

CAPÍTULO 15

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y ADOLESCENCIA: GENERALIDADES Y PREVENCIÓN

“El lado triste de todo juego es que es preciso comenzar por aprenderlo”

Paul Gerdaldy

JOAQUÍN GARCÍA CERVERA

EZEQUIEL F. PÉREZ CAMPOS

JORGE PERPIÑÁ CANO

DEFINICIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son aquellas enfermedades producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica aunque, en algunas de ellas, dicho mecanismo no es el más importante.

Relevancia epidemiológica
de la transmisión sexual

Esta denominación sustituyó en la década de los 70 a la clásica denominación de “enfermedades venéreas” (relacionadas con Venus, diosa del amor) que durante varios siglos pretendía expresar de forma disimulada el riesgo de adquirirlas con las relaciones sexuales. En esta denominación clásica se incluyeron sífilis, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, por lo que la actual definición permite englobar aquellas enfermedades identificadas recientemente, causadas por microorganismos, en los que la transmisión sexual es relevante (tabla nº 1).

Clásicamente
enfermedades venéreas

Tabla 1. Principales agentes y síndromes de Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

| Agente | Enfermedad o síndrome |
|---|---|
| Bacterias | |
| Treponema pallidum | Sífilis |
| Neisseria gonorrhoeae | Gonococia |
| Haemophilus ducreyi | Chancro blando |
| Calymmatobacterium granulomatis | Granuloma inguinal |
| Chlamydia trachomatis (L1, L2 y L3) | Linfogranuloma venéreo |
| Chlamydia trachomatis (D-K) | Uretritis y cervicitis |
| Ureaplasma urealyticum | Uretritis, cervicitis, aborto, prematuridad y enfermedad neonatal |
| Mycoplasma hominis | Cervicitis, vaginosis, uretritis, fiebre post-parto, prematuridad y enfermedad neonatal |
| Streptococcus grupo B | Fiebre post-parto, sepsis y meningitis neonatal |
| Gardnerella vaginalis | Vaginosis bacteriana |
| Virus | |
| Virus del herpes simple (VHS) 1 y 2 | Herpes genital |
| Papilomavirus humano (VPH) | Condilomas acuminados |
| Virus Molluscum contagiosum | Molluscum contagiosum |
| Virus de la hepatitis B, C, D, E, G | Hepatitis B, C, D, E, G |
| Citomegalovirus | Enfermedad perinatal |
| Virus de inmunodeficiencia humana 1 y 2 (VIH 1 y 2) | SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) |
| Protozoos | |
| Trichomonas vaginalis | Vaginitis y uretritis |
| Hongos | |
| Género Candida | Vulvovaginitis y balanopostitis |
| Artrópodos | |
| Phthirus pubis | Pediculosis púbica |
| Sarcoptes scabiei | Sarna |

ETS transmisión: prácticas anales-orales

Existen algunas enfermedades infecciosas que se han considerado como de transmisión entérica y que, ocasionalmente, pueden transmitirse por vía sexual, si se practican relaciones sexuales que impliquen un contacto anal-oral (tabla nº 2).

Es un problema de salud pública

Las ETS tienen en la actualidad una gran relevancia debido a la pandemia del SIDA. Tienen gran importancia en salud pública, no sólo por las infecciones agudas, sino por la gravedad de sus complicaciones y secuelas.

Tabla 2. Otros agentes de ETS

| Agente | Enfermedad o síndrome |
|-------------------------|-----------------------|
| Salmonella | Salmonelosis |
| Shigella | Shigelosis |
| Campylobacter | Gastroenteritis |
| Entamoeba histolytica | Amebiasis |
| Giardia lamblia | Lambliasis |
| Cryptosporidium | Gastroenteritis |
| Virus de la Hepatitis A | Hepatitis |

ETS: enfermedades de transmisión sexual.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN ADOLESCENTES

En la epidemiología de las ETS se deben abordar aspectos relativos a la frecuencia y distribución de estas enfermedades y también aspectos sobre aquellos factores que determinan su aparición en la comunidad o en grupos de población.

El análisis de la distribución de estas enfermedades es difícil por la existencia de diversos inconvenientes:

- Muchas personas que padecen estas enfermedades consideran que son consecuencia de un deterioro de su conducta moral, siendo este carácter vergonzante de las mismas el que conduce a evitar la atención en servicios asistenciales, a los que acudirían para consultar otros procesos, incluso con automedicación siguiendo el consejo de amigos y conocidos. Esto conlleva además que los registros sobre morbilidad (asistida y declarada) no reflejen lo que ocurre en la realidad.
- Estas enfermedades afectan especialmente a personas que tienen dificultad de acceso a los servicios asistenciales: adolescentes, prostitutas,

Dificultades en el conocimiento de la distribución de las ETS:

- Enfermedades vergonzantes
- Pocos síntomas
- No registro global

adictos a drogas por vía parenteral (ADVP)...

- Muchas de estas enfermedades se manifiestan de forma asintomática o paucisintomáticas, sobre todo en mujeres, por lo que no se diagnostican y no se tratan, siendo las personas que las padecen una fuente de infección para otras personas.
- Es frecuente la existencia de infecciones mixtas, por lo que se complica el diagnóstico.
- No existe un registro global de todas ellas, ya que el sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) se recogen datos de sífilis, gonorrea y chlamydias y no de otras ETS. Este sistema es útil para demostrar tendencias, pero al tratarse de declaraciones numéricas sólo reflejan el número de personas declaradas, no su distribución por edad, sexo u orientación sexual.
- Las ETS son distintas según donde se realice la consulta: clínicas de obstetricia, de ginecología, de ETS, consultas de planificación familiar.

El conocimiento de la situación global de las ETS en nuestro país no es el adecuado ya que los actuales sistemas de recogida de información y vigilancia epidemiológica son recientes, deficientes e infrautilizados, tendiendo a recurrir a la información de otros países para describir la epidemiología de las ETS.

Sistema EDO

El sistema EDO registra desde el año 1982 de manera numérica (número semanal de casos) la incidencia de la sífilis, gonococcia y oftalmia neonatorum, notificándose los casos tanto por sospecha clínica como por confirmación. La sífilis congénita, la hepatitis B y el SIDA se declaran de forma individualizada con datos descriptivos y conductuales de los pacientes.

Vigilancia epidemiológica
microbiológica

En los boletines epidemiológicos semanales aparecen registrados las principales identificaciones bacterianas declaradas al sistema de información microbiológica, en las que aparecen registrados el

Treponema pallidum, la *Neisseria gonorrhoeae* y la *Chlamydia tracomatis*. En Cataluña se declaran de forma numérica “otras ETS”, que incluye el resto de ETS aparte de las mencionadas, y desde 1992 la infección por *Chlamydia*.

Junto a estos registros contamos desde 1997 con la encuesta de morbilidad hospitalaria, que proporciona datos de los procesos causados por complicaciones de las ETS que requieren hospitalización como la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL

El mayor número de casos de muchas ETS se presenta en el grupo etario de 20 a 24 años, aunque otros autores señalan un predominio en el grupo de 25 a 29 años. Pero si para calcular las tasas de ETS en el denominador utilizamos el porcentaje de individuos sexualmente activos por cada grupo de edad, la mayor tasa de gonorrea, sífilis, citomegalovirus y *chlamydia*s así como las mayores tasas de hospitalización por enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) se encuentra en el grupo de 15 a 19 años.

Mayor afectación grupo
edad 20-24 años

Tasas altas en adolescentes

Los datos de prevalencia de las distintas ETS varían en función del país, del segmento de población estudiado, del tipo de prácticas sexuales y del servicio sanitario que realiza la consulta.

En nuestro país con los datos disponibles de ETS incluidas en las Fuentes de Información se aprecia una tendencia a la disminución de sífilis y *gonococcia*, coincidente con la aparición del SIDA, aspecto que también se observa a nivel mundial. Al mismo tiempo se aprecia, según diversos estudios publicados un aumento de ETS víricas (figura nº 1). Esta disminución también se observa en las ETS recogidas por el Servicio de Información Microbiológica (figura nº 2).

Disminución sífilis y
gonococcia

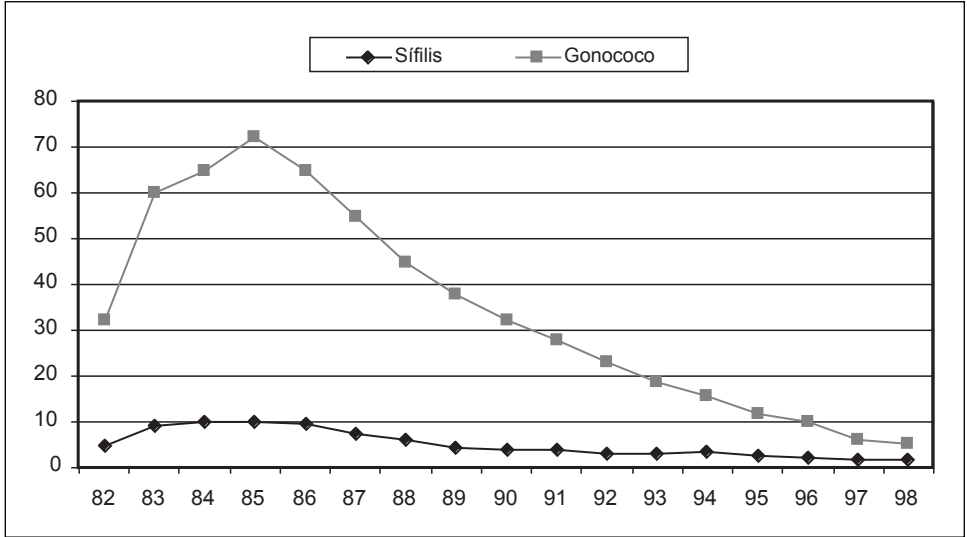


Figura 1. Evolución de las tasas de gonorrea y sífilis desde 1982 a 1998. Casos por 100.000 habitantes.

