

Conductas de riesgo en la adolescencia ¿están aumentando las infecciones de transmisión sexual?

N. Villar García. Centro de atención a la salud sexual y reproductiva Andraize (Pamplona) Facultativo especialista adjunto en Ginecología y Obstetricia.

Resumen

La estimación de incidencia y prevalencia sugiere que los jóvenes entre 15-24 años adquieren la mitad de todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) que se diagnostican y que 1 de cada 4 mujeres jóvenes sexualmente activas adquiere una ITS, como la *Chlamydia* o el papilomavirus (HPV)⁽¹⁾. Comparados con adultos algo más mayores, los adolescentes sexualmente activos de 15-19 años y los jóvenes adultos entre 20-24 años tienen un riesgo mayor de adquirir ITS debido a una combinación de razones culturales, biológicas y de comportamiento. Se ha objetivado un aumento en la incidencia y prevalencia de ITS en las últimas dos décadas, los adultos jóvenes y adolescentes son los grupos entre los cuales hay más carga de enfermedad/infección; y este aumento de ITS entre adolescentes está influido por el tipo de práctica sexual, el uso de drogas y/o alcohol, el uso inconsistente/nulo de métodos anticonceptivos de barrera, etc. Las estrategias globales contra las ITS no han resultado 100% efectivas ya que los cambios de comportamiento en la población son complejos. No obstante, en nuestro medio se deben realizar intervenciones educativas sobre todo a la población joven para unas relaciones sexuales seguras y se deben aprovechar las consultas médicas para valorar factores de riesgo, realizar cribado de ITS si procede y promover una sexualidad sana. Material y métodos: Revisión de los datos más relevantes de las publicaciones científicas (PubMed: idiomas: español e inglés), informes de los CDC (*centers for disease control and prevention*), la OMS y la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España.

Palabras clave: *Infección de transmisión sexual; Adolescente; Prevención.*

Abstract

Estimated incidence and prevalence suggests that 15–24-year-olds acquire half of all diagnosed sexually transmitted infections (STIs) and that 1 in 4 sexually active young women acquires an STI, such as *Chlamydia* or papillomavirus (HPV). In comparison with older adults, sexually active adolescents between 15-19 years-old and young adults between 20-24 years-old, stand a higher risk of acquiring STIs due to a combination of cultural, biological, and behavioral reasons. An increase in the incidence and prevalence of STIs has been observed in the last two decades. Young adults and adolescents are the groups among which there is a greater burden of disease / infection; and this increase in STIs among adolescents is influenced by the type of sexual practice, the use of drugs and / or alcohol, the inconsistent / null use of barrier contraceptive methods, etc ... Global strategies against STIs have not been 100% effective since behavioral changes in the population are complex. However, educational interventions should be carried out in our environment, especially targeting the young population in order to promote safe sexual relations, and medical consultations should be used to assess risk factors, perform STI screening if appropriate, and promote a healthy sexuality. Material and methods: Review of the most relevant data from scientific publications (PubMed: languages: Spanish and English), reports from the CDC (centers for disease control and prevention), WHO and the website of the Spanish Ministry of Health, Consumption and Social Welfare.

Key words: *Sexually transmitted infection; Adolescent; Prevention.*

Mesa redonda

Conductas de riesgo en la adolescencia ¿están aumentando las infecciones de transmisión sexual?

Introducción

Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades/infecciones: Hepatitis B, VIH, VPH, VHS, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema importante de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas, como esterilidad y dolor pélvico crónico, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz⁽²⁾. Son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual. Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades/infecciones: Hepatitis B, VIH, VPH, VHS, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las 4 ITS curables en la actualidad son clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.

