Octubre 2003

PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

Autora: Julia Colomer Revuelta

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad y estado de salud, que se expresa a lo largo de la vida de manera diversa y diferente en cada una de las personas. No todos tenemos el mismo concepto de lo que es la sexualidad ni la expresamos de la misma forma. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares: su sentido, su valor y su papel en la existencia humana.

Esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de una robusta evidencia sobre la efectividad de las intervenciones

Por otra parte, al tratarse de una dimensión humana que toca emociones y sentimientos, y estar íntimamente relacionada con las creencias y los valores de cada persona, hablar de sexualidad y especialmente en la infancia y adolescencia, hace que se enciendan muchas alarmas.

Estos hechos pueden explicar el por qué a pesar de ser un tema importante y estar en las agendas de salud y educación de nuestro país desde hace muchos años, apenas se hayan desarrollado.

Aunque la sexualidad tiene importancia a lo largo de toda la infancia, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión por sus características biológicas, psicológicas y sociales.

Las intervenciones en salud sexual en la adolescencia tienen como objetivo, tanto reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para su vida actual y también para su vida adulta.

Esta revisión trata un aspecto muy concreto de las intervenciones, las centradas en dos de las principales consecuencias adversas: el embarazo no deseado (END) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Es por lo tanto éste un acercamiento parcial al tema, que debe integrase en el más amplio de la promoción de la salud sexual en la infancia y adolescencia.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Definiciones

Aunque existen muchos criterios de aproximación a la definición de adolescencia (cronológico, jurídico, social...), en el ámbito de la salud uno de los mas aceptados es el de la Organización Mundial de la Salud, que la define como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Se considera un embarazo no deseado a la concepción que ni la pareja ni ninguno de los que la forman desea conscientemente en el momento del acto sexual.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión. (1)

Sustituye al término enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Frecuencia

Según un estudio realizado por la UNICEF (2) en el que se comparan las tasas de nacimientos en adolescentes (la tasa de nacimientos por mil mujeres de 15-19 años) de 27 países desarrollados, Estados Unidos presenta las tasas mas altas (52,1 por mil) seguido por el Reino Unido (30,8 por mil) . España ocupa una posición media en la lista, siendo la tasa del grupo de 18-19 años 3 veces superior a la del grupo de 15 a 17.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (3) indican que, aunque esta tasa presentó en España un descenso hasta el año 1996, ha sufrido desde entonces un ascenso progresivo, alcanzando en el año 2000 un valor de 9,04.

Pese a que existen variaciones según el entorno sociocultural analizado, se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados (4) y el 9% de las jóvenes españolas que han tenido relaciones sexuales completas, declara haberse quedado embarazada en alguna ocasión sin haberlo deseado. (5)

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres adolescentes (IVE por mil mujeres menores de 19 años) en nuestro país ha tenido también una progresión ascendente. En el año 2000 fue de 7,49, la más elevada desde 1991.(3)

En las publicaciones realizadas en Estados Unidos y el Reino Unido se insiste desde hace unos años en la tendencia creciente de ITS diagnosticadas en todas las edades y sobretodo de las infecciones por Clamydias y gonococos especialmente en adolescentes. (6,7)

La magnitud de las ITS en los adolescentes de nuestro medio resulta difícil de conocer, ya que por una parte los registros de morbilidad (asistida y declarada) no reflejan lo que ocurre en la realidad por ser muchas de estas infecciones asintomáticas o por no consultarse al ser consideradas vergonzantes. Por otra parte, los registros (Boletín Epidemiológico Semanal y Sistema de Información Microbiológica) son parciales en cuanto a etiologías y, salvo para hepatitis B y SIDA, la declaración no es individualizada.

De lo poco conocido (1) no puede deducirse que el fenómeno descrito en otros países se esté dando en el nuestro, ya que la tendencia en los porcentajes de infecciones por sífilis, gonorrea y Clamidyas en adolescentes ha disminuido en los últimos años, respecto al total de diagnósticos generales. En la evolución de diagnósticos realizados en los centros de ITS se aprecia una disminución en la tendencia de infecciones bacterianas, con un aumento de las víricas, como en la población general.

La distribución de diagnósticos de las distintas infecciones en función del sexo y la preferencia sexual muestra que en chicas las más diagnosticadas fueron las uretritis no gonocócicas (UNG), los condilomas y las candidiasis. En chicos heterosexuales, condilomas y UNG, y en chicos homosexuales, gonococia y condilomas. (1)

Sin embargo, si pensamos que el denominador en las tasas de frecuencia corresponde a personas sexualmente activas y que el porcentaje de éstas en la adolescencia es inferior al de la población adulta, puede deducirse que los menores de 19 años son una población de mayor riesgo.

En el 2001, de los casos acumulados de SIDA en España, el intervalo de los 25 a los 34 años englobaba más de la mitad de los casos. Teniendo en cuenta el largo período de incubación de la enfermedad, se puede inferir que las prácticas de riesgo causantes de la infección se realizaron entre los 14 y los 24 años. Uno de cada tres casos diagnosticados se relacionó con las prácticas sexuales. (8)

Consecuencias

Aunque la mayoría de los embarazos que se producen en la adolescencia son no deseados, existe un pequeño porcentaje, variable según grupos étnicos culturales, que son deseados, y otro de no planificados pero sí deseados más o menos conscientemente, por lo que pueden suponer de cambio en estatus afectivo (alguien a quien querer y que te quiera) y/o social (independencia social y económica de la familia paterna). Las consecuencias en estas situaciones no suelen ser tan negativas como las de los no deseados, aunque bastantes son comunes.

