

GUÍA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL ADOLESCENTE

GRUPO DE ESTUDIO DEL ADOLESCENTE
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA





© Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
30 noviembre 2023

Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (Fundación SAMFyC)

Diseño y maqueta: Sara Pérez Fajardo

ISBN: 978-84-09-57700-2

Depósito Legal: GR 2022-2023

Todos los derechos reservados, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma por medios electrónicos, mecánicos o fotocopias sin la autorización previa de los coordinadores de la obra y los propietarios del copyright.

No obstante, la SAMFyC autoriza la utilización del material siempre que se cite su procedencia.

A efectos de transparencia, le informamos que GSK ha colaborado en la financiación de la presente publicación. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK. GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

Este material ha sido distribuido con el apoyo de GSK.

Coordinadores

Alejandro Pérez Milena. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle, Jaén. Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Francisco Javier Leal Helmling. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda (Jaén), Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Autores

Celia Crespo Jiménez. Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil, UGC la Zubia (Granada). Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Carmen Escudero Sánchez. Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil, UGC la Zubia (Granada). Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Idoia Jiménez Pulido. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda (Jaén). Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Francisco Javier Leal Helmling. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda (Jaén), Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Guillermo José Lorenzo González. Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Facultativo Especialista de Área. Servicio Urgencias Pediátricas, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña). Coordinador GdT Atención a la Infancia y Adolescencia de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC)

María José Martínez Vera. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Pedrera, Zona Básica de Estepa (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

María Inmaculada Mesa Gallardo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirectora de Gestión Sanitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

María Ángeles Moreno Fontiveros. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pedro Alcántara, Marbella (Málaga). Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Sara María Palenzuela Paniagua. Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Centro de Salud Otero, Área Sanitaria de Ceuta. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Alejandro Pérez Milena. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén). Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Pilar Quesada Carrasco. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Noalejo (Jaén). Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Nuria Ramírez Sandalio. Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Consultorio La Guardia, UGC Belén, Jaén. Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC)

Guía de actividades preventivas del adolescente

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

ÍNDICE

Prólogo	9
Introducción	11
1. Estilos de vida (<i>Sara María Palenzuela Paniagua</i>)	13
1.1 Consumo de sustancias adictivas.	
1.2 Alimentación y ejercicio.	
1.3 Prevención de accidentes.	
1.4 Prevención del cáncer de piel.	
2. Salud sexual (<i>Celia Crespo Jiménez, Carmen Escudero Sánchez, Nuria Ramírez Sandalio</i>)	29
2.1 Educación sexual.	
2.2 Uso de métodos anticonceptivos y prevención del embarazo en adolescentes.	
2.2 Cribado de infecciones de transmisión sexual.	
2.3 Prevención del Cáncer de Cérvix.	
3. Pruebas de diagnóstico precoz (<i>Idoia Jiménez Pulido, Pilar Quesada Carrasco</i>)	39
3.1 Cribado de la obesidad.	
3.2 Cribado de hipertensión arterial.	
3.3 Cribado de las dislipemias.	
3.4 Cribado de la Tuberculosis.	
3.5 Cribado de la Celiacía.	
4. Salud mental (<i>María Ángeles Moreno Fontiveros, María José Martínez Vera</i>)	47
4.1 Cribado de la depresión.	
4.2 Prevención del suicidio.	
4.3 Prevención de las autolesiones.	
5. Atención a la convivencia (<i>Guillermo José Lorenzo González, Nuria Ramírez Sandalio</i>)	59
4.3 Violencia contra menores.	
4.4 Violencia de género en adolescentes.	
4.5 Acoso escolar.	
4.6 Fracaso escolar.	
6. Uso de Internet (<i>Francisco Javier Leal Helmling, María Inmaculada Mesa Gallardo</i>)	71
6.1 Conductas adictivas en el uso de Internet.	
6.2 Navegar seguro por Internet (I): información y estrategias para padres y madres.	
6.3 Navegar seguro por Internet (II): información para el adolescente.	
7. Vacunaciones (<i>María José Martínez Vera, Alejandro Pérez Milena</i>)	85
7.1 El calendario vacunal en la adolescencia.	
7.2 Vacunación contra la enfermedad meningocócica invasiva.	
7.3 Vacunación frente al virus del papiloma humano.	
7.4 Vacunación del tétanos/difteria.	
7.5 Otras vacunas.	
7.6 Vacunas del adolescente viajero.	
7.7 Vacunación en menores migrantes, refugiados, adoptados.	



Guía de actividades preventivas del adolescente

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

PRÓLOGO

Longitudinalidad ... uno de los principios de la Medicina de Familia en nuestra tarea en atención primaria, algo que nos enriquece en nuestro trabajo cada día, siendo un privilegio de nuestra especialidad, que nos hace ser los únicos especialistas en medicina, que nos permite ver a las personas que atendemos desde que nacen hasta que dejan su existencia terrenal, abarcando todas sus etapas vitales y brindándonos la posibilidad como médicos de poder intervenir en todas sus diferentes necesidades. Podemos actuar de forma preventiva en su futura salud en la etapa adulta, en aquellos factores modificables y en los que como médicos de familia podemos intervenir previniendo patologías y situaciones en el desarrollo, que pueden marcarle tanto esa época adolescente como en su plenitud.

Los médicos de familia normalmente atendemos a nuestros usuarios desde los 14 años, y en determinadas zonas, de ámbito rural, desde la edad pediátrica, y actualmente por la situación de cobertura, muchos médicos de familia realizan atención de pediatría en muchos centros de salud de nuestra comunidad. Por todo ello, ahora más que nunca, tenemos una importante función en esa difícil época que supone la adolescencia de nuestros pacientes. Etapa del ciclo vital que determina como puede ser su futuro, que hace que su salud y su felicidad como personas depare una madurez más o menos satisfactoria. Tenemos en nuestras manos esa posibilidad de orientarlos para que su salud global sea más plena, que puedan prevenir patología cardiovascular con cambios en los hábitos de vida que puedan resultarles perjudiciales, que puedan evitar patologías infecciosas graves con adecuada profilaxis vacunal, que los riesgos de las adicciones tanto a tóxicos como a las redes sociales sean evitables, podemos orientar a que su salud mental, su salud sexual, y su convivencia en la sociedad se desarrolle de una manera mas personal y libre de problemas y riesgos, que conduzcan a tener adolescentes sanos y sobre todo, sean conscientes de la importancia de salud. Tener adolescentes sanos significa tener una sociedad futura sana.

Ahora tienes en tus manos este maravilloso recurso para que llevemos a cabo esta tarea, esta "Guía de actividades preventivas del adolescente", documento elaborado gracias al arduo trabajo y a la labor de meses, del grupo de estudio del adolescente de nuestra Sociedad Andaluza de Medicina familiar y Comunitaria (SAMFyC). Documento de alta calidad científica y realizado por médicos de familia de "trinchera diaria", y estructurado de forma practica y funcional para que te sea útil y asequible desde el primer momento, aprovechable desde consulta y

que abarca los distintos aspectos básicos en la prevención de problemas de salud en esta etapa como es la adolescencia. Con esta herramienta podrás perfeccionar tus conocimientos para atender a tus adolescentes en consulta, como ayudarles a prevenir estos problemas de salud, siguiendo grados de evidencia científica en las recomendaciones generales en cada uno de los capítulos, repasando desde las recomendaciones en hábitos y estilos de vida, salud sexual, cribados necesarios en esta etapa, atención en el básico aspecto de su salud mental y prevención de la mayor causa de mortalidad en adolescentes como es el suicidio, revisarás sus problemas de convivencia social, en temas de tanta actualidad como la violencia entre y contra menores y de género, o el acoso escolar, las conductas adictivas en el uso de internet y estrategias que ayuden en la prevención de todos estos problemas de salud.

Desde la SAMFyC, estamos orgullosos del trabajo que realiza nuestro grupo de estudio del adolescente, no solo en esta guía que vas a explorar, sino con todas las actividades formativas que desarrollan en el marco de nuestra sociedad, y que contribuyen a mejorar nuestra competencia como médicos de familia. Equipo que capitanean Francisco Javier y Alejandro, pero en el que juegan importante labor todos sus miembros, y que, desde aquí nuestro aplauso y agradecimiento a Celia, Carmen, Idoia, Guillermo, José, Inmaculada, María Ángeles, Sara, Pilar y Nuria. Muchas gracias equipo en nombre de todos los médicos de familia que disfrutaremos con vuestras enseñanzas en esta obra, que tanto esfuerzo os ha supuesto y que tanto rendimiento esperamos alcanzar todos vuestros lectores.

“Los buenos hábitos formados en la juventud marcan toda la diferencia” (Aristóteles)

“Sé fiel a los sueños de tu juventud” (Friedrich Schiller)

Jesús Pardo Álvarez
Presidente SAMFyC



INTRODUCCIÓN

Nuestra andadura en grupo comenzó en el año 2006 donde ya unos cuantos compañeros y médicos de familia alentados por Alejandro nuestro entonces coordinador y coordinador de este manual, y M^a Luz, su mujer, que tanta paciencia y apoyo nos ha dado. Pensábamos que la o el adolescente era un paciente diferente y que debíamos de tratar de otra manera a lo que considerábamos el “paciente tipo”. No se trataba de un niño, porque además procedía de la consulta de pediatría y que además se exponía a un aumento progresivo de la responsabilidad como persona que forma parte de una compleja sociedad. Era una época donde en los institutos nos preocupaban otros tipos de tóxicos, como el tabaco y el alcohol. Iniciamos nuestro rodaje con la realización del taller de “abordaje del adolescente en atención primaria” para tutores de médicos residentes de la SAMFYC celebrado en Úbeda (Jaén) en 2006. No quiero dejar de mencionar al grupo de la comunidad educativa que también nos ayudaron en aquellos momentos a formar nuestros primeros talleres.

Después de ellos, nuestro Grupo de Estudio del Adolescente o, también llamado Gredol, ha ido participando en diferentes congresos tanto autonómicos como nacionales con comunicaciones y talleres. También hemos intentado transmitir nuestra ilusión por dar cada día una mejor atención al adolescente a través de talleres para residentes.

