



Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia

Recomendaciones sobre el consejo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, realizado en la consulta de Atención Primaria pediátrica

Publicado en Internet:
30-septiembre-2014

Julia Colomer Revuelta:
julia.colomer@uv.es

J. Colomer Revuelta^a, O. Cortés Rico^b, M. J. Esparza Olcina^c, J. Galbe Sánchez-Ventura^d,
J. García Aguado^e, A. Martínez Rubio^f, J. M. Mengual Gil^g, M. Merino Moína^h,
C. R. Pallás Alonsoⁱ, F. J. Sánchez Ruiz-Cabello^j, F. J. Soriano Faura^k,
Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia^l

^aDepartamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Unidad de Pediatría. Universidad de Valencia. CS Fuente de San Luis. Valencia. España • ^bPediatra. CS Canillejas. Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap. Madrid. España • ^cPediatra. CS Barcelona. Móstoles, Madrid. España • ^dPediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España • ^ePediatra. CS Villablanca. Madrid. España • ^fPediatra. CS de Camas. Sevilla. España • ^gInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Secretaría de GuíaSalud, Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Zaragoza. España • ^hPediatra. CS El Greco. Getafe, Madrid. España • ⁱServicio de Neonatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España • ^jPediatra. CS Zaidín Sur. Granada. España • ^kAgencia Valenciana de Salud. CS Fuensanta. Valencia. España • ^lGrupo PrevInfad (AEPap): F. J. Soriano Faura (coord.), J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, M. J. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, J. García Aguado, A. Martínez Rubio, J. M. Mengual Gil, M. Merino Moína, C. R. Pallás Alonso, F. J. Sánchez Ruiz-Cabello.

Resumen

El contenido de este artículo es continuación del publicado en un número anterior de esta revista sobre la prevención de embarazo en la adolescencia. En este se completan los resultados específicos, referentes a las infecciones de transmisión sexual.

La promoción de la salud sexual en la infancia y adolescencia no solo consiste en prevenir riesgos y enfermedades, que es en lo que se centra nuestra revisión, si no que tiene un enfoque mucho más amplio y complejo, implica a todos los grupos y contextos sociales en contacto con la infancia y adolescencia, y requiere acciones intersectoriales y unas políticas sociales claras y comprometidas.

Tras una revisión bibliográfica amplia, se concluye con las actividades que se recomienda realizar en las visitas del programa de salud infantil desde el inicio del desarrollo puberal y que han demostrado eficacia en la prevención las infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave:

- Infecciones de transmisión sexual
- Adolescente
- Actividades preventivas

Recommendations on the advice for the prevention of sexually transmitted infections in adolescents, held in the outpatient pediatric primary care

Abstract

This paper is the continuation of another one focused on adolescent pregnancy prevention published in a previous issue of this journal. Specific results referring to sexual transmitted infections are reported.

Sexual health promotion in childhood and adolescence not only consists on preventing risks and illnesses, the objective of this review, but it has a much wider and more complex focus, involving other groups and social contexts next to childhood and adolescence. It requires intersectorial actions and clear and committed social policies.

After a comprehensive bibliographic review the author states the activities effective in the prevention of sexual transmitted infections and makes the recommendations to be implemented in the well child program since the beginning of pubertal development.

Key words:

- Sexual transmitted infections
- Adolescent
- Preventive activities

Cómo citar este artículo: Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, García Aguado J, Martínez Rubio A, et al.; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Recomendaciones sobre el consejo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, realizado en la consulta de Atención Primaria pediátrica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:237-45.

INTRODUCCIÓN

El contenido de este artículo es suplementario al publicado en otro número de esta revista sobre la prevención del embarazo en la adolescencia¹. Comparten muchos aspectos generales a los que iremos haciendo referencia.

En este trabajo se completan los resultados específicos, referentes a las infecciones de transmisión sexual (ITS), de la revisión realizada para el enunciado conjunto de las recomendaciones para la prevención de embarazo e ITS del Grupo Prevnifad².