Adicionalmente, las ITS bacterianas adquieren relevancia porque aumentan el riesgo de adquisición y transmisión de la infección por el VIH a través de mecanismos que modifican la susceptibilidad del huésped y la infecciosidad del caso índice. Por otra parte, al compartir vías de transmisión con el VIH y tener periodos de latencia más cortos, las ITS pueden ser indicadores precoces de las tendencias de los comportamientos sexuales de riesgo⁽³⁾.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 se produjeron 376 millones de nuevas infecciones (más de un millón al día) de las 4 ITS curables: chlamydia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. En cuanto a las ITS virales se estimaron 417 millones de casos prevalentes de herpes simplex virus (HSV) y aproximadamente 291 millones de mujeres se infectaron del papilomavirus⁽⁴⁾ (Figura 1).

El inicio de las relaciones sexuales a edad más temprana, las parejas múltiples y un uso irregular de métodos de barrera, son causa de alta tasa de prevalencia de muchas ITS en la adolescencia y en la juventud

El inicio de las relaciones sexuales a edad más temprana, las parejas múltiples y un uso irregular de métodos de barrera, son causa de alta tasa de prevalencia de muchas ITS en la adolescencia y en la juventud. Este aumento de prevalencia de ITS entre adolescentes está influido por el tipo de práctica sexual, uso de drogas y/o alcohol, el tiempo transcurrido desde la primera relación sexual y si han sufrido abuso sexual; además puede reflejar las múltiples barreras para acceder a unos servicios de calidad en el manejo y prevención de ITS incluyendo conflicto entre los horarios de las clínicas y los horarios de trabajo/ instituto, el sentimiento de vergüenza a la hora de buscar consejo para ITS y sexualidad; los métodos de recogida de las muestras (pueden ser incómodos) y dudas sobre confidencialidad⁽¹⁾. Los adolescentes son más susceptibles a la infección por la inmadurez del tracto genital (ectopia cervical en caso de las mujeres). En mujeres sexualmente activas existe riesgo aumentado de infección por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, y una exposición precoz a VPH incrementa el riesgo de displasias cervicales. Las implicaciones futuras de las ITS en el aparato genital interno de los adolescentes incluyen esterilidad y dolor pélvico crónico⁽⁵⁾.

Magnitud del problema

Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel estatal son la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita, clamidiasis y linfogranuloma venéreo (LGV)

La información epidemiológica poblacional sobre las ITS en España se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM) incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE, 1995). Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel estatal son la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita, clamidiasis y linfogranuloma venéreo (LGV). Respecto al modo de vigilancia, todas las ITS han pasado a ser de declaración individualizada, aunque no todas las comunidades autónomas las declaran de forma individualizada. Los siguientes datos que se exponen pertenecen al informe "Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2017" y equivalen a los últimos datos disponibles⁽²⁾.

Infección por gonococo

En el año 2017 se notificaron 8.722 casos de infección gonocócica (tasa: 18,74 por 100.000 habitantes). La infección por gonococo fue disminuyendo hasta 2001 momento en el cual comenzó a aumentar (Figura 2).

Las tasas más elevadas se registraron en Cataluña, Baleares y Madrid. Respecto a la edad, la tasa más alta fue entre los 20-24 años (Figura 3).

Sífilis

En 2017 se notificaron 4.941 casos de sífilis (tasa: 10,61 por 100.000 habitantes) (Figura 4).

Las CCAA que notificaron tasas más altas en 2017 fueron Cataluña, Baleares, Canarias y Aragón. Las tasas fueron más elevadas en hombres, y el grupo de edad con las tasas más altas fue el de 25 a 34 años (Figura 5).

Sifilis congénita

En el año 2017 se notificaron 2 casos confirmados de sífilis congénita precoz que se diagnosticaron antes del primer mes de vida. La tasa de incidencia a lo largo de los años ha ido disminuyendo principalmente por el despistaje que se realiza durante el control del embarazo.