En 2013 nació nuestro primer Manual de Actividades Preventivas gracias a Sara, Rocío e Inmaculada y en 2015, la Guía de Atención al Adolescente. La primera con espíritu de guía de bolsillo y actualización de evidencia disponible en temas que atañen a nuestro grupo de estudio y en la segunda profundización en el conocimiento comunicación, entrevista, cribado y repaso de la patología más frecuente en la adolescencia. Tampoco quiero dejar de mencionar la colaboración de diferentes promociones de residentes en los libros de casos clínicos donde han podido aportar a la comunidad científica y a sucesivas generaciones de médicos el cómo abordar la entrevista en casos de alta complejidad.

Diecisiete años más tarde aquí seguimos ilusionados, porque que aquellas intervenciones que consigamos sobre esta población estamos convencidos sumarán en su salud global. Los médicos de familia seguimos siendo la puerta de entrada al sistema sanitario, pero además en el caso de la adolescencia, en un momento de la vida de alta vulnerabilidad donde se pueden producir cambios importantes en su conducta y donde pueden marcar toda su vida. No es raro ver que acuda a consulta para solicitar nuestra escucha y orientación y el buen médico de familia ayudará a orientar hacia la autonomía y beneficio de su salud sin olvidar la responsabilidad hacia los individuos de su entorno. Los cambios que se producen en la sociedad y en la medicina, hacen que la actualización de este manual sea un nuevo reto para

nuestro grupo. Tenemos un incremento significativo de infecciones de transmisión sexual, a partir de la pandemia el patrón de la salud mental ha cambiado, las nuevas tecnologías han facilitado nuevas conductas de riesgo, aumento de obesidad y sobre todo sedentarismo, el consumo de tóxicos también ha variado y así muchas cosas más. En este manual, además de actualizar el previo, hemos querido acompañarlo con enlaces de internet que puedan ser de utilidad en la consulta. Hemos intentado ir actualizando hasta el último día antes de la edición, aunque somos conscientes que algunos puedan quedar desfasados. Esperamos que si os gusta y no hay problemas podamos ir actualizando en sucesivas ediciones.

Para la puesta al día del manual hemos tenido la suerte de poder tener algún colaborador del grupo nacional y también a médicos residentes de medicina de familia que valientemente se han embarcado en este apasionante proyecto y todo ello nos ha permitido ampliar el manual con nuevos temas. Hemos actualizado estilos de vida, salud sexual, pruebas de diagnóstico precoz, salud mental y atención a la convivencia y por otro lado al aumentar su extensión hemos incorporado nuevos capítulos que esperamos que sea de vuestro interés como son los de vacunas, internet y redes sociales.

Por ultimo y no menos importante queremos agradecer la colaboración desinteresada de GSK a la edición de este manual donde permitirá el acceso a médicos de familia a través de la edición impresa sin ningún tipo de beneficio económico ni para el laboratorio ni para los autores.

Esperamos que la edición sea de utilidad tanto para residentes como a médicos de familia y que pueda estar en algún lugar de vuestras consultas para poder consultar.

Francisco Javier Leal Helmling
Coordinador GdT SAMFyC de Estudio del Adolescente (greAdol)

1. ESTILOS DE VIDA

Autores

Sara María Palenzuela Paniagua. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Centro de Salud Otero, Área Sanitaria de Ceuta. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Recomendaciones generales

- » **Consumo de drogas:** se recomienda cribado oportunista (evidencia insuficiente, recomendación moderada a favor). Consejo breve sobre consumo de alcohol en adolescentes embarazadas (evidencia B).
- » **Nutrición y actividad física:** necesarios pero se desconoce la eficacia del consejo (Recomendación I).
- » **Prevención de accidentes de tráfico:** Se indica recomendación oportunista (Recomendación I).
- » **Prevención del cáncer de piel:** moderada evidencia para recomendación oportunista (recomendación B).

Los estilos de vida desarrollados durante esta etapa influirán decisivamente en la aparición de ciertas patologías en la adultez. Las principales causas de morbi-mortalidad en adolescentes son evitables. Es por ello que, aunque las actividades de prevención y promoción de la salud para adolescentes tienen, en general, una insuficiente evidencia, se realiza una indicación positiva. Habitualmente la falta de evidencia viene dada por los pocos estudios realizados en estas edades y el beneficio a obtener es más alto que el posible riesgo.

Existe insuficiente evidencia sobre la prevención contra el consumo de sustancias adictivas y el consejo sobre nutrición, actividad física y los accidentes de tráfico. Sin embargo, se aconseja el cribado y el consejo oportunista por los beneficios que pueden tener y el bajo coste de su realización. La evidencia es moderada para la prevención del cáncer de piel, indicando consejo para evitar la quemadura solar durante la primavera y el verano.

Existe buena evidencia de que la participación comunitaria mejora la salud y el bienestar. Las intervenciones de participación comunitaria son eficaces para mejorar los comportamientos en salud y el apoyo social percibido. El papel del médico de familia es favorecer el desarrollo integral de los adolescentes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, reduciendo al mismo tiempo las situaciones de riesgo psicosocial.

Teniendo en cuenta que este grupo de población son nativos digitales, la utilización de aplicaciones móviles que faciliten los consejos dados por los profesionales sanitarios nos parecen de gran utilidad. La mayoría de las que recomendamos están avaladas por sociedades u organismos oficiales. Diferentes iniciativas internacionales y nacionales, como la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía con su distintivo de AppSaludable, están trabajando para la acreditación y evaluación de aplicaciones móviles en el ámbito de la salud.

Recomendaciones generales

- » El adolescente debe ser valorado de forma integral en el contexto de su situación familiar y social.
- » Es necesario incorporar la confidencialidad y privacidad de forma explícita en la atención a la población adolescente.
- » Valorar las necesidades no demandadas en la atención al adolescente.
- » Prestar una atención integral valorando la función familiar y el ciclo vital.

1.1 Consumo De Sustancias Adictivas

- » Cribado oportunista > 11 años
- » Mensajes positivos, breves y continuados con preguntas abiertas no punitivas y/o cuestionarios validados.
- » Multidisciplinar

Objetivo: Detección, intervención breve a adolescentes y familiares y tratamiento.

Piensa en otras formas de consumo:

- Bebidas energéticas
- Pipas de agua (Narguille/Shisha...)
- Cigarrillo electrónico
- Tabaco sin humo (masticado/aspirado)
- Oxido nitroso (gas de la risa)

Piensa en otras formas de intervención: aplicaciones móviles

La encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (**ESTUDES**) se realiza desde el año 1994 sobre estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias y muestra el consumo como un problema de salud pública en la adolescencia. La última encuesta de 2021 indica un consumo elevado de alcohol, tabaco y cannabis, destacando también el consumo de hipnosedantes con y sin receta médica.

ESTUDES



El consumo de prueba se establece a los 14 años como edad media y es muy elevado en todas las drogas estudiadas considerándose la antesala de un consumo más estable que se mantendrá en la adultez. Por ello, 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.

En general todas las guías aconsejan realizar un cribado oportunista a partir de los 11 años, con mensajes positivos, breves y continuados, y dados por diferentes profesionales. La idea que hay que transmitir tras la recomendación es que ningún tipo de consumo de sustancias adictivas en adolescentes es seguro. La opción más segura es evitar el consumo.

Es recomendable realizar un registro completo en la historia clínica sobre:

- » Historia de consumo: la edad de inicio, cantidad, el patrón de consumo y tipo de droga. Motivaciones del consumo.
- » Existencia de síndrome de dependencia: valoración del uso problemático de las sustancias adictivas y del grado de dependencia. Tolerancia, pérdida de control.
- » Trastornos psiquiátricos asociados, problemática familiar/social/escolar asociada.

En ocasiones se hace difícil detectar esta problemática por las propias peculiaridades de los adolescentes consumidores, caracterizados por que tienden a minimizar

el consumo o a negarlo, por la dificultad que muestran para aceptar que tienen problemas derivados de este, por la presión que reciben de sus pares para mantenerlo y «normalizarlo» y, finalmente, por la elevada resistencia a contactar con los servicios de salud. El papel del médico/a de familia es clave para la prevención y el diagnóstico precoz del consumo de sustancias adictivas en la población adolescente. Se deben asegurar la confidencialidad y la continuidad de la asistencia, elementos claves para generar el clima de confianza necesario en la entrevista con el adolescente. No es útil culparle por el consumo ni promover medidas punitivas; por el contrario, la atención centrada en el adolescente y la entrevista motivacional constituyen elementos muy útiles para que el menor perciba el consumo como una situación problemática para su salud. Así mismo, se hace necesaria la intervención familiar con especial atención a la exposición al humo del tabaco.

Es importante proporcionar información correcta y adaptada a cada edad y grado de madurez sobre el uso de drogas desmontando mitos en torno a sus efectos beneficiosos (estimulante sexual y comunicacional, efectos positivos sobre la conducción...) y destacando los efectos beneficiosos de la abstinencia (mayor concentración/rendimiento deportivo...). Siendo preciso tener en cuenta que no se pueden aplicar los mismos argumentos que en población adulta pues los adolescentes tienden más en focalizarse en los problemas/beneficios a corto plazo (aspectos estéticos como el oscurecimiento de los dientes y el bajo rendimiento deportivo). Un objetivo clave de las comunicaciones sobre salud diseñadas para prevenir el inicio del consumo de tóxicos durante la adolescencia es que la información relacionada se retenga en la memoria más allá de la exposición inmediata al mensaje.

Existen diferentes cuestionarios (*tabla 1*) que pueden utilizarse para valorar el consumo de sustancias adictivas en este grupo de población. El test AUDIT ha sido validado para la detección de problemas relacionados con el abuso de alcohol en población adolescente española. El S2BI (*Screening to Brief Intervention*) valora la frecuencia para tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas. El NIAAA (*National Institute of alcohol abuse and alcoholism*) ofrece un cribado con tan solo dos preguntas. Por último, el BSTAD (*Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and other Drugs*) aporta un cribado breve para drogas e identifica su uso problemático.

Tabla 1. Herramientas de cribado de sustancias adictivas validadas para adolescentes.