Como ya hemos mencionado en nuestros textos anteriores, y también acertadamente Moreno Villares³ en su carta a la Dirección de la revista, la promoción de la salud sexual en la infancia y adolescencia no solo consiste en prevenir riesgos y enfermedades, que es en lo que se centra nuestra revisión, si no que tiene un enfoque mucho más amplio y complejo. Se basa en el concepto positivo de salud en general y salud sexual en particular y tiene un marco de referencia configurado por el reconocimiento de los derechos sexuales de todas las personas, a todas las edades.

Como refleja el documento de consenso sobre educación para la sexualidad con bases científicas⁴, el modelo integrador de educación para la sexualidad se da desde una visión positiva y holística. Tiene que ver con el bienestar de las personas, con la educación para la vida, el amor, la autonomía, la libertad y el respeto, con el respeto a su dignidad y su valía personal, con la garantía de la no discriminación de cualquier tipo, con la igualdad de género, con la erradicación de la violencia en las relaciones de pareja y el maltrato sexual, con hacer a las personas capaces de descubrir la riqueza de la diferencia y de lograr su propio fortalecimiento.

La implementación de este modelo integral que implica a todos los grupos y contextos sociales en contacto con la infancia y adolescencia (familia, grupos de iguales, entorno escolar, medios de comunicación, entornos de ocio, profesionales de la salud, políticos, grupos religiosos, etc.), y que re-

quiere acciones intersectoriales y unas políticas sociales claras y comprometidas¹, continua siendo “una asignatura pendiente” en nuestro país. También para la Pediatría de Atención Primaria (AP) como describe Peinado Rodríguez⁵.

DEFINICIÓN

Las ITS, término que sustituye al de enfermedades de transmisión sexual (ETS), 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.

Aunque se contagian predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral, algunas de ellas pueden hacerlo por el contacto cutáneo sexual.

Son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, algunos de los cuales pueden propagarse también por medios no sexuales, como las transfusiones de productos sanguíneos, los trasplantes de tejidos o de forma vertical en el embarazo y parto⁶.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Frecuencia

En las publicaciones realizadas en EE. UU. se insiste, desde hace unos años, en la tendencia al aumento de ITS diagnosticadas en todas las edades y en que los menores de 19 años son una población en riesgo creciente. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁸ calculan que cada año se producen en EE. UU. 19 millones de nuevas ITS, de las cuales al menos la mitad afectan a personas de entre 15 y 24 años. En otros países de Europa occidental, especialmente en Reino Unido (RU), también se ha constatado ese aumento de las tasas en los últimos diez años^{8,9}.

Al revisar las publicaciones sobre el tema, destaca un interés creciente en las infecciones por clami-

días en chicas adolescentes, relacionado con el aumento de su prevalencia, que se sitúa en el 3-11% de las jóvenes de 15 a 24 años en EE. UU. y en el 6,6% en el RU, con su peligro potencial, ya que el porcentaje de infecciones asintomáticas es importante (70-80% de las mujeres y 50% de los varones), al igual que sus consecuencias, que a estas edades son más frecuentes y graves. El incremento del riesgo biológico en mujeres adolescentes, respecto a las adultas, se ha asociado a la relativa inmadurez de su sistema inmunitario y a la presencia de epitelio columnar en su exocérvix¹⁰. En España, los datos son escasos pero en general los diferentes estudios realizados revelan prevalencias generales menores que en otros países y que varían del 0,2 al 2,2%, aunque en un estudio realizado en 2007 en la provincia de Barcelona se alcanzó la cifra del 4% en una población menor de 25 años que era de alto riesgo¹¹.

En Europa, las poblaciones de mayor riesgo para contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS son a menudo, aunque no siempre, las ya conocidas: los hombres que tienen sexo con hombres, los usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales, y los inmigrantes heterosexuales de fuera de la Unión Europea (UE). Algunas ITS, como la infección por clamidia, son más frecuentes entre los jóvenes¹².