Las revisiones sistemáticas realizadas sobre las consecuencias del embarazo no deseado en la adolescencia y que incluyen series temporales, estudios analíticos de cohortes y casos y controles (10, 11) han puesto de manifiesto que los adolescentes y sus descendientes tienen, en general, mayor riesgo de efectos adversos sobre su salud, así como repercusiones sociales, económicas y en educación (tabla1).

Tabla 1: Consecuencias adversas asociadas al embarazo en adolescentes

	Salud	**Educación**	**Socio-económicos**
Adolescente	Control tardío de la gestación (12) Fumar durante la gestación (13) Anemia e hipertensión en la gestación (14-18) Complicaciones obstétricas (14-18) Terminación del embarazo (20) Depresión postparto (13,19) Depresión y aislamiento (13,19)	Interrupción o abandono de estudios (13,21-23)	Familia monoparental (24) Divorcio o separación (24-25) Menor oportunidad empleo (2,24-25) Dependencia del estado de bienestar (21,25) Peor vivienda y nutrición. (13,23,26,27) Bajo nivel económico (25)
Hijo o hija	Muerte súbita (28-30) Bajo peso (13) Prematuridad (28-30) Menor lactancia materna (13) Accidentes (13, 28-30) Peor nutrición (26,27) Negligencia (24, 31,32) Embarazo adolescencia (24,31,32) Mayor mortalidad infantil (25)	Retraso del desarrollo preescolar (28,33)	Pobreza (23,34) Peor vivienda (26,27) Familia monoparental (25)

Sin embargo, también se ha observado que los resultados en salud del embarazo son comparables, excepto en menores de 15 años, con los de las mujeres de más edad, cuando los cuidados prenatales y el apoyo social son adecuados, ya que son los factores sociales (fundamentalmente la pobreza y exclusión) y las repercusiones que éstos tienen sobre la salud de la adolescente (peor estado de nutrición, estado de salud previo, nula o escasa asistencia prenatal...), los responsables de la mayoría de los resultados negativos en el embarazo y el parto. (2, 10)

Excepto la infección por VIH, el resto de ITS no constituyen por sí mismas un grave problema más allá de las molestias de sus manifestaciones clínicas. Sin embargo son sus consecuencias las que condicionan más problemas de salud.

La enfermedad inflamatoria pélvica es una secuela grave que puede derivar en dolor pélvico crónico, riesgo incrementado de embarazo ectópico e infertilidad por lesiones en las trompas. (35)

Además, las ITS actúan como cofactor en la transmisión del VIH, incrementando la carga viral y la diseminación en las secreciones genitales. (36)

Se ha establecido una estrecha relación entre la infección por el virus del Papiloma Humano (VPH) con el condiloma y el carcinoma cervical. (37). También se ha descrito, con menor frecuencia, asociada con los de la vulva, pene y ano. (35)

INDICADORES DE RIESGO

Se vienen realizando muchos esfuerzos por parte de los investigadores para establecer modelos coherentes de los determinantes del comportamiento sexual que permitan identificar factores de riesgo y de protección, como base de la planificación de las intervenciones preventivas.

El END se asocia a **conductas** como el inicio precoz de las relaciones sexuales y el uso inconsistente de las medidas de anticoncepción y las ITS, además, a múltiples parejas sexuales, el coito anal, la prostitución y el consumo de drogas.

En España, la edad media de inicio de las relaciones sexuales completas se ha mantenido más o menos estable desde mediados de los años noventa, alrededor de los 17 años y medio, iniciándose un 7 % de los adolescentes antes de los 15 años. (5) Por comunidades autónomas la iniciación es más tardía en Asturias, Castilla y León y más precoz en Canarias, Cataluña y Galicia. Uno de cada diez chicos mantuvo relaciones con más de una pareja y uno de cada veinte con más de tres, manifestándose más monógamas las chicas.

Basándose en un modelo derivado de la teoría socio-cognitiva (38) que intenta explicar los comportamiento sexuales de los adolescentes, Kirby ha identificado más de 100 precursores relacionados con algunas de las conductas sexuales de riesgo.(39)

En la tabla 2 se incluye un listado de los 43 factores de riesgo y protección mas importantes.

Aunque comunes a muchas comunidades, su importancia relativa varía entre ellas. Queda pendiente valorar su peso en población española.