Así, tras garantizar de forma explícita la confidencialidad, se recomienda realizar uno de los test de detección o un interrogatorio directo con preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras que den la oportunidad al adolescente de explicarse de forma amplia. Se ofrecen algunos ejemplos a continuación:

» *A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón... ¿Qué opinas de eso?»*

- » ¿Conoces a alguien que lo haga?»
- » ¿Qué haces cuando sales de marcha?»
- » ¿Cuánto aguantas (consumiendo)?»
- » ¿Qué tomas una noche normal?»
- » ¿Y alguna vez tomáis otras cosas?»
- » Es probable que alguno de tus mejores amigos fume, ¿no es así?»
- » Tienes amigos que hayan bebido cualquier bebida que contenga alcohol el año pasado?»
- » ¿Tomas alguna bebida estimulante?»
- » En el último año, ¿Cuántos días has tomando más de unos sorbos de cualquier bebida que contenga alcohol?

En el caso de la abstinencia, se recomienda el refuerzo positivo a mantener esa actitud. La *American Academy of Pediatrics* publicó en 2016 unas recomendaciones sobre detección, intervención breve y derivación a tratamiento que dependen de la frecuencia de consumo (*tabla 2*).

Figura 1. Detección, intervención breve y derivación a tratamiento ante el consumo de sustancias adictivas por parte del adolescente.



En la intervención en adolescentes fumadores, existe una evidencia limitada para el uso del apoyo conductual o la medicación (todacitan, bupropion) que no está aprobada para menores de 18 años.

La creciente evidencia generada por trabajos científicos que indican resultados alentadores sobre el uso de aplicaciones móviles hace que pudieran convertirse en una buena opción para las personas que desean abandonar el consumo de drogas. Igualmente se desconoce la efectividad de las intervenciones con aplicaciones móviles para el abandono en adolescentes, sin embargo, es preciso pensar en otras formas de abordaje del consumo de drogas. El teléfono móvil es probablemente uno de los objetos que los adolescentes más van a usar y puede ser de ayuda.

Por ejemplo, en el caso del tabaquismo, diferentes aplicaciones están disponibles para su uso: S'acabo (de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo), Quit now (plantea retos para dejar de fumar), Smoking time machine (muestra el efecto del tabaco en la piel), QuitSTART (usa recordatorios y promueve la interacción diaria) o SMAART (Saber cuál es su posición en términos de consumo de alcohol, los riesgos que corre y plantea desafíos), <versión francesa>.

S'acabo



Quit now



Smoking time machine



QuitSTART



SMAART



Igualmente, no se nos deben de olvidar investigar sobre otras formas de consumo de tóxicos como pueden ser:

» **Bebidas energéticas y "shots":** gozan de una buena aceptación entre los jóvenes y la percepción del riesgo asociado a su consumo suele ser baja. Además de cafeína, las bebidas energéticas suelen contener otros ingredientes como taurina, L-carnitina, glucuronolactona, guaraná, ginseng y vitaminas del grupo B. Se han evidenciado una alteración en el sueño y el aumento de problemas cardiovasculares y neurológicos asociados a su consumo. Aunque no están recomendadas en niños ni adolescentes, los jóvenes son uno de los grupos de población más expuestos al consumo de este tipo de bebidas. Según el último ESTUDES casi la mitad de los estudiantes han tomado bebidas de este tipo en los últimos 30 días, siendo la prevalencia mayor en los chicos (50,7%) que en las chicas (39,0%). El 16,1% de los estudiantes han consumido una mezcla de alcohol y bebidas energéticas

» **Pipa de agua (narguille, shisha, cachimba, hookah), cigarrillo electrónico y vapeadores:** Presentan una gran popularidad entre los adolescentes y tienen buena aceptación familiar y social, pero son productos no regulados que no se presentan como una alternativa segura ni son útiles para dejar de fumar. Ha aumentado su consumo entre adolescentes por la falsa idea de seguridad sin embargo a corto plazo se han visto evidencias de su efecto sobre las vías respiratorias dando lugar a nuevas patologías como las lesiones pulmonares asociadas al vapeo (EVALI). Así mismo se ha comprobado que el aerosol contiene sustancias tóxicas y carcinogénicas, con lo cual, a largo plazo, puede inducir la aparición de cáncer en consumidores y personas expuestas pasivamente a este aerosol. Se ha demostrado que fumar cachimbas sin tabaco genera los mismos compuestos tóxicos que cuando se utilizan con tabaco, excepto nicotina, en dosis similares e incluso mayores. La combustión de las hierbas sin tabaco genera, además de monóxido de carbono, sustancias carcinógenas como alquitrán, hidrocarburos aromáticos policíclicos, partículas finas y aldehídos, mientras que la combustión de la melaza genera compuestos furánicos, algunos de ellos

promotores tumorales. Además, se han encontrado trazas de metales tóxicos y otros carcinógenos en la composición de las hierbas, también en mayor magnitud que en los cigarrillos.

» **Tabaco sin humo (masticado/aspirado):** Aunque no generan humo por combustión, también generan adicción e implican un importante riesgo para la salud, su consumo se asocia especialmente al cáncer oral y de páncreas.

» **Óxido nitroso (gas de la risa):** droga inhalada de moda entre los jóvenes por su fácil accesibilidad y de precio reducido. Presenta una percepción social de seguridad en el consumo. Se presenta en wippets (cartuchos metálicos cilíndricos) o en globos. Actúa como depresor del sistema nervioso central, provocando euforia y sensación de bienestar rápidamente reversible. La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) indica que su uso no médico representa un riesgo para la salud por entre otros: quemaduras en la boca por inhalación, hipoxia, riesgo de asfixia, posibilidad de provocar alucinaciones, alteración de la percepción, orientación temporo-espacial y reducción de la sensibilidad al dolor, convulsiones, arritmias y parada cardiorrespiratoria. Además, el uso intensivo o durante varios días consecutivos produce una disminución de vitamina B12. Se han notificado accidentes de tráfico relacionados con su consumo.

» **Poppers:** tipo de droga de la familia de los nitritos que se consume por vía inhalatoria. Son de producción y venta ilegal en España. Un uso común está vinculado a las prácticas sexuales (chemsex), ya que facilita la penetración anal debido a la relajación de la musculatura. Y en contextos de festivales de música para intensificar la percepción de luces y sonidos. El popper genera estado de tolerancia.

La realización de un **test para el cribado de drogas** en el adolescente competente sin su conocimiento es poco práctico, en el mejor de los casos, y no es una actuación ética ni legal. Aunque constituye un método diagnóstico accesible, de bajo coste y rápido, también presenta inconvenientes: proporcionan información limitada y los resultados se malinterpretan fácilmente además de que no solo se rompe la relación de confianza entre padres e hijos, sino que además la relación médico-paciente se ve gravemente dañada y difícil de recuperar. La recomendación a madres y padres debe ser potenciar el diálogo y la comunicación para detectar o prevenir el consumo de drogas.

La indicación de la realización de actividades preventivas multidisciplinares incluye la participación en las **actividades de base comunitaria**: La comunidad, como entorno social, es un ámbito prioritario de prevención para mejorar los hábitos saludables de las personas que integran la comunidad y para el fomento de conductas y actitudes responsables con relación al consumo de drogas y adicciones:

» **Escuela promotora de salud:** El ámbito escolar constituye un pilar clave para la realización de programas de promoción para la salud, porque permite intervenir en las etapas infantil y juvenil para que adquieran hábitos y modelos

de comportamiento saludables. Los centros educativos se consideran agentes activos para el desarrollo comunitario. El programa Forma Joven en el ámbito educativo tiene como objetivo promover, entrenar y capacitar al alumnado para el desarrollo de habilidades cognitivas-conductuales que, de forma adaptada a cada edad, les permitan adoptar estilos de vida saludables.

» **Ámbito familiar:** El contexto familiar tiene una gran importancia en la prevención de las adicciones y del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, ya que la familia constituye un elemento esencial en el proceso de socialización en la infancia y la adolescencia, donde se aprenden normas sociales, pautas y límites de comportamiento.

FORMA JOVEN



» **Ámbito de ocio y festivo:** El disfrute del ocio y del tiempo libre, en algunas ocasiones, se ha convertido en un espacio asociado al consumo de alcohol y otros tipos de sustancias adictivas, constituyendo un factor de riesgo para jóvenes y adolescentes. Sin embargo, también puede ser un espacio en el que el colectivo juvenil fortalezca determinados factores de protección y adquieran hábitos de vida saludables, alternativos al uso de estas sustancias. El programa Forma Joven acerca las actividades de promoción de la salud a los entornos frecuentados por adolescentes y jóvenes, otorgándoles un papel activo, dotándolos de recursos y capacidades para afrontar riesgos, favoreciendo la elección de las conductas más saludables.

Evidencias disponibles

» **USPSTF:** Es recomendable que los médicos de familia realicen intervenciones, incluida educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre niños y adolescentes en edad escolar (grado de recomendación B). La evidencia actual es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de las intervenciones de detección y asesoramiento conductual breve para el consumo de alcohol en entornos de atención primaria en adolescentes de 12 a 17 años (grado de recomendación I). No se recomienda la detección del uso de drogas no saludables en adolescentes dado que la evidencia actual es insuficiente (grado de recomendación I).

» **PAPPS:** Se recomienda realizar cribado del consumo de alcohol y proveer intervención conductual a las personas que declaren un consumo de riesgo o problemático. El cribado debe hacerse como mínimo cada dos años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Aunque en los adolescentes la evidencia es insuficiente se recomienda por imperativo ético.

1.2 Alimentación y ejercicio

La alimentación y la actividad física son los principales factores de riesgo modificables para la prevención y/o control del sobrepeso y la obesidad en etapas pediátricas.

- » 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].
- » 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 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 [Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada].
- » Se sugiere hacer consejo en Atención Primaria dirigido a la promoción de la actividad física y disminución del sedentarismo (débil a favor).

Nutrición

Los objetivos nutricionales son conseguir un crecimiento adecuado, evitar los déficits de nutrientes específicos y consolidar hábitos alimentarios correctos que permitan prevenir los problemas de salud de épocas posteriores de la vida que están influidos por la dieta, como son hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad y osteoporosis.

