

grupo de estudio
del Adolescente



ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE



Grupo de Estudio del Adolescente
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Autoras (por orden alfabético)

Sara M^a Palenzuela Paniagua
Médica de Familia. Centro de Salud Otero (Ceuta)

Rocío Martos Guardeso
Médica Interna Residente. Centro de Salud Cartuja (Granada)

M^a Inmaculada Mesa Gallardo
Médica de Familia. Distrito Sanitario Condado-Campiña (Huelva)

Coordinador

Alejandro Pérez Milena
Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

El Grupo de Estudio del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria ofrece en esta guía una serie de recomendaciones fruto de la revisión de diferentes documentos de Administraciones Públicas, Servicios de Salud y Sociedades Científicas, así como de los resultados de las investigaciones biomédicas publicadas. Se intenta, pues, aportar la mayor evidencia que el grupo ha encontrado para el cuidado de la salud de la adolescencia, sin olvidar que esta información debe ser actualizada periódicamente en base a nuevas evidencias que puedan surgir.

No se hacen recomendaciones sobre la salud bucodental ni sobre inmunizaciones dada la existencia de un calendario vacunal vigente en Andalucía, cuya propuesta se aplica en toda la comunidad autónoma.

© Grupo de Estudio del Adolescente
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2013
ISBN 84-695-6903-1



ÍNDICE

EL RIESGO EN LA EDAD ADOLESCENTE	1
RECOMENDACIONES EN SALUD	2
1. Estilos de vida	2
1.1 Consumo de drogas	2
1.2 Nutrición y actividad física	3
1.3 Prevención de accidentes de tráfico	4
1.4 Prevención del cáncer de piel	5
2. Salud sexual	6
2.1 Uso de métodos anticonceptivos	6
2.2 Cribado de infecciones de transmisión sexual	7
2.3 Prevención del Cáncer de Cérvix	8
3. Pruebas de diagnóstico precoz	9
3.1 Cribado de la obesidad	9
3.2 Cribado de hipertensión arterial	9
3.3 Cribado de las dislipemias	9
3.5 Cribado de la tuberculosis	11
3.6 Cribado de la enfermedad celíaca	11
4. Salud mental y convivencia	12
4.1 Cribado de la depresión	12
4.2 Prevención del suicidio	12
4.3 Violencia contra menores	13
4.4 Acoso escolar	14
4.5 Uso seguro de internet	14
CONTROLES DE SALUD	15
NIVELES DE EVIDENCIA	17
BIBLIOGRAFÍA	18
SIGLAS	20



EL RIESGO EN LA EDAD ADOLESCENTE

1

La adolescencia es una etapa de la vida situada entre el momento de inicio de la pubertad y el momento en que se aproxima el status de adulto, y se entiende como una construcción cultural, no como un simple fenómeno biológico. Son, en general, personas sanas; sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia, provocadas por problemas como el tabaquismo, la infección por VIH o los malos hábitos alimentarios.

El peso de los/as adolescentes y jóvenes en la población general y el aumento de riesgo y vulnerabilidad social que presenta la cultura de comienzo de siglo para este grupo genera la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad en los servicios de salud que contemplen las necesidades específicas de este grupo de edad desde la perspectiva de género e implicando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano durante la segunda década de su vida.

Partiendo del concepto de **salud integral del adolescente** se propone concentrar los esfuerzos sanitarios en una atención integral e integrada a los adolescentes. Así, el objetivo de los programas preventivos debe ser el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, y reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en situaciones menos favorables.



1. ESTILOS DE VIDA

1.1 CONSUMO DE DROGAS

2

La prevención del consumo de drogas en adolescentes debe iniciarse a los 11-14 años, según la madurez del adolescente. Debe realizarse mediante mensajes positivos, con intervenciones breves de forma continuada y dado por diferentes profesionales.

TABACO: Las evidencias actuales son insuficientes para recomendar o no el cribado en el consumo de tabaco por parte de los adolescentes y las intervenciones para dejar de fumar. Sin embargo, son actividades aconsejables por los efectos deletéreos sobre la salud y la persistencia del consumo en la edad adulta. Se debe realizar una anamnesis del consumo y consejo al menos una vez al año.

- El consejo enfatizará los aspectos negativos a corto plazo. Se orientará a los aspectos estéticos como el oscurecimiento de los dientes y el bajo rendimiento deportivo.
- Los clínicos deberían recomendar dejar de fumar en cada oportunidad y reforzar a aquellos que no fuman.
- Hay evidencias de que los programas escolares y de intervención familiar pueden ayudar a prevenir el consumo de tabaco entre adolescentes.
- No hay estudios que demuestren la efectividad de la terapia sustitutiva de nicotina o del bupropion para dejar de fumar entre adolescentes

ALCOHOL: No hay trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antialcohol en la consulta de Atención Primaria ni hay pruebas de un menor consumo de alcohol tras la administración breve y oportunista en adolescentes. Sin embargo, son aconsejables la anamnesis del consumo y el consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

- Entre los 7-12 años: se reforzará la prevención del consumo de alcohol.
- En los mayores de 13 años: se recomienda el consejo sobre el uso de la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, reforzando la abstinencia al conducir. Aconsejar sobre la ingesta de alcohol identificando los síntomas de dependencia. Se puede hacer una pregunta sobre la cantidad de consumo o utilizar el AUDIT/CAGE aunque estos no han sido validados en adolescentes.