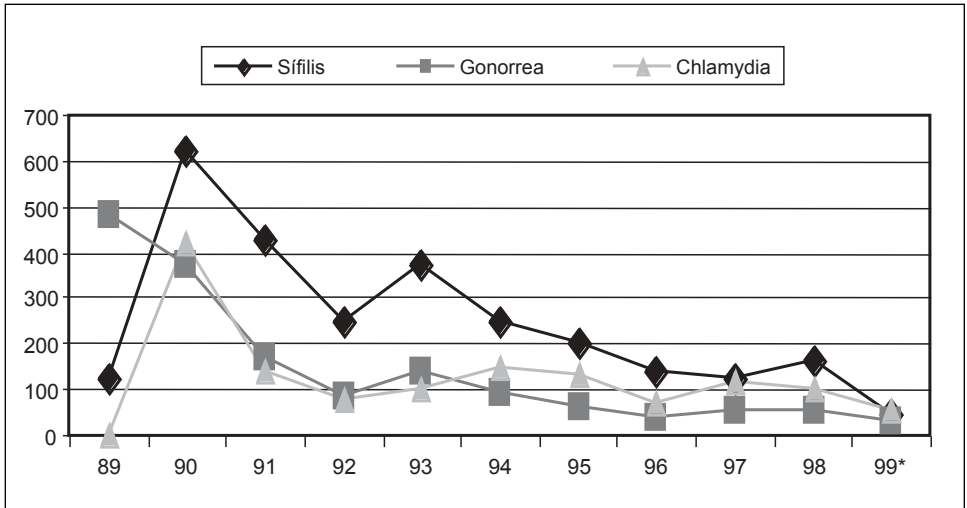


Figura 2. ETS notificadas al Servicio de Información Microbiológica. Datos facilitados por el Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

* Los datos de 1999 están contabilizados hasta la semana 23.

Por Comunidades Autónomas (CCAA) la distribución de tasas de sífilis y gonorrea es muy dispar. En el año 1998 las mayores tasas de sífilis se registran en Ceuta y Melilla, seguidas de Canarias, Baleares, Murcia y Asturias, siendo más bajas en el resto. La gonorrea presenta una elevadas tasas en Melilla, con cifras superiores a la media en Galicia, Cataluña, Baleares, Ceuta y Canarias, siendo las tasas en el resto de CCAA inferiores a la media.

En el análisis de las distintas ETS encontramos:

a) *Sífilis*: Un discreto incremento hasta el año 1985 con una disminución a partir de ese momento, con unas tasa menores de 2 casos por 100.000 habitantes en el año 1998. La mayor disminución se observa en hombres homosexuales.

Sífilis a partir de 1989

b) *Gonorrea*: igualmente presenta un incremento hasta 1985 con un descenso progresivo a partir de ese año. En el año 1998 la tasa fue de 5,51 por 100.000 habitantes. Es más frecuente en varones quizá por cursar de forma subclínica en mujeres. La mayor disminución se ha observado en varones heterosexuales.

Gonorrea: más frecuente en los hombres

c) *Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)*: descenso a partir de 1985, con descenso de la tasa de hospitalización. Este descenso es paralelo al descenso de las tasas de gonococcia, por lo que podría pensarse que en nuestro país el gonococo sige siendo el agente etiológico predominante de la EIP.

Aumento de infección por Virus Pápiloma

d) *Condiloma*: hasta 1985 la proporción de casos de infección por VPH era del 6% en algunos Centros de ETS, cifra que aumenta de forma considerable en el año 1988, con una gran variabilidad geográfica (11 a 32,1%) y con un aumento en todos los grupos de población. Parece ser que en la actualidad ocupa el segundo lugar de incidencia, afectando más a varones.

Disparidad cifras infección Chlamydia

VHS en nuestro país poca trascendencia

e) *Chlamydia tracomatis*: los porcentajes tanto en países europeos como en Estados Unidos son elevados (68%, 64% y 66%). En nuestro país entre un 7 a 13% de pacientes que consultan en Centros de ETS son diagnosticados de infección chlamydia. Afecta con mayor frecuencia a varones y en la actualidad se observa una tendencia a la disminución, principalmente en varones heterosexuales. Existen en muchos casos dificultades para el diagnóstico.

Mayor afectación en varones

Mayor número de infecciones por mujer

f) *Herpes genital*: a diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos y Reino Unido donde es una infección de elevada frecuencia, en nuestro país representa un problema de menor importancia, representando el 5% de las ETS diagnosticadas, con mayor afectación en varones (tabla nº 3).

Con respecto al sexo, en general se observa una mayor afectación en los varones que en las mujeres, aunque las mujeres son diagnosticadas de un mayor número de infecciones, siendo superior el número de enfermedades diagnosticadas por persona. La distribución por sexos de las ETS notificadas al Servicio de Información (SI) Microbiológico en los años 1989 a 1999 (hasta la semana 23) muestran un mayor porcentaje de sífilis en varones que en mujeres, mayor porcentaje de gonococcia en varones que en mujeres y menor

Tabla 3. Distribución por sexos y evolución de las ETS

| | Mujeres % | Hombres % | % 1985 | % 1995 | Grupo con mayor variación |
|------------|--------------|--------------|-----------|-----------|------------------------------|
| Sífilis | 14 | 86 | 9,7 | 0,7 | Homosexuales |
| Gonococcia | 20 | 80 | 36 | 4 | Heterosexuales |
| UNG | 53 | 47 | 17 | 37 | Mujeres |
| C. Tracom. | 35 | 65 | 12 | 5 | Heterosexuales |
| Condiloma | 31 | 69 | 7 | 31 | Todos |
| Herpes | 21 | 79 | 3 | 10 | Heterosexuales |
| HIV | 24 | 76 | 24 | 17,5 | Usuarios drogas |

Fuente: Barrabeig (1996).

porcentaje de infección por chlamydias en varones que en mujeres (tabla nº 4).

Distribución de ETS en función de la orientación sexual

Cuando se analizan los diagnósticos de ETS en función del sexo y la orientación sexual en la población atendida en los Centros de ETS, Domínguez (1998) señala que a las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia uretritis no gonocócica (UNG), candidiasis y condilomas. Los principales diagnósticos en varones heterosexuales fueron condilomas, UNG, candidiasis y herpes, mientras que en varones homosexuales, infección por HIV, condilomas y sarna. Estos datos difieren de los publicados por

Tabla 4. ETS notificadas al SI Microbiológica desde 1989 a 1999 (hasta la semana 23). Distribución de diagnósticos por sexo y edad

| | % total mujeres | % chicas adolescentes | % total hombres | % chicos adolescentes |
|--------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| Sífilis | 38,3 | 59,3 | 61,7 | 40,7 |
| Gonorrea | 28,9 | 28,9 | 71,1 | 71,1 |
| Chlamydiasis | 81,7 | 85 | 18,3 | 15 |

Tabla 5. Distribución de los diagnósticos realizados en Centros de ETS en función del sexo y la opción sexual

| | Mujeres ¹ % | Mujeres ² % | Hombres hetero ¹ % | Hombres hetero ² % | Hombres homo ¹ % | Hombres homo ² % |
|-------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sífilis | 5 | 0,8 | 4,3 | 1,7 | 13,7 | 1,6 |
| Gonococcia | 7,8 | 0 | 11,5 | 5,6 | 3,9 | 9,5 |
| UNG | 11,6 | 32,4 | 34,1 | 17,9 | 15,6 | 5,1 |
| Vaginosis | 15,6 | 9,6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Trichomonas | 9,1 | 8,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Candidiasis | 23,4 | 20,5 | 13,5 | 11,5 | 0 | 3,8 |
| Condiloma | 8,5 | 14,0 | 6,4 | 28,5 | 5,9 | 19,9 |
| Herpes | 1,9 | 0 | 3,1 | 11,3 | 0 | 7,8 |
| Sarna | 0 | 0 | 0 | 4,1 | 0 | 10,4 |
| HIV | 0 | 5,5 | 0 | 9,4 | 0 | 31,4 |

1. Rodríguez (1989): datos de 1977 a 1987. Sevilla.

2. Domínguez (1998): datos de 1992 a 1996. Barcelona.

Modificación en la distribución de ETS

Rodríguez (1989), ya que las ETS diagnosticadas con mayor frecuencia en las mujeres eran candidiasis, vaginosis y chlamydiasis, en los varones heterosexuales UNG, candidiasis y gonococcia y en varones homosexuales UNG y sífilis (tabla nº 5).