Infección por *Chlamydia trachomatis*

En el año 2017 se notificaron 9.865 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (tasa: 24,55 casos por 100.000 habitantes) de las 15 CCAA que comunican sus casos. Las tasas más altas se notificaron en Cataluña, País Vasco, Navarra y la Comunidad de Madrid. Los datos muestran mayor número de casos en mujeres y los grupos donde se produjeron la mayoría de los casos fue entre los 25-34 años y 20-24 años. En 2015 se notificaron 3.563 casos, pero no se dispone de tasa de incidencia. En 2016 se notificaron 7.162 casos con una tasa de infección de 17,85 casos por 100.000 habitantes. La clamidiasis se vigila en España desde 2015 por lo que no hay datos disponibles previos a esta fecha, pero se objetiva de 2015-2017 que se está produciendo un aumento de la incidencia de esta infección (Figura 6).

Linfogranuloma venéreo (infección por *Chlamydia trachomatis* L1-L3)

La vigilancia del LGV está implantada en doce CCAA. En 2017 se han notificado 414 casos en seis CCAA. La tasa de incidencia para el conjunto de CCAA que disponen de sistema de vigilancia fue de 1,15 casos por 100.000. Las tasas más elevadas se produjeron en Cataluña y en la Comunidad de Madrid. El 97,1% fueron hombres, la mayor parte de los casos tenían entre 35 y 44 años (Figura 7).

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico de ITS se realiza principalmente en personas sintomáticas (dolor abdominal, flujo vaginal, secreción u ardor uretral en varones, úlceras, lesiones y verrugas, enfermedad inflamatoria pélvica), contactos sexuales de personas infectadas y/o con cribado de ITS. En cuanto al cribado, el interés de efectuar un despistaje de las ITS radica en que estas pueden cursar de forma asintomática, pero desarrollar complicaciones graves sin tratamiento. La identificación precoz no solo permite el tratamiento adecuado inmediato, sino iniciar el estudio de contactos, lo que comporta un beneficio tanto individual como de salud pública, al cortar la cadena de transmisión y con ello prevenir nuevas infecciones.

La guía GESIDA (actualización de Marzo 2017) recomienda efectuar cribado de las ITS en personas sexualmente activas integrantes de colectivos con alta prevalencia de ITS, como jóvenes menores de 25 años, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es del sexo, adolescentes y personas que ingresan en instituciones penitenciarias o correccionales. (Grado de recomendación A-II). El despistaje en adolescentes debe incluir serología: VIH, sífilis, VHA y VHC; y cultivos para descartar *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae*. En cuanto a la periodicidad del cribado se realizará en función de la valoración del riesgo individualizado (relaciones sexuales con diferentes parejas, uso inconsistente de preservativo con parejas casuales, antecedentes previos de ITS, consumo de drogas y/o alcohol asociado a las relaciones sexuales, ser víctima de violencia sexual). Actualmente en Navarra se están realizando cribados oportunistas de ITS con cultivos cervicales en mujeres que inician el cribado de cáncer de cérvix (a los 25 años de edad). Estos cribados de ITS descartan clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis, ureaplasma y micoplasma (que también han aumentado su incidencia). Los métodos actuales de detección por PCR de *Chlamydia* con los que contamos en Navarra son muy sensibles y habría que valorar si el aumento de la incidencia se debe a que estamos realizando más cultivos; si esto es así, se traducirá en un descenso del volumen de enfermedades inflamatorias pélvicas en el futuro.