OTRAS DROGAS: Las evidencias actuales son insuficientes para recomendar el cribado en adolescentes. Sin embargo, se recomienda realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

- La AAP recomienda a los sanitarios estar atentos a la clínica y promueve la educación sobre los peligros para la salud en los adolescentes y niños, con especial atención a las drogas inhaladas (como pegamentos) ya que son frecuentemente las primeras drogas de abuso entre los adolescentes.
- Los test de orina pueden objetivar el uso puntual pero no puede distinguir entre los consumidores habituales y los ocasionales.

No hay suficiente evidencia sobre la eficacia del cribado y la intervención del consumo de sustancias adictivas en la población adolescente [recomendación I], aunque se recomienda un cribado oportunista y el consejo breve en todos los menores [recomendación B] (CPSTF), pues parece aumentar conocimientos y mejorar la actitud. Hay evidencias para el consejo breve sobre consumo de alcohol en adolescentes embarazadas (USPSTF, AAFP) [B]

1.2 NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

CONSEJOS SOBRE ALIMENTACIÓN: La composición equilibrada de la dieta presenta un alto nivel de evidencia para conseguir un adecuado cambio corporal durante la adolescencia. Las grasas deben aportar entre el 20-25% y el 30-35% de las calorías totales de la dieta. El consumo máximo recomendado de grasas en relación a la energía total de la dieta se reparte en grasas saturadas (7%), monoinsaturadas (10%), poliinsaturadas (13%) y saturadas trans (<1%). La ingesta de colesterol debe ser inferior a 300mg/día, y 200mg/día si existe hiperlipemia. En la mayoría de guías se indica proporcionar consejo nutricional al adolescente y su familia:

- Elegir y preparar una variedad saludable de comidas, con tres comidas fuertes al día, con horario regular y un ambiente placentero.
- Situar el desayuno como la comida más importante. Fomentar un mayor aporte de calorías procedentes de verduras, frutas, legumbres, cereales preferiblemente integrales, pescado, aves, lácteos bajos en grasa y aceite de oliva.
- Realizar comidas preparadas con poca o ninguna grasa, e incluir comidas con calcio y hierro.
- Elegir aperitivos nutritivos, ricos en carbohidratos complejos.

Sin embargo, la mayoría de las recomendaciones sobre educación carecen de nivel de evidencia suficiente y se desconocen cuántas intervenciones son necesarias para modificar un hábito dietético.

Unos hábitos nutricionales adecuados optimizan el desarrollo físico de los adolescentes [recomendación A] pero se desconoce la eficacia del consejo dietético emitido por los sanitarios [recomendación I].

4

ACTIVIDAD FÍSICA: El adolescente debe participar regularmente en alguna actividad física que a largo plazo, forme parte de su estilo de vida. Se aconseja realizar una actividad moderada o intensa durante 30-60 minutos al día, todos los días de la semana o, como mínimo, durante tres días a la semana, así como limitar las actividades sedentarias de ocio. La evidencia sobre la eficacia de esta actividad es insuficiente.

Se recomienda recoger en la historia clínica los hábitos de actividad física y hacer una exploración de “no contraindicación deportiva” para escolares que realizan deporte de competición o de fuerza teniendo en cuenta las limitaciones en ciertas enfermedades durante la adolescencia. No existe suficiente evidencia para generalizar esta actividad.

Se recomienda la promoción de la actividad física en todos los adolescentes mediante ejercicio aeróbico de intensidad moderada-alta y durante 30-60 minutos diarios, aunque la evidencia sobre su eficacia es insuficiente [recomendación I].

1.3 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

Los jóvenes conductores de 16 a 24 años conforman un importante grupo de riesgo para las lesiones causadas por accidentes de tráfico. En España, uno de cada cuatro muertos en accidente de tráfico es menor de 25 años. Diferentes guías aconsejan preguntar a padres/madres y adolescentes por:

- el uso del casco en moto y bicicleta
- el empleo del cinturón de seguridad
- la conducción bajo los efectos del alcohol

También se indica la oferta de recomendaciones siempre que sea posible por su bajo coste. Sin embargo, no hay evidencias disponibles sobre este tipo de intervenciones en Atención Primaria, siendo más importante el conjunto de medidas legislativas e intervenciones de base comunitaria que la intervención individual del sanitario.

Se aconseja la recomendación oportunista en consulta por su bajo coste. Sin embargo, no se conoce la eficacia de la realización de actividades preventivas contra los accidentes de tráfico [recomendación I], y probablemente sea inferior al cambio de las normas legislativas y a las intervenciones de base comunitaria.

1.4 PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL

Se debe recomendar evitar la exposición excesiva al sol, sobre todo en las horas centrales del día (debido a la radiación UVB), y el uso de protección solar. Está especialmente indicado el consejo en las visitas realizadas en primavera y verano. Los médicos de Atención Primaria deben colaborar en campañas escolares de prevención de la exposición excesiva dado que el asesoramiento entre los 10 y 24 años puede aumentar el uso de medidas preventivas.