Tabla 2: Indicadores de riesgo y protección que pueden afectar al comportamiento sexual del adolescente, la utilización de preservativos-contracepción y relacionarse con embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Comunidad

Desventaja y desorganización

+ Nivel alto de educación
- Elevada tasa de desempleo
+ Alto nivel de renta
- Alta tasa de criminalidad

Familia

Estructura y situación económica

+ Biparental (frente a uniparental)
- Cambios en el estado marital de los padres
+ Nivel alto de educación en padres
- Bajo nivel de ingresos paternos

Dinámica familiar y apego

+ Soporte parental y conexión familiar
+ Supervisión y control familiar suficiente

Actitud familiar y modelo de conducta sexual y de fecundidad

- Precocidad materna en relaciones sexuales y maternidad
- Madre soltera y comportamientos de cohabitación
+ Actitud conservadora de los padres respecto a relaciones sexuales
+ Actitud positiva de los padres respecto a la anticoncepción
- Precocidad hermanos mayores relaciones sexuales y maternidad

Iguales

Actitud y comportamiento

+ Calidad de los amigos/as
- Comportamiento de riesgo respecto a delincuencia y drogas
- Actividad sexual de iguales (real o percibida)
+ Normas positivas de uso de preservativos y anticoncepción

Pareja

+ Soporte en el uso de preservativos y contracepción

+ Factor de protección
- Factor de riesgo

Individuales

Antecedentes biológicos

- Precocidad en maduración física

Apego y éxito escolar

+ Buenos resultados escolares
+ Aspiraciones y planes de futuro en educación

Apego a instituciones religiosas

+ Participación en actividades religiosas

Problemas o comportamientos de riesgo

- Uso de alcohol o drogas
- Problemas de comportamiento o delincuencia
- Otros comportamientos de riesgo

Distrés emocional

- Alto nivel de estrés
- Depresión
- Ideas suicidas

Características de la relación de pareja

- Compromiso precoz y frecuentes
- Mantener una relación muy cerrada
- Mayor número de compañeros románticos
- Compañero 3 ó mas años mayor

Abuso sexual

- Historia previa de abuso o coacción

Deseos, actitudes y habilidades sexuales

+ Actitud conservadora respecto a relaciones prematrimoniales
+ Mayor percepción de susceptibilidad a embarazo o infecciones sexuales
+ Importancia de protegerse de embarazo o infecciones sexuales
+ Mayor conocimiento sobre preservativos y anticonceptivos
+ Actitud positiva sobre preservativos y anticonceptivos
+ Alta percepción de barreras y coste de utilización de preservativos
+ Mayor grado de percepción de auto eficacia en el uso de protección

LAS INTERVENCIONES

Elección de los métodos

Al contemplar la elección de los métodos es necesario tomar en consideración, además de la efectividad de los mismos, factores personales, culturales, estilo de vida sexual y el acceso a los servicios que los proporcionan. Existen opciones con efectividad, ventajas e inconvenientes conocidos cuya utilización está bien sistematizada para población adolescente española. (40, 41).

Dos características importantes a tener en cuenta en la utilización de los métodos de protección por adolescentes son el tiempo transcurrido entre el comienzo de las relaciones coitales y la utilización de un método seguro (tiempo de riesgo), y el uso inconsistente de los mismos. Los adolescentes, en sus primeras relaciones sexuales, suelen utilizar el coito interrumpido, pasando entre 6 y 12 meses hasta la utilización de otros métodos. (1) El 15% de los jóvenes españoles entre 15-19 años declararon no haber utilizado protección en su última relación.(5)

- Opciones de anticoncepción

  La contracepción, cuando es utilizada adecuadamente, es costo-efectiva y supone grandes ventajas. (11)

  Entre los métodos anticonceptivos utilizados por jóvenes españoles predomina muy ampliamente el preservativo (75%), seguido de la píldora (21%), teniendo el resto una presencia marginal. (5) .

  Dados los requisitos que debe reunir la anticoncepción en la adolescencia: efectiva, reversible, que no interfiera en el crecimiento y fácil de utilizar, los anticonceptivos orales y los preservativos son considerados dentro del grupo de "recomendables" (42, 43). Como procedimientos "aceptables", otros métodos hormonales y de barrera.

  La opinión de expertos apoya el uso de la anticoncepción oral como un método seguro para evitar END en adolescentes con relaciones sexuales estables, ya que los riesgos de su utilización son menores que los del embarazo. Sus contraindicaciones son las mismas que para la población general y no se requiere examen ginecológico previo a su utilización (40-43).

  La anticoncepción hormonal de emergencia tiene un importante papel en la prevención del END en esta población, como medida tras un coito no protegido y ante los fallos de sus técnicas anticonceptivas (rotura de preservativo u olvido de la píldora). Tanto los jóvenes como los profesionales de la salud necesitan más información sobre este método con el fin de reducir las dudas sobre su uso. (44) Sólo una cuarta parte de las jóvenes españolas la conoce (45) .

  Es importante que las usuarias de los métodos hormonales orales conozcan su manejo adecuado para mejorar la efectividad.

- Métodos barrera

  Los preservativos masculinos son el único método que ha demostrado ser eficaz para la doble prevención de END e ITS. Al presentar además ventajas como obtenerse sin prescripción médica y pocos efectos colaterales y contraindicaciones (alergia a sus componentes), constituyen uno de los métodos de protección más importantes para este grupo de edad.