Distinta distribución de las ETS según servicios asistenciales

Podemos apreciar comparando estos resultados que se ha producido un cambio en las infecciones diagnosticadas en Centros de ETS, con un mayor predominio de UNG en mujeres, de condilomas en varones heterosexuales e infección por HIV en varones homosexuales.

En el análisis de los diagnósticos de ETS en función de los distintos servicios asistenciales se aprecia una notable variación en la distribución de las ETS. Orduña (1991) señala un mayor diagnóstico en consulta de ETS de infecciones por candidas, tricomonas, sífilis y gonococcia. Galarza (1995), en consulta de ginecología general diagnostica con mayor frecuencia candidiasis,

Tabla 6. Distribución de ETS diagnosticadas en diferentes tipos de servicios asistenciales

| Población atendida | Consulta de ginecología ¹ | Mujeres asintomáticas ² | Consulta de CPF ³ | Consulta de ETS ⁴ |
|--------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Candidiasis | 21,8% | | 8,04% | 16,9 |
| Trichomonas | 10% | | 0,8% | 16,4% |
| Gardnerella | 12,5% | | 1,6% | 1,4% |
| Micoplasma | 18,7% | 3,5% | | 0,8% |
| Gonococcia | | | 0,05% | 11,3% |
| C. Tracomatis (CT) | | 0,6% | 0,3% | 1,3% |
| Antígeno CT | 12,5% | | | |
| Ptirus pubis | 1% | | | |
| Ureaplasma | | 9,2% | | 1,2% |
| T. Pallidum | | | | 15,7% |
| Herpes genital | | | | 1,7% |
| Condiloma | | | | 8,1% |

1. Galarza (1995).

2. Ausejo (1992).

3. Iglesias-García (1992).

4. Orduña (1991).

infección por *Mycoplasma* y antígeno de *C. Tracomatis*. Ausejo (1992) señala una mayor detección de *U. Urealyticum* y de *Mycoplasma* en estudio de mujeres asintomáticas. En consultas de CPF las infecciones más diagnosticadas son candidiasis y vaginosis (Iglesias-García, 1992) (tabla nº 6).

Adolescentes:

En EEUU

INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Con respecto a la distribución de ETS en la población adolescente, el índice de prevalencia en chicas adolescentes sexualmente activas de Estados Unidos comprende:

No datos claros. No pueden valorarse tendencias

- *C. Tracomatis* (8-25%).
- *N. Gonorrhoeae* (3-18%).
- *Trichomonas* (0-48%).
- Infección por VPH (3-33%).

Menores cifras de infección por sífilis, gonorrea y chlamydias en los últimos años

En nuestro país, como ya se ha comentado anteriormente en la declaración de sífilis y gonorrea no se señala la edad por lo que desconocemos si la tendencia decreciente señalada en la población general incluye a la adolescencia.

Chicas: mayor afectación sífilis y chlamydias

Los datos obtenidos de las distintas ETS notificadas al SI Microbiológico (1989-1999 hasta la semana 23) en la población menor de 19 años muestran que el 2,8% de casos de sífilis, el 5,6% de gonococia y el 6,6% de casos de chlamydias corresponden a esta edad, con una tendencia a la disminución con el transcurrir de los años, notificando en los 3 últimos años el 9,4% del total de casos registrados en el periodo 1989-1999. En las chicas se observa un mayor diagnóstico de sífilis y chlamydias y un menor diagnóstico de gonorrea respecto a los chicos (tabla nº 3). Si comparamos estos datos con los de la población general, se aprecia que la distribución en función

Chicos: mayor afectación gonorrea

Escasa presencia de adolescentes en Centros de ETS

Mayor porcentaje de consultas en Centros de ETS de chicas

del sexo de gonococcia y chlamydia es igual pero existe un mayor porcentaje de chicas adolescentes a las que se les diagnostica sífilis respecto al total de diagnósticos en mujeres.

Existen diferencias en cuanto a presencia de adolescentes atendidos en Centros de ETS, oscilando el porcentaje de las consultas realizadas a este grupo de población en dichos Centros entre el 3,6 al 13,2% del total.

Distinta distribución en función de la orientación sexual

Con respecto al sexo se observa un mayor porcentaje de chicas que de chicos atendidos en estos Centros, siendo diagnosticadas un mayor número de infecciones por persona a las chicas, con una razón caso-enfermedad por paciente de 1,8 en chicas y 1,2 en chicos.

Diversos autores señalan que en los chicos adolescentes se diagnostican más casos de gonococcia, sífilis y condilomas que en adultos varones y en las chicas, la gonococcia y la tricomoniasis fueron diagnosticadas en mayor

Tabla 7. ETS diagnosticadas a adolescentes en Centros de ETS. Distribución por sexo y opción sexual

| | Mujeres ¹ % | Mujeres ² % | Hombres ¹ hetero % | Hombres hetero ² % | Hombres homo ¹ % | Hombres homo ² % |
|-------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sífilis | 5,8 | <1 | 3,1 | <1 | 15,6 | <1 |
| Gonococcia | 8,4 | 0 | 35,4 | 2,5 | 15,6 | 35 |
| UNG | 5,8 | 32,7 | 30,2 | 22,5 | 6,2 | 0 |
| Vaginosis | 5,8 | 6,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Trichomonas | 21,4 | 7,6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Candidiasis | 21,4 | 20,5 | 13,5 | 10 | 0 | 0 |
| Condiloma | 7,8 | 23,5 | 4,2 | 42,5 | 18,8 | 25 |
| Herpes | 1,9 | 3,8 | 1 | 10 | 1,9 | 0 |
| Sarna | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Pediculosis | 0 | 0 | 0 | 2,5 | 0 | 10 |
| HIV | 0 | 0 | 0 | 7,5 | 0 | 5 |

1. Rodríguez (1989): datos de 1977 a 1987. Sevilla.

2. Domínguez (1998): datos de 1992.^a 1996. Barcelona.

proporción que en mujeres adultas.

La distribución de diagnósticos realizados en los Centros de ETS de las distintas infecciones en función del sexo y la preferencia sexual muestran que en chicas las ETS más diagnosticadas han sido UNG, condilomas y candidiasis. En chicos heterosexuales, condilomas y UNG, y en chicos homosexuales, gonococcia y condilomas, apareciendo también diagnósticos de pediculodis y sarna que no se aprecian en el resto de grupos (tabla nº 7).

Orduña (1991), en Centros de ETS, encuentra en el 51,6% de los casos de diagnósticos de infección gérmenes relacionados con UNG y cervicitis no gonocócica: Mycoplasma, U. Urealyticum y C. Trachomatis.

Al comparar los diagnósticos realizados entre los años 1977 a 1987 y 1992 a 1996 se aprecia, al igual que en la población general, un aumento de las ETS víricas y una disminución de las ETS bacterianas en el último periodo.

Aumento de ETS víricas

Vigilancia epidemiológica especial

No existen datos de seroprevalencia

INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

Dada la gran importancia de esta enfermedad existe una vigilancia epidemiológica especial, con recogida de datos de los casos de SIDA diagnosticados tanto en número como edad, mecanismos de transmisión, etc. Esto permite conocer de forma más adecuada la epidemiología de esta enfermedad. El principal inconveniente es que los casos notificados se refieren a la enfermedad, no existiendo datos de la seroprevalencia.

Alta incidencia en países del tercer mundo

A nivel mundial se calcula que a finales de 1998 existían alrededor de 33,4 millones de personas (adultos y niños) viviendo con HIV/SIDA, de los cuales el 91,1% viven en países del llamado tercer mundo, distribuidos en África

Tasas actuales de 74,4 por 100.000 habitantes

Variabilidad geográfica

Tabla 8. Sida en España. Tasa de casos por millón de habitantes en 1998, CCAA. de residencia (actualización 31-III-1999)

| CCAA | Tasa | CCAA | Tasa |
|--------------------|-------|--------------|----------|
| Andalucía | 64,3 | Extremadura | 47,2 |
| Aragón | 26,4 | Galicia | 44,5 |
| P. Asturias | 37,7 | C. Madrid | 136,0 |
| Baleares | 147,9 | R. Murcia | 62,0 |
| Canarias | 53,5 | C.F. Navarra | 66,2 |
| Cantabria | 41,8 | País Vasco | 110,0 |
| Castilla la Mancha | 25,2 | La Rioja | 80,9 |
| Castilla-León | 36,5 | Ceuta | 27.696,6 |
| Cataluña | 90,3 | Melilla | 78,6 |
| C. Valenciana | 70,2 | | |
| Total | 74,4 | | |

Descenso desde 1994

Subsahariana (67,4%), Sur y Suroeste de Asia (20,1%) y América Latina (4,2%). En América del Norte 890.000 personas tienen infección HIV/SIDA (2,7% del total) y en el Oeste de Europa 500.000 (1,5%).