5

Los consejos preventivos en Atención Primaria pueden aumentar moderadamente el uso de medidas preventivas para protegerse del sol [recomendación B], de forma oportunista durante las consultas de primavera y verano. Se debe colaborar en campañas escolares y comunitarias que promuevan la prevención de la exposición excesiva a la radiación UV en la adolescencia [recomendación B]

2. SALUD SEXUAL

Se recomienda sistematizar las intervenciones en todos los controles de salud entre los 12 y 19 años y en consultas por sintomatología sugerente de infección de transmisión sexual (ITS) o sospecha de embarazo. Hay que incluir en todos los controles de salud recomendaciones a los padres para la educación en salud sexual y reproductiva de sus hijos, adecuada a la edad de éstos. Se debe orientar la práctica contraceptiva de adolescentes sexualmente activos y proporcionar educación, consejo, contracepción y seguimiento.

6

2.1 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La mayoría de guías de actividades preventivas recomiendan actuar entre los 12 y 19 años proporcionando consejos individualizados según preferencias, conocimientos y habilidades, mediante información verbal y escrita. Los consejos para prevenir ITS deben empezar a los 12 años. En adolescentes sexualmente activos se debe dar asesoramiento y seguimiento para el uso de métodos anticonceptivos. Para la prevención de embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la abstinencia es la medida más eficaz. Los preservativos son la primera elección para los adolescentes que no deseen abstenerse sexualmente. Se debe fomentar y participar en los programas escolares de prevención existentes en el área de salud.

Realizar anamnesis para identificar actividad sexual

Las recomendaciones sobre sexualidad segura se diferencian en dos grupos:

1. En adolescentes no iniciados.
 - Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a su edad.
 - Consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.
 - Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.
2. En adolescentes con prácticas sexuales.
 - Obtener una historia sexual detallada.
 - Identificar comportamientos y prácticas de riesgo, relaciones con coacción y abusos.
 - Comprobar la utilización de protección y valorar actitud, conocimientos y habilidades en su uso. Reforzar su utilización.
 - Valorar, según riesgo individual, la realización de cribado de ITS.
 - Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.
 - Cuando esté indicado, proporcionar anticoncepción (incluida anticoncepción general y de emergencia) y/o derivar a un centro de planificación según sean los recursos de la zona.
 - No aconsejar exclusivamente la abstinencia como única opción preventiva. Aconsejar, como primera elección, los preservativos masculinos de látex

para relaciones esporádicas y éstos combinados con anticonceptivos orales para relaciones continuadas.

- Enfatizar la asociación entre alcohol/drogas y prácticas de riesgo.

La prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes es el resultado de acciones intersectoriales en las que los medios de comunicación, educación y atención sanitaria tienen un papel complementario e implica a todos los grupos y contextos en contacto con este grupo etario: familia, grupos de iguales, entorno escolar, medios de comunicación, entornos de ocio, profesionales de la salud, políticos, grupos religiosos. Existe evidencia tipo I de su efectividad en el incremento de conocimientos, sin embargo respecto a la modificación de comportamientos su eficacia es controvertida. Ningún tipo de intervención incrementó la frecuencia de actividad sexual en adolescentes.

2.2 CRIBADO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La falta de datos recientes y fiables de prevalencia de ETS en nuestro medio no nos permite establecer la oportunidad de este tipo de intervención (cribado universal) recomendando el valorar, según riesgo individual, la realización de cribado de ITS. Se indica ofrecer consejo en todas los adolescentes sexualmente activos y en aquellos adultos con riesgo elevado de ETS. Las evidencias no son concluyentes para aconsejar sobre la prevención de ETS en adolescentes no sexualmente activos y en adultos sin alto riesgo

- **VIH**

Se recomienda el cribado del VIH en todos los adolescentes con alto riesgo y embarazadas. No hay evidencias para aquellos sin alto riesgo. Los factores de alto riesgo incluyen: hombres homosexuales, múltiples parejas sexuales sin protección, uso de drogas vía parenteral, trabajadores del sexo o parejas de trabajadores del sexo, parejas de VIH, transfusiones de sangre entre 1978 y 1985, aquellos que lo soliciten pues suelen tener prácticas de riesgo que no quieren desvelar

- **Clamidia**

Se recomienda el cribado en todas las mujeres sexualmente activas o embarazadas menores de 24 años. No se recomienda el cribado rutinario en mujeres mayores de 25 años sin no son de alto riesgo ni en hombres

- **Herpes simple**

No se recomienda el cribado de rutina en asintomáticos

- **Gonorrea**

Se recomienda el cribado en mujeres sexualmente activas incluyendo las embarazadas si tienen alto riesgo para la infección (historia previa de infección por gonorrea u otras ETS, múltiples parejas sexuales, no utilización de preservativos, trabajadores del sexo, abuso de drogas, afroamericanos homosexuales). En adolescentes de bajo riesgo y hombres de alto riesgo no hay suficiente evidencia para recomendar el cribado.