Los hábitos dietéticos inadecuados de los adolescentes son fundamentalmente los siguientes:

- » Irregularidades en el patrón de comidas: tendencia a saltarse comidas, piqueo no funcional, "calorías vacías": ricas en azúcares.
- » Abuso de las comidas de preparación rápida: comidas fuera de casa...
- » Dietas no convencionales o dietas de moda...

Resulta difícil establecer unas recomendaciones de ingesta estándar para este grupo de población debido a sus peculiaridades y a la escasez de estudios científicos. La mayor parte de las recomendaciones se basan en la extrapolación de los datos obtenidos en estudios en grupos de adultos o niños. La mayoría de las recomendaciones sobre educación alimenticia carecen de nivel de evidencia suficiente y se desconocen cuántas intervenciones son necesarias para modificar un hábito dietético.

La composición equilibrada de la dieta presenta un alto nivel de evidencia para conseguir un adecuado cambio corporal durante la adolescencia. La distribución calórica de la ingesta debe mantener una proporción correcta de principios inmediatos: 10-15% del valor calórico total en forma de proteínas, 50-60% en forma de hidratos de carbono y 30-35% como grasa (grasas saturadas (7%), monoinsaturadas (10%), poliinsaturadas (13%) y saturadas trans (<1%).

La dieta mediterránea cumple con las características de un patrón de alimentación y de estilo de vida saludable y sostenible. Es por eso que se debe de favorecer el consumo de frutas frescas y hortalizas de temporada, legumbres, frutos secos, cereales integrales, aceite de oliva virgen extra, lácteos sin azucarar y pescado y huevos por encima de la carne, evitando cualquier tipo de bebidas azucaradas y, por descontado, las bebidas alcohólicas. Los alimentos recomendados convienen que sean frescos o mínimamente procesados, de producción local y de venta de proximidad y de temporada.

estudio
PASOS



Según el estudio **PASOS 2023**, la prevalencia de obesidad sigue alcanzando a 1 de cada 3 niños, niñas y adolescentes en España. El 37 % de la población infantojuvenil alcanza un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea siendo mayor en población infantil respecto a población adolescente. Las evidencias actuales que aporta la USPSTF indican que no puede demostrarse que los beneficios sean mayores que los riesgos en la búsqueda de desórdenes

alimenticios ni en adolescentes ni en adultos.

El consejo nutricional debería de ser para el adolescente y para su familia pues el primer aprendizaje alimentario y el más importante se producen en el núcleo familiar:

- » 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 virgen extra.
- » Realizar comidas preparadas con poca o ninguna grasa, e incluir comidas con calcio y hierro.
- » Elegir aperitivos nutritivos, ricos en carbohidratos complejos.
- » Debe potenciarse el consumo de agua frente a todo tipo de bebidas y refrescos, que contienen exclusivamente hidratos de carbono simples y diversos aditivos.
- » Fomentar las aptitudes culinarias de todos los miembros de la familia.
- » Implementar buenos hábitos sostenidos a lo largo del tiempo.

My RealFood



Esta intervención dietética se puede combinar con la tecnología y el uso de la gamificación. Actualmente han aparecido diferentes aplicaciones móviles ... que escanean los códigos de barra de los alimentos y pueden darnos una idea de la composición y de la idoneidad desde el punto de vista nutricional de cada artículo.

Yuka



En los últimos años existe la estrategia NAOS, liderada por la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición**, con la participación activa de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, distintas iniciativas comunitarias y locales diseñadas para la prevención y abordaje de la obesidad orientadas a la promoción de

hábitos alimentarios más saludables y al estímulo de la promoción de actividad física adecuada. La educación nutricional en el medio escolar, diseñada de forma colaborativa con profesores, padres y personal sanitario, también puede facilitar el tránsito de una alimentación equilibrada, confortable y saludable que enlace con los perfiles de la edad adulta.

Estrategia
NAOS



El **Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía**, incluido dentro de las estrategias de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, propone sensibilizar a la población sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular, promoviendo la adquisición de los conocimientos que les permitan la adopción de hábitos adecuados para el mantenimiento de un peso saludable.

PIOBIN



Para ello es necesario también involucrar activamente a diferentes instituciones y agentes sociales con capacidad de legislar y de potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales que faciliten la adopción y el mantenimiento a largo plazo de los estilos de vida saludables.

Actividad física

La actividad física es uno de los determinantes más robustamente asociados a la epidemia de la obesidad infantil. El estudio PASOS pone en evidencia que el incumplimiento de la recomendación de actividad física es mayor en la adolescencia que en la infancia y también mayor para el género femenino que el masculino.

En los niños y adolescentes es recomendable un mínimo de 60 minutos de actividad física diaria predominantemente de tipo aeróbico a una intensidad entre moderada a vigorosa de aspecto lúdico y al aire libre, al tiempo que se limiten las actividades sedentarias. Con el fin de reforzar la masa muscular y el tejido óseo deberán complementarse al menos tres días a la semana con actividades de intensidad vigorosa preferiblemente aeróbicas. (Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada):

- » Se debe aprovechar cualquier motivo de consulta para preguntar al paciente sobre sus hábitos en actividad física. (Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada) e insistir en realizar actividad física de forma regular en toda la población, con especial énfasis en el adolescente y el sexo femenino. (Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada).
- » 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 y las posibles lesiones derivadas de esa práctica deportiva.

Run
Keeper



Se promueven iniciativas comunitarias como la Estrategia NAOS. Su lema es “¡COME SANO Y MUEVETE!”, como binomio inseparable para prevenir el sobrepeso y la obesidad y contribuir a cambios en los estilos de vida. “Por un millón de pasos”, “Creciendo en Salud 3-12”, “Plan de deporte en Edad Escolar” y “Programa forma joven”, son otros de los muchos programas de acción comunitaria.

Fitbit



También son recomendables las actividades en familia, donde se ofrezca un compromiso con el hecho de estar en forma, ofreciendo un modelo positivo y haciendo ejercicio conjunto con regularidad. Algunas aplicaciones móviles que podrían servir de utilidad serían Run keeper y Fitbit.

1.3 Prevención de accidentes

Se aconseja cribado oportunista sobre:

- » Empleo del cinturón de seguridad.
- » Evitar conducir bajo los efectos del alcohol.
- » Uso del casco en moto y bicicleta.

Los jóvenes conductores de 15 a 24 años conforman un importante grupo de riesgo para las lesiones causadas por accidentes de tráfico. En España, 194 jóvenes fallecieron en 2022 en un siniestro vial. La inexperiencia, las distracciones (sobre todo por dispositivos electrónicos), la velocidad inadecuada y el alcohol son las causas más importantes.

Las intervenciones para prevenir los accidentes de tráfico incluyen medidas legislativas (límites de velocidad, control en el uso del móvil y drogas...) así como las intervenciones de base comunitaria (concienciación/educación pública y la educación vial). Hay poca bibliografía publicada sobre la eficacia del consejo del profesional en la consulta de atención primaria, para la prevención de las lesiones por accidentes de tráfico en niños y adolescentes.

Una revisión de 2022 de la Cochrane revela que la mayoría de los accidentes son resultado del comportamiento de conductor. Ésta muestra que las intervenciones individuales son muy eficaces en comparación con otras intervenciones y su éxito radica en la forma de difusión del mensaje (“peer to peer”). Sin embargo, la evidencia para realizar una intervención proviene de estudios antes-después, en los que se valoran resultados intermedios, aportando insuficiente evidencia.

No obstante, tanto PAPPs como PrevInfad aconsejan un cribado oportunista por su bajo coste:

- » Se recomienda que el profesional de atención primaria ofrezca consejo sobre el uso de SRI, sobre el cinturón de seguridad y sobre el uso de casco en bicicletas y ciclomotores, en las visitas de salud y otras ocasiones propicias como la atención en caso de lesión de cualquier gravedad por este motivo.

Recomendación B.

» No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del consejo breve en la consulta sobre educación vial, seguridad del niño y adolescente como conductor, del niño como pasajero de motocicleta y sobre transporte escolar.

Posicionamiento I.

» Las campañas de ámbito comunitario han demostrado eficacia. Se recomienda que el sanitario, en su actividad comunitaria, participe e impulse las actuaciones de este tipo en su entorno. Recomendación B.

» Deben recibir consejo respecto a los peligros de conducir bajo la influencia del alcohol y otras drogas y sobre los peligros de viajar en un vehículo conducido por alguien que está bajo la influencia de estas sustancias.

1.4 Prevención del cáncer de piel

Cribado oportunista en meses de primavera y verano sobre:

- » Evitar la exposición al sol.
- » Uso de elementos de protección solar.
- » Uso de camas de bronceado.

Las quemaduras solares en la infancia y adolescencia casi duplica el riesgo de desarrollar melanoma cutáneo en adulto. Durante estos años, se reciben más del 50% de las radiaciones ultravioletas de la vida y tienen un efecto más perjudicial en la piel. La estrategia más importante para la fotoprotección de los niños son las modificaciones de comportamiento y hábitos relacionados con la exposición al sol en todos los ambientes (familiar, escolar, social).

Los consejos preventivos de forma oportunista durante las consultas de primavera y verano pueden aumentar moderadamente el uso de medidas preventivas para reducir la exposición a radiación UV [evidencia moderada, recomendación fuerte a favor]. Estos incluyen:

- » El uso de protector solar de amplio espectro con un factor de protección solar (SPF) de 30 o más.
- » Usar sombreros, gafas de sol o ropa protectora contra el sol.
- » Evitar la exposición al sol; buscar sombra durante las horas del mediodía.
- » Recomendar espacios protegidos en centros escolares
- » Evitar el uso de camas de bronceado por un aumento de la incidencia de melanoma en la adultez.

Además, se recomienda colaborar en campañas escolares como **escuela Soludable**, **Solsano** y comunitarias que promuevan la creación de espacios escolares protegidos del sol y de la prevención de la exposición excesiva a la radiación UV en la adolescencia [recomendación B].