Los datos españoles de incidencia global de ITS muestran la misma tendencia ascendente que en el resto de la UE. Desde el año 2003 se ha ido constatando un aumento continuado de los diagnósticos de las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica. Los datos aportados por el Sistema de Información Microbiológica (SIM) coinciden con el sistema de declaración de enfermedades obligatorias (EDO) en describir este aumento de diagnósticos microbiológicos para el gonococo, la clamidia y el herpes genital. No obstante, el importante incremento observado a partir del año 2009 se atribuye, en gran parte, a la participación de nuevos laboratorios declarantes en este sistema de información¹³.

Pero la magnitud de las ITS en los adolescentes de nuestro medio resulta difícil de conocer, ya que los

registros de morbilidad (asistida y declarada) no reflejan lo que ocurre en la realidad, tanto por ser muchas de estas infecciones asintomáticas, como por ser evitada su consulta. Por otra parte, los registros, como el Boletín Epidemiológico Semanal o el SIM, son parciales en cuanto a las etiologías recogidas y, además, salvo para hepatitis B y el sida, la declaración no es individualizada.

Según los datos del Registro Nacional de sida, desde su inició hasta junio de 2009, el 6,61% de los casos notificados corresponden a personas de entre 13 y 24 años, y el intervalo de los 25 a los 34 años engloba a más de la mitad de los casos totales. Teniendo en cuenta el largo periodo de incubación de la enfermedad, se puede inferir que las prácticas de riesgo causantes de la infección en este último grupo se realizaron entre los 14 y los 24 años. Uno de cada tres casos diagnosticados se relacionó con las prácticas sexuales¹⁴.

Vulnerabilidad y riesgo

Las ITS se asocian a **conductas de riesgo sexual**, comunes a las del embarazo no deseado, tales como el inicio precoz de las relaciones sexuales y el uso inconsistente de las medidas de protección, pero además también a múltiples parejas sexuales, al coito anal, la prostitución y al consumo de drogas.

Estas infecciones comparten los mismos indicadores de riesgo y protección relacionados con condiciones sociales.

La relación de estos y las estadísticas que cuantifican su presencia en la población adolescente en España ya fueron comentados anteriormente¹.

Consecuencias

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. El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento precoz de una ITS puede producir importantes complicaciones y secuelas: enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico, cáncer anogenital

y morbilidad neonatal. Existe, además, una fuerte correlación entre la extensión de las ITS clásicas y la transmisión del VIH. También es conocida la estrecha relación entre la infección por el virus del papiloma humano con el condiloma y el carcinoma cervical, habiéndose descrito, con menor frecuencia, asociada con los de vulva, pene y ano.

Las intervenciones

Como ya comentamos en la introducción, las intervenciones generales, integradoras e intersectoriales son muy importantes, aunque no han constituido el foco de esta revisión.