En el estudio de contactos se identifica a las parejas sexuales de un paciente diagnosticado de una ITS. Dependiendo de cada ITS, el intervalo de tiempo para la identificación de contactos varía entre 60 días y 1 año, y se les informa de su exposición, ofreciéndoles atención y tratamiento por un profesional sanitario. Este estudio debe hacerse a la mayor brevedad posible con el objeto de minimizar las reinfecciones e impedir la progresión de la enfermedad en las parejas infectadas. Además de las pruebas apropiadas para el diagnóstico de la infección a la que ha sido expuesto, deben descartarse

La identificación precoz de la ITS no solo permite el tratamiento adecuado inmediato, sino iniciar el estudio de contactos, lo que comporta un beneficio tanto individual como de salud pública, al cortar la cadena de transmisión y con ello prevenir nuevas infecciones

Mesa redonda

Conductas de riesgo en la adolescencia ¿están aumentando las infecciones de transmisión sexual?

otras ITS. El estudio de contactos tiene beneficios clínicos y de salud pública por tres razones: evita la reinfección del caso índice, diagnostica y trata a personas infectadas que frecuentemente están asintomáticas y que de otro modo no solicitarían atención médica y rompe la cadena de transmisión de la infección a nivel poblacional⁽⁵⁾.

Aunque los fármacos antibióticos son muy efectivos, en los últimos años se han detectado cepas de *Neisseria gonorrhoeae* farmacorresistentes

En el tratamiento de las ITS curables se intenta que sean pautas cortas para facilitar y mejorar el cumplimiento por parte de las personas afectadas y sus contactos. Remarca que, aunque los fármacos antibióticos son muy efectivos, en los últimos años se han detectado cepas de *Neisseria gonorrhoeae* farmacorresistentes. La OMS ha creado un programa para vigilar la resistencia de los gonococos a los antibióticos y considera que estos casos declarados pueden ser la punta del iceberg ya que en los países con escaso desarrollo donde la gonorrea es la realidad más común escasean los sistemas de diagnóstico y notificación. La farmacorresistencia, sobre todo en el caso de la gonorrea, es un problema grave que podría impedir que se redujeran las ITS en el mundo, no obstante, en los países desarrollados como el nuestro cada vez que un cultivo resulta positivo se realiza antibiograma. Se están desarrollando nuevos fármacos para la gonorrea, pero la clave reside en la prevención mediante un comportamiento sexual seguro⁽⁶⁾.

Prevención y estrategias

La prevención de las ITS mediante vacunación está limitada a las vacunas de hepatitis A y B y el VPH

La prevención de las ITS mediante vacunación está limitada a las vacunas de hepatitis A y B y el VPH⁽⁵⁾. El impacto de la vacunación contra el VPH que se ofrece a niñas de 13 años a nivel estatal lo observaremos en los años próximos.

En la actualidad para la prevención de VIH en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores/as del sexo está disponible la profilaxis preexposición (PrEP) con fármacos antirretrovirales de forma continuada asociadas a uso de preservativo⁽⁷⁾. Para el resto de ITS se recomienda como profilaxis el uso consistente de preservativo.

Los esfuerzos actuales para contener la propagación de las ITS no son suficientes. A pesar de los considerables esfuerzos realizados a fin de identificar intervenciones simples para reducir las conductas sexuales de riesgo, continúa siendo difícil lograr cambios de comportamiento a este respecto. Se han realizado estrategias globales para reducir/eliminar la carga de enfermedad causada por las ITS, pero ninguna resulta ser 100% eficaz. Los estudios indican que es importante centrarse en grupos poblacionales bien definidos, consultar ampliamente a los destinatarios y darles voz en las actividades de diseño, aplicación y evaluación de las intervenciones.

La información sobre el sexo seguro tiene que formar parte de todas las consultas de salud sexual y debe incluir información sobre formas de transmisión y riesgo de determinadas prácticas sexuales así como de eficacia y limitaciones del preservativo (Grado de recomendación A-III)