En prevención secundaria, no se recomienda el cribado sistemático del cáncer de piel en la población asintomática (UpToDate: evidencia

Escuela
Soludable



Solsano



baja, recomendación fuerte en contra; grado de recomendación I). Sin embargo, en individuos con factores de riesgo elevado si se recomienda el examen de la piel dirigido a la identificación de lesiones sugestivas de cáncer (UpToDate: evidencia moderada, recomendación fuerte a favor; grado de recomendación 2C).

Referencias bibliográficas

Consumo de sustancias adictivas

- » ¹Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad; 2022. 293 p. [Internet]. [Citado el 6/11/2023]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2022_Informe.pdf
- » ²Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Actualización 2022. Aten Primaria 2022; 54 (S1). [Internet]. [Consultado el 21/10/2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/journal/atencion-primaria/vol/54/suppl/S1>
- » ³Substance Use Screening and Intervention Implementation Guide. American Academy of Pediatrics. 2023. [Internet][Consultado el 30/10/2023]. Disponible en: https://www.aap.org/enus/Documents/substance_use_screening_implementation.pdf
- » ⁴Rubio C, Cámara M, Giner RM, González MJ, López E, et al. Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre los riesgos asociados al consumo de bebidas energéticas. Revista del Comité Científico de la AESAN 2021; 33: 151-210. [Internet]. [Citado el 10/11/2023]. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2022/recomendaciones_bebidas_energeticas.htm
- » ⁵Fu M, Feliu A, Fernández E. Shishas: Another Way of Tobacco Smoking. Another Source of Exposure to Toxic Compounds. Arch Bronconeumol (Engl Ed).2020;S0300-2896(20)30378-1. doi: 10.1016/j.arbres.2020.10.001. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/tabaco/profesionales/docs/InformeCigarrilloselectronicos.pdf>
- » ⁶Ministerio de Sanidad. Todo lo que sabemos a tu disposición: Óxido Nitroso. 2023. [Internet][citado el 19/11/2023]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/dosieresinformacion/pdf/20230504_Dosier_OxidoNitroso_GasRisa.pdf
- » ⁷Ministerio de Sanidad. Todo lo que sabemos a tu disposición: Poppers. 2022. [Internet][citado el 19/10/2023]. Disponible en:https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/dosieresinformacion/pdf/20221229_Dosier_Popper.pdf
- » ⁸US Preventive Services Task Force. Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2020;323(16):1590–1598. doi:10.1001/jama.2020.4679
- » ⁹US Preventive Services Task Force. Screening for Unhealthy Drug Use: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2020;323(22):2301–2309. doi:10.1001/jama.2020.8020
- » ¹⁰O'Connor EA , Perdue LA , Senger CA, et al. Intervenciones de detección y asesoramiento conductual para reducir el consumo no saludable de alcohol en adolescentes y adultos : informe de evidencia actualizado y revisión sistemática para el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU . JAMA. 2018;320(18):1910–1928. doi:10.1001/jama.2018.12086

Alimentación y ejercicio físico

- » ¹Red de Escuelas Promotoras en Salud. Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional. Junta de Andalucía. [Internet][citado el 19/11/2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/habitos-vida-saludable/epsa>
- » ²Consejería de Salud y Consumo. Programa Forma Joven. Junta de Andalucía.2023. [Internet] [citado el 9/11/2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/programa-formajoven.html>

- »³Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria. 2022;54(S1):102442. [Internet] [Citado el 8/10/ 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-sobre-el-estilo-vida--S0212656722001627>
- »⁴Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles. Ministerio de Consumo.2022. [Internet]. [Citado el 01/10/2023].Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/RECOMENDACIONES_DIETETICAS.pdf
- »⁵Gasol Foundation. Estudio PASOS. 2023. [Internet]. [Citado el 01/10/2023].Disponible en: <https://gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2023/07/GF-PASOS-2023-v7.pdf>
- »⁶Estrategia NAOS (Nutrición, actividad Física y Prevención de la Obesidad). Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad. 2023. [Internet]. [Citado el 05/10/2023].Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
- »⁷Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Informe anual 2021. Junta de Andalucía. 2021 [Internet]. [Citado el 01/11/2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/2021_Informe_PIOBIN.pdf
- »⁸Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.[Internet]. [Citado el 30/10/2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html#toc-proyectos-e-iniciativas-en-marcha>
- »⁹Mi guía de Salud. Junta de Andalucía.2023. [Internet] [Citado el 20/10/2023]. Disponible en: <https://www.miguiaadesalud.es/es/programas-y-salud?category=4>

Prevención de accidentes

- »¹Dirección General de Tráfico. Safety Tunes. 2023.[Internet]. [Citado el 01/10/2023].Disponible en: <https://www.dgt.es/conoce-la-dgt/que-hacemos/educacion-vial/safety-tunes/>
- »²Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022. Atención Primaria. 2022;54(S1) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656722001627>
- »³Esparza Olcina MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico. PrevInfad/PAPPS. [Internet]. [Citado el 10/10/2023]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendación/accidentes-trafico-rec>

Prevención del cáncer de piel

- »¹Marzo-Castillejo M, Bartolomé-Moreno C, Bellas-Beceiro B, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria.2022;54(S1). [Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102440>
- »²Centers for Disease Control and Prevention. Sun safety. 2023. [Internet]. [Citado el 10/10/2023]. Disponible en: https://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/sun-safety.htm
- »³US Preventive Services Task Force. Skin Cancer screening. JAMA. 2023;329(15):1290-1295. [Internet]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/skin-cancer-screening>
- »⁴Geller AC, Swetter S. Primary prevention of melanoma. UpToDate Aug 15, 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/primary-prevention-of-melanoma?search=Primary%20prevention%20of%20melanoma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

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)

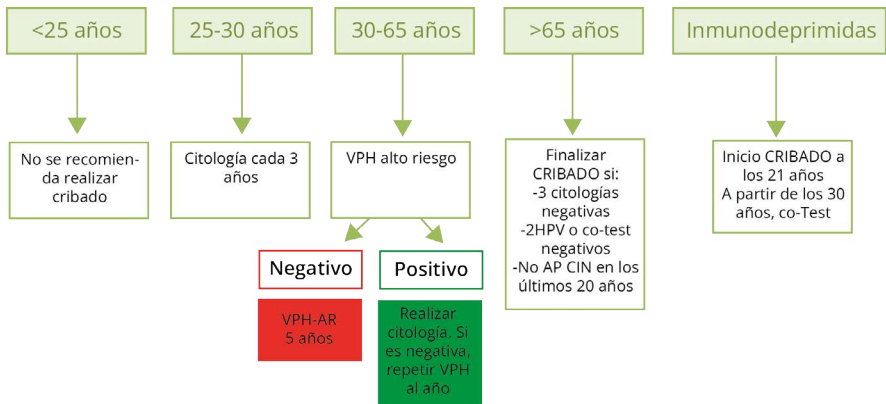
Ministerio de
Sanidad
(2019)



¿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>

3. PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ

Autores

Idoia Jiménez Pulido. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Centro de Salud Virgen de Gavellar de Úbeda, Jaén. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Pilar Quesada Carrasco. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Centro de Salud de Noalejo, Jaén. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Recomendaciones generales

- » Cribado de la obesidad: las medidas antropométricas se relacionan con el nivel de riesgos para la salud asociados con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes (evidencia B). El IMC debe ser medido de forma oportunista cada 2 años (recomendación B)
- » Cribado de la hipertensión arterial: no hay suficiente evidencia para recomendar el cribado rutinario de la hipertensión arterial en adolescentes [recomendación I]. Se recomienda una toma de presión arterial entre los 11-14 años.
- » Cribado de la hipercolesterolemia: no se aconseja realizar cribado de dislipemias de forma sistemática en adolescentes, salvo en aquellos que presenten antecedentes familiares de riesgo o si existen factores de riesgo asociados [recomendación I].
- » Cribado de la tuberculosis: No se recomienda un cribado poblacional universal [recomendación A], estando indicado únicamente ante presencia de factores de riesgo o sospecha de contagio.
- » Cribado de la celiaquía: No se recomienda el cribado sistemático poblacional, sólo en la población de alto riesgo [recomendación I].

3.1 Cribado de la obesidad

PASOS



Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad infantil es un fenómeno que afecta a 124 millones de niños y niñas de entre 5 y 19 años en todo el mundo. Concretamente en España, 1 de cada 3 menores de entre 8 y 16 años presenta sobrepeso u obesidad, siendo mayor para el género masculino, la población de menor edad y de zonas con una menor renta media por persona y año. Aunque se observa una tendencia decreciente de obesidad y sobrepeso, según datos del estudio PASOS 2022 de la Gasol Foundation.

Los principales factores de riesgo de obesidad son el poco o excesivo peso al nacer, el crecimiento rápido posnatal, la ingesta elevada de proteínas en los primeros meses de vida, la ausencia o poco tiempo de lactancia materna, la ingesta de alimentos con alta densidad energética y el sedentarismo.

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal y se suele valorar utilizando indicadores indirectos de la grasa corporal a partir de medidas antropométricas sencillas. El que se utiliza con mayor frecuencia es el índice de masa corporal (IMC), resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2). Evaluar el índice de masa corporal (IMC) de los niños es más complicado que el de los adultos porque cambia a medida que crecen y maduran. Además, los patrones de crecimiento difieren entre sexos y poblaciones. Hay que interpretar el IMC con precaución porque no es una medida directa de la adiposidad central.

El cribado de obesidad se realiza con la determinación del IMC y el perímetro de cintura en caso de obesidad. Peso y talla son actividades coste-eficientes que pueden realizarse fácilmente en la consulta a demanda y facilitará identificar adolescentes de riesgo. La precisión de las medidas antropométricas en la evaluación de los riesgos para la salud asociados con el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes tiene un nivel de evidencia B (según la NICE).

Fundación Orbeago



1. Se deben utilizar las tablas de crecimiento y las tablas de IMC para trazar y clasificar el percentil del IMC teniendo en cuenta la edad y el sexo de una población de referencia, más próxima al paciente. Las tablas españolas más utilizadas son las de la Fundación Orbeago, las del Estudio EnKid y las del Centro Andrea Prader.
2. Considerar usar la relación cintura-altura en niños y jóvenes de 5 años o más para evaluar y predecir los riesgos para la salud asociados con la adiposidad central (como diabetes tipo 2, hipertensión o enfermedades cardiovasculares).