El consejo individualizado a los adolescentes sobre salud sexual presenta una escasa evidencia, con resultados poco concluyentes en adolescentes no activos sexualmente [recomendación I]. Este consejo se reserva para adolescentes sexualmente activas [recomendación B]. Es aconsejable un cribado rutinario de ITS por clamidia en mujeres sexualmente activas de menos de 25 años de edad [recomendación A] ya que disminuye la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria. También está indicado el cribado de VIH en adolescentes embarazadas o de alto riesgo [recomendación A]. No hay evidencias para el cribado del herpes genital [recomendación I].

2.3 PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX

El factor de riesgo más importante para padecer cáncer de cérvix es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), más probable si ha habido relaciones sexuales a muy temprana edad, un número elevado de parejas sexuales, y relaciones sexuales con hombre no circuncidados. Otros factores de riesgo para padecer cáncer de cuello uterino son: tabaquismo, infección por VIH, infección por clamidia, alimentación pobre en frutas y verduras, utilización de anticonceptivos orales durante largo tiempo, embarazos múltiples, condición socioeconómica baja, exposición al dietilbestrol antes de nacer y antecedentes familiares de cáncer de cuello de útero.

Prevención primaria. Se debe aconsejar sobre prácticas sexuales seguras, como el uso de preservativos. La vacunación contra el VPH es eficaz para la prevención de la transmisión viral y la neoplasia cervical intraepitelial de grado bajo, aunque se necesitará un seguimiento a largo plazo durante varios años para evaluar la duración de la protección contra el HPV y la eficacia para prevenir el cáncer invasivo de cuello de útero, así como los efectos adversos. Es preciso vacunar a las adolescentes antes de que sean sexualmente activas dado que la vacuna es más eficaz si no hay infección previa, preferentemente entre los 11 y 12 años, aunque puede administrarse a los 9 años. La vacuna cuadrivalente puede ofrecerse a adolescentes homosexuales ya que protege frente a las verrugas genitales y la neoplasia intraepitelial anal.

Prevención secundaria. Se realiza mediante la citología (prueba de Papanicolaou o triple toma de Witt). Tiene una sensibilidad entre el 50-60% y una especificidad del 98%. Ésta reduce la incidencia y la mortalidad, pero nunca ha demostrado su efectividad en ensayos clínicos aleatorizados.

No se recomienda el cribado en menores de 21 años pues hay una alta incidencia de alteraciones clínicamente no relevantes y los daños superan los beneficios (evidencia grado D); tampoco en mujeres que hayan sufrido histerectomía con resección cérvix y que no tengan historial de lesión precancerosa de alto grado o cáncer de cérvix (evidencia grado D). A partir de los 21 años, se realizará cada 3 años independientemente de la historia sexual (evidencia grado A), salvo en mujeres con

VIH, Lupus o en tratamiento crónico con inmunosupresores, en quienes se realizarán controles más frecuentes. No se recomienda el cribado con el test del VPH sólo o en combinación con citología en menores de 30 años (evidencia grado D)

Es probable que aquellas mujeres que hayan sido vacunadas del VPH en la preadolescencia puedan comenzar más tarde con el cribado y precisen citologías más espaciadas en el tiempo, sin embargo esto permanece en duda pues la vacuna no provee inmunidad para los tipos de VPH responsables del 30% de los cánceres cervicales o pueden haberse infectado por VPH de alto riesgo previamente. No hay recomendaciones especiales para el cribado en estas adolescentes.

Se recomienda cribado del cáncer cervical mediante citología entre los 21 y 65 años cada 3 años, independientemente de la historia sexual [recomendación A]. No se recomienda su realización en mujeres de menos de 21 años o que hayan sufrido una histerectomía con resección de cérvix [recomendación D]. En adolescentes no se aconseja la realización de un test para el cribado del HPV [recomendación D]. Se recomienda vacunación HPV en chicas entre 11 y 12 años [recomendación B]; puede administrarse desde los 9 años hasta los 26 años, si no han sido vacunadas previamente.

3 PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ

3.1 CRIBADO DE LA OBESIDAD

El cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) en relación al sexo y a la edad es un indicador aceptado para la estimación de la obesidad en niños de 2 a 18 años. Peso, altura e IMC deberían ser medidos anualmente, empezando a los 2 años, como parte de un calendario de visita normal. A pesar de ello, existe un nivel de evidencia insuficiente para recomendar a favor o en contra la identificación y el seguimiento de pacientes en riesgo, así como sobre la efectividad de la intervención en los casos detectados.

El IMC (según edad y sexo) es la herramienta ideal para este tipo de cribado [recomendación A] y en muchas guías se aconseja medir anualmente el peso, la altura y el IMC, aunque se carecen de evidencias sobre su eficacia [recomendación I]. Se recomienda la identificación y el seguimiento de pacientes de riesgo [recomendación I].

3.2 CRIBADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

No hay suficiente evidencia para recomendar el cribado rutinario de la hipertensión arterial en adolescentes. Muchas guías de práctica clínica aconsejan la toma de presión arterial antes de los 14 años, dado que permite el diagnóstico de la HTA secundaria y el cribado de la HTA primaria de inicio en la adolescencia. Se recomiendan 2 tomas de PA durante los primeros 14 años: la primera, entre los 3 y 6 años, y la segunda a partir de los 11 años. Sí se recomienda ofertar consejo sobre actividades que reducen el riesgo de presencia de hipertensión arterial, como la promoción de estilos de vida saludables: evitar la vida sedentaria y el sobrepeso, aumentar la actividad física y reducir la ingesta de sal.