En nuestro país, el total de casos de SIDA

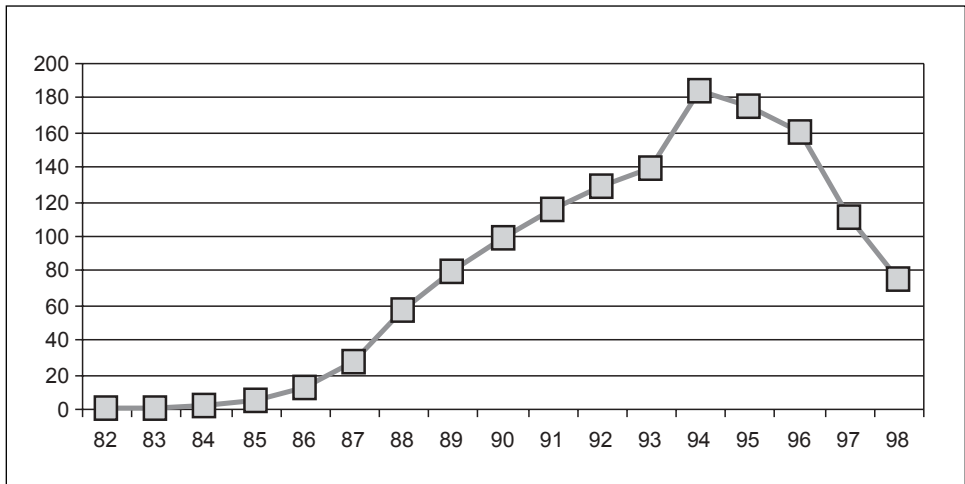


Figura 3. Tasa de casos anuales de SIDA por millón de habitantes y año de diagnóstico (actualización 31-III-1999).

declarados desde 1981 hasta 31 de Marzo de 1999

Predominio transmisión
usuarios drogas inyectables

ha sido 54.031. La tasa de casos de SIDA por

millón de habitantes en 1998 arroja un total de

Aumento en heterosexuales.
Mayores diagnósticos en
grupo de edad 30-34 años

74,4, con una gran variabilidad geográfica en

función de la Comunidad Autónoma (CCAA) de

Mayor afectación en varones

residencia (tabla nº 8).

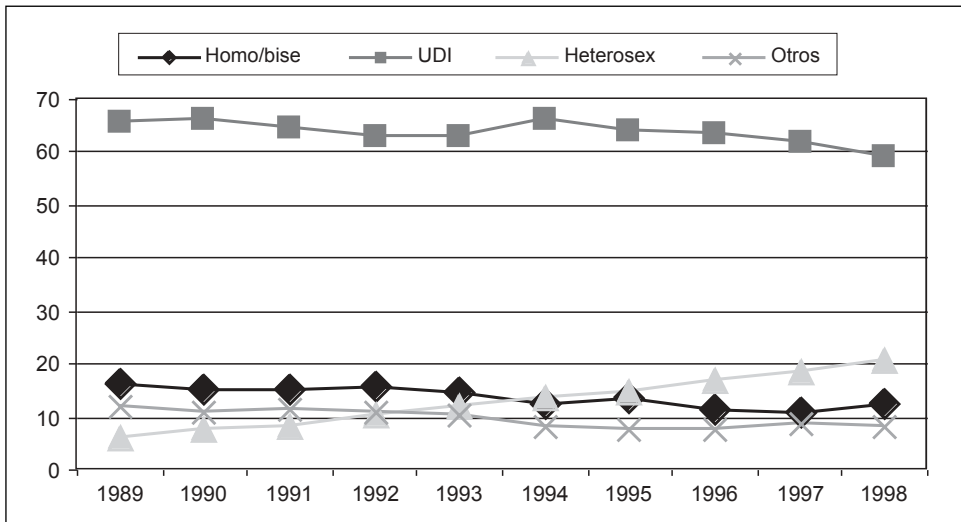


Figura 4. Casos anuales de SIDA en España según categoría de transmisión y año de diagnóstico (actualizado 31-III-1999). UDI: uso drogas inyectables.

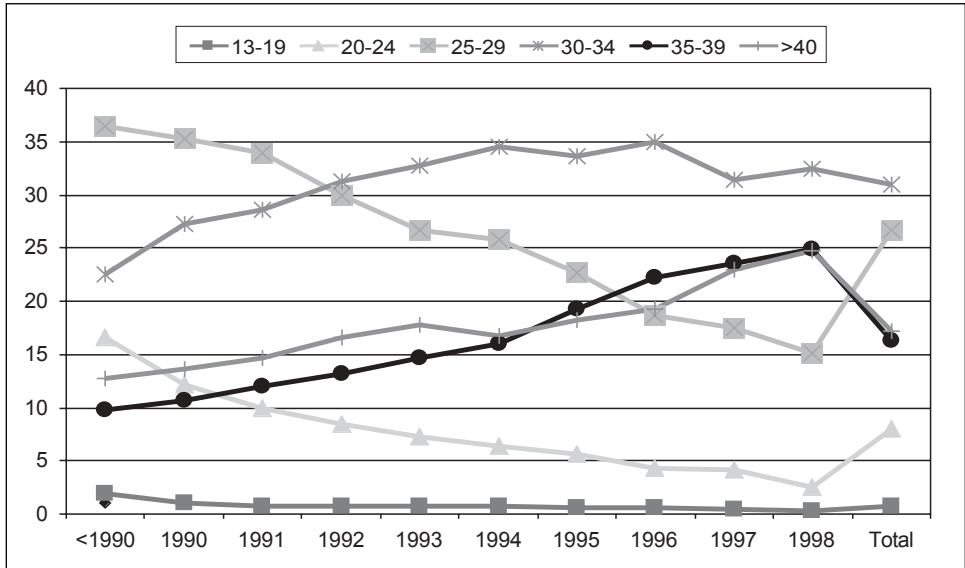


Figura 5. Porcentaje de casos anuales de SIDA en España según edad y año de diagnóstico (actualizado 31-III-1999).

Tabla 9. SIDA en España. Distribución según sexo y mecanismo de transmisión (actualizado 31-II-1999)

| | % varones | % mujeres |
|---|-----------|-----------|
| Afectación (total casos) | 80,8 | 19,2 |
| Transmisión UDI (total casos) | 80,9 | 19,1 |
| Transmisión heterosexual (total casos) | 59,3 | 40,7 |
| Adolescentes afectados | 77,1 | 22,9 |
| Transmisión UDI (adolescentes) | 74,9 | 25,1 |
| Transmisión heterosexual (adolescentes) | 33,3 | 66,7 |

UDI: uso de drogas inyectables.

Pocos casos de SIDA en adolescentes

Existe un incremento progresivo de casos declarados hasta 1994, año a partir del cual se observa un descenso, que ha sido espectacular en los dos últimos años (figura nº 3).

Al analizar el mecanismo de transmisión se observa un predominio de la transmisión en usuarios de drogas por vía parenteral. Hay que destacar el aumento de la transmisión por relaciones heterosexuales que a partir de 1994 supera a las relaciones homo-bisexuales, siendo en la actualidad el segundo mecanismo de transmisión (figura nº 4).

Largo periodo de incubación

Predominio transmisión uso drogas inyectables

Transmisión hemoderivados

Cuando se analiza la edad de los casos diagnosticados por año, hasta el año 1991, en el grupo de edad que se realizan más diagnósticos corresponde al de 25-29 años, pasando a partir del año 1992 al grupo de 30-34 años, grupo que hasta la actualidad es al que se le realiza un mayor porcentaje de diagnósticos (figura nº 5).

Predominio de la transmisión heterosexual en chicas adolescentes

La distribución de los casos de SIDA en función del sexo muestra un mayor porcentaje de varones que mujeres, con un predominio de varones si la transmisión ha sido mediante el uso de drogas inyectables. Cuando la transmisión ha sido por relaciones heterosexuales se observa una distribución más homogénea entre los dos sexos (tabla nº 9).

Adolescencia etapa de riesgo para ETS

En el grupo de adolescentes, el número total de diagnósticos de SIDA declarados ha sido 436, representando el 0,8% del total de casos. Pero teniendo en cuenta que en el año 1998 el 65,6% de

Tabla 10. Categoría de transmisión del SIDA en adolescentes desde 1981 a 1998 (actualizado 31-III-1999)

| Categoría | % |
|-------------------------------|------|
| Homo o bisexuales | 1,4 |
| Uso drogas inyectables (UDI) | 59,0 |
| Homosexuales-UDI | 0,5 |
| Hemoderivados o transfusiones | 28,9 |
| Vertical | 0,7 |
| Heterosexuales | 8,2 |
| Desconocida u otras | 1,2 |

Factores biológicos

los casos diagnosticados corresponden a personas de edades comprendidas entre 20 a 34 años y que el período de incubación de la enfermedad puede oscilar entre 7 a 13 años, un alto porcentaje de ellos se ha contagiado en la adolescencia.

Los mecanismos de transmisión del SIDA en los casos declarados a la población adolescente difieren de la edad adulta en un mayor porcentaje de transmisión por hemoderivados o transfusiones y una escasa transmisión por relaciones sexuales homo-bisexuales (tabla n° 10).

Mayor zona de ectopia

Cuando se analizan los mecanismos de transmisión por sexo aparece un mayor porcentaje de chicas si la transmisión ha sido mediante relaciones heterosexuales y de chicos si la transmisión se produjo por uso de drogas inyectables (tabla n° 9).