3. No utilizar la bioimpedancia como sustituto del IMC como medida de adiposidad general en niños y jóvenes.

Edad de cribado de la obesidad: las diferentes organizaciones de salud recomiendan realizar el cribado en niños y adolescentes, pero difieren en el momento de su realización:

1. La *American Academy of Pediatrics* (AAP) aconseja a los pediatras controlar la obesidad en los niños a partir de los 2 años de edad. El profesional sanitario debería evaluar el peso del niño, como mínimo una vez al año.
2. La *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) recomienda que los niños y adolescentes con una edad menor o igual a 17 años deben tener controlado su crecimiento en las diferentes visitas de salud.
3. EL *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) se debe realizar un cribado de la obesidad a los niños con 6 años y mayores de 6, y ofrecerles los programas de control de peso, si lo precisan. Emitiendo un grado de recomendación B, ofertándoles o refiriéndoles a intervenciones conductuales intensivas y completas, diseñadas para promover la pérdida de peso.
4. La *American Academy of Family Physicians* (AAFP) establece las mismas recomendaciones que la *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF).
5. La Sociedad Española de pediatría en mayores de 2 años, anualmente, en los controles de salud y de manera oportunista en las consultas por otros problemas.
6. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) 2018. En mayores de 2 años, anualmente, en los controles de salud y de manera oportunista en las consultas por otros motivos.

En resumen, 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, con un grado de recomendación B (USPSTF).

- » Utilizar indicadores indirectos de la grasa corporal a partir de medidas antropométricas, tablas IMC ajustadas a sexo, edad y población, en la evaluación de los riesgos para la salud asociados con el sobrepeso y la obesidad en niños y jóvenes (Nice 2023).
- » Detección de la obesidad en todos los niños y adolescentes mayores o igual a 6 años, ofertándoles o refiriéndoles a intervenciones conductuales intensivas y completas, diseñadas para promover la pérdida de peso. USPSTF 2017.

3.2 Cribado de hipertensión arterial

La definición de hipertensión arterial (HTA) en niños y adolescentes se basa en la distribución normal de la PA en niños sanos. Se ha establecido el límite de la normalidad, tanto de la presión arterial sistólica (PAS) como de la diastólica (PAD), en valores por debajo del percentil 90 (< p90) según edad, sexo y talla. Si la PAS y PAD están en distintos percentiles, se tendrá en cuenta el valor más alto.

Cribado HTA



El patrón de referencia de los valores de normalidad para cada edad y sexo y respecto al percentil de talla se toman los valores publicados por la *USPS Task Force*, actualizados en 2017 por la Academia Americana de Pediatría, eliminando a los niños con sobrepeso y obesidad de acuerdo a las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH).

Los principales factores de riesgo de HTA que pueden orientar a la detección precoz son los siguientes:

- » Antecedentes familiares (padre o madre) de hipertensión o enfermedad renal.
- » Sobrepeso u obesidad.
- » Estilo de vida sedentario.
- » Afroamericanos entre sus ancestros.
- » Antecedentes de complicaciones neonatales: prematuridad, muy bajo peso al nacer o cateterización de la arteria umbilical.
- » Dieta pobre en frutas o verduras frescas y con exceso de sal o de alimentos precocinados.
- » Enfermedades que se asocian a hipertensión: cardiopatías, nefropatías, uropatías, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, proteinuria, trasplantes, neoplasias, hipertensión intracraneal, trasplante de médula ósea, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa.
- » Fármacos que incrementan la TA.

Hasta hace poco se consideraba que la HTA en los niños era secundaria a una enfermedad crónica subyacente, sobre todo en los más pequeños, pero actualmente la prevalencia de HTA secundaria en niños y adolescentes es del 1%, siendo la HTA primaria el tipo más frecuente, especialmente en adolescentes. La HTA primaria suele ser asintomática o en algunos casos responsable de síntomas leves tales como cefalea, epistaxis, cambios en el comportamiento o en el rendimiento escolar, por lo que la relación entre la HTA y esta sintomatología en muchas ocasiones puede pasar desapercibida, de ahí la importancia de la medida de la PA.

Detectar alteraciones de PA en etapas precoces de la vida puede facilitar la implementación de medidas de corrección con el fin de disminuir la carga de enfermedad cardiovascular. Las diferentes organizaciones de salud recomiendan realizar el cribado en niños y adolescentes, pero difieren en la edad de cribado de la HTA:

1. Medir la presión arterial (PA) a partir de los 3 años de edad y antes si hay factores de riesgo (*European Society of Hypertension guidelines 2016; Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines*).
2. La Asociación Española de Pediatría (AEP) y Grupo Prevención en la Infancia y la adolescencia (*PrevInfad*) aconseja controlarla a partir de los 3 años, como mínimo en dos ocasiones a lo largo de la infancia y adolescencia (entre los 3-6 años y entre los 10-14 años) a la población infantil con riesgo de hipertensión arterial. Si es posible se recomienda una medición anual una vez establecida la situación de riesgo.
3. El USPSTF 2020 para niños y adolescentes: encontró que la evidencia es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de la detección de presión arterial alta en niños y adolescentes. Se necesita más investigación.
4. Las recomendaciones PAPPs 2022 indican una toma de TA al menos 1 vez antes de los 14 años, y cada 4-5 años entre 14 y 40 años. En 2022 periodicidad anual en mayores de 40 años o si hay factores de riesgo para el desarrollo de la HTA (sobrepeso-obesidad, cifras de PA normal-alta, o raza negra) Periodicidad del cribado cada 3-5 años en todas las demás situaciones con una evidencia débil

pero una recomendación fuerte a favor.

5. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A). Actualmente existe Insuficiente evidencia para recomendar cribado rutinario de HTA en todos los menores y adolescentes. Medir la tensión arterial como mínimo en dos ocasiones a lo largo de la infancia y adolescencia (entre los 3-6 años y entre los 10-14 años) a la población infantil con riesgo de hipertensión arterial. Si es posible se recomienda una medición anual una vez establecida la situación de riesgo.

En resumen, no hay suficiente evidencia para recomendar el cribado rutinario de la hipertensión arterial niños y adolescentes (USPSTF: recomendación I). Muchas guías de práctica clínica aconsejan la toma de presión arterial antes de los 14 años, incluso a partir de los 3 años, dado que permite el diagnóstico de la HTA secundaria y el cribado de la HTA primaria de inicio en la adolescencia. Se recomiendan 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.

La toma y el registro de presión arterial, al igual que el peso y talla, es una actividad coste-eficiente que pueden realizarse fácilmente en la consulta a demanda y facilitará identificar adolescentes de riesgo.

3.3 Cribado de las dislipemias

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la principal causa de muerte en la población adulta de países desarrollados. El proceso aterosclerótico comienza en la infancia y es pro-gresivo durante toda la vida. Si bien existe un componente genético que produce suscepti-bilidad, los factores ambientales exacerbaban e intensifican la progresión de la enfermedad. La identificación oportuna de niños con dislipemia es importante de cara a considerar inter-vencciones precoces para prevenir o posponer el desarrollo de la arterioesclerosis.

La prueba recomendada para el cribado de la dislipemia es la determinación del colesterol total, debido a su relación con la mortalidad cardiovascular, aunque debe acompañarse de la valoración del c-HDL, ya que permite calcular mejor el riesgo cardiovascular. Internacionalmente está bastante aceptado considerar dislipemia a los valores por encima del percentil 95 para la edad y sexo de CT, C-LDL y TG, y los valores de C-HDL por debajo del per-centil 10.

Los principales factores de riesgo de dislipemia que pueden orientar a la detección precoz:

- » Historia familiar: Padres, abuelos, tíos y hermanos con antecedentes de IAM, angina, ictus o intervención coronaria en <55 años en hombres y <65 años en mujeres; Padres con CT >240 mg/dl o dislipemia conocida.

- » Condiciones de riesgo alto:
 - Diabetes mellitus tipo 1 y 2.
 - Enfermedad renal crónica, Insuficiencia renal terminal, postrasplante renal.
 - Trasplante cardiaco ortotópico.
 - Enfermedad de Kawasaki con aneurismas.
- » Factores de riesgo alto.
 - Hipertensión que requiere medicación.
 - Fumador.
 - IMC >p97.

Existe controversia sobre el cribado:

1. La Sociedad Española de Pediatría recomienda:
 - » 9-11 años: primer cribado universal.
 - » 12-16 años: no hacer cribado de rutina. Medir perfil lipídico 2 veces si hay historia familiar de riesgo o el adolescente tiene diabetes, hipertensión arterial, IMC \geq p85 o es fumador.
 - » 17-21 años: segundo cribado universal.
2. La Asociación Americana de Pediatría (AAP) y el Panel de Expertos de la *National Heart Lung Blood Institute* recomiendan el cribado universal de todos los individuos en dos periodos de edad, entre 9-11 años y entre 17-20 años, basándose en que la historia familiar no es un indicador fiable de predicción de riesgo.
3. PAPPS 2022 recomienda razonable incluirlo en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de cuatro años y a partir de los 18 años.
4. El USPSTF 2023 concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de la detección de trastornos lipídicos en niños y adolescentes asintomáticos de 20 años o menos.
5. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A). Población con edad entre 2-18 años con riesgo aumentado de hipercolesterolemia y de enfermedad cardiovascular en la vida adulta por historia familiar o factores de riesgo.

No se aconseja realizar cribado de dislipemias de forma sistemática en niños y 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. (USPSTF: recomendación I).

3.4 Cribado de la tuberculosis (TBC)

Cribado de la
Tuberculosis en
adolescentes
(PSIAA)



La población diana para el cribado de TBC, con prueba de Mantoux, son los menores en situación de riesgo para la infección tuberculosa y/o pertenecientes a poblaciones con tasa de prevalencia de TBC superior al 1%. Se consideran situaciones de riesgo de TBC: menores en contacto con individuo con sospecha o certeza de TBC activa, menores inmigrantes o adoptados de países con alta prevalencia, menores viajeros procedentes de zonas endémicas y con contacto

habitual con población nativa, menores infectados con VIH, adolescentes en centros privados de libertad, menores que viven en comunidades con marginación social, menores con hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa.