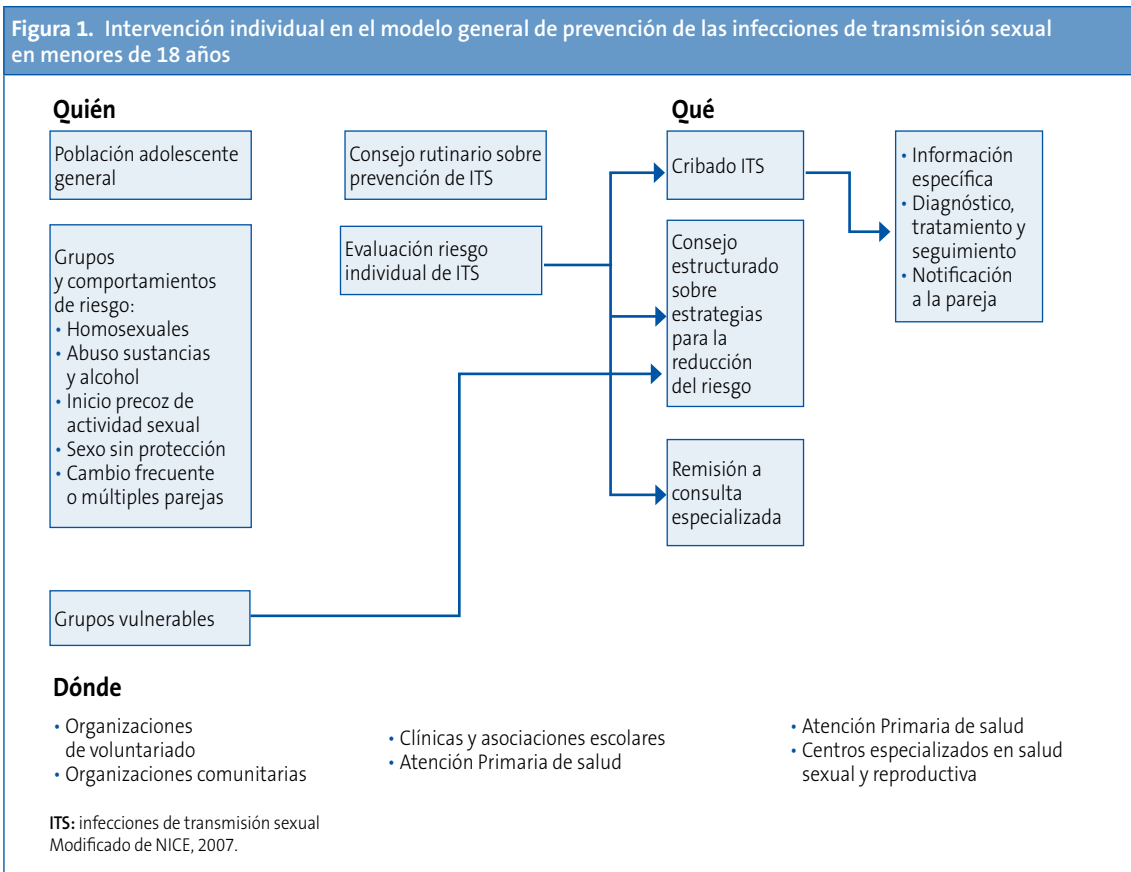
El National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹⁵ esquematiza los tipos de intervenciones individuales en el modelo general de prevención de ITS en adolescentes, que puede verse en la Fig. 1.

Algunas de las actividades que se plantean nos resultan familiares y factibles en las consultas del pe-

diatra o la enfermera de Pediatría de AP: el consejo rutinario sobre prevención, la identificación y derivación de adolescentes de riesgo y, desde la vertiente más clínica, la sospecha y el diagnóstico de ITS. Todo ello en el contexto de las visitas del programa de salud infantil o en otras ocasiones propicias, tales como la asistencia por problemas relacionados.

Sin embargo, otras como el cribado y los aspectos más específicos del tratamiento y seguimiento, incluido el control de parejas, suelen formar parte, en nuestro modelo asistencial, de las intervenciones de los servicios de atención especializada. Un análisis descriptivo de la atención a la salud sexual en el Sistema Nacional de Salud español puede verse en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁶.

La inmunización preexposición, con vacunas que previenen enfermedades que pueden transmitirse



por contacto sexual (infección por el virus de la hepatitis B o el del papiloma humano), también forma parte de la estrategia general (ver recomendaciones sobre vacunas en PrevInfad) y de nuestras actividades pediátricas diarias.

VALORACIÓN DE LA EVIDENCIA

En los últimos años se han publicado varias revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis (MA) que abordan la efectividad de las intervenciones educativas para la prevención de ITS y de embarazo en población adolescente. Las procedentes de intervenciones realizadas en el ámbito escolar son las más abundantes.

Como ya comentamos en el artículo anterior¹, la valoración de la efectividad de las actividades educativas resulta muy complicada dada la disparidad en contenidos, objetivos, diseño y formato de administración de las intervenciones. Lo mismo ocurre con los distintos tipos de indicadores de resultado utilizados: intermedios (cambios en conocimientos o actitudes), conductuales (cambios de frecuencia en las relaciones y en los comportamientos sexuales de riesgo) y de resultados en salud (modificación en la frecuencia de ITS y sus complicaciones). La dificultad en el diseño hace que sean muy pocos los estudios que reúnan criterios de calidad y la diversidad de sus variables dificulta la comparación entre ellos. Nuestra revisión se centró en la oportunidad y eficacia del consejo individualizado para la prevención de ITS en adolescentes, susceptibles de realización en nuestro marco actual de asistencia primaria pediátrica.