FACTORES DE RIESGO DE ETS EN ADOLESCENTES

Papel de los anticuerpos IgE

La adolescencia ha sido señalada como una etapa en la que existe un elevado riesgo de exposición a las ETS. En este mayor riesgo están implicados una serie de factores que vamos a desarrollar. Catchpole (1997) señala que la OR para ETS a los 16-19 años es de 2,86 a 3,51 para las chicas y 1,30 a 1,55 para los chicos. Si la edad es menor de 16 años, la OR es de 2,52 a 2,96 para chicas y 0,94 a 1,52 para los chicos.

FACTORES BIOLÓGICOS

La inmadurez del sistema reproductivo de las adolescentes supone una mayor susceptibilidad para las ETS por diferentes motivos:

- El epitelio poliestratificado cornificado que reviste la vulva ofrece una menor resistencia de forma fisiológica en las niñas púberes, por lo que

es posible que a ese nivel asienten gérmenes como el gonococo que en la mujer adulta no lo hace.

Actividad sexual:

- Menor resistencia de la mucosa vaginal.
- En la postmenarquia aparece una mayor zona de ectopia en el cérvix uterino. Gérmenes como *C. Tracomatis* o *N. Gonorrhoeae* asientan en el epitelio cilíndrico y no en el escamoso. Esta mayor ectopia favorece además una mayor permeabilidad del moco.
- Es posible que con la edad se adquiriera cierta inmunidad y resistencia a algunos patógenos transmitidos sexualmente. En esta inmunidad juega un papel importante los anticuerpos (Ac) tipo IgE presentes en epitelios y secreciones genitales. Esto explica la reducción en la prevalencia de algunas infecciones a partir de los 25 años. La edad joven está asociada a una baja prevalencia de anticuerpos anti-chlamydia.
- Con respecto a la transmisión del VIH, el riesgo de contagio para la chica es 2-4 veces superior que en el varón, ya que la mujer expone más superficie de mucosa durante el coito, existe mayor concentración de virus en el semen que en los fluidos vaginales y la presencia de una ETS en el cérvix uterino representa un factor de riesgo añadido.

Precocidad inicio de relaciones coitales

Mayor riesgo a mayor número de parejas sexuales

ACTIVIDAD SEXUAL

Edad de inicio de la actividad coital

Demora establecimiento
primera relación de pareja
estable

Se ha producido un adelantamiento en la edad de inicio de la actividad coital y una tendencia a la equiparación de la edad entre los dos sexos en la primera relación coital, aunque en nuestro país existe una mayor precocidad en los chicos que en las chicas (15,3 años frente a 16,1 años).

Esta disminución de la edad de inicio de la actividad coital posiblemente este influenciado por:

- Eficacia y divulgación de los métodos anticonceptivos.
- Bajo nivel cultural de los padres.
- Falta de creencias religiosas.
- Precocidad de la menarquia.
- Inestabilidad familiar.
- Mayor permisividad cultural y social.

Prácticas sexuales de riesgo

En nuestro país, el porcentaje de adolescentes que a los 16 años mantienen relaciones coitales es inferior al del Norte y Centro de Europa (13-27% en España y 50% en Europa).

Las chicas que inician la actividad coital antes de los 14 años presentan dos veces más incidencia de ETS que las que comenzaron su actividad coital con más de 17 años.

Con la aparición del SIDA se están produciendo modificaciones de la conducta sexual, con una demora en el inicio de la actividad coital por parte de las chicas, aspecto no observado en los varones.

Coito vaginal como
expresión de relación sexual
completa

Número de parejas sexuales

Cuando existe un mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de adquirir una ETS,

sobre todo cuando existe más de 6 compañeros sexuales en el último año. Estudios recientes señalan que en la actualidad existe un mayor porcentaje de adolescentes que tienen más de 6 parejas sexuales en el último año.

En la época actual, el establecimiento de la primera relación de pareja estable (matrimonio o no) es más tardío en comparación con décadas anteriores. Este hecho junto al inicio más precoz de las relaciones sexuales produce un mayor número de parejas sexuales diferentes a lo largo de la vida, dentro de lo que se ha llamado la “monogamia serial”, expansionando la ventana de riesgo en la que muchos jóvenes pueden tener diversos compañeros sexuales.

De los adolescentes que consultan por ETS existe un mayor porcentaje de chicos frente a chicas que han tenido 5 o más parejas sexuales por trimestre (31,7 frente a 18,6%).

Prácticas sexuales

Las pacientes con ETS exhiben una mayor conducta sexual de riesgo que la población general y el punto culminante del problema de continuar la conducta sexual de riesgo está entre los jóvenes varones homosexuales.

La adolescencia es un periodo de la vida en la que es frecuente la experimentación sexual, siendo la actividad sexual de los adolescentes no planificada ya que el sexo para los adolescentes es una fuente de placer y confirmatorio de su libertad. En la relación sexual, el sexo se percibe como algo espontáneo y romántico, excluyendo el planteamiento de las medidas de prevención frente a ETS y SIDA.

Para las chicas adolescentes las relaciones sexuales tienden a ser más psicoafectivas que para el varón, buscando ser aceptadas, deseadas, cuidadas y protegidas. Para la mayoría de personas

Contactos con personas de riesgo

Escaso uso de métodos anticonceptivos en primeras relaciones sexuales

Aumento del uso del preservativo tras la aparición del SIDA

Factores asociados a uso de preservativos

heterosexuales, las relaciones íntimas van acompañadas necesariamente de la realización de coito vaginal, especialmente en los grupo de edad más activos sexualmente. La idea de relación sexual completa incluye el coito vaginal.

La actividad coital en las adolescentes implica un mayor riesgo de EIP que para mujeres de 25 a 30 años. Este mayor riesgo se ve incrementado con una mayor frecuencia de relaciones coitales, sobre todo en presencia de vaginosis bacteriana.

Dificultades aducidas para no usar preservativos

Es destacable el elevado porcentaje de adolescentes que mantienen relaciones sexuales con personas desconocidas (hasta un 18%, sobre todo por parte de los varones), relaciones con prostitutas y relaciones homosexuales en chicos activos sexualmente (9,8 y 3,7% respectivamente).

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes en las primeras relaciones sexuales es el coito interrumpido, pasando entre 6 y 12 meses desde el primer intercambio sexual hasta el uso de un método anticonceptivo de forma regular. Cuando las adolescentes acuden a las consultas de planificación familiar el preservativo es utilizado por un 50-60% de ellas, aunque el uso del mismo no es constante ni de manera adecuada.

El uso del preservativo se integra sólo como mecanismo contraceptivo de transición y no como método de prevención de ETS, siendo los individuos sexualmente activos los que tienen una peor actitud hacia el mismo.

Con la aparición del SIDA se ha producido un aumento del uso del preservativo principalmente en chicos sin pareja regular y también en chicas. La elección del método anticonceptivo en función de la protección de ETS ha aumentado considerablemente, tanto en chicas como en chicos

y también en pareja estable o sin pareja estable.

Factores asociados al uso de preservativos por adolescentes:

- Actitud hacia el uso como elemento preventivo vinculado a las creencias compartidas por el grupo de iguales.
- Conocimiento de su utilidad.
- Experiencia previa.
- Expectativa de autoeficacia para utilizarlo.
- Disponibilidad, confianza en su calidad, precio y uso previo de alcohol y otras drogas.

Factores psicosociales

Las dificultades aducidas para no usar los preservativos son:

- Reducción de la sensibilidad.
- Interrupción de la relación.
- Problemas en la relación sexual: retrasos en la eyaculación, no eyaculación, pérdida de erección.
- Pérdida de espontaneidad.
- No fácil acceso.
- Precio.
- No disponibilidad.
- Falta de información.
- Inexperiencia en su uso.
- Recelo de la pareja o posibilidad de suscitarlo, ya que puede suponer pérdida de confianza en la fidelidad del otro.
- Vergüenza y dificultades para negociarlo con la pareja.
- No comprensión de los beneficios que su uso puede ofrecer.
- Imagen del preservativo asociado a la

Características de la adolescencia:

- Experimentación
- Invulnerabilidad
- Autosuficiencia

Baja percepción del riesgo

Chicos mayor conducta de riesgo que chicas

prostitución, adulterio y otras conductas no bien consideradas socialmente.

Factores educativos

- Negativa por parte de usuarios de prostitución a utilizarlos.
- Pérdida de clientes por parte de las prostitutas en la negociación previa.

Falta de educación sexual

FACTORES PSICOSOCIALES

La adolescencia es una etapa marcada por cambios psicológicos con inestabilidad psicológica y emocional e importantes contradicciones.

La educación sexual reduce el riesgo de relaciones no protegidas

La adolescencia es un período de la vida en el que en la búsqueda de la propia identidad es frecuente la **experimentación**, tanto a nivel de sustancias tóxicas como de relaciones sexuales con la realización de prácticas de riesgo (por ejemplo tragar semen, coito anal en adolescentes homosexuales o bisexuales). A ello se le une un fuerte sentimiento de **invulnerabilidad** frente a enfermedades y eventos negativos favorecidos por la inexperiencia y la pobreza cultural, acompañado de un sentimiento de **autosuficiencia** y una inhabilidad para defender decisiones.