También se recomienda hacer la prueba antes de tratamientos con inmunosupresores, corticosteroides o antagonistas del factor de necrosis tumoral-alfa. Se recomienda un cribado anual en personas infectada por el VIH, adolescentes en centros privados de libertad y menores que viven en comunidades con marginación social (con prevalencia mayor del 1% de infección tuberculosa). No se recomienda el cribado universal, ni es preciso realizarlo en adolescentes que comiencen el colegio o en campamentos.

3.5 Cribado de la enfermedad celíaca (EC)

Dada la alta prevalencia de EC y la elevada sensibilidad y especificidad de los marcadores serológicos, se considera indicado el cribado en grupos de riesgo. Este grupo lo componen los familiares de primer y segundo grado de enfermos de EC, personas con síndromes de Down, Turner y Williams y, en general, en pacientes con enfermedades autoinmunes como diabetes tipo 1, tiroiditis, artritis reumatoide, etc. También estará indicado el cribado de EC en casos de anemia de causa no aclarada, osteoporosis, niños con talla baja, mujeres con abortos de repetición y parejas con infertilidad.

Los principales marcadores serológicos son los anticuerpos antiendomiso (EMA), antitransglutaminasa tisular (*tTGA* y *tTGA2*), antigliadina (AGA) y los IGA frente a péptidos deaminados de la gliadina (DPG). Los marcadores serológicos indican el riesgo de padecer una EC. El diagnóstico definitivo requiere la práctica de una biopsia intestinal o que los marcadores serológicos superen 10 veces las cifras de normalidad. El despistaje por medio de marcadores serológicos debe realizarse, en grupos de riesgo, de forma periódica, aunque no está establecida cuál es la frecuencia o periodicidad idónea.

Protocolo para el diagnóstico precoz de la ENFERMEDAD CELÍACA



Referencias bibliográficas

Cribado de la obesidad

- » ¹Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022 Atención Primaria 54 (2022) 102444. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/journal/atencion-primaria/vol/54/suppl/S1>
- » ²Moreno Aznar LA, Lorenzo Garrido H. Obesidad infantil. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023; 1:535-542
- » ³Obesity: identification, assessment and management. Clinical guideline [CG189]. NICE 2023. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
- » ⁴US Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2017;317(23):2417–2426. doi:10.1001/jama.2017.6803

Cribado de la hipertensión arterial

- » ¹Álvarez J, Aguilar F, Lurbe E. La medida de la presión arterial en niños y adolescentes: Elemento clave en la evaluación de la hipertensión arterial. *Anales de Pediatría* 2022; 96(536): e1-e7.
- » ²Screening for High Blood Pressure in Children and Adolescents US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2020; 324(18): 1878-1883.
- » ³Díaz Soto R, Miñambres Rodríguez M, Ortiz Valentín I, Peña López Y, Belda Hofheinz S. Hipertensión arterial. *Protoc diagn ter pediatr.* 2021; 1:629-51.
- » ⁴Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart D, Banegas Banegas JR et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022 Atención Primaria 54 (2022): 102444. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/journal/atencion-primaria/vol/54/suppl/S1>

Cribado de la dislipemia

- » ¹Arroyo Díez FJ, Romero Albillos JA, López Valero GN. Dislipemias en edad pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2019; 1:125-40. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_dislipemias.pdf
- » ²USPSTF 2023 Recommendation: Screening for Lipid Disorders in Children and Adolescents *JAMA.* 2023; 330(3):253-260.
- » ³Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A) [Recurso electrónico]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Disponible en: <https://si.easp.es/psiaa/>

Cribado de la tuberculosis

- » ¹Mengual Gil, J. Cribado de la tuberculosis. Recomendación. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado marzo de 2016. [consultado 30/11/2023]. Disponible en <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/tuberculosis-rec>

Cribado de la enfermedad celíaca

- » ¹Grupo de trabajo del Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); 2018. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf>
- » ²US Preventive Services Task Force. Screening for Celiac Disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2017;317(12):1252–1257. doi:10.1001/jama.2017.1462

4. SALUD MENTAL

Autores

María Ángeles Moreno Fontiveros. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Centro de Salud San Pedro Alcántara, Marbella. Málaga. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

María José Martínez Vera. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Consultorio Pedrera, Zona Básica de Estepa. Sevilla. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Recomendaciones generales

- » La principal herramienta para la detección precoz en Salud Mental es la Entrevista Clínica.
 - » En la Entrevista Clínica se recogerá información del adolescente y sus progenitores, sin olvidar que el paciente es el protagonista. Importante establecer relación de confianza.
 - » El médico de familia debe acompañar al paciente y su familia en el tratamiento, reforzar el cumplimiento de éste y vigilar posibles efectos adversos.
- Según el PAPPS 2022, la rentabilidad de las pruebas de cribado es moderada, pero estas herramientas pueden servirnos de apoyo a la entrevista clínica.

Los problemas de salud mental son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Enfermedades como la ansiedad, depresión, trastornos de conducta alimentaria y autolesiones son cada vez más habituales en nuestra consulta.

Se trata de un tema complejo, multifactorial, en el que interactúan factores individuales, familiares y sociales (*tabla 1*). Podemos detectar factores de riesgo: sociedad hedonista, estilos de vida, poca tolerancia a la frustración, tendencia a medicalización de la vida cotidiana, pérdida de las redes sociales (familias menos extensas, menos relaciones en la comunidad...), pérdida de autoridad en casa y en los colegios, tecnologías... También podemos nombrar factores protectores como la resiliencia, capacidad de gestionar las emociones y la frustración, valores individuales, etc.

Tabla 1. Factores de protectores y de riesgo para la salud mental en la adolescencia.

FACTORES DE RIESGO	
1. INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mujer - Necesidades de aprendizaje o discapacidad - Comorbilidad con otras enfermedades crónicas o psicológicas - Temperamento irritable y/o tendencia a la emocionalidad negativo. - Déficit de habilidades sociales - Eventos traumáticos previos - Homosexualidad
2. SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Pocas relaciones sociales o conflictivas - Migración - Institucionalizados o refugiados - Marginación - Falta de recursos
3. FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de psicopatología - Consumo de tóxicos - Historia de maltrato o negligencia - Rechazo afectivo
FACTORES PROTECTORES	
	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido del humor - Logros personales - Nivel socioeconómico medio-alto - Buenas relaciones sociales y familiares - Hábitos de vida saludable

La pandemia ha sido un factor precipitante, especialmente en la población más vulnerable por el aumento de los factores de riesgo (aislamiento o abuso de las nuevas tecnologías) y disminuyendo los factores protectores (menor asistencia a centros escolares, ejercicio físico y relaciones sociales).

La mayoría de las conductas no son patológicas en sí mismas. Serán patológicas en función de su intensidad, contexto, frecuencia, duración, y especialmente, la capacidad de alterar el funcionamiento parcial o global del adolescente. La adolescencia es una etapa de cambios, un periodo de transición a la madurez, en el que el médico de familia debe estar atento ante la presencia de signos de alarma.

4.1 Actuaciones para la prevención de la patología en salud mental

PAPPS
2022



Prevención Primaria:

Educación sanitaria a adolescentes y padres. Según el PAPPS 2022, al tratarse de un fenómeno complejo, la mayoría de las actividades de prevención primaria (reforzamiento de la parentalidad positiva, habilidades de resolución de conflictos o prevención del acoso esco-

lar) exceden el ámbito sanitario.

El disponer de una inteligencia emocional desarrollada, entendido como la habilidad de tomar conciencia de las propias emociones, las de otras personas y la capacidad de regularlas son un factor protector importante para el desarrollo de la enfermedad mental.

En Andalucía, existen estrategias orientada a fortalecer estas capacidades y el crecimiento emocional dentro del Plan Integral de Salud Mental donde se hace hincapié en el bienestar social y emocional de la población adolescente e infantil en situación de vulnerabilidad. Hay diversos recursos dirigidos a las familias que pueden ayudarnos en la prevención primaria de estas patologías:

Portal "Escuela de familias" de la Consejería de educación



Programa de Apoyo a Madres y Padres de Adolescentes de la Consejería de Salud



Revistas para madres y padres "Adolescentes" de la Consejería de salud



Prevención Secundaria:

La principal herramienta para una detección precoz de estas enfermedades es la Entrevista Clínica. Para ello se recogerá información del adolescente y los dos progenitores. Si es posible se recogerá también información de otros ámbitos como el escolar o los servicios sociales.

El médico de familia debe incentivar que el adolescente ocupe un lugar propio en la entrevista, sin el filtro de los padres. Es imprescindible establecer una relación de confianza con el paciente y su familia, pero sin olvidar que el paciente es el protagonista. La información que recogemos de los familiares es útil, por supuesto, pero es el adolescente el que debe ocupar un lugar central. Debemos ofrecerle nuestra consulta como un lugar confidencial y seguro donde pedir ayuda e información, donde no se le culpabilizara ni a ellos ni a la familia. Debemos tener en cuenta que no siempre coincide la preocupación de los padres con la de los pacientes.

Prevención Terciaria:

En Atención Primaria podemos intervenir en los casos donde no haya complicaciones y a nuestro alcance. Se derivará a Salud Mental aquellos casos con posibles comorbilidades, mala evolución en el tratamiento o dudas diagnósticas. Tras la derivación al Equipo de Salud Mental, debemos acompañar a la familia y el paciente en el tratamiento, reforzar el cumplimiento de éste y vigilar posibles efectos adversos. Es necesario colaborar y apoyar en las decisiones que provengan de Salud Mental y no estigmatizar las patologías mentales. El médico de familia es el que mejor puede contribuir a que desaparezcan los mitos y prejuicios existentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que el fracaso en el abordaje de los trastornos mentales en la adolescencia trae problemas que persisten en la edad adulta (el 70% de los trastornos mentales en la edad adulta comienzan en la etapa infantojuvenil). Por ello, es de vital importancia la actuación del médico de

familia sobre esta población.