Resumimos a continuación los resultados de las RS y MA encontrados en la revisión bibliográfica realizada con motivo de la actualización de las de las recomendaciones del grupo PrevInfad sobre este tema. Los detalles de la metodología de la revisión pueden consultarse en la web del grupo². Hemos añadido comentarios a algunos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) clave recogidos en las revisiones, cuando hemos considerado que podrían ayudar a responder a las preguntas planteadas.

La calidad de los estudios se ha clasificado siguiendo los criterios utilizados por el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (Apéndice VII de su Manual de procedimiento 2007), y se representa por +++ (*good*), ++ (*fair*) o + (*poor*).

Preguntas

El consejo sobre prevención de ITS en adolescentes, realizado en la consulta de AP, ¿produce una mejora en los conocimientos, actitudes o habilidades en relación al sexo seguro?, ¿da lugar a una disminución en las conductas de riesgo?, ¿disminuye la frecuencia de ITS o de la morbilidad asociada?

Fueron consideradas en la búsqueda de respuestas a estas preguntas no solo las intervenciones realizadas en las consultas médicas, sino también aquellas en las que el consejo fue realizado de forma individual, cara a cara, aunque los proveedores fueran sus pares o personal no profesional de la salud entrenado, ya que pensamos que de algunos de sus resultados podríamos hacer inferencias.

La revisión de Moss en 2003¹⁷ (+) analiza cuatro intervenciones, tres de ellas dirigidas a población adolescente, realizadas hace dos décadas. Aunque en general el diseño de las mismas es pobre y permite pocas comparaciones, es de destacar que el único ECA que recoge, Danielson *et al.* de 1990 (+) citado por Moss¹⁷, muestra resultados positivos: la intervención durante media hora, con videodiapositivas, dirigida a varones de 15 a 18 años y realizada por personal de salud entrenado no médico, se asoció significativamente con la adquisición de conocimientos sobre ITS y fertilidad ($p < 0,001$). Esta revisión contiene la única intervención controlada realizada por pediatras de AP (Boekeloo *et al.* en 1999 [+])¹⁸ encontrada. Se realizó en Washington en los años 90 y consistió en sesiones apoyadas en vídeos. Se observó un incremento en la utilización de preservativos (*odds ratio* [OR] 18,5; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,27 a 256,03) a los tres meses, que no se mantuvo a los nueve.

La RS más específica sobre el tema que hemos encontrado corresponde a la realizada por Trivedi en

2006¹⁷ (++) para el NICE, uno de cuyos objetivos fue explorar el papel de médicos generalistas, personal de enfermería, visitantes de salud o matronas en la prevención de ITS, incluido el VIH. La diferencia con otras RS es que esta contiene muchas intervenciones en población no americana, sobre todo de RU. Su conclusión es que existen pocas evaluaciones buenas de intervenciones, por lo que el papel de los médicos generales, enfermeras, visitantes domiciliarios y matronas sigue siendo poco claro, aunque indica que los mejores resultados como consejeros se obtienen en sus intervenciones en el medio escolar y como informadores de recursos. Algunos aspectos que estos estudios, especialmente los cualitativos, ponen de manifiesto son la necesidad de una buena formación y conocimiento de los recursos locales por parte de los proveedores sanitarios y la importancia de establecer buenas conexiones entre escuela, recursos sanitarios y recursos comunitarios.

La RS realizada por Bunn *et al.*²⁰ en 2006 (++) es una de las más exhaustivas que hemos encontrado, aunque realiza una síntesis literaria, dada la heterogeneidad y escasez de estudios de calidad que incluye. Respecto a las intervenciones individualizadas (cara a cara) de **consejo breve** para la prevención de ITS, incluido el VIH (43 ECA y 1 estudio cuasi experimental [ECE]), concluye que hay evidencia de que pueden reducir su incidencia, aumentar el uso del preservativo y evitar comportamientos sexuales de riesgo, aunque su eficacia podría disminuir con el tiempo.

