



# ¿Debemos hacer cribado de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes?

J. COLOMER REVUELTA Y GRUPO PREVINPAD/PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Centro de Salud Fuente de San Luis. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Universitat de Valencia

En diversas publicaciones realizadas en Estados Unidos y en algunos países europeos se insiste, en los últimos años, en la tendencia creciente de diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en general para todas las edades y especialmente de las infecciones por clamidias y gonococos en adolescentes. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) calcula que se producen 19 millones de nuevas infecciones anuales en los Estados Unidos, de las cuales al menos la mitad afectan a personas entre 15 y 24 años<sup>1</sup>.

Un aspecto importante en el manejo de esta patología es que el fracaso en el diagnóstico y tratamiento precoz de una ITS puede producir importantes complicaciones y secuelas: enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazos ectópicos, cánceres anogenitales y morbilidad neonatal. Existe además una fuerte correlación entre la extensión de las ITS clásicas y la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Aunque la principal aproximación al manejo de las ITS se basa en el diagnóstico de las mismas a través de sus manifestaciones clínicas específicas (descarga vaginal o uretral, lesiones genitales, dolor pélvico...) existen formas asintomáticas que incrementan el riesgo de complicaciones y de transmisión comunitaria. Los cribados o *screenings* pretenden detectar precozmente ITS no sintomáticas, para poder realizar el tratamiento lo antes posible, evitando las complicaciones y secuelas, así como la transmisión a otras parejas sexuales. Dado el elevado coste que supondría el cribado universal, se plantea una realización más costo eficiente, centrada en grupos de riesgo, siendo la conducta sexual la clave determinante del mismo<sup>2</sup>.

Clásicamente, a la población adolescente se le atribuye un riesgo incrementado frente a estas infecciones debido a factores tanto de comportamiento sexual como de tipo biológico. Los factores de comportamiento que se han asociado son la edad de inicio del primer coito, el tiempo entre la menarquia y el primer coito (especialmente para el VPH), la actividad sexual desarrollada entre la adolescencia precoz y media (especialmente para clamidia), las parejas múltiples, las nuevas parejas, las parejas con múltiples parejas, el uso inconsis-

tente del preservativo y el consumo de alcohol y/o drogas como marcador independiente o asociado al mal uso de contraceptivos y a las parejas múltiples. Entre los factores biológicos, se ha argumentado que la relativa inmadurez de su sistema inmunológico, menores niveles de IgA en la mucosa cervical, y la presencia de epitelio columnar en el exocérnix adolescente facilitarían la infecciones por clamidias, virus del papiloma humano y gonorrea. Sin embargo, otros estudios no han logrado demostrar la importancia de estos factores<sup>3</sup>.

Basándose en las premisas de su incidencia creciente y su mayor riesgo, las organizaciones americanas proponen en la actualidad recomendaciones tanto para su prevención primaria, mediante el consejo dirigido a los comportamientos sexuales<sup>4</sup> como para su prevención secundaria mediante el cribado de ITS en mujeres adolescentes.

Comparando las diferentes guías de expertos para la atención a adolescentes propuestas por la American Academy of Pediatrics (AAP), Bright Futures (BF) y la Guidelines for adolescent Preventive Services (GAPS) y American Academy of Family Practice (AAFP) se pone de manifiesto su concordancia en la recomendación sistemática de cribado de clamidias en todas las mujeres adolescentes sexualmente activas y el cribado selectivo, en mujeres adolescentes con comportamiento de alto riesgo, para la gonorrea, la sífilis y el VIH. Algunas como BF propone, además, este cribado selectivo para tricomonas y virus herpes simple (VHS) y, coincidiendo con GAPS, para el virus del papiloma humano (VPH)<sup>5</sup>.

Una de las revisiones más reciente, fundamentada en pruebas y con grados de recomendación es la que la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ha publicado en 2008. En ella se recogen las ocho actualizaciones parciales, basadas en las revisiones sistemáticas que ha ido realizando desde sus anteriores recomendaciones del año 2000<sup>6</sup>.

Estas recomendaciones, reflejadas en la **tabla 1**, son similares a las que realizan también en la actualidad importantes instituciones norteamericanas como los CDC (Centers for Disease Control and Prevention), la AAFP (American Academy of Family Physicians) y la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists).

