the coordination between the pediatric group and the adult team that will be in charge of the patient.

This review shows the obstacles to this process and the recommended implementation steps required to a successful transition.

It also describes the main aspects of a program that we implemented at the Hospital Italiano de Buenos Aires in conjunction with some departments of adult health care highlighting the main steps to follow before and during program's implementation.

Key words: transition, chronic diseases, adolescence.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.341>

INTRODUCCIÓN

La atención óptima de la salud se alcanza cuando cada persona recibe, a lo largo de toda su vida, el cuidado médico apropiado. Un elemento clave es la continuidad de ese cuidado en

los diferentes estadios del desarrollo y, en particular, al pasar a la medicina del adulto.¹

Este concepto se aplica a todos los individuos, tanto sanos como con enfermedades crónicas. El objetivo de una transición planificada del cuidado de la salud es maximizar el buen funcionamiento y el bienestar de los jóvenes con requerimientos especiales de salud o sin ellos.

Dos historias

Lucía tiene 20 años, hace 10 años le diagnosticaron artritis idiopática juvenil. Es de Viedma, pero desde hace dos años estudia y vive sola en Buenos Aires. La semana pasada su reumatóloga pediatra le habló sobre la necesidad de modificar el plan de tratamiento y, desde hace ya algunos meses, conversan sobre la posibilidad de pasar al servicio de adultos del mismo hospital. En la última consulta le pidió a su mamá que la acompañara. Ella se siente cómoda asistiendo al centro pediátrico; por ahora no quiere cambiar.

Nicolás tiene 18 años, se atiende desde los 6 años en un hospital pediátrico, tiene diabetes de tipo 1. Hace tres meses desarrolló un coma hiperglucémico y tuvieron que internarlo en un servicio de adultos. Se recuperó, pero a pesar de haberse conectado con los especialistas de adultos para su seguimiento, continúa acudiendo al grupo pediátrico que lo atendía anteriormente.

Las situaciones similares a las de *Lucía* y *Nicolás* son múltiples: Juan, de 17 años, con mielomeningocele; Claudia, de 18 años, con enfermedad fibroquística del páncreas; Lucas, de 21 años, con un osteosarcoma; Norma, de 23 años, con trasplante renal desde los 10 años; etc.

a. Sección Reumatología,
Servicio de Clínica
Pediátrica.
Departamento
de Pediatría del
Hospital Italiano de
Buenos Aires.

Correspondencia:
Dra. Carmen De Cunto:
carmen.decunto@hiba.
org.ar

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 17-4-2012
Aceptado: 26-4-2012

Según un informe del departamento de Salud de los EE.UU., de octubre de 2008, el 90% de los niños y adolescentes con cuidados médicos especiales llegan a la adultez.² Este cambio en la supervivencia de muchos pacientes con enfermedades complejas, que antes eran atendidos únicamente en el ámbito pediátrico, presenta un panorama y una necesidad diferente, no solo de atención médica, sino también dentro del contexto social.

En 1970, la mayoría de los pacientes con fibrosis quística del páncreas tenía una expectativa de vida de 15 años y en el año 2000 superó los 40 años. Actualmente, el 85% de los pacientes con mielomeningocele llega a la vida adulta y, como estos, existen muchos casos con otras patologías.³

Frente a esta realidad se ha observado una brecha en la continuidad del cuidado de la salud de estas personas jóvenes con necesidades especiales cuando deben pasar al sistema de salud de la medicina del adulto. La transición desde el modelo de atención pediátrica al del adulto es específica para cada persona, pero idealmente debería ocurrir entre los 18 y 21 años de edad. En la concreción exitosa de esta transición, la coordinación entre el paciente, su familia y el equipo de salud desempeña un papel fundamental.⁴

La transición

Es sabido que muchos pacientes con enfermedades crónicas presentan retraso en la adquisición de pautas psicosociales (vocacionales, emocionales, etc.), como también en el desarrollo sexual. Las limitaciones físicas, el uso de medicación, el retardo de crecimiento y retraso puberal, que pueden aparecer en muchos casos, suelen entorpecer la posibilidad de establecer nuevas relaciones.