Esta conclusión se basa fundamentalmente en los resultados del ECA (+++) de una intervención específica, de dos sesiones de 20 minutos, para la prevención de las ITS llevada a cabo en EE. UU., realizada en el contexto de los servicios de salud habituales y con el personal existente en los mismos, y que demostró ser más eficaz en la reducción de ITS y en el aumento de uso del preservativo que el consejo preventivo, en comparación con el que se realizaba rutinariamente en sus consultas (cinco minutos) (Proyecto RESPECT, Kamb, 1998²¹). Los principales componentes de la intervención en este proyecto fueron: a) individualizada y adapta-

da al riesgo personal del adolescente; b) establecimiento de objetivos de comportamiento y de estrategias de reducción de riesgos; c) una formación reglada y protocolos estructurados para el personal de la clínica, y d) control de calidad mediante la observación y la retroalimentación.

Los resultados para adolescentes varones homosexuales se deducen, sobre todo, de una intervención en forma de sesiones múltiples (más de diez sesiones), que demostró ser más eficaz en este grupo que la intervención breve (EXPLORA 2004, citado por Bunn *et al.*²⁰).

La RS realizada por Lin *et al.* en 2008²² (+++) para el USPSTF, sobre el consejo conductual para prevenir ITS, que incluyó cuatro ECA de calidad, encontró buena evidencia sobre la efectividad del **consejo de moderada y alta intensidad** en la modificación de algunos resultados intermedios, como las conductas de riesgo relacionadas (consumo de alcohol), y en el mayor uso de protección en los adolescentes varones. Todos los estudios evaluados fueron realizados en población sexualmente activa y no encontraron intervenciones realizadas en población de bajo riesgo. La heterogeneidad de los estudios impidió extraer conclusiones sobre las características (en cuanto a contenido, secuencia, duración, etc.) que las hicieron más eficaces.

La RS de Lazarus *et al.* de 2010²³ (++) en su síntesis literaria de seis intervenciones llevadas a cabo por profesionales de la salud (incluyendo médicos generales, ginecólogos, psicólogos, enfermeros escolares, asesores en salud entrenados, o personal de salud con pares de adolescentes), en los ámbitos escolar (tres ECE), clínico (dos ECA) o comunitario (un ECE), refiere que solo dos de ellas (una realizada por ginecólogos y psicólogos en escuelas de secundaria en Italia [Donati, 2000, citado por Lazarus²³] y otra realizada en centros de refugiados de Rotterdam por asesores en salud entrenados y médicos y enfermeros [Martijn, 2004, citado por Lazarus²³]) mejoraron los conocimientos y actitudes, mientras que ninguna fue efectiva en cambios del comportamiento sexual de los adolescentes. Ninguna de las dos intervenciones realizadas en las consultas médicas (una realizada por personal de

salud entrenado en una clínica de problemas genitourinarios [James, 1998, citado por Lazarus²³] y otra por médicos generales y enfermeros en consultas generales [Oakeshott, 2000, citado por Lazarus²³] provocaron cambios significativos.

El MA de Eaton *et al.* de 2012²⁴ (++) estima la eficacia de las intervenciones conductuales realizadas en una sola sesión (rango de 15 a 250 minutos) para la prevención de ITS. Incluye estudios realizados tanto en población adolescente como adulta y encuentra un riesgo de ITS un 35% menor (OR: 0,65; IC 95%: 0,55 a 0,77) en el grupo de intervención. Aunque la intensidad del efecto mostró heterogeneidad, en ninguno de los 20 ensayos analizados el grupo control mostró una reducción significativa de las ITS.

En resumen, podemos decir que no hemos encontrado estudios de calidad que demuestren la efectividad del consejo breve para la prevención de ITS en adolescentes (de riesgo o no), realizado en las consultas de AP de Pediatría, enfermería o de medicina general.

