

Transición del paciente adolescente con enfermedades respiratorias: una urgencia clínica, estructural y humana.

Transition of the adolescent patient with respiratory diseases: a clinical, structural and human emergency

La transición de adolescentes con enfermedades respiratorias crónicas desde la atención pediátrica hacia equipos de salud de adultos representa uno de los mayores desafíos clínicos y humanos en medicina respiratoria. Esta etapa, situada entre la protección de la infancia y la responsabilidad de la adultez, exige una mirada multidimensional que considere no solo la continuidad clínica, sino también la autonomía progresiva, la salud mental, la vulnerabilidad social y el derecho a una vida plena e integrada. Actualmente, muchos adolescentes experimentan esta transición como una ruptura: cambian de centro, de equipo, de protocolo, e incluso de trato. Sin un proceso planificado, los riesgos son concretos: abandono de tratamiento, peor control de enfermedad crónica, aumento de hospitalizaciones y pérdida de confianza en el sistema sanitario.

Las 43^{as} Jornadas de Otoño 2025 de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias abordaron la transición desde múltiples dimensiones: asma, tabaquismo, enfermedades neuromusculares y soporte ventilatorio, fibrosis quística, trasplante pulmonar, salud mental y conductas de riesgo, obesidad y EPOC desde la infancia. Esta editorial sintetiza los planteamientos y conclusiones de estas jornadas e invita a construir una transición sostenida y centrada en el paciente.

I. Asma en adolescentes: diagnóstico, adherencia y terapias biológicas

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en adolescentes. A pesar de su alta prevalencia, suele estar mal controlada, subdiagnosticada o desestimada por los propios pacientes y sus entornos. Las jornadas evidenciaron que los adolescentes asmáticos presentan tasas más bajas de hospitalización que los niños, pero una mortalidad proporcionalmente mayor, lo que revela una atención fragmentada y una baja adherencia. El mal uso de dispositivos inhalatorios, la automedicación con salbutamol, la baja percepción de gravedad de los síntomas y la discontinuación espontánea de corticoides inhalados son comportamientos frecuentes. Se destacó la urgencia de aplicar esquemas de rescate antiinflamatorio con budesonida-formoterol, disminuir el uso excesivo de SABA (broncodilatadores de acción corta agonistas beta-2 adrenérgicos) y simplificar la terapia con un solo inhalador. Asimismo, se abordó el uso de terapias biológicas (omalizumab, mepolizumab, dupilumab, benralizumab y tezepelumab) como parte del arsenal terapéutico en adolescentes con asma grave no controlada, definiendo indicaciones precisas según fenotipo y biomarcadores. La educación sobre el manejo de las crisis, el uso de escalas de autonomía y el acompañamiento emocional fueron subrayados como pilares fundamentales¹.

Uno de los desafíos más relevantes es el tránsito desde el seguimiento pediátrico basado en el acompañamiento familiar, hacia el seguimiento adulto donde se espera una mayor autonomía en el autocuidado. Muchos adolescentes no están preparados para esta transición y abandonan su tratamiento. Se mencionó que solo el 30 a 40% de los pacientes que usan corticoides inhalados en la niñez continúan con tratamiento de mantención en la adultez. Asimismo, se revisaron las actualizaciones de las guías GINA (Global initiative for Asthma) 2024, que recomiendan evitar monoterapia con SABA y reforzar el uso de combinaciones de baja dosis de esteroide inhalado con formoterol incluso como terapia de rescate en etapas iniciales². También se enfatizó el rol de los determinantes

sociales de la salud en el control del asma: pobreza, acceso a medicamentos, educación sobre el dispositivo y cobertura de salud.

II. Tabaquismo, vapeo y riesgos invisibles

Chile lidera las cifras de consumo de tabaco y vapeadores entre adolescentes en América Latina. El uso de dispositivos electrónicos ha normalizado la exposición temprana a nicotina, especialmente a través de vapeadores de cuarta generación como el vaporizador JUUL®, con cargas equivalentes a más de 200 cigarrillos. Las jornadas mostraron evidencia clara sobre la relación entre vapeo y disfunción pulmonar precoz, inflamación crónica, EVALI (lesión pulmonar causada por el uso de cigarrillos electrónicos o productos de vapeo), y alteración neurocognitiva en adolescentes. Se discutió sobre el impacto del marketing dirigido, la permisividad social y la baja fiscalización de estos productos. Se propuso avanzar en regulación, campañas escolares y fortalecimiento de factores protectores desde la infancia. La prevención debe ir de la mano con intervenciones integradas que consideren comorbilidades respiratorias y salud mental³⁻⁵.

III. Enfermedades neuromusculares y soporte ventilatorio

Los adolescentes con enfermedades neuromusculares como DMD (distrofia muscular de Duchenne) o AME (atrofia muscular espinal) requieren soporte ventilatorio crónico no invasivo o invasivo a edades cada vez más tempranas. La transición de estos pacientes al sistema de salud adulto está marcada por la discontinuidad del cuidado, la escasez de recursos humanos especializados y la fragmentación del modelo de atención. Se presentó la evolución del Programa Nacional de Ventilación Domiciliaria, su crecimiento exponencial y sus desafíos actuales: falta de consultas de transición, criterios clínicos heterogéneos para continuidad de cuidados y carencia de formación en equipos de adultos^{6,7}.

Además del aspecto clínico, se abordó la dimensión familiar y emocional. Muchas veces, los cuidadores (madres o abuelas) pierden contacto con el equipo pediátrico al que estuvieron vinculadas durante años. Esta ruptura genera angustia, sensación de abandono e inseguridad en la continuidad del tratamiento. Se expuso la necesidad urgente de incorporar el enfoque bioético en la toma de decisiones, especialmente frente a dilemas sobre la progresión de soporte, indicación de traqueostomía o ingreso a cuidados paliativos⁷.

Se destacó también la necesidad de diseñar rutas clínicas personalizadas para estos pacientes, con calendarios definidos de evaluación, criterios de reevaluación funcional y protocolos de transferencia gradual. Ejemplos exitosos mostraron que cuando hay acompañamiento integral, la transición no solo es más segura, sino que también es vivida como una etapa de empoderamiento para el adolescente^{6,7}.

IV. Fibrosis quística y sus importantes avances

La fibrosis quística hasta hace unos años en nuestro país era una enfermedad que representaba una alta morbimortalidad durante las primeras dos décadas de la vida de estos pacientes, siendo manejada íntegramente por pediatras. Desde su inclusión en las GES (Garantías Explícitas en Salud) en el año 2007 y además con la llegada a nuestro país de los medicamentos correctores y moduladores del CFTR (canal de cloruro de las células epiteliales estimulado por AMPc), la supervivencia de estas personas aumenta cada día más, llegando a la adultez. Durante las jornadas se enfatizó la importancia de comenzar con la transición de estos niños a una edad temprana, para que al llegar el momento del cambio de equipo y centro hospitalario tratante, este paso fuera realizado de una manera óptima y sin la sensación de miedo a lo desconocido que han experimentado algunos adolescentes. Además, se destacó la importancia de que un mayor número de médicos y otros profesionales de la salud que atienden adultos, se interesen más por esta patología, ya que actualmente hay pocos equipos dedicados a esto en los servicios de medicina respiratoria^{8,9}.

V. Trasplante pulmonar pediátrico y adolescente

La experiencia chilena en trasplante pulmonar pediátrico en fibrosis quística fue revisada con detalle. Se destacó la importancia de evaluar precozmente a candidatos adolescentes y planificar su transición antes de los 17 años, idealmente con acompañamiento psicológico, coordinación interequipo y sesiones compartidas. La falta de continuidad posoperatoria, la ruptura del vínculo con el equipo tratante pediátrico y la adherencia subóptima son barreras frecuentes en el éxito de la terapia. Se discutió la necesidad de crear unidades de transición con foco en el acompañamiento integral y longitudinal. Las ponencias enfatizaron que el trasplante pulmonar en adolescentes no es solo una intervención técnica, sino un proceso relacional complejo que debe considerar autonomía, comprensión, salud mental y red de apoyo⁹⁻¹¹.

VI. Salud mental y conductas de riesgo

Durante la adolescencia se consolidan conexiones corticales que regulan el juicio, la impulsividad y la toma de decisiones. Sin embargo, la inmadurez prefrontal en este grupo lo hace vulnerable a conductas de riesgo, especialmente cuando se asocian enfermedades crónicas, como el asma, la obesidad o la dependencia ventilatoria. Las ponencias abordaron el modelo ecológico de factores protectores y de riesgo. El consumo de sustancias, la automedicación, la deserción escolar o la negación del diagnóstico se asocian a familias disfuncionales, entornos de violencia o baja percepción de autoeficacia. Se remarcó la importancia de la entrevista confidencial, la evaluación del nivel funcional del adolescente y la implementación de estrategias como la entrevista motivacional para alcanzar la autonomía y desarrollar su identidad. También se propuso incorporar atención en salud mental como parte del proceso de transición clínica¹².

VII. Obesidad y consecuencias respiratorias desde la infancia

La obesidad fue abordada como una epidemia silenciosa¹³ con impacto respiratorio directo. Más del 50% de los adolescentes chilenos presentan exceso de peso, y esta condición se asocia con más asma sintomática, alteración de la mecánica ventilatoria, apnea obstructiva del sueño y disnea de esfuerzo¹. Se discutió el uso limitado del IMC como único parámetro diagnóstico, recomendando sumar indicadores de adiposidad central y función pulmonar. La obesidad infantil no solo aumenta el riesgo de asma, sino también el de hipoventilación y EPOC precoz. El enfoque clínico debe pasar de la restricción calórica al fortalecimiento de la actividad física y salud emocional. Se recomendó intensificar la importancia del ejercicio físico regular en todos los adolescentes, integrar psicoeducación, promover alimentación sostenible y fomentar la regulación de alimentos ultra procesados desde las políticas públicas intersectoriales^{13,14}.

VIII. Trayectoria hacia EPOC desde etapas tempranas

Uno de los aportes de las jornadas fue la presentación de trayectorias pulmonares alteradas¹⁵ como factor predisponente a EPOC. Las exposiciones reiteraron que esta enfermedad no se inicia en la adultez, sino que es la consecuencia de disrupciones en el desarrollo pulmonar desde etapas tempranas. Niños con antecedentes de displasia broncopulmonar, asma mal controlada, tabaquismo pasivo o exposición crónica a contaminación aérea presentan VEF₁ persistentemente bajo desde la niñez, sin alcanzar su peak esperado. La introducción del concepto de pre-EPOC permitiría intervenciones preventivas: ejercicio físico, nutrición, monitoreo de espirometría y control ambiental. Se propuso utilizar curvas funcionales longitudinales desde la infancia como herramienta clínica rutinaria¹⁵.

IX. Propuestas estructurales para la transición

Las jornadas finalizaron con propuestas de políticas públicas, orientadas a formalizar procesos de transición clínica: ampliar la edad pediátrica funcional hasta los 18 años para enfermedades respiratorias crónicas; crear unidades de transición con un equipo multiprofesional y sesiones conjuntas; implementar bitácoras clínicas que incluyan antecedentes, autonomía y adherencia; capacitar al personal de adultos en salud adolescente; e incluir indicadores de calidad relacionados con transición en evaluaciones hospitalarias¹⁶.

Conclusión

La transición del paciente adolescente con enfermedades respiratorias no puede quedar librada a la improvisación, ni a decisiones aisladas. Requiere políticas públicas activas, continuidad clínica, equipos capacitados y estrategias educativas que reconozcan el valor de este momento en la trayectoria de vida del paciente¹⁶. Hacerlo bien es un imperativo ético y sanitario. Implica ver más allá del diagnóstico: implica escuchar al adolescente, incluir a su familia, entender sus miedos, y construir desde la confianza. Esta transición no es un punto de corte: es un puente. Un espacio en que se entrega no solo el control clínico de una enfermedad, sino también el acompañamiento para continuar con un proyecto de vida. Que ese puente sea sólido, cálido y continuo debe ser responsabilidad compartida de cada institución que atiende enfermedades respiratorias crónicas.

**Dras. Paulette Andino Sarmiento^{1,2*}, Francisca Córdova Larenas^{1,3},
María Ignacia Riquelme Villanueva^{1,4*}**

¹Coordinadora 43^{as} Jornadas de Otoño, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

²Hospital Luis Tisné e Instituto Nacional del Tórax.

³Hospital Sótero del Río.

⁴Hospital Félix Bulnes.

*Email: paulettesarmiento@gmail.com – ignacia.riquelme.v@gmail.com

Referencias bibliográficas

- HERRERA AM, ABARA S, ÁLVAREZ C, ASTUDILLO C, CORRALES R, CHALA E, et al. Consenso chileno SOCHINEP-SER para el diagnóstico y tratamiento del asma en el adolescente. Rev. Chil Enferm Respir 2024;40(3):170-90.
- GINA Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2024 update). Disponible en: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf
- HERRERA AM, CORVALÁN MP. Tabaquismo en el adolescente. Rev. Chil Enferm Respir 2017;33(3):236-8.
- BELLO S. Daño pulmonar asociado al uso de cigarrillos electrónicos-vapeadores. Rev. Chil. Enferm. Respir. 2020;36(2):115-21.
- RIVERA F, COGLAN C, ZEPEDA G. Efecto del tabaco tradicional y de los cigarrillos electrónicos sobre la salud respiratoria de niños y adolescentes. Rev. Chil Enferm Respir. 2024;40(2):110-7.
- ANDRADE M, ANTOLINI M, CANALES K, FUENTES M, MAZZEI M, MAQUILÓN C. Caracterización socio-demográfica y clínica de pacientes adultos en ventilación mecánica no invasiva domiciliaria. Ministerio de Salud. Chile. Rev Chil Enferm Respir. 2018;34(1):10-8.
- MAQUILÓN C, ANTOLINI M. Jornadas de otoño 2019 “De la UCI al domicilio”. Rev Chil Enferm Respir. 2019;35(2):93-5.
- VEGA-BRICEÑO L, GUIRALDES E, SÁNCHEZ I. Fibrosis quística: enfrentando la transición desde el pediatra hacia el internista. Rev Méd Chile 2006;134(3):365-71.
- BOZA ML, MELO J, BARJA S, CODNER E, GOMOLAN P, HERNÁNDEZ R. et al. Consenso chileno para la atención integral de niños y adultos con fibrosis quística. Rev. Chil. Enferm. Respir. 2020;36(4):268-333.
- GUTIÉRREZ J, PINOCHET V, IRAZOQUI P, BENAVIDES G, ANDRADE C, ORELLANA M. et al Características clínicas y resultados de pacientes con fibrosis quística con enfermedad pulmonar avanzada. Experiencia en 10 años del Instituto Nacional del Tórax. Rev. Chil. Enferm. Respir. 2023;38(4):226-33.

11. MELO J, CAYUPI F, CUEVAS JP, SEPÚLVEDA C, LINACRE V, DONOSO E. Trasplante pulmonar en el Instituto Nacional del Tórax. Resultados a 12 años de inicio del programa. *Rev. Chil. Enferm. Respir.* 2024;40(3):151-8.
12. FUNES F, GAETE V. Conductas de riesgo en adolescentes con patología crónica compleja bajo control en un policlínico de un hospital pediátrico de Santiago. *Rev Med Chile* 2016;144:734-42.
13. VIO F. Obesidad infantil Una pandemia invisible. Llamado urgente a la acción. Editorial Permanyer. 1ra edición. Barcelona, España, 2023.
12. VIO F, KAIN J. Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Rev Med Chile* 2019;147(9):1159-65.
15. LANGE P, CELLI B, AGUSTÍ A, JENSEN GB, DIVO M, FANER R. et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2015;373(2):111-22.
16. LIZAMA M, ÁVALOS ME, VARGAS NA, VARELA MA, NAVARRETE CL, GALANTI M, et al. Transición al cuidado de la vida adulta, de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: recomendaciones del comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr* 2011;82(3):238-44.