La OMS publicó en 2016 la guía "Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS" la cual subraya la necesidad de adoptar un conjunto integral de intervenciones esenciales, como la información y los servicios de prevención de la infección por el VIH y otras ITS⁽⁸⁾. Para ello es necesario un acceso fácil de la población (sobre todo de los jóvenes) a los Servicios de Salud o a los Centros Municipales de Planificación Familiar (localizables por internet o en el teléfono de información al ciudadano de cada comunidad) para prevenir tanto ITS como gestaciones no deseadas (posibilidad de anticoncepción postcoital dentro de las 48-120 horas tras relación), y garantizarles confidencialidad para crear un ambiente de confianza que permita explorar otras áreas (amigos, redes sociales y sexuales, posibilidad de abuso sexual). Los profesionales sanitarios (pediatra, médico de familia, ginecólogo) debemos asesorarles frente a conductas sexualmente seguras y estrategias de prevención/reducción de riesgos, así como frente a conductas socialmente seguras (no drogas, no alcohol), y aprovechar la consulta para formarles en signos de alarma de ITS; si tenemos un adolescente entre los 13 y 16 años valoraremos el grado de madurez del menor, pudiendo catalogarle de "menor maduro"; y en este caso, él mismo podrá tanto aceptar el tratamiento como decidir si se informa o no a su familia.

Así pues, la información sobre el sexo seguro tiene que formar parte de todas las consultas de salud sexual y debe incluir información sobre formas de transmisión y riesgo de determinadas prácticas sexuales así como de eficacia y limitaciones del preservativo (Grado de recomendación A-III)⁽⁵⁾.

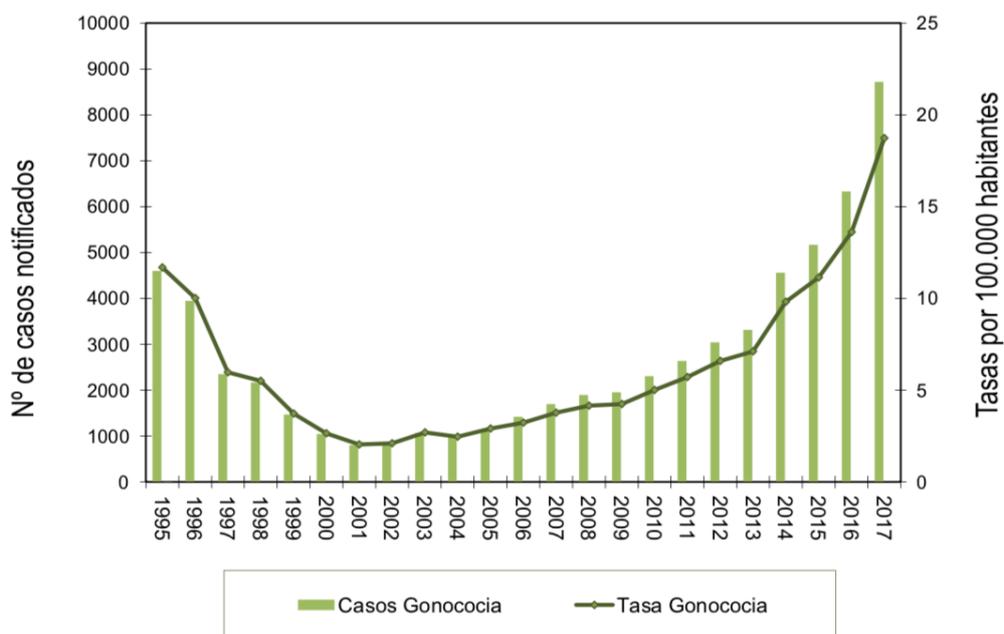
Tablas y figuras

Figura 1. Incidencia de ITS a nivel global

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION	No. (million)
CHLAMYDIA	127
GONORRHOEA	87
SYPHILIS	6
TRICHOMONIASIS	156
TOTAL	376