Sin embargo, la evidencia disponible es suficiente (nivel de certeza moderado) para recomendar el consejo de intensidad media y alta (sesiones prolongadas y repetidas), individualizadas, para adolescentes con actividad sexual de riesgo. En nuestro contexto se trataría del tipo de intervención que podría ser proporcionado por profesionales sanitarios de las consultas ginecológicas, de contracepción o de las ubicadas en centros escolares y comunitarios.

RECOMENDACIONES DE OTROS GRUPOS QUE ELABORAN RECOMENDACIONES BASADAS EN PRUEBAS

Institute for Clinical Systems Improvement²⁵

Sitúa en un nivel III (actividad no considerada prioritaria) el consejo y educación en prevención de ITS, comentando que podría recomendarse en las visitas de atención preventiva que comienzan en la pubertad, preferiblemente antes del inicio de la actividad sexual. Estas visitas podrían incluir la educación

y el asesoramiento en cuanto a la anticoncepción y el embarazo no deseado. Otros mensajes que también deberían transmitirse, si se diera el caso, son la prevención y los síntomas de las ITS, la asociación entre la actividad sexual de riesgo y el uso de drogas, y consejos antes de la concepción.

En cuanto a cómo educar y aconsejar, recomienda:

- Obtener una historia sexual de los adolescentes.
- Informar a los adolescentes de que la abstinencia es la manera más efectiva de prevención.
- Proporcionar información detallada sobre todos los métodos de protección.
- Considerar la remisión a cualquier recurso de la comunidad para la educación, fuera del entorno clínico tradicional.
- Discusión sobre los beneficios para la salud y la calidad de vida de las medidas propuestas.

United States Preventive Services Task Force (USPSTF)²⁶

Respecto a las ITS, desde 2008, recomienda el consejo de alta intensidad (grado de recomendación B) para la prevención de ITS en todos los adolescentes sexualmente activos. Intervenciones de alta intensidad consistentes en múltiples sesiones, tanto individuales como de grupo, realizadas tanto desde los centros de AP y otros sectores del sistema de salud, como desde los servicios comunitarios.

No establece recomendaciones sobre consejo para adolescentes que no hayan iniciado actividad sexual, ante la insuficiencia de evidencias sobre su efectividad (grado de recomendación I).

Recomienda también la vacunación (dentro del calendario sistemático) de hepatitis A y B, así como frente al virus del papiloma humano.

Grupo PrevInfad

En PrevInfad², la recomendación de la intervención para la prevención de infecciones de transmisión sexual (asociada a la de la prevención de embarazo) se fundamenta en la insuficiencia de pruebas halladas respecto al consejo breve y en el modera-

do grado de certeza de que el beneficio neto es importante para el consejo de moderada a alta intensidad en adolescentes con actividad sexual de riesgo.

Como actividades para todas las visitas del programa de salud infantil desde el inicio del desarrollo puberal, y de forma oportunista en consultas por sintomatología relacionada, se indica:

- Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a la edad; comprobar que se conocen los medios para prevenir embarazos e infecciones, así como que el adolescente está recibiendo educación en su familia o centro escolar, a la vez que se les informa sobre los recursos locales, sanitarios y comunitarios al respecto.
- Realizar una anamnesis como cribado de aquellos adolescentes que han iniciado actividad sexual, con el fin de derivarlos para consejo individualizado de moderada a alta intensidad y adaptado a su riesgo y situación.