No hay suficiente evidencia para recomendar el cribado rutinario de la hipertensión arterial en niños y adolescentes [recomendación I] aunque su bajo coste permitiría una toma de tensión arterial entre los 11-14 años de edad.

3.3 CRIBADO DE LAS DISLIPEMIAS

No se aconseja realizar cribado de dislipemias de forma sistemática a los adolescentes, salvo en aquellos que presenten antecedentes familiares de riesgo o si existen factores de riesgo asociados. La estrategia de cribado debería ser individualizada y basada en estudios de agregación familiar de factores de riesgo de ECV y la tendencia a persistir el perfil lipídico. Con un bajo nivel de evidencia, se indica realizar recomendaciones dietéticas sistemáticas en los controles de salud de todos los niños de 2 a 18 años (ver apartado de consejos sobre alimentación) así como la práctica de ejercicio físico de forma regular.

Se recomienda realizar un perfil lipídico en adolescentes con antecedentes familiares o con factores de riesgo cardiovascular asociados [recomendación I], sobre todo con riesgo incrementado de formas genéticas de hipercolesterolemia. Parece ser más útil el consejo dietético y la promoción de la actividad física [recomendación B]. Es necesaria la implicación de todos los colectivos relacionados con la alimentación infantil [recomendación A]

3.4 CRIBADO DE LA TUBERCULOSIS

No hay edad límite para iniciar realizar la prueba de Mantoux, aunque algunas guías lo aconsejan de forma rutinaria a los 6, 11 y 14 años, y en cualquier otro momento por sospecha clínica de enfermedad tuberculosa o contacto con una persona bacilífera. Se hará anualmente en infectados por VIH. No se recomienda el cribado universal, ni es preciso realizarlo en adolescentes que comiencen el colegio o en campamentos. Sólo se indica en poblaciones de riesgo:

- Zonas con una prevalencia superior al 1% en escolares mayores de 6 años.
- En niños de riesgo: hijos de portadores de VIH, hijos de ADVP, grupos marginales o nivel socioeconómico muy bajo

No se recomienda un cribado poblacional universal [recomendación A], estando indicado únicamente ante presencia de factores de riesgo o sospecha de contagio.

3.5 CRIBADO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Los marcadores serológicos: anticuerpos antigliadina (AGA), antiendomiso (EMA) y antitransglutaminasa tisular (tTGA) tienen utilidad para seleccionar a qué individuos se les debe practicar una biopsia intestinal. Sin embargo, no se recomienda el cribado sistemático de la enfermedad celíaca en la población general. El cribado se indica sólo en adolescentes incluidos en población de alto riesgo: familiares de primer grado de personas con Enfermedad Celiaca; DM tipo 1 y enfermedades autoinmunes; síndromes de Down, Turner y Williams; mujeres en estudio de infertilidad y abortos de repetición; osteoporosis y/o anemia de causa no aclarada; y niños con talla baja de causa no aclarada.

No se recomienda el cribado sistemático poblacional, sólo en la población de alto riesgo [recomendación I].

4. SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA

4.1 CRIBADO DE LA DEPRESIÓN

12

Los programas específicos de prevención, generales o específicos pueden prevenir la aparición de depresión. Se recomienda realizar pruebas de detección entre los 12 y los 18 años, existiendo un grado de recomendación B. Se pueden aplicar cuestionarios específicos como el PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) y el BDI-PC (The Beck Depression Inventory for Primary Care).

Se consideran factores de riesgo para la depresión en la adolescencia los antecedentes de depresión en los padres, la existencia de enfermedad mental o comorbilidad crónica y haber tenido una experiencia vital negativa. Los profesionales sanitarios deben estar preparados para saber detectar signos de depresión y saber evaluar la depresión en niños y adolescentes. En la evaluación del adolescente con depresión mayor se debería tener en cuenta el contexto familiar y social, así como valorar la calidad de las relaciones interpersonales del paciente, tanto con sus familiares como con sus amigos e iguales.

Se aconseja un cribado de depresión en adolescentes entre 12-18 años [recomendación B] mediante cuestionarios validados que pueden ser útiles para un seguimiento periódico de los adolescentes sin trastornos de salud mental [recomendación B].

4.2 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Aunque Atención Primaria es considerada por la OMS como el lugar ideal para detectar factores de riesgo de suicidio entre la población adolescente, no existen cuestionarios validados para evaluar el riesgo de suicidio ni se ha encontrado evidencia de que la intervención reduzca el número de suicidios o la mortalidad. En la población escolar, los programas de prevención de suicidio basados en cambios de conducta y estrategias de afrontamiento podrían ser eficaces. En adolescentes de alto riesgo, los programas de prevención de suicidio en la escuela basados en la capacitación y el apoyo social podrían reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección en adolescentes.

Hay evidencia limitada sobre la precisión de los instrumentos para la detección del riesgo de suicidio, sin existir ningún cuestionario validado para población adolescente [recomendación I]. Se aconseja seleccionar a los adolescentes de alto riesgo de suicidio. En la población escolar, los programas de prevención de suicidio basados en cambios de conducta y estrategias de afrontamiento podrían ser eficaces.