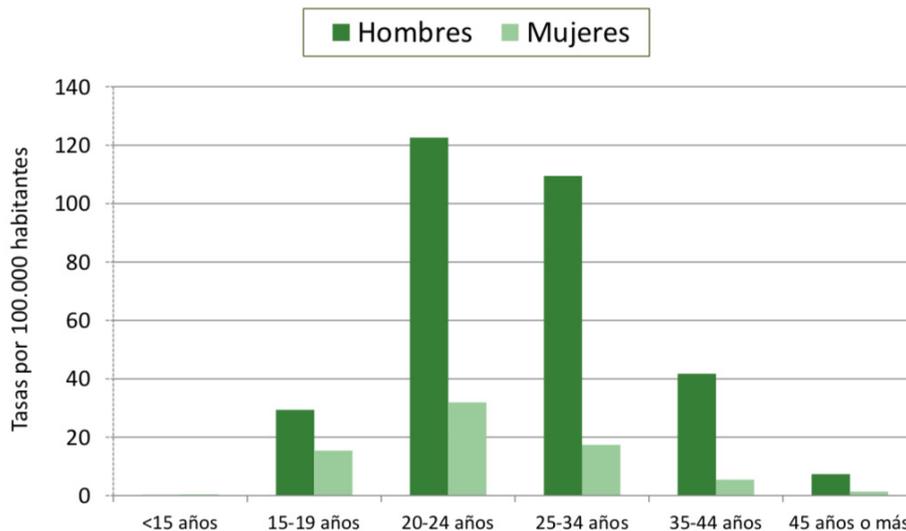
Fuente: OMS. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018.

Figura 2. Incidencia de infección gonocócica. Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2017



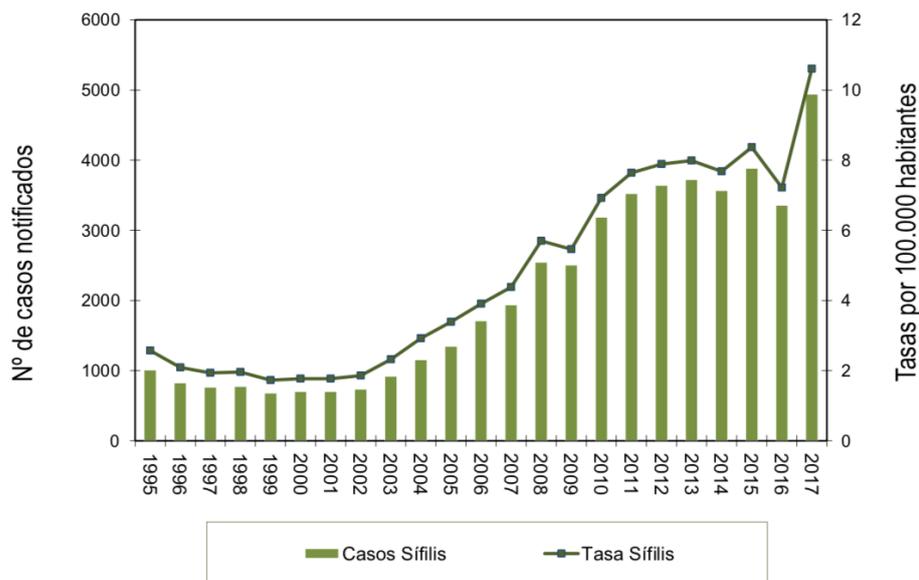
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Figura 3. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo de infección gonocócica, 2017