Se mencionan como aspectos generales la adaptación de la información a las preferencias, conocimientos y habilidades; ofrecer información verbal y escrita; ofrecer empatía, confidencialidad, apoyo y actitud no juzgadora, e informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **ECA:** ensayos clínicos aleatorizados • **ECE:** estudio cuasi experimental • **IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **ITS:** infecciones de transmisión sexual • **MA:** metaanálisis • **NICE:** National Institute for Health and Care Excellence • **OR:** *odds ratio* • **RS:** revisiones sistemáticas • **RU:** Reino Unido • **SIM:** Sistema de Información Microbiológica • **UE:** Unión Europea • **USPSTF:** U.S. Preventive Services Task Force • **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:261-9.
2. Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En: *Recomendaciones PrevInfad/PAPPS* [en línea] [actualizado en marzo de 2013; consultado el 20/08/2013]. Disponible en www.aepap.org/previnfad/endits.htm
3. Moreno Villares JM. Consideraciones al tema "Prevención del embarazo en la adolescencia". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:e47-e49.
4. Hurtado Murillo F, Pérez Conchillo M, Holloway J, Knudson A (eds). Educación para la sexualidad con bases científicas: Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos. I Encuentro Mundial de Expertos en Educación para la Sexualidad. Madrid 2011 [en línea] [consultado el 30/06/2014]. Disponible en <http://goo.gl/vEmN6s>
5. Peinado Rodríguez MT. Sexualidad en los niños: la asignatura pendiente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12(Supl 19):s245-s253.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
7. Workowski KA, Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010;59 (RR-12):1-110.
8. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15 (Suppl 2):s54-66.
9. European Surveillance of Sexually Transmitted Infections. Sexually Transmitted Infection Surveillance in Europe. Annual Report no. 3. London, UK: Health Protection Agency; 2008.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections:

- U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008;149:491-6.
11. Corbeto EL, Lugo R, Martro E. Prevalence and determining factors of acquiring *C. trachomatis* infection among adolescents and young adults in Catalonia. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:96-101.
 12. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, ed. Trends in Sexually Transmitted Infections and HIV in the European Region, 1980-2005 (Technical Briefing Document 01B/06). Copenhagen: WHO; 2006.
 13. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, ed. Vigilancia Epidemiológica De Las Infecciones De Transmisión Sexual, 1995-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.
 14. Área de Vigilancia de VIH y conductas de riesgo, ed. Vigilancia Epidemiológica Del VIH/sida En España; Sistema De Información Sobre Nuevos Diagnósticos De VIH y Registro Nacional De Casos De Sida. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología; 2011.
 15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Public health need and practice. En: Prevention of sexually transmitted infections and under 18 conceptions. February 2007 [en línea] [consultado el 12/12/2012]. Disponible en <http://goo.gl/cL3RMJ>
 16. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, ed. Estrategia Nacional De Salud Sexual y Reproductiva; 2011.
 17. 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.
 18. Boekeloo BO, Schamus LA, Simmens SJ, Cheng TL, O'Connor K, D'Angelo LJ. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics.* 1999;103:107-15.
 19. Trivedi D, Brooks F, Graham M, Bunn F, Wentz R (eds.). Teenage Pregnancy and Parenthood: A Descriptive Mapping of Research Studies Exploring the Role of General Practitioners, Nurses, Health Visitors Or Midwives; Young fathers/young Men; and Peers. Hertfordshire. UK: Centre for Research in Primary and Community Care University of Hertfordshire; 2006.
 20. Bunn F, Brooks F, Appleton J. Contraception advice and provision for the prevention of under 18 conceptions and STIs: A rapid review on behalf of the National Institute of Health and Clinical Excellence. August 2006 [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en www.nice.org/uk
 21. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM Jr, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: A randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA.* 1998;280:1161-7.
 22. Lin JS, Whitlock E, O'Connor E, Bauer V. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2008;149:497-508.
 23. Lazarus JV, Sihvonen-Riemenschneider H, Laukamm-Josten U, Wong F, Liljestrand J. Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croat Med J.* 2010;51:74-84.
 24. Eaton LA, Huedo-Medina TB, Kalichman SC, Pellowski JA, Sagherian MJ, Warren M, et al. Meta-analysis of single-session behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections: Implications for bundling prevention packages. *Am J Public Health.* 2012; 102:34-44.
 25. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Hayes R, et al. Preventive Services Children and Adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement [en línea] [actualizado en septiembre de 2012; consultado el 27/08/2013]. Disponible en <http://goo.gl/MBte5Q>
 26. Guide to Clinical Preventive Services, 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. October 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [en línea] [consultado el 27/08/2013]. Disponible en <http://goo.gl/3roUFv>