4.3 VIOLENCIA CONTRA MENORES

Se indica recabar información sobre aspectos psicosociales y dinámica familiar de la población infantil y adolescente atendida, registrando en la historia clínica los siguientes puntos:

- 13
1. Los factores protectores o de vulnerabilidad del menor.
 2. La calidad de los vínculos afectivos entre padres e hijos, los cuidados y los signos de abandono o de carencia afectiva.
 3. Las situaciones de violencia doméstica.

Se recomienda el cribado y consejo contra la violencia doméstica y los abusos a menores, aunque no existe aún una herramienta estándar para realizar un diagnóstico precoz. Esta actividad presenta una alta evidencia y se recomienda que sea realizada fuera de los exámenes periódicos de salud. La OMS recomienda aumentar la vigilancia en la atención a lesiones provocadas por la violencia familiar y ofertar servicios integrados de atención y prevención de abusos sexuales en menores.

Hay alta evidencia sobre la utilidad de la visita domiciliaria por enfermería a madres adolescentes (sobre todo si son madres solteras o pertenecen a niveles socioeconómicos bajos) desde el periodo prenatal hasta los dos años de edad del hijo, para promover la lactancia materna y aconsejar para evitar el síndrome del niño sacudido.

También son recomendadas las actividades de educación para la salud en familias de riesgo, sobre todo las visitas domiciliarias por parte de enfermería y/o de trabajadores sociales. Se deben incluir a los padres/madres de riesgo en programas multidisciplinares de apoyo social, psicológico y educativo, incluyendo la intervención en violencia doméstica. Hay que remitir a los equipos de Salud Mental o a las Unidades de tratamiento de conductas adictivas a padres/madres con adicción al alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos y recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

Se aconseja identificar familias de riesgo para el desarrollo de violencia contra menores, así como la evaluación de las relaciones afectivas del adolescente. Hay evidencias sobre el cribado y la intervención sobre la violencia de género y las madres adolescentes [recomendación B] pero no sobre la violencia escolar [recomendación I]. Las visitas domiciliarias y los programas multidisciplinares son las mejores herramientas [recomendación B].

4.4 ACOSO ESCOLAR

Se aconseja estimular el sentimiento de autoestima y autoeficacia para promover las conductas positivas entre los adolescentes que eviten la violencia escolar. Los profesionales que trabajan con adolescentes en la Enseñanza Secundaria, tanto los docentes como los profesionales sanitarios deben tener conocimientos y las habilidades necesarias para facilitar el desarrollo social y emocional de los jóvenes. Sin embargo, no hay evidencias sobre la eficacia de actuaciones llevadas a cabo por sanitarios para prevenir la violencia en el medio escolar.

14

4.5 USO SEGURO DE INTERNET

Los médicos de familia y pediatras tienen una posición privilegiada para educar a las familias sobre la complejidad de internet, las relaciones sociales y los riesgos para la salud que experimentan los adolescentes en la red, ayudando a las familias a hacer frente a cuestiones fundamentales como el *bullying*, la depresión y la ansiedad así como el sexting.

1. Informar a los padres sobre cómo hablar con los niños y adolescentes sobre el uso de internet y los peligros de la red y animarlos a formarse en las tecnologías que utilizan sus hijos.
2. Establecer unas normas de uso de internet y utilizar filtros de seguridad, insistiendo en los comportamientos saludables mediante la comunicación familiar antes que con acciones punitivas, a menos que sea necesario.

Se aconseja estimular el uso de blogs por parte del personal sanitario para ofertar consejo a padres y madres de adolescentes, proporcionando herramientas y recursos de calidad a las familias. Aún no existen evidencias sobre la eficacia de estas medidas.

SEXTING

El *sexting* es un problema de salud pública y es una actividad penada por la ley. Se indica establecer con el adolescente y su familia un diálogo sobre seguridad en la red y uso responsable de teléfonos móviles, evitando así los riesgos y las consecuencias potenciales del sexting. Se pueden realizar actividades de promoción y adquisición de habilidades por parte de los padres que les permitan detectar situaciones de *bullying*. De igual forma, se debe facilitar apoyo y la atención especializada necesaria si se detectan problemas emocionales, sociales o de comportamiento por este problema.

CONTROLES DE SALUD

Los protocolos recomendados por las diferentes Administraciones Públicas, Servicios de Salud y Sociedades Científicas presentan actividades no homogéneas y un dispar número de controles, debido en general a la falta de evidencia de muchas de las actividades preventivas realizadas en la población adolescente. Como premisa general, los controles de salud efectuados en la adolescencia deben estar regidos por los siguientes puntos:

15

- Se debe individualizar la atención preventiva en función de las características biológicas, psicológicas y sociológicas del adolescente y su entorno.
- La entrevista debe ser familiar, incluyendo las vivencias y la dinámica familiar para entender mejor al adolescente y optimizar las actividades preventivas.
- Es necesario registrar en la historia clínica las actividades realizadas así como los consejos y la educación en salud realizada.
- En todo momento se debe estimular la participación del adolescente en su consulta y fomentar una relación empática y cercana, garantizando la confidencialidad.