El sistema de salud no está bien preparado para trabajar con esta población, posiblemente, porque las necesidades de este grupo no se consideran tan importantes (en número), como lo son las de las personas de edad avanzada.

El paso del adolescente, con una enfermedad crónica o sin ella, a la atención del médico de adultos no debe ser un evento, sino un proceso relacionado no necesariamente con la edad cronológica, sino con el desarrollo madurativo y con aspectos psicosociales, educativos y vocacionales.

Por ello, la transición comienza en pediatría pero continúa en los servicios médicos de adultos.

Principios de programas de transición

*La transición es un proceso, no un evento*⁵

La transición debe ser gradual, pues implica un proceso planeado en el tiempo para la de-

tección de recursos educacionales, médicos y de atención de los servicios de adultos.

*El proceso de transición debe comenzar el día del diagnóstico*⁶

Plantear la transición desde el inicio apunta a reafirmar las capacidades del niño o del adolescente y no los déficit, pensándolo como un futuro adulto con poder de decisión y responsabilidades, lo cual implica un proceso de preparación.

Este tipo de afirmaciones, si bien ciertas, se deberán adaptar a cada situación en particular, para elegir el momento y la forma adecuada de iniciar la preparación.

El adolescente y su familia deben estar involucrados en la decisión de la transición

Esta planificación debe adaptarse de manera flexible a los tiempos que requiera cada paciente, para ir logrando el desarrollo de su capacidad de autonomía en distintas áreas de su vida.

Los médicos pediatras y la familia deben prepararse para "dejar ir al adolescente".

Es menester saber reconocer cuándo el paciente-niño ya es capaz de su autocuidado, favorecer su crecimiento y facilitar la transición.

Es esencial la coordinación entre los servicios y entre los profesionales de la salud

La coordinación de los servicios tratantes (pediátricos y de adultos) es esencial para que el paciente aprenda a desempeñarse de una manera independiente como adulto en la sociedad.

Etapas de la transición

La transición es un proceso dinámico con una etapa inicial, una intermedia y una final, como puede verse en el Cuadro 1.

CUADRO 1. *Etapas de la transición*

-
- *Etapas inicial:* la marca el momento en que se toma la decisión de empezar a prepararse para la transición.
 - *Etapas intermedia:* el paciente, su familia y su médico ya están preparados para iniciar este proceso.
 - *Etapas final:* ocurre cuando el adolescente o adulto joven, no solamente es "transferido" a un servicio de adultos, sino cuando participa activamente de su cuidado y de la toma de decisiones, siempre de acuerdo con las capacidades potenciales de cada paciente.
-

Como se mencionó anteriormente, las áreas de transición son varias, involucran no solo la atención médica, sino la esfera de la escuela y el trabajo, y de la diada dependencia-autonomía.⁷ Por eso es muy importante evaluar las capacidades psicosociales de cada paciente, trabajar en ellas durante la etapa de preparación y, en el caso de adolescentes con discapacidad mental, trabajar junto al familiar o tutor que lo acompañará en este proceso.

Respecto del área de la atención médica, la meta durante la transición es asegurar el cuidado médico de alta calidad, apropiado para cada etapa del desarrollo y su continuación, de forma ininterrumpida, mientras el individuo va transitando de la adolescencia hacia la adultez.⁸

La realidad muestra que, en muchos casos, la calidad de la atención médica de los pacientes con enfermedades crónicas declina una vez que pasan a los servicios de adultos, se pierde el seguimiento y también aumenta el número de internaciones, como se describe en jóvenes con diabetes.^{9,10} La situación que viven muchos de estos pacientes a lo largo del proceso de transición nos muestra: ambivalencia entre autonomía y dependencia, el rechazo al cambio de ámbito (donde se encuentran a gusto), las variabilidades en el control de la enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento, la disponibilidad que ofrece el ámbito hospitalario para el control ambulatorio y de internación, etc.

Percepciones acerca de la transición

¿Por qué cambiar si no hay ningún problema?

El miedo al cambio siempre aparece en el contexto de una enfermedad crónica y genera mucho estrés. Más aún, si el adolescente es forzado en forma abrupta a pasar a un servicio de adultos por su edad, por su cobertura o sistema de salud, etc. En muchos casos, los adolescentes que han sido "transferidos" de manera compulsiva a los servicios de adultos han retornado al ámbito de la pediatría para su cuidado.