Aumento de la educación sexual tras la aparición del SIDA

Estos elementos conducen a que la percepción del riesgo sea un valor y una norma, evaluando su autopercepción del riesgo por debajo de la de un sujeto medio, con una actitud psicológica de desafío del mismo con desprecio a las medidas de prevención en las relaciones sexuales, reforzado con las características de espontaneidad e inmediatez de las mismas. El hecho de que el reclutamiento de la pareja sexual se lleve a cabo dentro de sus redes de amistades hace que aún se subvalore más dicho riesgo. A menudo perciben el comportamiento de exposición al riesgo como una solución y no como un problema.

Campañas de prevención

Los chicos adolescentes presentan una mayor conducta de riesgo que las chicas ya que inician la

actividad coital antes que ellas, con un mayor número de parejas sexuales, un menor uso de preservativos, mayor frecuencia de relaciones homosexuales y con prostitutas y una mayor asociación de las relaciones sexuales al consumo de drogas.

Mayor uso de preservativos tras campañas publicitarias

Factores sanitarios

FACTORES EDUCATIVOS

La falta de educación sexual actúa como un factor de riesgo para las ETS. Existe una escasa e incompleta educación sexual e información de las ETS, con una gran ignorancia por parte de los adolescentes de los aspectos relacionados con las mismas, con importantes minorías de jóvenes que se comportan de manera audaz. Esta falta de educación se ha debido al temor a incitar las relaciones sexuales, pero en un informe de la OMS se destaca que la educación sexual no fomenta una mayor actividad sexual sino que más bien lo que hace es retrasar el inicio de las relaciones sexuales y potenciar un mejor uso de los métodos anticonceptivos. Los programas de educación sexual reducen el riesgo de relaciones sexuales no protegidas.

Dificultad de acceso a centros asistenciales

Cuadros inespecíficos

Bajo cumplimiento de medicación

La pandemia del SIDA ha aumentado los programas educativos en las escuelas e institutos, mostrando los adolescentes un conocimiento objetivo aceptable acerca de las vías de transmisión del VIH, pero la información no es suficiente ya que se observa una falta de valoración de las implicaciones que conlleva la información y errores de conceptos y opiniones específicas que pueden dificultar las medidas preventivas.

Inicio consumo de drogas en adolescencia

Las campañas de prevención son necesarias porque el aumento del uso del preservativo es un beneficio para la salud de la población, aunque muchas personas no se consideran incluidas dentro del segmento de población al que se dirigen las campañas. El temor al SIDA ha sido un

elemento motivador en la conducta de los homosexuales, tanto con una mayor frecuencia de uso del preservativo, una menor promiscuidad sexual y evitación de prácticas sexuales de riesgo.

Las campañas de sexo seguro han aumentado el uso del condón, pasando de un uso en el primer coito por el 36,5% de las chicas en 1984 al 61% en 1989.

Uso drogas antes de relaciones sexuales

FACTORES SANITARIOS

El uso de drogas disminuye las medidas preventivas

La actitud represiva en torno a la sexualidad de los adolescentes dificulta el acceso de los mismos a los centros sanitarios y a los métodos anticonceptivos. A ello se le une el temor a la falta de confidencialidad, por lo que es importante establecer desde un principio con el adolescente los límites del secreto profesional.

El adolescente suele acudir a la consulta con un cuadro abigarrado y confuso, difícil de definir, muchas veces simulando otros cuadros clínicos y sin el conocimiento de sus padres.

Intercambio sexo por drogas

Suele existir por parte de los adolescentes un bajo cumplimiento de la medicación prescrita, aspecto que supone un factor de riesgo de ETS, recomendando dosis única y a ser posible facilitada en la propia consulta. Las chicas adolescentes realizan un mejor cumplimiento que los chicos.

Factores ambientales

Un adolescente que presenta una ETS debe ser investigado sobre las otras, incluyendo gonorrea, chlamydia y sífilis.

Medios de comunicación

USO DE DROGAS

La incidencia y prevalencia de drogadicción de las “drogas blandas” (tabaco, alcohol, analgésicos) y “duras” (heroína, cocaína....), referidas a las

etapas de comienzo como a las etapas de consumo son altamente significativas en adolescentes y jóvenes.

Grupo de “iguales”

Con respecto al consumo de alcohol, el 62% de individuos admitidos en la Red de Atención a Drogodependencias de Cataluña en 1993 eran menores de 20 años cuando iniciaron el consumo del mismo.

En una encuesta realizada a escolares con edad media de 16 años, un 61,7% de los mismos había consumido alcohol en el último mes y un 11,6% había consumido hachís, con una mayor frecuencia de consumo de tóxicos por parte de los varones.

Un alto porcentaje de adolescentes consumen sustancias tóxicas (alcohol, hachís, cocaína...) antes de las relaciones sexuales, siendo este consumo un factor de riesgo por múltiples causas.

La cocaína es un estimulante temporal del impulso sexual y el alcohol se ha asociado a una mayor desinhibición sexual. Todo ello junto al consumo de otras drogas disminuyen las conductas preventivas en las relaciones sexuales como el uso del preservativo y la capacidad de reaccionar ante situaciones de riesgo. Además, la adicción conduce al intercambio de sexo por drogas, aumentando el número de contactos sexuales y de prácticas de riesgo. La prostitución relacionada con el uso de drogas contribuye al aumento de las ETS.

ETS es un signo de alerta

Sospecha de abuso sexual

Alrededor de un 50% de consumidores de crack lo utilizan para las relaciones sexuales. El uso del crack promueve el contagio de ETS bacterianas y se ha relacionado con la sífilis, la gonorrea, el chancro y el VIH. El consumo de alcohol y hachís es un predictor de conducta de riesgo para la transmisión del VIH.

FACTORES AMBIENTALES

Confidencialidad
No juicios morales

Existe una gran influencia por parte de los medios de comunicación social (cine, televisión, revistas, cómics, publicidad..), en donde se bombardea a los adolescentes con mensajes sobre lo atractivo del sexo sin orientar en los aspectos preventivos.

El “grupo de iguales” o compañeros ejerce una gran presión sobre el adolescente, aplicando a las relaciones sexuales una serie de valores superiores: placer, sexo.

Prácticas sexuales

Son razones de tipo social y cultural las que implican que los adolescentes declaren que su vida sexual no ha cambiado por el SIDA.

Los adolescentes internados en Centros de acogida juvenil se les considera como un grupo de riesgo para ETS ya que presentan un elevado número de infecciones, siendo un importante reservorio de las mismas.

LAS ETS COMO INDICADOR DE OTROS PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA

Minuciosa. No omitir exploración general

Varón

Las ETS pueden aparecer como enfermedades que alerten sobre otros problemas físicos o psíquicos del adolescente. Una ETS puede encubrir problemas subyacentes como promiscuidad asociada a una depresión, un embarazo no deseado, situaciones sentimentales complejas, menosprecio a situaciones de riesgo, etc.

Mujer

Especial relevancia tiene el hecho de la aparición de una ETS en un adolescente como factor guía para sospechar un abuso sexual, ya que la transmisión en estas situaciones es muy alta debido a que las personas que agreden

sexualmente suelen tener un mayor número de parejas sexuales masculinas y/o femeninas que la considerada población normal.

Tomar muestras de todas las partes del cuerpo necesarias

Tratamientos monodosis y en la consulta

Estudio y tratamiento de la pareja sexual

Educación sanitaria

Controles de salud periódicos si riesgo ETS

CONDUCTA A SEGUIR ANTE LA CONSULTA DE UN ADOLESCENTE POR UNA ETS

Imposibilidad actual de erradicar las ETS

Debido a la carga emotiva y al cúmulo de circunstancias psicosociales que rodean a este tipo de enfermedades es necesario, ante todo, obtener una buena relación médico-paciente, garantizando la confidencialidad y sin realizar juicios morales.

HISTORIA CLÍNICA

Conducta preventiva

La historia clínica debe incluir el motivo de la visita, antecedentes de ETS anteriores, actitud sexual (orientación, prácticas sexuales, número de parejas y fechas de los contactos sexuales), métodos anticonceptivos utilizados, fecha de la última menstruación y fórmula menstrual en el caso de las chicas, síntomas que presenta tanto la persona atendida en consulta como su/s pareja/s.

EXPLORACIÓN

Esta debe ser minuciosa y detallada, sin omisión de la exploración general y el examen de ganglios cervicales, axilares y epitrocleares.

En el varón se explorará el pene tras retracción del prepucio, el escroto, testículos, pubis, ano y zona inguinal, sin omitir la exploración prostática. En varones homosexuales debe examinarse además la faringe.

En la mujer se explorará el abdomen, zona inguinal, monte de Venus y pubis, vulva (magnificada con lupa), glándulas de Bartholino, meato uretral, vagina, cérvix y se realizará tacto bimanual. Debe explorarse además ano y faringe.

TOMA DE MUESTRAS

Prevención primaria

La toma de muestras debe realizarse con los medios adecuados y practicarse en todas aquellas partes de la superficie corporal en que se sospeche pueda existir infección. Las técnicas diagnósticas se realizarán en función de la sospecha clínica y se solicitarán las pruebas de laboratorio necesarias para el diagnóstico de la infección o para descartar la existencia de otras infecciones.