De todos los protocolos se opta por un modelo con actividades preventivas basadas en la evidencia y con la mayor costo-eficiencia para su desarrollo en Atención Primaria. Como norma general, los controles de salud deben contar con los siguientes puntos:

- Registro de actividades en la historia clínica.
- Evaluación del desarrollo físico y psicosocial.
- Técnicas de cribado.
- Evaluación de cuidados familiares.
- Inmunizaciones.
- Consejos de salud.

Se propone dos controles de salud a los adolescentes, que se describen en la tabla 3. La edad de 11-12 años coincide con la entrada en la Educación Secundaria Obligatoria y, por lo general, con los cambios iniciales de la pubertad por lo que supone un buen momento para realizar actividades de prevención y promoción de la salud. Con 15-16 años se acaba la Educación Secundaria Obligatoria y hay un cambio con el paso a los estudios de Bachillerato o la salida al mercado laboral, por lo que es otro momento importante para promover actitudes saludables en el adolescente y valorar la adaptación a los cambios psicosociales.

Los controles de salud deben incluir a padres/madres en la mitad y final de la adolescencia, para valorar mejor la dinámica familiar y ayudar en la toma de decisiones en los cambios de ciclo vital para anticipar problemas biopsicosociales. Se propone el genograma como método de estudio familiar y el test Apgar familiar para valorar la percepción de la función familiar.

Tabla 3. Propuesta de controles de salud durante la adolescencia.

	Desarrollo físico	Desarrollo psicosocial	Relaciones familiares	Consejos de salud
11-12 años	Peso, talla e IMC Tensión arterial Desarrollo puberal ⁽¹⁾ Agudeza visual Escoliosis Acné Prueba de mantoux ⁽²⁾	Adaptación escolar Conducta alimentaria. Autismo ⁽⁴⁾ (test ASSQ) Violencia ⁽⁴⁾ Estado de ánimo ⁽⁵⁾ .	Genograma. Función familiar.	Consumo de tabaco, alcohol y drogas (adolescentes y padres) Ejercicio físico. Protección solar.
15-16 años	Peso, talla e IMC Tensión arterial ⁽³⁾ Desarrollo puberal ⁽¹⁾ Acné.	Expectativas escolares/laborales Conducta alimentaria. Violencia ⁽⁴⁾ Estado de ánimo ⁽⁵⁾ .	Genograma. Función familiar	Consumo de tabaco, alcohol y drogas (adolescentes y padres) Ejercicio físico. Protección solar. Conducción segura. Hábitos sexuales: prevención de ITS y métodos anticonceptivos.

(1) Mediante el uso de las tablas de Tanner.

(2) En adolescentes en riesgo de exclusión social, en centros de menores o ante sospecha clínica.

(3) Si no tiene cifras previas de tensión arterial, o son elevadas.

(4) En caso de sospecha.

(5) Mediante cuestionarios validados (como puede ser el BDI-PC)

NIVELES DE EVIDENCIA

Para valorar las evidencias sobre las actividades preventivas se siguen las recomendaciones de la *US Preventive Service Task Force* (2012) que tiene en cuenta la calidad de la evidencia y del beneficio neto (es decir, beneficios menos perjuicios de la medida evaluada para su aplicación en exámenes periódicos de salud).

La **fuerza de las recomendaciones** se indican mediante letras, otorgándose una A cuando existe buena evidencia que respalda la recomendación y una I cuando la evidencia es insuficiente (tabla 1). La **calidad de la evidencia** es valorada en buena, justa o insuficiente en la fuerza de las recomendaciones y se basa en la consideración sistemática de tres criterios: el concepto de *costo de sufrimiento de la condición estudiada*, las *características de la intervención* y la *efectividad de la intervención* demostrada en investigaciones clínicas publicadas; recibiendo un especial énfasis la efectividad de la intervención (tabla 2).

17

Tabla 1. Recomendaciones a partir de calidad de evidencia para exámenes periódicos de salud

Recomendación	Interpretación
A	Se recomienda claramente que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes que cumplan los criterios. Existe buena evidencia de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y se concluye que los beneficios superan ampliamente a los riesgos.
B	Se recomienda que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes. Existe evidencia moderada de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y se concluye que los beneficios superan a los riesgos.
C	No existe recomendación a favor o en contra de la intervención. Hay evidencia moderada de que la medida puede mejorar los resultados en salud, pero los beneficios son muy similares a los riesgos y no puede justificarse una recomendación general.
D	Se recomienda en contra que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. Existe al menos evidencia moderada de que la medida es ineficaz o que los riesgos superan a los beneficios.
I	La evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra de la intervención. No existe evidencia de que la intervención es ineficaz, o de calidad insuficiente, o conflictiva y que el balance entre los riesgos y los beneficios no se puede determinar.

Tabla 2. Niveles de evidencia e interpretación de estos para exámenes periódicos de salud

Evidencia	Interpretación
Buena	La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud.
Moderada	La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud.
Insuficiente	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en su diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes.