Por el contrario, si el cambio se planifica y no se da en un momento de crisis, el resultado será más satisfactorio y se logrará una mejor adaptación al nuevo ámbito.

Los pacientes refieren: "Me siento más a gusto en pediatría, cuando llego todos me conocen y me llaman por mi nombre, por eso es un *shock* cuando empezás a ir al servicio de adultos".¹¹

¿Por qué necesito cambiar de un especialista pediátrico a uno de adultos?

Algunos pacientes y sus familias no creen que sea necesario cambiar, si es que todo está mar-

chando bien. Sin embargo, en el adolescente con alguna enfermedad crónica, al comenzar a plantear la transición se refuerza el mensaje de que tiene un futuro como el resto de los adolescentes que se atienden en servicios de adultos a medida que van creciendo, y que de él se espera que sea independiente. No pasar a un sistema de salud orientado a adultos envía el contramensaje de que el adolescente no es capaz de ser adulto y refuerza la discapacidad y la dependencia.

Los pacientes comentan: "Es casi inevitable, porque cuando cumplís 18 años aparecen muchas responsabilidades y los demás esperan muchas cosas de vos, a pesar de que no estés listo".¹¹

¿Cuáles son los obstáculos a la transición?

Existen ciertos obstáculos que hacen dificultosa la transición.¹² (Se los resume en el Cuadro 2).

Los que tienen que ver con el *paciente*: las conductas dependientes, la gravedad de su enfermedad, la falta de confianza en los nuevos profesionales y una imagen pobre de sí mismo hacen que no esté predispuesto a exponerse a circunstancias nuevas y a establecer nuevos vínculos con otro grupo tratante.

CUADRO 2. *Obstáculos a la transición*

El paciente

- conducta dependiente
- inmadurez
- enfermedad grave o discapacidad marcada
- falta de confianza en el nuevo grupo tratante
- pobre adherencia al tratamiento

La familia

- excesiva necesidad de control
- dependencia emocional
- sobreprotección
- sobredimensión de la gravedad de la enfermedad
- falta de confianza en el grupo médico

El pediatra

- lazos emocionales con el paciente y su familia
- sentirse capaz de atender adultos
- preocupación económica
- falta de confianza en el plantel de médicos de adultos
- ambivalencia frente a la transición

El médico de adultos

- falta de conocimiento sobre las enfermedades que se inician en la infancia
- sobredimensión de las demandas en el cuidado de estos pacientes
- preocupación económica

Relacionados con la *familia*: la transición es un tema familiar, muchas veces son los padres los primeros en plantearla; por ello, deben estar incluidos para que sea exitosa, ya que la familia es el sistema de soporte más fuerte para los niños.

Algunas características de los padres pueden hacer más fácil o más difícil esta transición, como una fuerte dependencia emocional y una excesiva necesidad de control.

También el *pediatra* puede oponerse o tener actitudes negativas. A veces actúa en contra el tener lazos emocionales muy fuertes con el paciente y su familia, por haberlos acompañado desde épocas muy tempranas de sus vidas, y por la necesidad de protegerlos. Muchos pediatras piensan que pueden hacerse cargo de la problemática de su paciente en la edad adulta; esta idea quizás esté reforzada porque no existen muchos servicios de adultos preparados para recibir a estos pacientes. Algunos tampoco tienen interés de trabajar en forma conjunta con el médico clínico, además del déficit económico que significa el éxodo de pacientes.

El *médico de adultos*: algunos no están familiarizados con muchas de las enfermedades pediátricas crónicas y, quizás, no les interesa tratar de ganar experiencia en ello. Otros piensan que este grupo tiene muchas demandas de salud y lo perciben como un impacto económicamente negativo en su práctica clínica (consultas más largas, comunicaciones telefónicas o por correo electrónico). Además, no todos trabajan con el modelo de equipo interdisciplinario.

En dos experiencias locales realizadas en el área de Reumatología,^{13,14} en las cuales se encuestaron adolescentes con enfermedades reumáticas se observó que más de la mitad de los pacientes consideraba que la edad adecuada para pasar a la atención de adultos era los 19 años, que la decisión de ese pasaje debería ser consensuada entre el paciente, la familia y el pediatra, y el 93% coincidió en que, en el momento de la transferencia, la enfermedad debería estar controlada y el tiempo conjunto de atención con el reumatólogo pediatra y el de adultos debería ser de 6 a 12 meses. En una de dichas experiencias se entrevistó también a un grupo de reumatólogos de adultos que no consideraba necesario que la enfermedad del paciente estuviese controlada y que el tiempo de seguimiento conjunto fuere tan prolongado.

Hacia una transición exitosa

Pensar en un paciente que ha realizado una transición exitosa es saber que ese niño, que se-

guimos a lo largo de gran parte de su vida, puede desarrollarse en el mundo adulto como una persona responsable, capaz de decidir por sí mismo y que recibe la mejor atención según sus necesidades.

*Implicancias para la práctica*¹⁵

Se las enuncia en el Cuadro 3.

Ante todo este panorama debemos pensar que, cuando hay obstáculos, también hay oportunidades.

Según los distintos escenarios de atención médica, ya sea hospital público o privado, pediátrico o general, con servicios de adolescencia o sin ellos, se podrán desarrollar estrategias acordes a cada situación.

En el caso de un hospital general, de alta complejidad, se podría pensar que sería un escenario perfecto para poder implementar un programa de transición que involucre todo un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (pediatras, médicos clínicos, subespecialistas, psicoterapeutas, asistentes sociales, especialistas en rehabilitación, etc.), para hacerse cargo de ese grupo de pacientes adolescentes que transitan hacia la vida adulta y asegurarles la continuidad de la atención de su salud en un mismo lugar físico.

Pero, frente a la realidad tan diversa de la situación en nuestro país, es imperativa la búsqueda de soluciones para la implementación de programas de transición que se adapten a ella.

CUADRO 3. *Implicancias para la práctica del proceso de transición*

-
- Tener en cuenta las barreras potenciales para la implementación de programas de transición
 - Tiempo de las consultas
 - Entrenamiento de los profesionales involucrados
 - Recursos económicos (cobertura de salud, etc.)
 - Actitud frente a la transición
 - Falta de aplicabilidad
 - Dificultad para acceder a los recursos
 - Resistencia del adolescente
 - Resistencia de la familia
 - Falta de apoyo institucional
 - Falta de planificación
 - Falta de especialistas apropiados en los servicios de adultos
-

¿Cómo “pensar” la implementación de un sistema de atención durante la transición?

¿Cómo pensar este proceso? Como un sistema complejo y dinámico, no lineal, cuyo funcionamiento depende de sus componentes y de las interacciones entre estos. Los componentes pueden incluir personas, acciones y organizaciones.¹⁶

En el informe de la *Academia Estadounidense de Pediatría* sobre este tema (*Health care transition*), se diseñó un algoritmo conformado por varias etapas para lograr materializar una transición exitosa.¹⁵

Descripción de los pasos por seguir con adaptación a la implementación en nuestro medio (proyecto en proceso de aplicación en el Hospital Italiano de Buenos Aires)

1. Iniciar el proceso de planificación de la transición: instalar el tema, conversar sobre las perspectivas futuras con el paciente y su familia, y dar información acerca del programa de transición del hospital. Se recomienda que este paso se inicie precozmente (alrededor de los 13 años, coincidiendo con el inicio de la escuela secundaria).
2. Quizás, no todos los pacientes estén siendo atendidos desde edades muy tempranas; por lo tanto, será necesario adaptar los estadios de preparación hacia la atención en adultos según los intervalos etarios: 12-13 años, 14-15 años, 16-17 años y mayores de 18 años. En los casos de pacientes en los intervalos de mayor edad, la preparación deberá ser más intensiva.
3. Discutir la política y el programa de transición con el paciente y su familia a lo largo de una o varias consultas. Puntos a conversar: edad esperada para el pasaje a adultos, las responsabilidades del paciente para prepararse para este pasaje, las responsabilidades de los padres o cuidadores y las responsabilidades del médico tratante. Dejar constancia escrita en la historia clínica de los avances en la preparación para la transición. Identificar a los grupos de pacientes con mayor riesgo de tener una transición complicada para implementar medidas de apoyo. Administrar cuestionarios para evaluar las capacidades de autonomía y responsabilidad de los pacientes, y reevaluar esas capacidades en edades sucesivas para definir progresos o dificultades sobre las que se pueda trabajar.
4. Determinar los cuidados especiales que cada paciente requiere e identificar a los posibles

profesionales de adultos a quienes podrían ser derivados para su cuidado. En el caso particular de pacientes con requerimientos de atención más complejos se deberá trabajar sobre competencias para el cuidado personal, identificar subespecialistas de adultos o grupos interdisciplinarios, abordar temas sobre seguridad social, seguro médico, tutoría, etc. Realizar un seguimiento de los pasos en forma periódica.

Implementación del programa

1. *Etapas de diagnóstico de situación:* evaluar el número y características de los pacientes adolescentes con enfermedades crónicas que pasarán a la atención de la medicina del adulto.
2. *Elaboración y difusión del programa:* escribir el programa de transición de la institución y difundirlo.
3. *Etapas de preparación:* explicar la política interna del hospital al respecto, edad de transferencia, entregar cuestionarios para evaluar autonomía según cada grupo etario, generar espacios de discusión con cada paciente y su familia o con grupos de pacientes con requerimientos de salud similares, etc.
Trabajo coordinado entre pediatras y subespecialistas pediátricos, entrevistas personales o talleres grupales.
4. *Planificación:* asegurar los requerimientos de salud de cada paciente o de los grupos de pacientes según la enfermedad, delinear las responsabilidades y acciones que correspondan al paciente, a su familia y a los profesionales de la salud involucrados en la atención presente y futura.
5. *Implementación:* elegir la mejor manera de atención durante la transición para lograr un pasaje lo más “suave” posible: clínicas conjuntas (subespecialista pediátrico más subespecialista de adultos, subespecialista pediátrico con clínico de adultos en caso de no haber subespecialista de adultos, etc.) y/o la creación de un grupo de profesionales que trabajen en conjunto con los médicos especialistas pediátricos y de adultos coordinando el período de atención durante la transición, como sucede en algunos programas de EE.UU.
6. *Seguimiento y evaluación del proceso:* una vez que los pacientes ya estén dentro del sistema de transición y de la atención en la medicina del adulto se podrá evaluar el grado de satisfacción o éxito de la transición para poder modificar o replantear el programa.

Otros aspectos que se deberán considerar son: la coordinación de la atención (lugar de atención, turnos, profesionales intervinientes, reuniones entre los profesionales involucrados para consensuar el manejo de los pacientes, etc.); temas relacionados con la seguridad social (obra social, seguros de salud, etc.); temas legales (capacidad de los pacientes para otorgar o no consentimiento, en particular, en pacientes con enfermedades neurológicas o psiquiátricas).

Resultados de programas implementados

En los países donde ya se han implementado diferentes programas de transición existe una imperiosa necesidad de evaluación de los resultados. Uno de los objetivos es evaluar la satisfacción de los jóvenes con la atención recibida durante el período de transición. En un estudio realizado en el Reino Unido, en un grupo de jóvenes con artritis idiopática juvenil, se observó que la calidad de atención, percibida por ellos y sus padres, fue peor de la que hubiesen deseado.¹⁷

No obstante, cuando se evaluó el impacto de programas coordinados y se midió la calidad de vida relacionada con la salud como indicador, se observó que muchos adolescentes mejoraban su calidad de vida. Los factores predictivos de esta "mejor calidad de vida" estaban directamente relacionados con pautas de autonomía y autosuficiencia (manejo de la medicación, consultas médicas sin acompañantes, etc.) y no con la edad cronológica ni el grado de actividad de la enfermedad.¹⁸

CUADRO 4. Enlaces con programas de transición

Reino Unido

www.coe.ufl.edu/Centers/transitionCenter/www/spanish/htm

www.dh.gov.uk/transition

www.transitionpathway.co.uk

www.youngminds.org.uk/publications/booklets/adulthood.php

Australia

www.rch.org.au/transition

Estados Unidos y Canadá

www.hrtw.org

www.door2adulthood.com

www.fytransition.or

www.youthhood.org/youthhood/index.asp

¿Cómo hubiésemos podido ayudar a Lucía y a Nicolás para una transición exitosa?

Lucía

- Haber hablado de la transición mucho tiempo antes.
- Reforzando sus logros de autonomía y responsabilidad en otras áreas.
- Permitir la transición conjunta (pediatra-clínico) por el tiempo que fuese necesario.

Nicolás

- Haber evitado el pasaje en un momento de descontrol de la enfermedad.
- Implementando medidas administrativas que flexibilicen la edad de internación.
- Incrementando la comunicación entre ambos grupos tratantes.
- Conectándolo con grupos de pacientes en una situación similar.

Algunos programas de transición

En el *Cuadro 4* se pueden ver enlaces con programas de transición. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. White P. Success on the road to adulthood. Issues and hurdles for adolescents with disabilities. *Rheum Dis Clin North Am* 1997;23(3):697-707.
2. United States Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. Disponible en: <http://www.health.gov/healthypeople>.
3. Mukherjee S. Transition to adulthood in spina bifida: changing roles and expectations. *ScientificWorld Journal* 2007;7:1890-5.
4. Berg Kelly K. Sustainable transition process for young people with chronic conditions: a narrative summary on achieved cooperation between paediatric and adult medical teams. *Child Care Health Dev* 2011;37(6):800-5.
5. White P. Destination known: planning the transition of youth with special health care needs to adult health care. *Adolescent Health* 2009;21(3):1-8.
6. White P. Transition: a future promise for children and adolescents with special health care needs and disabilities. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28(3):687-703.
7. McDonagh J. Transition of care from paediatric to adult rheumatology. *Arch Dis Child* 2007;92(9):802-7.
8. Blum RW, Garrell D, Hodgman CH, Jorissen TW, et al. Transition from child-centred to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1993;14(7):570-6.
9. Beresford B. On the road to nowhere? Young disabled people and transition. *Child Care Health Dev* 2004;30(6):581-7.
10. Nakhla M, Daneman D, To T, Paradis G, Guttman A. Transition to adult care for youth with diabetes mellitus: findings from a universal health care system. *Pediatrics* 2009;124(6):e1134-41.
11. McCurdy C, DiCenso A, Boblin S, Ludwin D, et al. There to here: young adult patient's perceptions of the process of transition from pediatric to adult transplant care. *Prog Transplant* 2006;16(4):309-16.

12. Miller AR, Condin CJ, McKellin WH, Shaw N, et al. Continuity of care for children with complex chronic health conditions: parents' perspectives. *BMC Health Serv Res* 2009;9:242.
13. De Cunto C, Moroldo M, Liberatore D, Katoicas M, Russo R. Clínica de transición, del reumatólogo pediatra al reumatólogo de adultos (resumen). Sociedad Argentina de Reumatología. 35º Congreso Argentino de Reumatología. 2000 Oct 5-8; Córdoba, Argentina. [Acceso:13 abril 2012]. Disponible en: www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/congreso/2000/o35.html.
14. Weissbrod P, Espada G, Hekier K, Leggire L, Maldonado Cocco J. Transición de jóvenes con enfermedades reumáticas hacia la vida adulta: encuesta a pacientes, padres y médicos (resumen). Sociedad Argentina de Pediatría. 33º Congreso Argentino de Pediatría: de lo prevalente, lo prevenible: libro de resúmenes; 2003 Oct 1-4; Mar del Plata, Argentina; 2003. Pág.200. SP599.
15. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report- Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics* 2011;128(1):182-200.
16. Hamdani Y, Jetha A, Norman C. Systems thinking perspectives applied to healthcare transition for youth with disabilities: a paradigm shift for practice, policy and research. *Child Care Health Dev* 2011;37(6):806-14.
17. Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE. Young people's satisfaction of transitional care in adolescent rheumatology in the UK. *Child Care Health Dev* 2006;33(4):368-79.
18. McDonagh JE, Southwood TR, Shaw KL. The impact of a coordinated transitional care programme on adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 2007;46:161-8.

*El humanismo es la constatación de que el ser humano
es la medida de todas las cosas.*

SANDOR MÁRAI