Vigilancia epidemiológica

La citología cérvico vaginal se realizará si no existe sospecha de infección vaginal. Es recomendable postponer la toma de muestras para la misma tras finalizar el tratamiento, debido al escaso valor preventivo del Ca. de cérvix que tendrá la citología en fase infecciosa.

Grupos centinela

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Ante la posibilidad de un inadecuado cumplimiento del tratamiento por parte del adolescente y dado el bajo porcentaje de los mismos que acuden a la visita de control, el tratamiento debe realizarse a ser posible en la consulta, utilizando, si es factible, pautas monodosis.

Educación para la salud

El estudio y tratamiento de la pareja sexual es imprescindible con el fin de evitar las recidivas y romper la cadena epidemiológica.

Iniciarla antes del comienzo de las conductas de riesgo

Junto a la prescripción del tratamiento se realizará educación sanitaria orientada a la prevención de nuevas infecciones.

Proporcionar información

Mediante la historia clínica se habrá valorado si el adolescente puede considerarse o no como persona de “riesgo” para ETS, por lo que se evaluará el establecimiento de controles periódicos.

Objetivo: reducir las ETS y embarazo no deseado

PREVENCIÓN

Personal especializado

Las ETS son un problema importante de salud a nivel mundial. Al estar ligadas al comportamiento humano y a su sexualidad determinan que, si bien su erradicación es prácticamente imposible, no lo es poder conseguir disminuir su incidencia y sus complicaciones.

Enseñar conductas saludables

En la actualidad, hablar de prevención de las ETS implica siempre hablar de prevención del SIDA, por lo que a la hora de enfocar la prevención hemos de partir de esta realidad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INTENCIÓN DE LA CONDUCTA PREVENTIVA

Consejo médico

Personalizado

- Conocimiento de las ETS y del VIH/SIDA.
- Grado de vulnerabilidad percibida ante ETS y VIH/SIDA.
- Susceptibilidad y gravedad percibida.
- Valores y normas sociales y grupales.
- Actitudes personales y del grupo de pertenencia hacia las medidas de prevención: sexo seguro, agujas...
- Aprobación percibida del grupo social.
- Autoestima e interés personal por la salud.
- Aspectos emocionales de la conducta.
- Experiencia sexual previa.
- Sentimientos hacia la pareja y habilidades de comunicación.
- Grado de autoeficacia en los comportamientos de prevención.
- Ventajas e inconvenientes reconocidos.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Consiste en evitar la ocurrencia de nuevos casos de ETS previo a la aparición de la infección mediante la reducción o eliminación de los factores de riesgo o exposición al riesgo. Comprende varias medidas:

Vigilancia epidemiológica

Sin la adecuada información sobre datos de incidencias y prevalencias de las ETS que permitan el conocimiento del riesgo para que se produzca una infección, no se pueden desarrollar programas preventivos.

La obtención de esta información es difícil, compleja y costosa por lo que se monitorizan los llamados “grupos centinela”, que permiten seguir el riesgo y desarrollo de las infecciones. Desde hace años se usa la evolución de las tasas de gonococcia como marcador de la actividad sexual no protegida.

Educación para la salud

Es uno de los elementos preventivos más útiles y debería realizarse de forma sistemática y universal en las escuelas, iniciándola antes del inicio de la actividad sexual, cuando no se han comenzado las conductas de riesgo (antes de los 15-16 años), ya que es más fácil enseñar conductas positivas que intentar cambiar conductas de riesgo arraigadas y a partir de esa edad toda intervención sería poco eficaz.

Consiste en proporcionar información didáctica a personas en riesgo de ETS para evitar la adquisición de una infección o a personas infectadas para que eviten la transmisión de una infección.

Los objetivos de la educación para la salud son reducir la incidencia de las ETS, evitar el

Campanñas

Promover la reflexión personal

Segmentadas en población diana

Mensajes positivos

El miedo es poco eficaz

Promoción del preservativo ofertando aspectos positivos

embarazo no deseado y ayudar a los adolescentes a crear una sexualidad y personalidad madura. La educación sexual retrasa el inicio de la actividad coital y mejora el uso de los métodos anticonceptivos.

Medidas de reducción del riesgo

Esta educación debe ser impartida por personal especializado en el tema y debe ser participativa y dinámica, eligiendo a los participantes que sean potenciales líderes de opinión con capacidad de mediadores sociales o agentes multiplicadores para el resto de sus compañeros.

Evitar contactos sexuales con personas infectadas

En la información sobre las ETS y el SIDA debe ser esencial para ayudar a los jóvenes mostrar que las consecuencias de su conducta de riesgo les afecta a ellos mismos y a otros, la necesidad de aprender habilidades y recursos para adquirir patrones de conductas saludables para proteger su propia salud y la de los otros y aportar conocimientos especializados que permitan hacer frente a los comportamientos y creencias de rechazo y discriminación, producto del temor a la enfermedad y el contagio, sobre todo por falta de una correcta información impartida con adecuación y rigor científico.

No realización de prácticas sexuales de riesgo

Los profesionales sanitarios tienen un papel importante mediante la actividad educadora en las consultas.

Uso del preservativo
Alta protección

Consejo médico

Implica una mayor interacción del médico con el paciente, ayudándole a identificar sus factores de riesgo y a desarrollar un plan personal para su reducción. Este consejo debe ser práctico, específico y simple, incluyendo la abstinencia sexual o compañero/a mutuamente monógamo, uso de preservativo ante una práctica sexual de riesgo, solicitud de atención médica inmediata ante síntoma de ETS y caso de presentar infección asegurar que los compañeros sexuales sean examinados y tratados.

Campañas de promoción sanitaria

Es difícil establecer relación de causalidad directa entre las campañas de información y las modificaciones efectivas del comportamiento. Sólo el conocimiento es insuficiente para lograr influir en las actitudes, la intención de conducta y el comportamiento objetivo. Es necesario promover la reflexión personal sobre las propias concepciones, la capacidad y habilidad para llevar a cabo conductas preventivas.

Las campañas de información o de educación sanitaria deben segmentarse bien dentro de la población diana a quien se quiere alcanzar con el mensaje, puesto que las campañas generales inciden poco en los colectivos de alto riesgo. Se deben elegir los segmentos que sean significativos para los aspectos que se quieran cubrir y conocer la valoración del riesgo que establecen esos colectivos, así como los factores y las pautas de conducta implicados en ese riesgo.

Para que las campañas sean eficaces, el receptor debe ser sensible al mensaje y éste debe ofrecer una credibilidad suficiente. Utilizar el miedo como arma a la hora de buscar cambios positivos ante un tema/amenaza que se ve lejano e incierto frente a la obtención de placer mediante las relaciones sexuales que se ven próximas e impulsivas, no consigue nada.

El éxito de las campañas en Suecia y Francia quizá radicó en presentar al preservativo asociado a algo deseable: prueba de amor, un objeto de placer, de seducción, de complicidad, de fidelidad y confianza en las personas.

La promoción del preservativo debe ofertar aspectos positivos como el disfrute del placer sexual, ya que mejora la tranquilidad, libera el miedo, aporta un elemento más al juego erótico y prolonga el tiempo de la relación sexual. Deben darse habilidades para convencer a los

Espemicidas ayudan a la protección

Diafragma

Prevención uso de drogas inyectables

Tratamiento sustitutorio con metadona

compañeros sexuales en la necesidad de usar el preservativo de forma que se asocie su uso a conductas y calidades de vida deseables.

Vacunas

Prevención mediante medidas de reducción del riesgo

Eficacia vacuna Hepatitis B

Conducta sexual

La mejor medida de prevención de transmisión de ETS es evitar el contacto sexual con personas infectadas. Dado que es difícil identificar si la pareja sexual tiene una infección (casos asintomáticos), es importante discutir o conocer la historia sexual o uso de drogas por la pareja. Como esta información no se obtiene con seguridad, la monogamia, la reducción del número de compañeros sexuales, la no realización de prácticas sexuales de riesgo (sexo anal) y el uso del preservativo van a ser las medidas más eficaces para la reducción del riesgo.

En estudio otras vacunas

En la actualidad mucha gente está cambiando sus hábitos sexuales por temor al SIDA, incluso con la abstinencia sexual, medida que, sin duda, se reconoce como la más eficaz de todas.

Otras medidas postcoitales no eficaces

Prevención mediante métodos barrera y espermicidas

- *Preservativo.*

Utilizado de forma correcta y constante reduce el riesgo de diversas ETS. Evita el contacto con el semen y disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos que se eliminan a través de las vías seminales. También evita el contacto con la piel, por lo que protege de afecciones víricas como el VPH y VHS.

Prevención secundaria

Su uso es eficaz en infecciones por Gonococo, Chlamydia, virus de Hepatitis B, VIH, Trichomonas, Mycoplasma, Ureaplasma U, Streptococo grupo B, VPH, Treponema, Haemophilus ducrey y VHS.

Servicios asistenciales para adolescentes

El varón también está protegido del contacto con las secreciones vaginales, cervicales o bucales infectadas.

Parejas sexuales

El preservativo de látex es el que ofrece una mayor protección, siendo además una barrera eficaz frente al VIH.