General:

- U.S. Preventive Services Task Force, 2012. Child and Adolescent Recommendations. URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/tfchildcat.html> [2/12/12].
- Canadian Task Force for Preventive Health Care. URL: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/> [2/12/12].
- American Academy of Pediatrics, 2008. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents (Third Edition). URL: http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/1-BF-Introduction.pdf [4/12/12].
- Institute for Clinical Systems Improvement, 2012. Health Care Guideline. Preventive Services Children and Adolescents. URL: http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html [4/12/12].
- Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, 2012. Programa de la infancia y la adolescencia. URL: http://www.papps.org/upload/file/Gruppo_Expertos_PAPPS_8_1.pdf [4/12/12].
- UpToDate, 2012. Guidelines for adolescent preventive services. URL: <http://www.uptodate.com/contents/guidelines-for-adolescent-preventive-services> [4/12/12].
- Bright Futures at Georgetown University, 2000. Bright Futures Guidelines for Health Supervision for Infants, Children and Adolescents. URL: <http://www.brightfutures.org/bf2/pdf/pdf/AD.pdf> [4/12/12].

Consumo de drogas:

- Sockrider M, Rosen JB, Prevention of smoking initiation in children and adolescents. UpToDate 2012.
- Saitz R. Brief intervention for unhealthy alcohol and other drug use. UpToDate 2012.

- Saitz R. Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs. UpToDate 2012.
- Endom EE, Perry H. Inhalant abuse in children and adolescents. UpToDate 2011.
- Konghom S, Verachai V, Srisurapanont M, Suwanmajo S, Ranuwattananon A, Kimsongneun N, Uttawichai K. Treatment for inhalant dependence and abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD007537. DOI: 10.1002/14651858.CD007537.pub2

Accidentes de tráfico:

- U.S. Preventive Services Task Force, 2007. Primary Care Interventions to Prevent Motor Vehicle Occupant Injuries.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010. Preventing unintentional injuries among under-15s.
- Russell K, Vandermeer B, Hartling L. Licencia de conductor graduada para la disminución de accidentes de tráfico entre conductores jóvenes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 10.

Salud sexual

- Fortenberry JD. Sexually transmitted diseases: Overview of issues specific to adolescents. . UpToDate 2012.
- Forcier M, Garofalo R, Adolescent sexuality. UpToDate 2012.

Cribado de HTA

- De Ferranti SD, Newburger JW. Risk factors and development of atherosclerosis in childhood. UpToDate 2012.

Cribado de dislipemias

- De Ferranti SD, Newburger JW. Definition and screening for dyslipidemia in children. UpToDate 2012.

Cribado de obesidad

Skelton JA. Management of childhood obesity in the primary care setting. UpToDate 2012.

Cribado de Cáncer Cervical

Shepherd JP, Frampton GK, Harris P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD001035. DOI: 10.1002/14651858.CD001035.pub2.

Feldman S, Sirovich BE, Goodman A. Screening for cervical cancer: Rationale and recommendations. UpToDate 2012.

Cribado de Tuberculosis:

Adams LV, Starke JR, Latent tuberculosis infection in children. UpToDate 2012.

Cribado de Enfermedad Celíaca

Kelly CP. Diagnosis of celiac disease. UpToDate 2012.

Hill ID. Management of celiac disease in children. UpToDate 2012.

Salud Mental

Clinical guidelines, CG23. Depression: management of depression in primary and secondary care - NICE guidance 2007. URL: <http://www.nice.org.uk/cg23>

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Ministerio de Ciencia e Innovación (España) 2009. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_4_56_depresion_inf_adol_avaliat_resu_m.pdf [11/12/12]

Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD004691 [actualizado 23 may 2006; citado 11 jun 2008]. Disponible en: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD004691.pdf> [11/12/12].

Guo B, Harstall C. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network Report 2004. URL: <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf> [10/12/12].

Organización Mundial de la Salud. Evidence for gender responsive actions to prevent violence. Young people's health as a whole-of-society response. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2011.

Uso seguro de internet

Mitchell KJ, D Finkelhor, LM Jones, J Wolak. Prevalence and characteristics of youth sexting: a national study. Pediatrics. 2012; 129:13-20.

Schurigin O'Keeffe G, Clarke-Pearson K. The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families. Clinical Report. Pediatrics 2011; 127:800-4.

Schurigin O'Keeffe G. Overview: New Media. Pediatrics Now, PO Box 5336, Wayland, MA 01778, USA. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.03.024>

Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention. Pediatrics 2009;124:393; originally published online June 11, 2009; Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention DOI: 10.1542/peds.2009-0943

Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. NICE guidance 2009. URL: <http://publications.nice.org.uk/social-and-emotional-wellbeing-in-secondary-education-ph20>

Controles de salud

American Academy of Pediatrics, 2008. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. URL: <http://brightfutures.aap.org/pdfs/AAP%20Bright%20Futures%20Periodicity%20Schedule%20101107.pdf> [4/12/12].

PrevInfad, 2011. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. 2ª Edición.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2008. Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud a la edad pediátrica. URL:

<http://www.mgf.uab.es/docs/8q08.pdf?phpMyAdmin=cb52e1fe8cc45bc807cf56a3a094c7a5> [4/12/12].

Junta de Extremadura, 2007. Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y la

adolescencia.

URL:

http://www.spapex.es/psi/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf [4/12/12].

Siglas

AAFP: AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHISICIANS

AAP: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

CPST: CANADIAN PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

ICSI: INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT

NICE: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE

PAPPS: PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

USPSTF: US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE