

2. SALUD SEXUAL

Autores

Celia Crespo Jiménez. *Médico Interno Residente de Medicina familiar y Comunitaria.*

Consultorio Barrio de Monachil, UGC la Zubia, Granada. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Carmen Escudero Sánchez. *Médico Interno Residente de Medicina familiar y Comunitaria.*

Consultorio Barrio de Monachil, UGC la Zubia, Granada. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Nuria Ramírez Sandalio. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Consultorio La Guardia, UGC Belén, Jaén. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Recomendaciones generales

- » Es necesario que el médico de familia integre la educación sexual en la práctica clínica, ofreciendo recomendaciones sobre comportamientos sexuales que eviten el riesgo de ITS y embarazo (recomendación A-II).
- » El cribado para ITS se realizará en función de la historia sexual del adolescente o ante signos o síntomas sugerentes de una ITS (recomendación A-II).
- » La vacunación contra el VPH en hombres y mujeres adolescentes es una práctica eficiente para evitar patología asociada y lesiones precursoras de malignidad.
- » En menores de 25 años no se recomienda realizar un diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino mediante citología, ya que los daños superan los beneficios (evidencia grado D).

La sexualidad es una faceta innata en el ser humano. Entre los 18 meses y los 2 años de vida los niños se hacen conscientes de las diferencias físicas entre los dos sexos. A los tres años se pueden identificar a sí mismos como hombres o mujeres, y a los cuatro años, la identidad de género es estable. La adolescencia cumple un papel fundamental en el desarrollo de la sexualidad. La sexualidad no sólo tiene que ver con el acto de reproducirse, sino que representa la generación de deseos, sentimientos, fantasías y emociones, es decir, el desarrollo de una **identidad sexual**.

Numerosos estudios han demostrado que una educación en sexualidad dentro de un marco de derechos humanos e igualdad de género promueve un aprendizaje estructurado acerca del sexo y de las relaciones de una manera positiva y fortalecedora. Su objetivo es preparar a los jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: potenciar su bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos, así como sus deberes.

2.1 Educación sexual

Estudio HBSC
2018



En los estudios recientes realizados por el Ministerio de Sanidad, la edad de inicio de relaciones sexuales (coitales) se ha adelantado a la etapa adolescente, incluso antes. En muchos de los casos, los padres no son conscientes de los cambios que se están produciendo en sus hijos, y retrasan proporcionar cierta información a sus hijos, favoreciendo que muchos jóvenes lleguen a la adultez con mensajes contradictorios, negativos y confusos acerca de la sexualidad.

UNESCO



La evaluación de la evidencia de la UNESCO (International technical guidance on sexuality education) respecto al impacto de la educación en sexualidad concluye que la educación sexual tiene efectos positivos en:

- » Mayor conocimiento acerca de diferentes aspectos de la sexualidad, los comportamientos y los riesgos del embarazo o del VIH y otras ITS.
- » Mejora las actitudes en relación con la salud sexual y reproductiva.
- » No lleva al aumento de la actividad sexual, de las conductas sexuales de riesgo ni de las tasas de infección por el VIH o las ITS.
- » Los programas con enfoque de género son significativamente más eficaces que los programas "ciegos" con respecto del género para lograr resultados tales como la reducción de las tasas de embarazos no planificados o ITS.

A nivel psicológico, es una etapa complicada, basada en el alejamiento de las figuras de autoridad, y el acercamiento a amigos y personas de su misma edad, momento en el que las redes sociales e internet juegan un importante papel. La media de edad del primer contacto con la pornografía se adelanta, en España, a los 8 años. Este consumo se hace frecuente y relativamente estable a los 13 años en los varones y los 15 años en las mujeres, aunque presenta una notable heterogeneidad respecto a la prevalencia entre sexos.



El uso de pornografía puede relacionarse con el desarrollo de actitudes permisivas sexuales y la instrumentalización de la sexualidad. Además, algunos estudios, han encontrado una asociación entre el uso de pornografía y el desarrollo de estereotipos de género, la visión de la mujer como un objeto, jerarquías de género y actitudes agresivas en el ámbito sexual. También puede existir una “autoobjetificación”, una alteración de la imagen corporal y mayor preocupación sexual asociadas a este uso de pornografía.

Todo ello implica la necesidad de una atención personalizada durante los cambios que el adolescente experimentará en su sexualidad. Los pediatras y médicos de familia tienen la oportunidad única de influir positivamente en la salud sexual de los jóvenes, proporcionando las herramientas necesarias para desarrollar su identidad sexual, tomar decisiones responsables y crear relaciones saludables con sus parejas y familias.

2.2 Uso de métodos anticonceptivos y prevención del embarazo adolescente

Aunque las tasas de fertilidad global han bajado considerablemente en las últimas décadas, muchas adolescentes entre los 15 y 19 años de edad ya han comenzado a tener hijos, con variaciones entre las regiones geográficas y grupos culturales, en más de un 90% debido al matrimonio precoz. En múltiples ocasiones, el embarazo adolescente acaba derivando en aborto no seguro, habiendo demostrado la OMS que es un grupo etario que sufre una cantidad desproporcionada de muertes y discapacidades debido a prácticas de aborto no seguras en comparación con las mujeres de más de 20 años de edad.

Las acciones preventivas que podemos realizar desde nuestra consulta de atención primaria se diferencian en dos grupos:

1. En adolescentes no iniciados:

- a. Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a su edad, comenzando por temas básicos como la anatomía humana o la fisiología del embarazo.
- b. Consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.
- c. Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud, adaptando el tipo de método a las necesidades de cada adolescente.

2. En adolescentes con prácticas sexuales:

- a. Obtener una historia sexual detallada para identificar comportamientos y prácticas de riesgo, relaciones con coacción y abusos.
- b. Comprobar la utilización de medidas de protección y valorar el conocimiento y habilidades en su uso. Reforzar su utilización.
- c. 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.

- d. No aconsejar exclusivamente la abstinencia como única opción preventiva.
- e. Aconsejar los preservativos masculinos de látex para relaciones esporádicas y éstos combinados con anticonceptivos orales para relaciones continuadas.
- f. Enfatizar la asociación entre alcohol/drogas y prácticas de riesgo.
- g. Valorar, según riesgo individual, la realización de cribado de enfermedades de transmisión sexual.
- h. Comprobar la vacunación contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano según el calendario vacunal.
- i. Fomentar y participar en los programas escolares de prevención existentes en la zona.
- j. En el caso de adolescentes embarazadas que decidan continuar con su embarazo: derivar para su incorporación precoz en el programa de seguimiento de embarazo. Remitir, si procede, a los servicios sociales para la gestión de recursos educativos y socioeconómicos.

2.3 Cribado de infecciones de transmisión sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) están sufriendo a lo largo de estos últimos años un aumento considerable en cuanto a su incidencia se refiere. Este aumento de los casos de ITS no es un hecho aislado de nuestro medio, si no que a nivel mundial también están aumentando los casos. Las personas que inician relaciones sexuales temprano en la adolescencia corren mayor riesgo para las ITS. Hay que destacar la importancia de realizar tanto un diagnóstico como un tratamiento precoz, ya que ello puede suponer la completa curación o, por el contrario, que el adolescente sufra secuelas de por vida. La adolescencia supone una etapa de inmadurez tanto física y orgánica, como psicosocial (tabla 1); por lo que ello aumenta las probabilidades de contraer una ITS y que éstas dejen secuelas a largo plazo son mayores. (tabla 2). Por ello es preciso que el médico de familia incluya como estrategia en la atención al adolescente la prevención primaria en sexualidad con una orientación preventiva para reconocer los síntomas y comportamientos asociados con las ITS en adolescentes y adultos jóvenes.

Tabla 1. Factores que agravan la evolución de una ITS en la adolescencia.

FACTORES BIOLÓGICOS	FACTORES CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> - Sistema inmune inmaduro. - Ectopia cervical y baja producción de moco. - Infecciones previas. - Uso de anticoncepción oral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de control de los impulsos. - Ambivalencia emocional. - Poco uso de medidas de protección. - Frecuente cambio de pareja. - Asociación alcohol, tabaco, drogas. - Abuso sexual.

Tabla 2. Complicaciones más frecuentes de las ITS en la adolescencia según el sexo.

COMPLICACIONES EN MUJERES:	COMPLICACIONES EN HOMBRES:
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad Pélvica Inflamatoria. - Infertilidad. - Aborto espontáneo. - Posibilidad de transmisión materno-fetal. - Embarazo ectópico. - Cáncer de cérvix. - Sepsis y muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infertilidad. - Epididimitis, estrechez uretral. - Compromiso prostático. - Cáncer ano-recto.

El cribado universal no tiene consenso entre las diferentes sociedades científicas, pero en lo que todas coinciden es en la necesidad de realizar un cribado oportunista por ser más coste efectivo. Así, en adolescentes está recomendado cuando realice prácticas sexuales de riesgo o siempre que aparezcan signos o síntomas que pudieran ser causados por una ITS. En estos casos es preciso prever la notificación a la pareja y al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, así como programar revisiones médicas.

Es fundamental hacer explícita al adolescente la confidencialidad de los resultados y disponer de suficiente tiempo a solas con el paciente adolescente para poder realizar una evaluación de la conducta sexual. La *American Academy of Pediatrics* (AAP) ofrece en su página web un Kit de herramientas que facilita la atención médica sexual para adolescentes.

AAP



En España se 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 (HSH), trabajadoras/es del sexo, y adolescentes que ingresan en instituciones penitenciarias o centros de internamiento de menores infractores. Para todos estos grupos es necesario valorar el riesgo de infección para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, y Virus de la hepatitis A y C (VHA, VHC). No se recomienda realizar un cribado poblacional de ITS poco frecuentes como *Chlamydia trachomatis* serotipos L1-L3, *Haemophilus ducreyi*, *Klebsiella granulomatis*, *Pthirus pubis* y *Sarcoptes scabiei*, *Mycoplasma genitalium* ni virus del herpes simple.

En todas las poblaciones con prácticas de riesgo de ITS, hay que descartar siempre la infección por el VIH. En adolescentes transexuales se recomienda un cribado de *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, VIH, VHA, VHB y VHC. Para menores que ingresan en instituciones penitenciarias o correccionales, se recomienda un cribado de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, VIH, virus de la hepatitis B (VHB) y VHC.

Documento de consenso sobre ITS en adultos, niños y adolescentes (2017)



Los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomiendan un cribado de rutina anual para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria*



gonorrhoeae en mujeres sexualmente activas de menos de 25 años y en varones sexualmente activos homosexuales o ingresados en centros de adolescentes (por la mayor prevalencia de la enfermedad). No recomiendan el estudio de sífilis, tricomoniasis, vaginosis bacteriana, VHS, VPH, VHA y VHB salvo en hombres adolescentes homosexuales. Proponen también el estudio de VIH y sífilis de forma anual en población de riesgo.

» *Chlamydia tracomatis*

El cribado de *Chlamydia* se aconseja en mujeres adolescentes con enfermedad inflamatoria pélvica y contactos asintomáticos, y en hombres adolescentes con disuria o proctitis. No hay evidencia para recomendar su cribado en hombres heterosexuales ni en embarazadas mayores de 24 años. El grupo de estudio GESIDA, en España, recomienda el cribado a mujeres embarazadas, por el riesgo de infección intrauterina o perinatal que conlleva, durante el 1º trimestre, repitiéndolo en el 2º y 3er trimestre si persiste el riesgo, o en el momento del parto si no hay determinaciones previas o todavía hay riesgo. No obstante, el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio de Andalucía no está incluido debido a su baja incidencia y a que las evidencias sobre su eficacia son bajas (Cochrane 2016, Uptodate 2023).

Los CDC recomiendan el cribado anual en mujeres sexualmente activas de manera anual y embarazadas menores de 25 años, y para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de manera anual, con una evidencia insuficiente para la detección sistemática en varones jóvenes sexualmente activos. El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de Clamidia en todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres de 25 años o más que tienen un mayor riesgo de infección (grado de recomendación B). También concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de la detección de clamidia en hombres (grado de recomendación I).

» *Neisseria gonorrhoeae*

La evidencia es insuficiente para recomendar cribado rutinario, sobre la base de la eficacia y la rentabilidad, para *Neisseria gonorrhoeae* entre jóvenes asintomáticos sexualmente activos. Los CDC recomiendan localizar a los grupos especialmente vulnerables en cada comunidad para realizar un cribado de manera anual tanto en mujeres sexualmente activas menores de 25 años como en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de gonorrea en todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres de 25 años o más que tienen un mayor riesgo de infección (grado de recomendación B). También concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de la detección de gonorrea en hombres (grado de recomendación I).

» *Treponema pallidum*

Se indica el cribado de sífilis en mujeres adolescentes embarazadas y HSH, teniendo en cuenta los riesgos de exposición, así como los posibles periodos ventana tras un contacto de riesgo. El cribado para las adolescentes embarazadas se realiza

en el primer trimestre de manera rutinaria (PAI embarazo). El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de sífilis en adolescentes asintomáticas y no embarazadas que tienen un mayor riesgo de infección (grado de recomendación A).

» Herpes simple genital

El USPSTF recomienda no realizar pruebas serológicas de rutina para detectar la infección por el virus del herpes simple genital en adolescentes y adultos asintomáticos, incluidas las personas embarazadas (grado de recomendación D).

» VIH

Se recomienda explicar y ofertar la prueba de detección del VIH a todos los adolescentes al inicio de sus relaciones sexuales. Si bien, las recomendaciones anteriores circunscribían el cribado a aquellos con factores de riesgo (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, y aquellos que lo soliciten pues suelen tener prácticas de riesgo que no quieren desvelar,) en la actualidad se recomienda realizarlo a todos los adolescentes ajustando su periodicidad a las prácticas sexuales individuales. El USPSTF recomienda que los médicos prescriban profilaxis previa a la exposición (PrEP) utilizando una terapia antirretroviral eficaz a adolescentes sexualmente activos que pesen al menos 35 kilos y adultos que hayan tenido relaciones sexuales anales o vaginales en los últimos 6 meses con una persona con VIH, o se les haya detectado una ITS en los últimos seis meses, o tengan un historial de uso inconsistente o nulo del condón con parejas sexuales cuyo estado de VIH se desconoce y por lo tanto, tengan un mayor riesgo de contraer el VIH (grado de recomendación A).

2.4 Prevención del cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda neoplasia maligna más frecuente y más letal en las mujeres de todo el mundo. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es el factor de riesgo más importante para padecer cáncer invasor de cuello uterino. Se conocen unos 125 genotipos de HPV, aunque aproximadamente unos 20 tipos tienen la capacidad de generar displasia de alto grado y cáncer. Los tipos 16 y 18 producen un 70% de casos de cáncer de cérvix en nuestro medio. Otros tipos menos frecuentes son: 45, 31, 33 y 52. Los tipos 6 y 11 son responsables del 90 % de las verrugas genitales.

La mayor parte de los adultos (tanto hombres como mujeres) con actividad sexual están expuestos al VPH, y casi todos ellos eliminan la infección sin requerir de una intervención específica. En España, el 80 % de las mujeres se habrán infectado por lo menos con un tipo de VPH a lo largo de toda su vida. Una minoría de las personas con la infección no logrará eliminarla, produciéndose la integración del HPV en el genoma del huésped.

Los factores de riesgo de padecer esta infección son: elevado número de parejas sexuales, edad temprana en la primera relación sexual, antecedentes de enfermedad venérea, relaciones sexuales con hombres no circuncidados, tabaquismo,

infección por VIH, utilización de anticonceptivos orales durante un largo periodo de tiempo, infección por clamidia, embarazos múltiples, exposición al dietilbestrol antes de nacer, antecedentes familiares de cáncer de cérvix, alimentación pobre en frutas y verduras, condición socioeconómica baja, siendo más frecuente en países en vías de desarrollo (Asia, África, Sudamérica, Centroamérica).

El VPH se transmite por vía sexual a través de los contactos con las superficies mucosas y cutáneas de sujetos previamente infectados por VPH. Este es el mecanismo de contagio más frecuente de todos (40-80%), tras una relación sexual sin protección. De todos modos, se ha visto que el uso de preservativos no garantiza que no se transmita el virus durante el acto sexual. La conducta sexual es un factor que determina el riesgo de infección. Existen otros mecanismos de transmisión, como es el caso de la papilomatosis laríngea recurrente, en la que el recién nacido se contagia al pasar por el canal durante el parto en caso de que la madre esté infectada por el VPH.

El cáncer de cuello uterino incipiente es asintomático siendo esta la razón que subyace a las recomendaciones de cuidado ginecológico sistemático. Los estadios más avanzados generan síntomas como manchado postcoital, sangrado intermenstrual, menometrorragia, flujo amarillento persistente o de mal olor. Desde la consulta de Atención Primaria es fundamental la prevención de esta patología. Existen dos tipos de prevención:

» **Prevención primaria.** Se realiza antes de que se haya producido la infección. Es fundamental aconsejar a los adolescentes sobre prácticas sexuales seguras, el uso del preservativo, la reducción del número de parejas sexuales, y la necesidad de consultar ante la aparición de verrugas genitales. La vacunación contra el VPH es eficaz para la prevención de la transmisión viral y la neoplasia cervical intraepitelial, 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 activa previa, preferentemente entre los 11 y 12 años, aunque puede administrarse a los 9 años. Actualmente se recomienda la vacunación tanto a mujeres como a hombres de 12 años de edad (que hayan nacido en 2011), con una pauta de 2 dosis, separadas por al menos 12 meses (ver capítulo 7).

» **Prevención secundaria.** Se trata de realizar un diagnóstico precoz de una enfermedad incipiente. El principal método de detección para la displasia cervical asintomática es la citología cervical (prueba de Papanicolau o triple toma de Witt). La citología es muy eficaz para reducir la incidencia del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana. En caso de obtener un resultado patológico, debe procederse según las recomendaciones de las guías existentes en España para el cribado de cáncer de cuello uterino.

Guía SEGO
(2018)

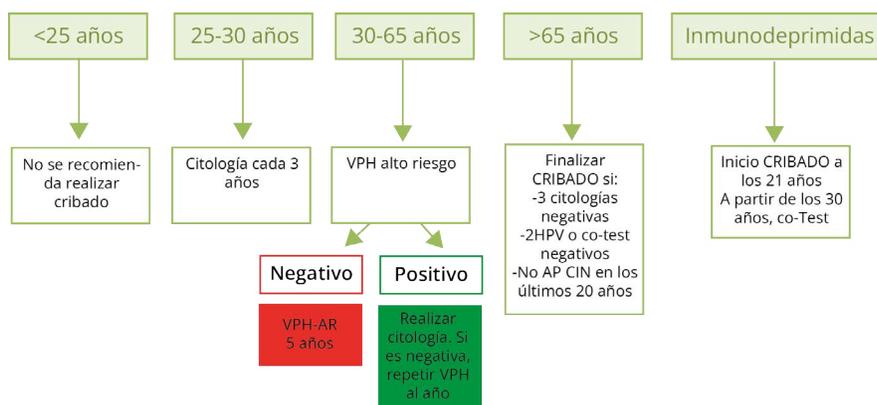
Ministerio de
Sanidad
(2019)



¿En quién y cada cuánto se realiza el cribado poblacional? (figura 1).

- » Por debajo de los 25 años la incidencia de CCU es muy baja y no se ha demostrado beneficio para la realización del cribado al tener éste un escaso impacto en las tasas de CCU invasivo hasta los 30 años. Por el contrario, puede provocar sobrediagnóstico y sobretratamiento de lesiones con escaso potencial maligno (UpToDate: evidencia grado D); tampoco en mujeres que hayan sufrido histerectomía con resección del cérvix y que no tengan historial de lesión precancerosa de alto grado o cáncer de cérvix.
- » Entre los 25 y los 30 años se recomienda realizar citología cada 3 años.
- » Entre los 30 y los 65 años: determinación VPH de alto riesgo (VPH-AR). Si VPH-AR Negativo: repetir prueba VPH-AR a los 5 años. Si VPH-AR positivo: triaje con citología. Si VPH-AR positivo y citología negativa: repetir VPH-AR al año.
- » En mayores de 65 años se recomienda finalizar cribado si la paciente tiene tres citologías previas negativas o dos pruebas de HPV o Co-test negativos y no tiene antecedentes de CIN en los 20 años previos.
- » En mujeres inmunodeprimidas se comienza el cribado con citología a los 21 años. A partir de los 30 años se realiza un co-test. Si la paciente presenta TAR activo o CD4 > 200, se realizará citología cada 3 años. Si por el contrario presenta TAR inactivo o CD4 < 200, se realizará citología anual.

Figura 1. Algoritmo para la realización del cribado de cáncer de cuello uterino.



Referencias bibliográficas

Educación sexual

- » ¹Corona F, Funes F. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. REV. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(1) 74-80

Cribado de infecciones de transmisión sexual

- » ²Cribado para la infección por clamidia genital. Cochrane Library 2016. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010866.pub2/full/es>
- » ³Ghanem KG, Susan Tuddenham S. Screening for sexually transmitted infections. UpToDate 2023.
- » ⁴US Preventive Services Task Force. Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. JAMA. 2022;328(12):1243–1249. doi:10.1001/jama.2022.15322
- » ⁵US Preventive Services Task Force. Serologic Screening for Genital Herpes Infection: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. JAMA. 2023;329(6):502–507. doi:10.1001/jama.2023.0057
- » ⁶Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. Profilaxis previa a la exposición para prevenir la adquisición del VIH: Declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. JAMA. 2023;330(8):736–745. doi:10.1001/jama.2023.14461
- » ⁷US Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;326(10):949–956. doi:10.1001/jama.2021.14081

Cribado del cáncer de cuello uterino

- » ⁸Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. [Internet] Disponible en: <https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2022/11/Guia-Prevencion-cancer-cervix-2022.pdf>
- » ⁹Goodman A, Huh WK, Einstein MH. Cervical cancer screening: Risk assessment, evaluation, and management after screening. UpToDate Aug 28, 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-screening-risk-assessment-evaluation-and-management-after-screening>