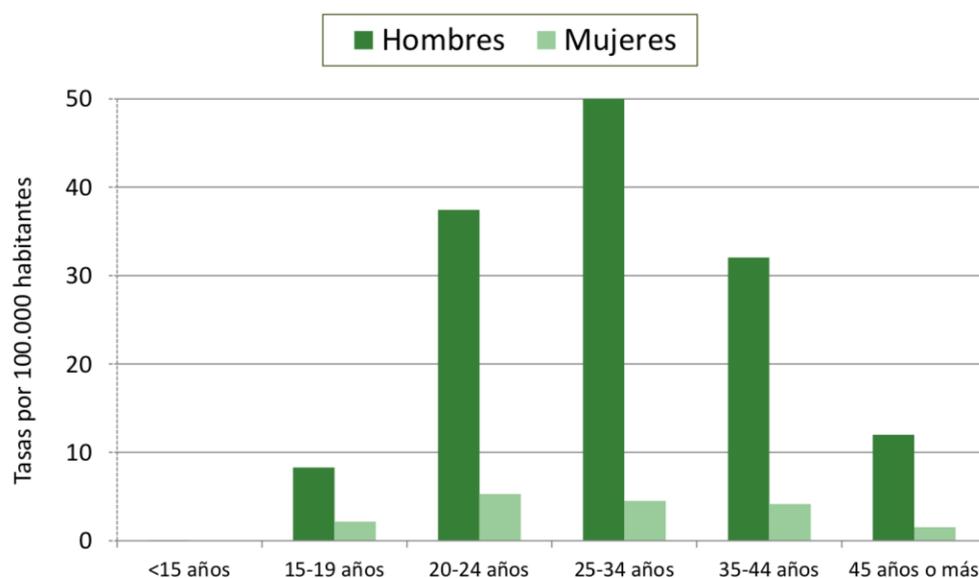
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Figura 4. Incidencia de sífilis. Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2017



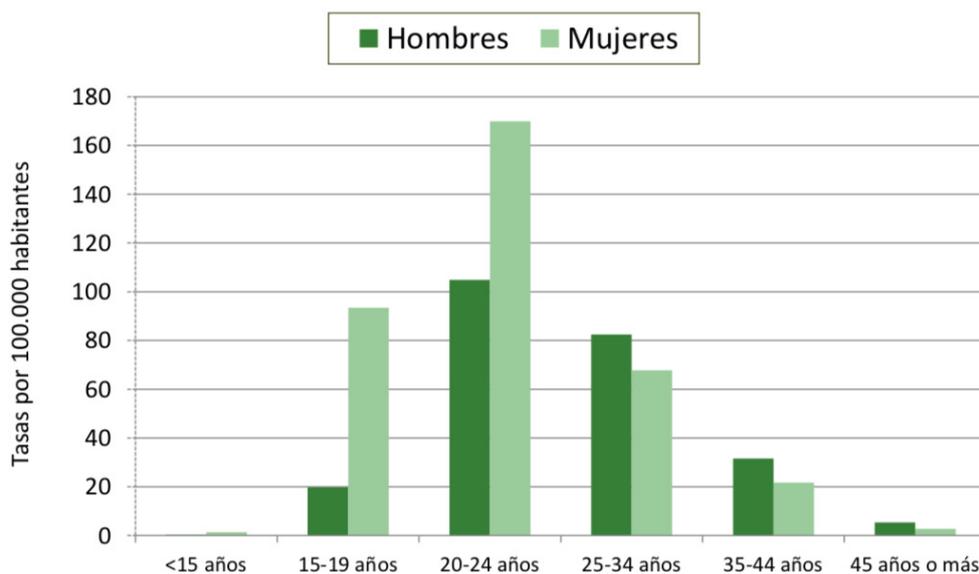
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Figura 5. Tasas de incidencia de sífilis por grupos de edad y sexo, 2017