**Tabla 1**  
**COMPARACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA EL CRIBADO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS, NO EMBARAZADAS<sup>6</sup>**

ITS	USPSTF	CDC	AAFP	ACOG
Clamidia	Cribado en mujeres de 25 años y menores y en las de riesgo incrementado	Cribado en mujeres de 25 años y menores y en las de riesgo incrementado	Cribado en mujeres de 25 años y menores y en las de riesgo incrementado	Cribado en mujeres de 25 años y menores y en las de riesgo incrementado
Gonorrea	Cribado en mujeres de 25 años y menores y en las de riesgo incrementado	Cribado en mujeres de riesgo	Cribado en mujeres de 25 años y menores y en las de riesgo incrementado	Cribado en mujeres adolescentes y en otras de riesgo
Sífilis	Cribado en mujeres de riesgo incrementado	Cribado en mujeres expuestas a sífilis	Cribado en mujeres de riesgo incrementado	Cribado en mujeres de riesgo incrementado
VIH	Cribado en mujeres de riesgo incrementado	Cribado general	Cribado en mujeres de riesgo incrementado	Cribado en mujeres de riesgo incrementado
Hepatitis B	No hacer cribado en población general	Cribado prevacunal en mujeres con riesgo incrementado	No hacer cribado en población general	Sin recomendaciones específicas
Hepatitis C	No hacer cribado en población general: insuficiente evidencia para recomendar o desaconsejar el cribado en mujeres de riesgo incrementado	Cribado prevacunal en mujeres de riesgo incrementado	No hacer cribado en población general: insuficiente evidencia para recomendar o desaconsejar el cribado en mujeres de riesgo incrementado	Cribado prevacunal en mujeres de riesgo incrementado
VHS	No hacer cribado	No hacer cribado en población general	No hacer cribado	Cribado si la pareja sexual padece VHS
VPH*	Insuficiente evidencia para utilizarlo como prueba de cribado primaria para cáncer cervical	No hacer cribado para infección subclínica	Insuficiente evidencia para utilizarlo como prueba de cribado primaria para cáncer cervical	La prueba de Papanicolaou es una opción para mujeres mayores de 30 años

ITS: infección de transmisión sexual; USPSTF: US Preventive Services Task Force; CDC: Centers for Disease Control and Prevention; AAFP: American Academy of Family Physicians; ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologist; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VHS: virus herpes simple; VPH: virus del papiloma humano.

\* Al no existir un tratamiento disponible, habitualmente se utiliza para estratificar el riesgo de neoplasia cervical.

Tras la lectura de las recomendaciones de la USPSTF (tabla 2) se concluye que en los adolescentes sexualmente activos y asintomáticos deberían realizarse cribados de:

- Clamidia y gonorrea a todas las mujeres adolescentes, ya que considera a todas las menores de 25 años como grupo de riesgo para estas dos infecciones.
- Sífilis y VIH a mujeres y varones adolescentes con comportamientos sexuales de riesgo.

En cuanto a la periodicidad, edad de inicio o de finalización del cribado, reconoce USPSTF que no hay información que permita establecer recomendaciones basadas en la evidencia<sup>6</sup>.

A pesar de la influencia que estas recomendaciones de la USPSTF están teniendo en algunos países europeos, desde el grupo PrevInfad nos hemos resistido a cambiar, de momento y a la espera de disponer de más información, nuestra recomendación de realizar el cribado de ITS de forma selectiva sólo a aquellas adolescentes que presentan comportamientos sexuales de riesgo, los mismos que se consideran para la población adulta, y no recomendar el cribado sistemático en todas las sexualmente activas<sup>7</sup>. Nuestra postura

de espera se basa en la imposibilidad de poder argumentar, con los datos disponibles, que se cumplan las condiciones generales que justificarían su implantación<sup>8</sup>.

El principal problema para poder calcular el coste-efectividad del cribado en nuestro medio continúa siendo la falta de información sobre la prevalencia real de las ITS y de las conductas consideradas de riesgo en adolescentes y jóvenes españoles. Nuestros sistemas de información epidemiológica sobre ITS, las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y el sistema de vigilancia microbiológica<sup>9</sup> presentan importantes limitaciones, ya que recogen datos sólo de algunos tipos de infecciones (sífilis, gonococia, SIDA y hepatitis), la notificación de casos es baja y además no ofrecen información por edades. Pero, a pesar de sus limitaciones, lo que sí nos permiten sospechar estos datos y los de otros estudios comparativos es que la tasa general de ITS es menor en nuestro país que en otros, como EE. UU., y es lógico pensar que esta diferencia se dé también en la población adolescente, con lo que esto puede suponer en cuanto a la pertinencia del cribado.

