

Programa de Transición: una intervención para adolescentes con diabetes tipo 1. Estudio de casos y controles

Guillermo Santibáñez G.^a, Claudia Rubio C.^b, Elizabeth Toro T.^c, Gloria Briones B.¹, Marcos Estica R.², Silvana Muñoz S.³, Lilian Sanhueza M.⁴, Pilar Durruty A.^d y Juan Pablo Miranda O.⁵

Transition Program: an intervention for adolescents with type 1 diabetes. Cases and controls study

Introduction: The transition programs (TP) are planned interventions with specific aims which support type 1 diabetes adolescents in their process to emigrate from a pediatric care system to an adult care system. **Objective:** To evaluate the effectiveness of a TP in type 1 diabetes adolescents. **Subjects and Method:** This study was performed in 20 adolescents: 10 in TP and 10 controls (no TP) attended in an adult care system in a traditional way. The applied program included: coordination of attention dates, administrative supervision of the cases, and integral health team attention: physician every three months, psychologist with psychosocial follow-up every three months, nutritionist and university nurse according to the case necessities. After a year of the TP implementation the indicators of adherence were evaluated: continuity of care, regular medical appointments, physician/adolescent relationship, psychosocial follow-up, and to maintain or improve the HbA1c. The statistical analysis of variables comparison was performed with Kwallis Test o Mann-Whitney Test, in STATA 12.0 program. **Results:** At comparing groups, it was found that the intervened adolescents presented a major frequency of: continuity of diabetes care, regular medical appointments, physician/adolescent relationship and psychosocial follow-up ($p < 0,01$); the indicator of maintaining or improving the HbA1c was better in the patients with TP (60% vs 30%) yet not significant. **Conclusion:** In type 1 diabetes adolescents, with the applied TP we get better indicators of adherence to the diabetes treatment.

Key words: Transition program, adolescents, type 1 diabetes.

¹Médico Jefe Internista. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

²Médico Internista. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

³Médico Internista-Diabetóloga. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

⁴Médico Internista-Diabetóloga. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

⁵Médico. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

^aDoctor en Psicología. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

^bNutricionista. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

^cEnfermera Universitaria. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

^dBioquímica. Unidad de Diabetes. Hospital San Juan de Dios.

Sin apoyo financiero.

Sin conflicto de interés.

Correspondencia:

Guillermo Santibáñez González
Fax: +56 226817414
Santo Domingo 1161, Depto. 410.
Santiago, Chile.
guillermo.santibanez@rehsalud.gob.cl

Recibido: 05-06-2017

Aceptado: 23-10-2017

Introducción

La adolescencia es una etapa de profundos cambios físicos y psicológicos. El cuerpo se transforma, deja de parecerse al de un niño y se asemeja al de un adulto. La mente se expande dando paso a una experiencia de sí que antes no existía, comienza la búsqueda de una identidad y de ser parte de algo distinto a la familia. Son los duelos de una infancia que se va¹.

Junto a estos cambios, la diabetes aparece como un extraño que se aloja en el cuerpo y en la mente para exigir una manera particular de vivir y estar en el mundo. Los adolescentes con diabetes se rebelan, se frustran y hacen esfuerzos por no ser lo que son: portadores de una condición crónica que los hace distintos, pero capaces de cumplir con los desafíos del camino hacia la adultez.

En el año 2011 la Asociación Americana de Diabetes,

Artículo Original

a través de su grupo de trabajo en transición, publicó las principales recomendaciones² para atender las necesidades sanitarias de los adolescentes y jóvenes con diabetes tipo 1 (DM1) que deben emigrar de un sistema de atención pediátrica a uno de adultos.

El programa de transición (PT) son intervenciones interdisciplinarias planificadas, cuya finalidad es ayudar y apoyar a los adolescentes en este camino de normalizar su condición de salud, asumiendo los logros y fracasos del tratamiento sin limitar su desarrollo psicosocial. El PT es un acompañamiento activo que se adapta a las necesidades y limitaciones de cada adolescente que debe transitar hacia una madurez física, psicológica y sanitaria. Esta última asociada fuertemente al concepto de autocuidado y adherencia terapéutica³.

El objetivo de este estudio fue evaluar la puesta en marcha y ejecución de un PT, como apoyo a la adherencia y autocuidado de los adolescentes que emigran de un sistema de atención pediátrica a uno de adultos, en un sistema público de salud.

Sujetos y Método

El estudio se realizó en 20 adolescentes DM1 de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 15 y 19 años que se atienden en la Unidad de Diabetes del Hospital San Juan de Dios. En el PT participaron 10 adolescentes (grupo experimental) y como grupo control 10 pacientes que no estaban en PT.

Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron: traslado local desde pediatría a la Unidad de Diabetes, y haber cumplido un año en atención adulta. Los criterios de exclusión: traslado no local o ingreso forzoso a atención adulta por debut a los 15 años.

De los registros clínicos se obtuvo los datos generales: sexo, edad al término del primer año en atención adulta, años de diagnóstico DM1 y antecedentes de evaluación psicosocial antes de su traslado a la atención adulta; los que se presentan en la Tabla 1.

El PT aplicado incluye: coordinación de horas de atención, vigilancia administrativa de los casos y atención integral del equipo de salud: médico cada tres meses, psicólogo con seguimiento psicosocial cada tres meses, nutricionista y enfermera universitaria según las necesidades de cada caso.

El grupo control recibió la atención tradicional de un policlínico de adultos, básicamente el control médico cada tres meses; sin supervisión del cumplimiento.

Siguiendo las recomendaciones ADA² e indicaciones emanadas de otros estudios^{4,5,6} se estableció como resultados de adherencia los siguientes indicadores para comparación entre los grupos:

1. Continuidad del cuidado diabético

Garantizar que no pasen más de 3 meses entre el último control pediátrico y el primer control adulto.

2. Regularidad de los controles médicos

Supervisar que existan 4 controles al año cada 3 meses, como mínimo.

3. Relación médico/adolescente

Asegurar que el mismo médico realice todos los controles durante el primer año de transición adulta.

4. Seguimiento psicosocial

Contactar al adolescente o sus cuidadores para pesquisar problemas de adaptación y/o adherencia.

5. Mantener o mejorar la HbA1c

Revisar los valores de HbA1c durante la transición pediatría-adulto. Se considera importante la mantención del nivel de HbA1c que tenían en la atención pediátrica (que no empeore) o que logren mejores controles metabólicos.

El registro y cumplimiento de los indicadores fue supervisado por el psicólogo autor de este trabajo.

Análisis estadístico: para comparación de los datos generales y los indicadores se utilizó Kwallis Test o Mann-Whitney Test, en Programa Stata 12.0, considerando el valor p bajo 0,05 como estadísticamente significativo.

Tabla 1. Datos generales. Adolescentes DM1 en Programa de Transición y sin Programa de Transición

		Grupo en PT (n = 10)	Grupo sin PT (n = 10)
Mujeres	n (%)	3 (30%)	3 (30%)
Hombres	n (%)	7 (70%)	7 (70%)
Edad al año de transición	MA (rango)	17,4 (16-19)	17,3 (16-20)
Años de diagnóstico DM1	MA (rango)	8,7 (4-16)	7,3 (3-15)
Evaluación psicosocial previa	n (%)	10 (100%)	4 (40%)

Resultados

En cuanto a los datos generales (Tabla 1), tanto en los adolescentes con PT como en los controles, el 30% eran mujeres y el 70% hombres. El promedio de edad al cumplir el primer año en atención adulta fueron similares, 17,4 años en los jóvenes con PT y 17,3 años en los controles. En los participantes en el PT el promedio de años de diagnóstico DM1 fue de 8,7 y en los controles fue de 7,3 (NS). El 100% de los adolescentes con PT tuvieron una

evaluación psicosocial previa al traslado (requisito del PT) y el 40% de los controles tuvieron dicha evaluación en algún momento de su paso por pediatría.

Al comparar los indicadores de adherencia y autocuidado (Tabla 2) se encontró diferencia estadísticamente significativa en la continuidad del cuidado diabético observada en el 100% de los adolescentes con PT y 30% de los controles; en la regularidad de la atención médica, el 80% de los jóvenes con PT asistieron a todas sus citas y sólo el 20% de los sin PT; en la relación médico/adolescente la que se conservó en el 90% de los participantes del PT y en el 30% de los controles; en el seguimiento psicosocial que fue realizado al 90% de los adolescentes con PT y en ninguno de los controles. La mantención o mejoría de la HbA1c se logró en el 60% del grupo experimental vs el 30% de grupo no intervenido, aunque fue superior en los con PT no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Discusión

Los programas de transición para adolescentes con DM1 se instalan dentro de un proceso de transición aún mayor que es la adolescencia en sí misma. De esta forma, los equipos de salud están llamados a facilitar el tránsito de la niñez a la adultez de estos pacientes poniendo especial énfasis en acompañar y guiar el desarrollo de conductas sanitarias de autocuidado.

Este PT tiene la ventaja de haber establecido objetivos claros como indicadores de resultado (Tabla 2), lo cual es una recomendación importante de la mayoría de los estudios internacionales^{4,6} que se han realizado para validar estos programas. Los datos de nuestro estudio entregan una evidencia contundente acerca de los beneficios que los adolescentes en transición pueden lograr si están amparados bajo un programa estructurado que garantice una supervisión y seguimiento de los aspectos administrativos, sanitarios y psicosociales que impactan en la adherencia y que son particularmente vulnerables al cambio desde pediatría a adulto.

En cuanto a la edad de traslado desde un servicio de pediatría a un servicio de adultos, el tema no está zanjado, varios estudios^{4,5} señalan los 18 y hasta los 20 años como una edad adecuada para este cambio, sin argumentar los puntos de corte. En este estudio el promedio de traslado para ambos grupos (experimental y control) fue entre los 16 y 17 años; en el caso de los adolescentes con PT este cambio era reforzado por una evaluación psicosocial previa que garantizaba la presencia de características psicológicas, familiares y sociales mínimamente funcionales que ayudaban a predecir una adherencia suficiente a los indicadores del programa. En nuestra experiencia podemos decir que el tema no debe centrarse en cuál es la edad

Tabla 2. Indicadores de adherencia. Adolescentes DM1 en Programa de Transición y sin Programa de Transición

	Grupo en PT (n = 10)	Grupo sin PT (n = 10)	p-value
Continuidad del cuidado diabético	10 (100%)	3 (30%)	< 0,001
Regularidad de los controles médicos	8 (80%)	2 (20%)	< 0,002
Relación médico/adolescente	9 (90%)	3 (30%)	< 0,007
Seguimiento psicosocial	9 (90%)	0 (0%)	< 0,0001
Mantener o mejorar la HbA1c	6 (60%)	3 (30%)	NS

oportuna (una vez cumplidos los 15 años) para realizar el traslado sino más bien, cuáles son las condiciones psicosociales suficientes para cada caso que permitan al equipo de salud hacer una transición pediatría-adulto informada y personalizada.

Los indicadores de continuidad del cuidado diabético y regularidad de los controles médicos son altamente recomendados para garantizar el cumplimiento de las metas de control de esta población. Nuestros datos demuestran que cuando existe un programa de transición aumenta significativamente la probabilidad de que los adolescentes emigren de pediatría con la certeza de una atención en adulto (continuidad) y disminuye considerablemente la pérdida de horas de control mejorando el acceso oportuno a una atención médica especializada (regularidad).

De nuestro estudio, se concluye que habilitar un PT para mantener un seguimiento médico y psicológico de los casos permite asegurar que la atención profesional se transforme en un facilitador de la adherencia de los adolescentes al tratamiento. En el PT es fundamental que un mismo médico realice las consultas durante el primer año en adulto y así establecer un vínculo que promueva la colaboración y los acuerdos en las tareas de tratamiento (relación médico/adolescente); asimismo, la consulta psicológica resulta ser una medida de apoyo a la adherencia al evaluar constantemente los factores psicosociales⁷ que la influyen (seguimiento psicosocial).

El mantener o mejorar la HbA1c que es un indicador tradicional del control metabólico, fue superior en los participantes del PT aunque no significativo respecto a los controles. Es sabido que los adolescentes por sus propios procesos de cambios hormonales y maduración biológica registran comúnmente importantes variaciones en sus glicemias lo que dificulta lograr niveles aceptables de HbA1c.

La adherencia del adolescente con DM1 implica el compromiso progresivo de ellos, el de sus cuidadores y la implementación de programas de apoyo para la transición a la adultez por los profesionales de salud que trabajan con estos pacientes.

Artículo Original

Referencias

1. Aberastury A, Knobel M. 1999. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. Capítulo 5: 69-74. Editorial Paidós.
2. Peters A, Laffel L. American Diabetes Association Transitions Working Groups. 2011. Diabetes care for emerging adults: recommendations for transition from pediatric to adult diabetes care systems. *Diabetes Care* 34: 2477-2485.
3. Sabaté E. Organización Mundial de la Salud. 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. *Organización Panamericana de la Salud* 10: 71-72.
4. Hilliard M, Perlus J, Clark L, Haynie D, Plotnick L, Guttman-Bauman I, Iannotti R. 2014. Perspectives from before and after the pediatric to adult care transition. A mixed-methods study in type 1 diabetes. *Diabetes Care* 37: 346-354.
5. Monaghan M, Baumann K. 2016. Type 1 diabetes: addressing the transition from pediatric to adult-oriented health care. *Endocrine Disorders* 6: 31-40.
6. Lyons S, Becker D, Helgeson V. 2014. Transfer from pediatric to adult health care: Effects on diabetes outcomes. *Pediatr Diabetes* 15: 10-17.
7. Sabaté E. Organización Mundial de la Salud. 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. *Organización Panamericana de la Salud* 10: 80-82.