  Los preservativos proporcionan protección para las ITS de descarga (VIH, gonorrea, Chlamydias o Tricomonas) en relaciones vaginales, anales y orales. En el caso de las ITS ulcerativas y de las lesiones del virus del papiloma humano, sólo protege de aquellas localizadas en la zona de cobertura del preservativo, pero no en las de otra localización, por lo que es de esperar que proteja parcialmente. No se ha demostrado que los lubricados con espermicidas sean más efectivos.(46)

La efectividad de este método depende de la consistencia de su uso en cuanto a frecuencia y correcta utilización. Por lo que su empleo correcto requiere buena motivación y conocimiento adecuado.

Es llamativo que los jóvenes españoles, cuando utilizan el preservativo, lo hacen para prevenir el embarazo y sólo la mitad también por su función preventiva de ITS, incluido el SIDA. (5) Tampoco se aprecia constancia en su utilización. Los resultados de un estudio realizado en Andalucía revelan que sólo el 48,6% de los participantes que tuvieron más de una relación lo utilizó siempre. (47)

La rotura o el plegado, que pueden disminuir su efectividad, varían en frecuencia según las características de la población, la práctica sexual , la calidad del preservativo, su manipulación incorrecta y con el uso improcedente de lubricantes con base de petróleo o aceite. Se calcula que se produce hasta en el 2% de los contactos vaginales y 7% de los contactos anales. (46, 48, 48) . En un estudio reciente realizado en Huelva, se observó que más de la cuarta parte de los entrevistados desconocían su correcta utilización. (49)

La utilización sistemática y apropiada del preservativo masculino entre los jóvenes es menos habitual en los que inician relaciones sexuales a menor edad y los que tienen más parejas durante la adolescencia. (50, 51)

Hay experiencia clínica limitada en la efectividad de preservativos de poliuretano y métodos barrera femeninos. A estos últimos se les asocia una reducción variable del riesgo de contagio entre 33 y 70% (50) por lo que sólo deben considerarse como segunda opción.

Los adolescentes a menudo encadenan una serie de relaciones monógamas que son de corta duración pero con alta frecuencia. Estas relaciones son percibidas como monógamas, y por tanto como de bajo riesgo, por lo que podría dejar de utilizarse el preservativo. (35) Por la elevada prevalencia y los riesgos de ITS en este grupo etario, los anticonceptivos orales en combinación con el preservativo masculino (prevención doble) es el método de elección recomendado por los expertos para la prevención simultánea de END e ITS (43).

Modificación de los comportamiento de riesgo y potenciación de los de protección

La comparación de experiencias entre diferentes países (2, 52, 53) demuestra que la prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes es el resultado de acciones intersectoriales en las que los medios de comunicación, educación y atención sanitaria tienen un papel complementario e implica a todos los grupos y contextos en contacto con este grupo etario: familia, grupos de iguales, entorno escolar, medios de comunicación, entornos de ocio, profesionales de la salud, políticos, grupos religiosos.

Esta comparación pone también de manifiesto que las políticas sociales ante las desigualdades y aquellas relacionadas con una actitud más realista sobre la sexualidad de la juventud, con respuestas comprensivas a sus necesidades, explican las grandes diferencias entre países mejor que la variabilidad de los comportamientos individuales relacionados con la sexualidad.

Son muchas las variables que deben ser tenidas en cuenta para la correcta valoración de la efectividad de estas intervenciones sobre las conductas. Pedlow (54), tras la revisión de 22 intervenciones controladas, concluye que las principales son: riesgo de la población diana, medio en el que se realiza, teorías de cambio de comportamiento en las que se basan, variables de comportamiento a las que se dirige, formato de ejecución, dosis y tiempos, grupo control con o sin intervención, medidas de evaluación (datos biológicos o auto reporte) y tiempo de seguimiento de las mismas.

Por otra parte, las características del tema dificultan la realización de estudios experimentales y es escaso el número de intervenciones con un diseño de planificación y evaluación adecuados.

La mayoría de las evaluaciones se han realizado en EE. UU. y R.U. En España, Fernández Costa (55) describe las características de 19 intervenciones escolares de prevención del SIDA

y la revisión realizada por Hernán García (56) identifica 44 intervenciones sobre conductas sexuales de riesgo, pero ninguna evalúa resultados.

Programas de educación en el medio escolar

Existe evidencia tipo I de su efectividad en el incremento de **conocimientos** (57, 58).

Respecto a los **comportamientos**, si bien el metaanálisis realizado por DiCenso (59), incluyendo 26 ensayos aleatorizados controlados (EAC), no evidencia ningún cambio significativo en los grupos de intervención, otros metaanálisis y revisiones sistemáticas que incluyen además ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria, muestran algunos resultados positivos. (10, 39, 54, 58, 60-64)

Respecto a **conductas autodeclaradas** se observó (Evidencia tipo II-1):

Un incremento en la utilización de preservativos (54, 62). En su metaanálisis, Johnson (65) calcula una OR 1,13 ; 1,06-1,21 y el análisis de heterogeneidad pone de manifiesto 5 factores relacionados con el éxito de la intervención: dirigida a población no institucionalizada, administración coincidente de preservativos, mayor información y entrenamiento en habilidades de uso de preservativos, menor entrenamiento en habilidades en el grupo control e información proporcionada en el grupo control más de carácter general y menos centrada en el VIH.