El preservativo femenino de poliuretano es eficaz contra el VIH, citomegalovirus y otros microorganismos.

- *Espermicidas.*

Cribado

In vitro se ha demostrado la inactivación de Gonococo, Trichomona, Ureaplasma, Treponema, VHS y VIH. Su acción frente a Chlamydias es menos evidente, aunque se ha demostrado inactivación por el Nonoxinol-9. Actúa como factor protector frente a la aparición de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) y supone un menor riesgo de gonococia y EIP.

Tratamiento epidemiológico

- *Diafragma.*

Al ser una barrera que aísla al cérvix, se ha demostrado protección frente al Gonococo, Chlamydia, Tricomoniasis, EIP y CIN. Como su uso es junto al espermicida, es difícil separar la acción protectora.

Uso de drogas por vía parenteral

En nuestro país, la prevalencia de VIH en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) es la más alta de los países occidentales, con un 50% de ADVP infectados, aspecto que repercute en la transmisión heterosexual y pediátrica.

El tratamiento sustitutivo con metadona es el tratamiento más eficaz para combatir la heroínomanía. Se reduce la delincuencia asociada a la drogadicción, el consumo de opiáceos y otras drogas no prescritas y evita el contagio del VIH y otras enfermedades infecciosas al anular o reducir la frecuencia de la inyección y el uso compartido de material. Los programas de intercambio de jeringuillas y la educación sanitaria son la base de la prevención en este colectivo.

Prevención terciaria

Prevención mediante otros métodos: vacunas y otras medidas postcoitales

Vacunas

En la actualidad la única vacuna eficaz es frente a la Hepatitis B. La vacunación a la población adolescente iniciada en 1992 está reduciendo su aparición en los tramos de edad menores de 20 años. Debe recomendarse a todas las personas con elevado riesgo de ETS: personas con múltiples compañeros sexuales, compañeros sexuales de portadores de VHB, personas que acuden para tratamiento de ETS y las prostitutas. La vacuna debe estar generalizada en la población.

La inmunoglobulina B combinada con la vacunación puede prevenir la infección a personas expuestas a la Hepatitis B si se administra dentro de los 14 días posteriores a la exposición.

Se investigan vacunas frente al Gonococo, VPH, VHS y VIH.

Antibióticos y otras medidas postcoitales

Aunque el uso de antibióticos puede proteger frente al gonococo, no se recomienda su prescripción tras una relación sexual no protegida. No existe protección frente a virus.

Otras medidas como lavados vaginales postcoitales, micción etc, no tienen eficacia. Los lavados pueden producir un aumento de EIP.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Tiene como objetivo prevenir la infección del tracto genital inferior y el ascenso de la misma al tracto genital superior en ausencia de síntomas de ETS. Se basa en el diagnóstico precoz mediante:

- *Provisión de adecuados servicios de salud para las/os adolescentes, con atención inmediata ante síntomas de ETS.*

- *Estudio y tratamiento de la/s pareja/s sexuales de las personas atendidas por presentar una ETS.*

Es imprescindible para evitar las recidivas y romper la cadena epidemiológica. Dado que los índices de consulta de las parejas sexuales son bajos, deben establecerse estrategias para una mayor captación.

- *Cribado de personas asintomáticas.*

Debe practicarse a personas con elevado riesgo de ETS: personas sexualmente activas con múltiples contactos sexuales, con historia de ETS, personas cuya pareja sexual ha tenido muchos contactos sexuales o sospecha de padecer una ETS y personas que acuden a los Centros de ETS.

- *Tratamiento epidemiológico.*

Pretende interrumpir la transmisión de la infección y consiste en administrar antibióticos cuando no existen signos de infección o antes de poseer pruebas confirmatorias de una ETS, siempre que el diagnóstico de ETS se considere muy probable.

Este tratamiento se prescribe en compañeros sexuales de pacientes con sífilis, chancroide, gonococcia o Chlamydia y también cuando se reconocen síndromes como UNG, cervicitis mucopurulenta o ulceración genital y no existe posibilidad de obtener confirmación microbiológica a corto plazo.

También se indica en centros de atención urgente cuando se considera incierto el posterior seguimiento del paciente.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Actúa minimizando y limitando la infección de los órganos genitales pélvicos con un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento con el fin de evitar las complicaciones y los resultados adversos

una vez ha ocurrido la infección, implicando un diagnóstico y tratamiento precoces. Se realiza cuando la infección es ya evidente clínicamente.

RECOMENDACIONES PARA EL USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO

Los preservativos de látex son los que ofrecen una mejor protección.

Debe utilizarse un preservativo nuevo cada vez.

Es recomendable adquirirlos en farmacias, ya que garantizan el cumplimiento de las normativas sanitarias.

Los preservativos deben guardarse en lugar fresco y seco, no expuestos a la luz solar.

Antes de sacar el preservativo del envoltorio hay que asegurar la no caducidad del mismo.

Romper el envoltorio con cuidado, evitando rasgar o deteriorar el preservativo.

Los preservativos resquebrajados o pegajosos no se deben utilizar.

Se debe poner el preservativo cuando el pene está en erección **antes de cualquier contacto genital**.

Procurar que no quede aire en el reservorio, apretándolo con los dedos en el momento de ponerlo. Si el preservativo no lleva reservorio, dejar un espacio (sin aire) en la punta del preservativo de unos 2 cm para recoger el semen.

Si durante la relación coital se advierte rotura, retirar el pene y sustituirlo por un nuevo preservativo.

Tras la eyaculación, retirar el pene antes de la pérdida de erección completa, sujetando el preservativo a la base del pene para evitar retenciones.

El preservativo usado se debe tirar.

Si se van a utilizar lubricantes, éstos deben ser de base acuosa, ya que los lubricantes liposolubles (vaselina) pueden romper los preservativos. No debe utilizarse saliva como lubricante ya que puede contener gérmenes patógenos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ausejo P., Salvo S., Sesma E., Landa MC., Vives R., Valcayo. Detección de microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual en cérvix de mujeres asintomáticas usuarias de métodos anticonceptivos. *Clin. Invest. Gin. Obst.*, 19 (1): 20-28, 1992.
- Bajo JM., Martínez O., Pérez T. Epidemiología y factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria pélvica. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 38 (1): 61-67, 1995.
- Barrabeig I., Domínguez A. Evolución de las enfermedades de transmisión sexual en Cataluña. *Medicina Integral*, 28 (9): 433-441, 1996.
- Becker MH., Joseph JG. AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. *Am. J. Public Health*, 78: 394-410, 1998.
- Catchpole M., Connor N., Brady A., Kinghorn G., Mercey D., Band B., Thin N. Behavioural and demographic characteristics of attenders at two genitourinary medicine clinics in England. *Genitourin Med.*, 73: 457-461, 1997.
- Cornellà J. Enfermedades de transmisión sexual. *Pediatr. Integral.*, 2 (3): 227-236, 1997.
- Domínguez A., Barrabeig I., Salleras L. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. *Clin. Invest. Gin Obst.*, 25 (1): 10-23, 1998.
- Ferrer J., Llana P., Pérez-Rodrigo C. Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 38 (1): 88-95, 1995.
- Galarza MA., Urrea E., Rubio G., Garrán A. Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en una consulta de ginecología general. *Clin. Invest. Gin. Obst.*, 22 (8): 350-352, 1995.
- García-Cervera J., Pereiró I., Pérez-Campos E. Diferencias existentes entre las adolescentes atendidas en primera visita en un centro de planificación familiar en dos períodos de tiempo. *Atención Primaria*, 20 (5): 237-241, 1997.
- García-España F., March JC., Gómez I. El marketing social aplicado a la promoción del condón: una propuesta de intervención sobre grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. *Gac Sanit.*, 8: 169-179, 1994.
- González-Merlo J. Infecciones de transmisión sexual. Presentación del tema. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 38 (1): 57-60, 1995.
- Greenberg J., Magder L., Aral S. Age at first coitus. A marker for risky sexual behavior in women. *Sex Transm Dis.*, 19: 331-334, 1992.
- Hillman E., Hovell MF., Williams L., Hofstetter R., Burdyshaw C., Rugg D. et al. Pregnancy, STD and AIDS prevention: Evaluation of new image teen theats. *Aids Educ Prev.*, 3: 328-340, 1991.
- Iglesias J., Nebreda T., Rodríguez J., García-Rodríguez JA. Incidencia de enfermedades de transmisión sexual detectadas en un centro de planificación familiar. *Rev. Esp. Microbiol. Clin.*, 7 (4): 176-9, 1992.
- Informe Trimestral nº 1/1999 del Registro Nacional de SIDA. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Pub. Of. SEISIDA, 10 (7): 324-332, 1999.
- Kirby D. School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviors. *J. Sch. Health*, 66(7): 280-7, 1992.
- Miret M., Rodés A., Valverde G., Geli M., Casabona J. Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes escolarizados en Cataluña. *Gac Sanit.*, 11: 66-73, 1997.
- Morales S., Llopis A. Investigación epidemiológica en enfermedades de transmisión sexual. *Revista Ibero-Latinoamericana de E.T.S.*, 10 (1): 5-10, 1996.
- Olmos L. Las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. *Jano*, 37 (879): 1397-1400, 1989.