Finalmente, también cabría plantearse que, algunos de los requisitos que justificarían este cribado<sup>8</sup> como cuál es el riesgo

**Tabla 2**  
**RECOMENDACIONES DE LA USPSTF PARA EL CRIBADO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL<sup>6</sup>**

ITS	MUJERES NO EMBARAZADAS		MUJERES EMBARAZADAS		HOMBRES	
	Sin riesgo incrementado	Con riesgo incrementado*	Sin riesgo incrementado	Con riesgo incrementado*	Sin riesgo incrementado	Con riesgo incrementado*
Clamidia	No	Sí*	No*	Sí	Información insuficiente	Información insuficiente
Gonorrea	Desaconsejado	Sí*	Información insuficiente	Sí	Desaconsejado	Información insuficiente
Sífilis	Desaconsejado	Sí	Sí	Sí	Desaconsejado	Sí**
VIH	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí**
Hepatitis B	Desaconsejado	Desaconsejado	Sí	Sí	Desaconsejado	Desaconsejado
Hepatitis C	Desaconsejado	Información insuficiente	-	-	Desaconsejado	Información insuficiente
VHS	Desaconsejado	Desaconsejado	Desaconsejado	Desaconsejado	Desaconsejado	Desaconsejado
VPH***	Información insuficiente	Información insuficiente	-	-	-	-

Sí: recomendación para su realización por existir certeza de su beneficio; No: recomendación de no prestar este servicio de forma general y rutinaria y sólo prestarlo a pacientes seleccionados, dada la certeza de que el beneficio proporcionado es pequeño; Desaconsejado: recomendación para su no realización ante la certeza de que no proporciona beneficios; Información insuficiente: debido a la falta de información no se puede determinar una recomendación a favor o en contra; (-): no existe recomendación de la de la USPSTF al respecto; ITS: infección de transmisión sexual; USPSTF: US Preventive Services Task Force; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VHS: virus herpes síple; VPH: virus del papiloma humano.

\* El riesgo incrementado para mujeres embarazadas y no embarazadas se define por los comportamientos sexuales de riesgo para ITS, la edad menor de 25 años para infecciones por clamidias y gonorrea y la alta prevalencia en la comunidad de infección por clamidia, gonorrea y sífilis.

\*\* El riesgo incrementado para hombres se define por los comportamientos sexuales de riesgo para ITS y la alta prevalencia en la comunidad de infección por sífilis.

\*\*\* Al no existir un tratamiento disponible habitualmente se utiliza para estratificar el riesgo de neoplasia cervical.

real de complicaciones de las infecciones asintomáticas no tratadas o los criterios de coste beneficio, que la USPSTF asume para hacer sus recomendaciones, están basados en estudios de poca potencia en cuanto a los niveles de evidencia y que podrían ser discutidos a la vista de otros resultados más recientes o que no han sido tenidos en cuenta en sus revisiones<sup>10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Weinstock H, Berman S, Cates W, Jr. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspect Sex Reprod Health* 2004;36:6-10.
- Swygard H, Cohen MS. Screening for sexually transmitted diseases. En: Basow D, editores. Waltham, MA: UpToDate, 2008.
- Fortenberry JD. Sexually transmitted diseases in adolescents. En: Basow D, editor. Waltham, MA: UpToDate, 2008.
- Lin JS, Whitlock E, O'Connor E, Bauer V. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the US. *Preventive Services Task Force. Ann Intern Med* 2008; 149:497-9.
- Richmond TK, Freed GL, Clark SJ, Cabana MD. Guidelines for adolescent well care: is there consensus? *Curr Opin Pediatr* 2006;18:365-70.
- Meyers D, Wolff T, Gregory K, Marion L, Moyer V, Nelson H, et al. USPSTF recommendations for STI screening. *Am Fam Physician* 2008;77:819-24.
- Colomer Revuelta, J. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Recomendación. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado octubre 2003. [Consultado 13-11-0208.]. Disponible en: [http://www.aepap.org/previnfad/rec\\_endits.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_endits.htm).
- Muir Gray JA. New concepts in screening. *Br J Gen Pract* 2004; 54:292-8.
- Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2006. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/its.pdf>.
- Low N. Screening programmes for chlamydial infection: when will we ever learn? *BMJ* 2007;334:725-8.