Pedlow (65) constata una disminución en la frecuencia de relaciones (54) con una OR 1,10 (1,04-1,17).

Las habilidades de evaluación objetiva que las intervenciones mejoraron (Evidencia tipo II-1) fueron las de negociación en el uso de preservativos (OR 2,47; 2,09-2,92) (65), las de comunicación con las parejas sobre riesgos sexuales OR 1,64 (1,40-1,93) (65) y las de utilización del preservativo OR 1,72 (1,18-2,53) (65)

En general, no se demostraron efectos sobre las tasas de END o de ITS. (54, 59, 59, 65)

De las **características de la intervención** las únicas que se ha demostrado perjudiciales son aquellas cuyo único objetivo es la promoción de la abstinencia, ya que se asociaron a un incremento en el número de embarazos entre las parejas de los adolescentes participantes OR 1,54; 1,03-2,29. (59) Ningún otro tipo de intervención incrementó la frecuencia de actividad sexual en adolescentes. (59) (Evidencia tipo I).

Existe un razonable consenso de la efectividad (Evidencia tipo II-2) respecto a relacionar las intervenciones escolares con los servicios de contracepción de la zona y la inclusión de padres y madres en las actividades de los programas. (10)

Efectividad del consejo en el medio sanitario

Muy pocos estudios han evaluado la efectividad del consejo individualizado a adolescentes en las consultas, la mayoría de ellos en consultas ginecológicas o de contracepción. Sus resultados son poco consistentes y mezclados, por lo que no permiten conclusiones (11, 66)

Cuatro ensayos controlados sobre intervenciones realizadas en consultas de planificación (una de ellas sólo para adolescentes) recogidos en el metaanálisis realizado por DiCenso (59) no mostraron resultados en la utilización de contracepción.

La evaluación de una intervención controlada realizada por pediatras de atención primaria en Washington, obtuvo un incremento en la utilización de preservativos (OR 18,5; 1,27-256,03) a los tres meses, aunque no se mantuvo a los 9. (67)

A falta de evaluaciones del consejo desde las consultas de Atención Primaria, una buena apuesta, basada en la revisión de la literatura, puede ser asegurar su vinculación con los servicios comunitarios, escolares y de anticoncepción como parte de una intervención mas extensa. (10)

Cribado de ITS

Algunos países como Estados Unidos y Reino Unido han planteado el cribado universal de infección por Chlamydia en adolescentes sexualmente activas, dada la alta prevalencia de esta infección.

Un reciente estudio realizado en Hungría, comparando el cribado de mujeres de 15 a 19 años utilizando técnicas de enzimoinmunoensayo y de hibridación de DNA, concluye que para una prevalencia de infección encontrada de 12,6%, incluso con la técnica mas cara, el cribado fue costo-efectivo. (68)

Sin embargo el realizado por Van Valkengoed (69) calcula una prevalencia superior al 41,8% para que este cribado universal sea eficiente.

La falta de datos recientes y fiables de prevalencia de ITS en nuestro medio no nos permite establecer la oportunidad de este tipo de intervención.

Intervención sobre adolescentes embarazadas

Existe una evidencia consistente sobre la efectividad de los programas dirigidos a minimizar las consecuencias negativas del END mediante intervenciones prenatales que proporcionen la incorporación temprana a los programas de seguimiento del embarazo, así como recursos educativos y sociales. (11) (Evidencia tipo II-2)

La revisión realizada por Coren para el Centro Cochrane (70) indica que los programas dirigidos a padres adolescentes podrían mejorar muchas de las secuelas en ellos y sus hijos.

LAS RECOMENDACIONES DE LOS EXPERTOS

Numerosas organizaciones recomiendan las intervenciones sobre END e ITS en adolescentes incorporadas en los exámenes sistemáticos de salud. (43, 51, 71-78)

Canadian Task Force (43) recomienda proporcionar educación y servicios de contracepción. Implicar lo antes posible a los púberes y si es posible a sus padres, en una discusión abierta sobre desarrollo sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención de embarazo no deseado. Orientar la práctica contraceptiva de adolescentes sexualmente activos y cuando esté indicado, proporcional educación, consejo, contracepción y seguimiento.

Los contraceptivos orales combinados con los preservativos como primera elección para los adolescentes que no deseen abstenerse sexualmente.

Institute for Clinical Systems Improvement (71, 72) recomienda dos visitas entre los 13 y 18 años.

Consejo y educación individualizado, según preferencias, conocimientos, habilidades de cada adolescente y su pareja. Empatía, confidencialidad, no juzgar y actitud de apoyo. Proporcionar, junto a mensajes verbales, material educativo escrito. Obtener una historia sexual detallada que incluya cuestiones directas sobre actividad sexual, utilización de preservativos u otros métodos de barrera y de anticonceptivos (en el pasado y en la actualidad), número y características de parejas sexuales pasadas y presentes (incluyendo parejas del mismo sexo y usuarios de drogas parenterales), prácticas de alto riesgo como coito anal, nivel de conocimientos sobre ITS y embarazo y antecedentes de embarazo y/o ITS. Recomienda como medidas para reducir los riesgos la abstinencia, las relaciones mutuamente monógamas y el rechazo del contacto con parejas de alto riesgo (usuarios de drogas parenterales, prostitución y personas con muchas parejas sexuales) y la utilización de condones de látex o los métodos barrera femeninos con espermicida. Enfatizar la asociación entre alcohol/drogas y prácticas de

riesgo. En la educación sobre métodos anticonceptivos, indicar sus efectos beneficiosos sobre la salud como refuerzo.

Se recomienda cribado (sin indicar su frecuencia) de Chlamydia a todas las adolescentes, de gonorrea y sífilis a las de riesgo (prostitución, episodios repetidos de ITS, más de un compañero sexual el pasado año) y de VIH a los/las de riesgo (en tratamiento por alguna ITS, antecedente de drogas parenterales, prostitución, pareja pasada o presente bisexual o adicta a drogas).

United States Preventives Services Task Force (74, 77)

Recomendaciones similares en cuanto a consejos a la anterior, aunque incluye la vacunación de hepatitis A en los comportamientos de riesgo.

Según la **American Medical Association** (73) los padres o cuidadores deben recibir recomendaciones en relación a sus hijos al menos en tres ocasiones (durante la adolescencia precoz, la intermedia y la tardía) y los adolescentes anualmente.

Además de lo comentado por los dos anteriores, incluye la responsabilidad respecto a la protección de las parejas sexuales y para protegerse de la explotación sexual.

Recomienda el cribado de ITS en las mismas condiciones que los anteriores aunque incluye, como población de riesgo, a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Para el control y seguimiento de ITS recomienda las pautas de la guía del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta. A todos los adolescentes vacunación de hepatitis B.

RECOMENDACIONES PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Sistematizar las intervenciones en todos los controles de salud entre los 12 y 19 años y en consultas por sintomatología sugestiva de infección de transmisión sexual (ITS) o sospecha de embarazo.

1. **En los controles de salud:**

   Incluir en todos los controles de salud recomendaciones a los padres para la educación en salud sexual y reproductiva de sus hijos adecuada a la edad.

   Entre los 12 y 19 años:

   - Proporcionar consejos individualizados según preferencias, conocimientos y habilidades.
   - Ofrecer información verbal y escrita.
   - Empatía, confidencialidad, apoyo y actitud no juzgadora.
   - Realizar anamnesis para identificar actividad sexual:
     - En adolescentes no iniciados
       - Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a su edad.
       - Consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.
       - Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.

- En adolescentes con prácticas sexuales
    - Identificar comportamientos y prácticas de riesgo, relaciones con coacción y abusos.
    - Comprobar la utilización de protección y valorar actitud, conocimientos y habilidades en su uso. Reforzar su utilización.
    - Valorar, según riesgo individual, la realización de cribado de ITS.
    - Cuando esté indicado, proporcionar anticoncepción (incluida anticoncepción general y de emergencia) y/o derivar a centro de planificación según recursos de la zona.
    - Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.
    - No aconsejar exclusivamente la abstinencia como única opción preventiva.
    - Aconsejar, como primera elección, los preservativos masculinos de látex para relaciones esporádicas y éstos combinados con anticonceptivos orales para relaciones continuadas.
- Comprobar vacunación contra la hepatitis B.

2. Fomentar y participar en los programas escolares de prevención existentes en el área de salud.

3. En el caso de las adolescentes que decidan continuar con su embarazo:

- Derivar para su incorporación precoz en el programa de seguimiento de embarazo.
- Remitir, si procede, a los servicios sociales para la gestión de recursos educativos y socioeconómicos.

FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Programas preventivos de educación en el medio escolar	Recomendación A
Consejo preventivo en Atención Primaria	Recomendación C
Incorporación precoz a los cuidados prenatales	Recomendación B
Proporcionar apoyo educativo y social a madres adolescentes	Recomendación B

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Palabras clave:

"Adolescent"[MeSH] "Minors"[MeSH] "Child"[MeSH]

"Pregnancy in Adolescence"[MeSH] "Pregnancy in Adolescence/prevention and control"[MeSH] "Pregnancy, Unwanted"[MeSH]

"Sexually transmitted disease" [MeSH] "Sexually Transmitted Diseases/education"[MeSH] "Sexually Transmitted Diseases/prevention and control"[MeSH]

"Prevention"[MeSH]

"Health Education"[MeSH] "Sex Education"[MeSH] "Health Promotion"[MeSH] "Counseling"[MeSH] "Sex Counseling"[MeSH]. "Education"[MeSH]

Repertorios bibliográficos de:

Medline, PsycInfo, IME

Bases de datos de revisiones sistemáticas:

Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Trip Database, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines, Clinical Practice Guidelines de la AHCPR, Guías de Práctica Clínica en Español (Fisterra), Alberta medical Association (Guidelines), ICSI health care guidelines, ACP Guidelines Web site, Guidelines en el BMJ, Scottish Clinical Guidelines, Primary Care Clinical Practice Guidelines, Recommended Clinical Practice Guidelines, Community Preventive Services, OMNI, Health Evidence Bulletins - Wales

Publicaciones Secundarias:

Bandolier: Evidence-based Health care, ACP on line, Atrapando la Evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Cervera J et al. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: Generalidades y prevención. In: Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. ed. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: INO Reproducciones S.A., 2001:539-79.
2. UNICEF. Teenage Births in rich nations. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. 3, July 2001.
3. Instituto Nacional de Estadística. Banco de Datos Tempus. 2003.
4. Lete Lasa I et al. Embarazo en la adolescencia. In: Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia., ed. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: INO Reproducciones S.A., 2001:817-35.
5. Instituto de la Juventud (INJUVE) del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Informe Juventud en España, 2000. 8-6-2003.
6. Catchpole M. Sexually transmitted infections: control strategies. BMJ 2001;322:1135-6.
7. Boekeloo BO et al. Effect of patient priming and primary care provider prompting on adolescent-provider communication about alcohol. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:433-9.
8. Ministerio de sanidad. Registro Nacional de SIDA. Vigilancia del SIDA en España. Informe semestral nº 1. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Secretaría de Plan Nacional sobre SIDA. 2001.

9. Aggleton P, Oliver C, Rivers K. The implications of research into young people, sex sexuality and relationships. Reducing the rate of teenage conceptions 1998. Health Education Authority. London.
10. Swann C et al. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews . Health Development Agency. 2003.
11. NHS Centre for reviews and dissemination. University of York. Preventing and Reducing the Adverse Effects of Unintended Teenage Pregnancies. Effective Health Care 1997;3.
12. Simms M, Smith C. Teenage mothers :Late attenders at medical an ante-natal care. Midwife Health Visitor and Community Nurse 1984; 20:192-200.
13. Botting B, Rosato M, Wood R. Teenage mothers and the health of their child. ONS Population Trends 1998;93:19-28.
14. Elliott H, Beazley J. A medical study of pregnancy in Beazeley, Liverpool. J Obstet Gynaecol 1980;1:139-143..
15. Konje JC et al. Early teenage pregnancies in Hull. Br J Obstet Gynaecol 1992;99:969-973.
16. Leppert P, Namerow P, Baker D. Pregnancy outcomes among adolescent and older women receiving comprehensive prenatal care. Adolesc Health Care 1986;7:112-117.
17. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. Adolesc Health 1994;15:444-56.
18. Wolkind S, Kruk S. Teenage pregnancy and motherhood. J R Soc Med 1985;112-6.
19. Maskey S. Teenage pregnancy; doubts,uncertainities and psychiatric disturbance. J R Soc Med 1991;84:723-725.
20. Office for National Statistics. Birth Statistics. FM1, HMSO 2003;23.
21. DSS London. Analysis of income support claimants 1993-1998.
22. Upchurch DM, McCarthy JL. The timing of the first birth and high school completion. American Sociological Review 1990;55:224-34.
23. Wellings K et al. Teenage sexuality, fertility and life chances. A report for the Department of Health using data from the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. London School of Hygiene & Tropical Medicine 1996.
24. Kiernan K. Transition to parenthood: young mothers, young fathers- associated factors and later life experiences. LSE Discussion. Welfare State Programme. 113. 1995.
25. Social Exclusion Unit. Teenage Pregnancy:Report by the Social Exclusion Unit.London:Stationery Office. 1999.
26. Simms M, Smith C. Teenage mothers and their partners: a survey in England and Wales. HMSO. 1986.
27. Williams S et al. Poverty and teenage pregnancy. BMJ 1987;294:20-21.
28. McAnarney ER, Hendry L. Adolescent pregnancy and its consequences. JAMA 1989;262:74-7.
29. Murphy A. Cardiff Birth Survey. Journal of Epidemiology and Community Health 1982;36:17-21.
30. Russell JK. Early Teenage Pregnancy. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982.
31. Burghes L, Brown M. Single lone mothers: problem, prospects and policies. 1995. London: Family Policy Studies Centre.
32. Di Salvo P. Intergenerational Patterns of Teenage Fertility in England and Wales [MSc Thesis]. 1992. London School of Hygiene and Tropical Diseases.
33. Furstenberg FF, Brooks Gunn J, Morgan SP. Adolescent mothers and their children in later life. Fam Plann Perspect 1987;19:142-151.
34. Clewell BC, Brooks Gunn J, Benasich A.A. Evaluating child related outcomes of teenage parenting programs. FAMR 1989;38:201-209.
35. Feroli KL, Burstein GR. Adolescent sexually transmitted diseases: new recommendations for diagnosis, treatment, and prevention. MCN Am.J Matern.Child Nurs. 2003;28:113-8.
36. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: No longer a hypotesis. Lancet 2002;351:5-7.
37. Burk RD, et al. Predominant risks factors for HPV infection. J Infect Dis 1996;174:679-89.
38. Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente R, Peterson RJ, eds. Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions. New York.: Plenum, 1994:25-60.
39. Kirby D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. 2001. Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
40. Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro C, Pizarro Hernández C. Anticoncepción en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria 2003;5:89-113.

41. Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. INO Reproducciones S.A., 2001.
42. Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. In: Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia., ed. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: INO Reproducciones S.A., 2001:705-32.
43. Feldman W, Martell A, Dingle L. Prevention of Unintended Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases in Adolescents. Canadian Task Force. 1993. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC).
44. Evidence-Based Pediatrics Web Site, University of Michigan Department of Pediatrics. Emergency Contraception is Effective. 2000.
45. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad. Año 1999. 2002.
46. CDC National Center for HIV SaTP. Male Latex Condoms and Sexually Transmitted Diseases. 2003. Fact Sheet for Public Health Personnel.
47. Bimbela Pedrola JL et al. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. Gac Sanit 2002;16:298-307.
48. Bandolier Library. Condom failure. Bandolier 1999;June 64.
49. Santin Vilariño C et al. Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. Anales de Psicología 2003;19:81-90.
50. Ellis S et al. HIV prevention: a review of reviews assesing the effectiveness of interventions to reduce the risk of sexual transmission. Evidence briefing. Health Development Agency. March 2003.
51. Kaplan DW et al. Condom use by adolescents. Pediatrics 2001;107:1463-9.
52. Aggleton P, Oliver C, Rivers K. An international review of the evidence:data from Europe. 1999. Health Education Authority. London. Reducing the rate of teenage conceptions.
53. Boonstra H. Teen pregnancy: trends and lessons learned. The Guttmacher Report on Public Policy 2002;February:7-10.
54. Pedlow CT, Carey MP. HIV sexual risk-reduction intervention for youth: A review and methodological critique of randomized controlled trials. Behavior modification 2003;27:135-90.
55. Fernández Costa S, Juárez Martínez O, Díez David E. Prevención del Sida en la escuela secundaria: Recopilación y valoración de programas. Rev Esp Salud Pública 1999;73:687-96.
56. Hernán García M, Ramos Monserrat M, Fernández Ajuria A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. Rev Esp Salud Pública 2001;75:491-503.
57. Song EY et al. A meta-analysis examining effects of school sexuality education programs on adolescents sexual knowleedge. 1960-1997. J School Health 2000;70:413-6.
58. Oakley A et al. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. BMJ 1995;310:158-62.
59. DiCenso A et al. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002;324:1426.
60. Frost JJ, Darroch Forrest J. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. Fam Plann Perspect 1995;27:188-95.
61. Meyrick J, Swan C, Health Development Agency. Teenage pregnancy: an update on key characteristics of effective internventions. Health Development Agency. 2001.
62. Mullen PD et al. Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. J Acquir.Immune Defic.Syndr. 2002;30
63. Meyrick J, Swan C, Health Development Agency. An overview of the effectiveness of interventions and programmes aimed at reducing unintended conceptions in young people. Health Development Agency. 2001.
64. Grunseit A. Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a review update. UNAIDS. 1997.
65. Johnson BT et al. Interventions to reduce sexual risk for the human immunodeficiency virus in adolescents, 1985-2000: a research synthesis. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:381-8.
66. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. Contraception 2003;67:115-32.
67. Boekeloo BO et al. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. Pediatrics 1999;103:107-15.
68. Nyari T et al. Screening for Chlamydia trachomatis in asymptomatic womwn in Hungary. An epidemiological and cost-effectiveness analysis. Acta Ostet Gynecol Scand 2001;80:300-6.

69. Van Valkengoed IG et al. Cost effectiveness analysis of a population based screening programme for asymtomatic Chlamydia trachomatis infections in womwn. Sex Transm Infect 2001;77:276-82.
70. Coren E, Barlow J, Stewart-Brown S. The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. J Adolesc 2003;26:79-103.
71. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Sexual practices (Topic 6). Preventive counseling and education. 2002.
72. Institute for clinical systems inprovement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. 2002.
73. Elster AB, Kuznets NJ. Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). Arch Pediatr Adolesc Med 1997;151:123-8.
74. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent unintended pregnancy. In: U.S.Preventive Services Task Force (USPSTF), ed. Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996:739-53.
75. Felice ME et al. Contraception in adolescents. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Pediatrics 1999;104:1161-6.
76. American Academy of Pediatrics: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. Sexuality education for children and adolescents. Pediatrics 2001;108:498-502.
77. U.S.Preventive Services Task Force. Counseling to prevent HIV Infection and the other sexually transmittted diseases. In: U.S.Preventive Services Task Force (USPSTF), ed. Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996:723-37.
78. American Academy of Pediatrics. Adolescents and human immunodeficiency virus infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. Committee on Pediatric AIDS and Committee on Adolescence.

DIRECCIONES DE INTERÉS EN INTERNET:

Federación de Planificación Familiar de España

http://www.fpfe.org

Sociedad española de contracepción

http://www.sec.es/manuales.htm

Respuestas para adolescentes y jóvenes sobre temas de salud:

- Sexualidad y adolescencia

  http://www.aepap.org/faqjoven/faqjoven-sexoyadolescencia.htm

- Preservativo – condón

  http://www.aepap.org/faqjoven/faqjoven-preservativo.htm

- Embarazo en la adolescencia.

  http://www.aepap.org/faqjoven/faqjoven-embadol.htm

- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

  http://www.aepap.org/faqjoven/faqjoven-ets.htm

- Píldora del día después

  http://www.aepap.org/faqjoven/faqjoven-diadespues.htm

- VIH-SIDA

  http://www.aepap.org/faqjoven/faqjoven-vih.htm

Centers for Disease Control and and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002.

http://www.cdc.gov/STD/treatment/rr5106.pdf