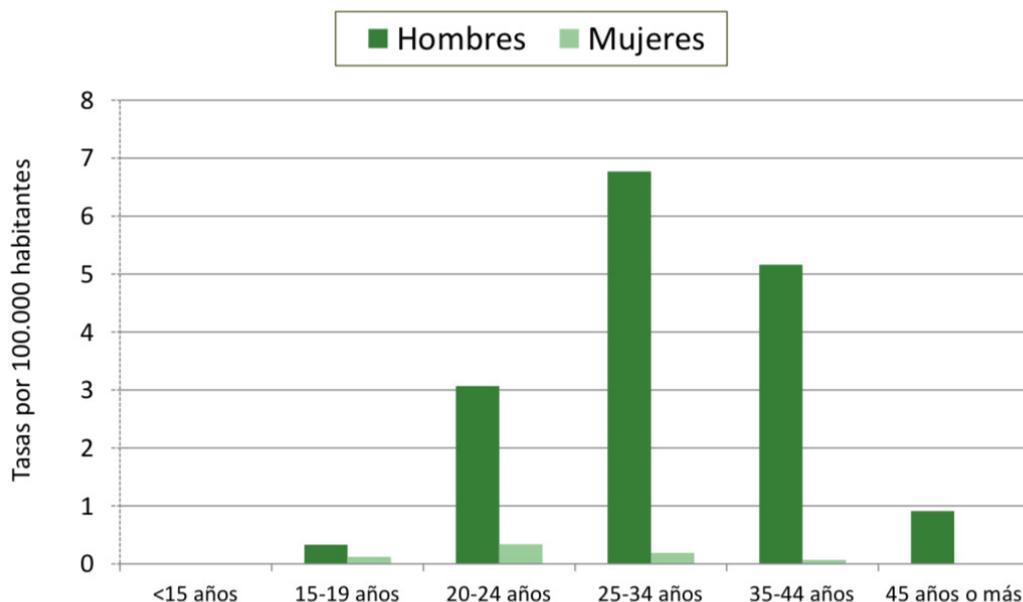
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Figura 6. Tasas de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por grupos de edad y sexo, 2017



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Figura 7. Tasas de incidencia de infección de Linfogramuloma venéreo por grupos de edad y sexo, 2017



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2018. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019. doi: 10.15620/cdc.79370.
- Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2017. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2019.
- Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.
- Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Grupo de Expertos del Grupo de Estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en adultos, niños y adolescentes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- Costa-Lourenco A., Barros Dos Santos K.T., Moreira B.M., Fracalanza S.E.L., Bonelli R.R. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: History, molecular mechanisms and epidemiological aspects of an emerging global threat. *Braz. J. Microbiol.* 2017;48:617–628. doi: 10.1016/j.bjm.2017.06.001.
- Plan Nacional Sobre el Sida-Grupo de Expertos PrEP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Profilaxis Preexposición al VIH en España. Enero 2018.
- Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021. Towards ending STIs. Geneva: World Health Organization; 2016.

Páginas web de interés

- [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- <https://www.cdc.gov/std/stats17/default.htm>.
- <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/infecciones-de-transmision-sexual>.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. De las siguientes afirmaciones sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), una no es correcta. ¿Cuál es?**
 - a) Las cuatro ITS curables en la actualidad son: clamidias, gonococias, sífilis y tricomonas.
 - b) Adicionalmente, las ITS bacterianas adquieren relevancia porque aumentan el riesgo de adquisición y transmisión de la infección por el VIH a través de mecanismos que modifican la susceptibilidad del huésped y la infecciosidad del caso índice.
 - c) Las infecciones de transmisión sexual (ITS) no son un problema importante de salud pública ya que actualmente son todas susceptibles de tratamiento eficaz.
 - d) El inicio de las relaciones sexuales a edad más temprana, las parejas múltiples y un uso irregular de métodos de barrera, son causa de alta tasa de prevalencia de muchas ITS en la adolescencia y en la juventud.

- 2. Una de estas ITS no está sometida a vigilancia epidemiológica, ¿cuál es?**
 - a) Infección gonocócica.
 - b) Sífilis.
 - c) Virus del herpes simple.
 - d) Clamidia.

- 3. En el estudio de contactos de ITS, alguna actividad de las siguientes no tiene beneficios clínicos y de salud pública relacionados con ITS, ¿cuál?**
 - a) Evita la reinfección del caso índice.
 - b) Se aprovecha para repasar tomar la tensión arterial.
 - c) Diagnostica y trata a personas infectadas que frecuentemente están asintomáticas.
 - d) Rompe la cadena de transmisión de la infección a nivel poblacional.

Respuestas en la página 166