4.2 Cribado de la depresión y ansiedad

CIE-10
Enfermedades
mentales



La depresión tiene un impacto negativo sobre el desarrollo personal de los adolescentes, su rendimiento escolar y el establecimiento de relaciones sociales. Se asocia con aparición de conductas de riesgo, aumento de la violencia, agresividad, delitos, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos.

DSM-5
Depresión y
ansiedad



Dado que la prevención primaria supera el ámbito de la sanitaria, nos centraremos en la detección precoz. La principal herramienta diagnóstica es la entrevista clínica. La CIE-10 y DSM-5 ofrecen un conjunto de criterios consensuados sobre los que apoyarse en el diagnóstico. Tenemos que sospechar patología ante un paciente con tristeza intensa, irritabilidad constante, alteraciones del sueño, anhedonia, apatía total, desesperanza, alteración del apetito. También ante ataques de pánico e ideación suicida. Es frecuente que estos pacientes tengan somatizaciones frecuentes y/o conductas

evitativas que impidan su desarrollo personal. Además, es imprescindible preguntar por el consumo de tóxicos.

La ansiedad patológica es la que surge sin peligro o amenaza objetivable o con una respuesta desproporcionada en intensidad y duración. Los estilos de vida educativos hiperexigentes y la sobreprotección familiar son predisponentes. La sintomatología más frecuente es la irritabilidad, mareos, dolor torácico, miedos sociales y aparecen síntomas de despersonalización y desrealización. Los miedos y la preocupación excesiva con conductas de evitación orientan a un diagnóstico de ansiedad.

La mayoría de los adolescentes acuden a nuestras consultas por demandas no relacionadas con la salud mental, por ello es necesario que el profesional de Atención Primaria esté preparado para detectar síntomas de depresión o ansiedad, y evaluar aquellos que tengan riesgo de desarrollarla. PrevInfad recomienda que el profesional de Atención Primaria debe desarrollar habilidades de comunicación y escucha activa, y estar entrenado en la detección de síntomas de depresión, en la evaluación de factores de riesgo y de situaciones vitales estresantes y en la exploración de la conducta suicida en caso de sospecha de Depresión Mayor. Además, debemos estar preparados para identificar presentaciones atípicas como quejas somáticas o alteraciones conductuales.

El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección del trastorno depresivo mayor (TDM) en adolescentes de 12 a 18 años (grado de recomendación B). así como pruebas de detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años. ya que la detección precoz de la ansiedad en estas edades tiene un beneficio neto moderado (grado de recomendación B). Según el PAPPS 2022, la rentabilidad de las pruebas de cribado es moderada y el uso de estas herramientas como apoyo a la entrevista clínica:

4.2.1 Tests de cribado de la depresión

El Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) se puede utilizar entre los 7-17 años. El Cuestionario de la Salud del Paciente Adolescente (PHQ-9). Se administra a partir de los 13 años . Consta de 9 preguntas. Incluye una pregunta referente al suicidio y permite cribar y categorizar. El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las últimas 2 semanas y uno de ellos está relacionado con el estado anímico o anhedonia. El ítem de ideación suicida se considera positivo para el diagnóstico independientemente de su duración. Una revisión sistemática reciente corrobora su buen funcionamiento para el cribado de la depresión en diversos entornos, la mayoría en Atención Primaria pero aún no está validada en población adolescente española. Además, es útil en la monitorización del tratamiento en la depresión.

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)



En la Guía de práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia del Ministerio de Sanidad se sugiere usar herramientas de cribado sencillas y de validez contrastada como la versión corta del PHQ-9, el PHQ-2. Debemos señalar que con peor rendimiento psicométrico.

PHQ-9



Otros con versión validada en castellano:

- » Beck Depression Inventory (BDI-II). Entre 13-18 años. Es uno de los test más empleados. El objetivo es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. Calidad (rentabilidad de la prueba moderada). Cuestionario autoaplicado de 21 ítems. Hay gran heterogeneidad en las recomendaciones sobre los puntos de corte. En población española a efectos de cribado en población general el punto de corte se ha establecido en mayor o igual a 13 puntos (S 100%, E99%).
- » Center for Epidemiological Studies. Depression Scale (CEDS-D). Entre 12-18 años.
- » Child Behavior Checklist (CBCL). Entre 4-18 años.

BDI-2



CEDS-D



CBCL



4.2.2 Test cribado ansiedad

- » State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC).
- » Escala Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD). **poner QR: (anexo 4.9). Tiene 14 ítems. Diseñada para evaluar la ansiedad y la depresión. Contiene dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. No tiene en cuenta los síntomas somáticos. Esta validado en nuestro medio, y es útil en Atención Primaria.
- » Clinical Anxiety Scales (CAS). Heteroadministrada. Evalúa los dos últimos días. Tiene 7 ítems. Evalúa especialmente manifestaciones psicológicas.

HAD



- » **Physician Questionnaire (PQ).** Heteroadministrada. Evalúa la última semana. Tiene 14 ítems. Evalúa sintomatología neurótica y su respuesta al tratamiento. Recoge los síntomas más comúnmente observados por los médicos de familia. Incluye síntomas emocionales, somáticos y graves.

4.3 Prevención del suicidio

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias del SSPA del periodo 2015 a 2022 han observado un aumento de 748 casos en 2022 (5042) con respecto al año 2021 (4294), lo que significa un aumento del 15%. En el 90% de los suicidios consumados había psicopatología comórbida, especialmente la depresión mayor. Se ha estimado que las personas con depresión tienen un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general. El suicidio es, según la Organización Mundial de la Salud, la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.

Existen una serie de factores predisponentes en la edad adolescente:

- » Nivel socioeconómico bajo, migración, migración infantil no acompañada, mujeres migrantes temporeras solas, paro.
- » Violencia.
- » Eventos traumáticos de especial consideración: maltrato, parentalidad disfuncional, abusos, divorcios, acoso escolar (bullying, cyberbullying).
- » Impulsividad, personalidad antisocial, agresividad.
- » Trastorno mental.
- » Abuso de sustancias.
- » Intentos previos de suicidio.
- » Historia familiar de suicidio.
- » Acceso a medios sin control externo como medicación o armas de fuego.
- » Acontecimientos estresantes en los últimos 3 meses.

Las señales de alerta son un conjunto de signos y síntomas verbales y/o no verbales que incluyen pensamientos o autolesiones, obsesiones con la muerte y cambios repentinos en patrones de personalidad y conducta. La existencia de las señales de alerta puede servir de sospecha, aunque no conlleva necesariamente al riesgo suicida. Asimismo, el no observar estas señales no implica que no haya riesgo de suicidio. Dado la gravedad y ante la duda, solicitar valoración por el Equipo de Salud Mental.

La suma de factores genéticos, experiencias vitales, factores biológicos y factores psicológicos hacen que un sujeto sea más vulnerable. Si se acompaña de problemas sociales y/o trastornos psiquiátricos el riesgo de suicidio aumenta. Hay ciertos factores que aumentan lo disminuyen el umbral para que derivar a una conducta suicida:

- » Aumento de riesgo:
 - Medios de comunicación (mala praxis)
 - Ejemplos de suicidio
 - Acceso a métodos letales

- Falta de apoyo social
- » Protectores:
 - Medios de comunicación (buena praxis)
 - Conocimientos y actitudes hacia el sistema de salud
 - Accesibilidad a la Red de salud mental
 - Apoyo social
 - Diagnóstico y tratamiento
 - Programas de prevención.

Para fomentar la prevención es necesario valorar fuentes de apoyo, motivos para vivir y estrategias de solución de problemas que tenga el paciente. Debemos fomentar las habilidades sociales, aprender a empatizar, a respetar la diversidad, tolerar la frustración, resolución de problemas y capacidad de resiliencia. Las familias con parentalidad positiva, relaciones sociales, deporte y las rutinas son también factores protectores de la salud mental y las conductas suicidas.

La prevención no depende sólo de los servicios sanitarios, los recursos implicados en la prevención del suicidio en los menores son diversos (cuerpos de seguridad, educación, servicios sociales y jurídicos, asociaciones, medios de comunicación) y sólo la coordinación y colaboración entre ellos puede invertir el aumento de los casos de suicidio que observamos en la actualidad. La educación sobre el suicidio que elimine los mitos y el estigma que no rodea, el papel de los medios de comunicación, la limitación del acceso a medios letales o desarrollar la promoción de la salud mental y el bienestar emocional de la población adolescente, son retos centrales en el abordaje del problema de salud pública que supone el suicidio.

En la Nueva **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026** se crea una línea estratégica específica para la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, y otra para el mejor desarrollo de la salud mental infantojuvenil creándose la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil. La Estrategia de Salud Mental está en línea con el trabajo que se está desarrollando en el **Plan Estratégico 2023-2025 de Salud Mental de Andalucía**.

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud



El Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026 propone objetivos a medio y largo plazo, pero con un enfoque amplio, incluyendo tanto la prevención universal, como la selectiva. El USPSTF no ha encontrado certezas sobre la detección del riesgo de suicidio en niños y adolescentes, no pudiéndose evaluar el balance de riesgos y beneficios (grado de recomendación I).

Plan Estratégico 2023-2025 de Salud Mental de Andalucía



4.3 Prevención de las autolesiones

El término autolesión o lesión autoinfligida, se ha definido como un acto llevado a cabo por una persona con el objetivo de hacerse daño a sí mismo. Independientemente de las consecuencias que la autolesión pueda tener para la salud física o mental, puede asociarse a distintos niveles de intencionalidad suicida. En el caso de que esta no existiera se denomina autolesión no suicida. El incremento de las



autolesiones en la adolescencia ha sido progresivo en las últimas décadas, con un incremento exponencial en los 10 últimos años. Además, en la actualidad se ha detectado un incremento notorio de las autolesiones en la población adolescente, en parte, relacionado con el estrés psicológico y distanciamiento social causado por la pandemia por COVID-19. Desde el grupo de trabajo del adolescente de semFYC se ha colaborado con la guía “Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia” avalada por el Ministerio de Sanidad.

Las autolesiones son una conducta activa del propio sujeto con producción de un daño evidente (cortes en las muñecas, abdomen, golpes, quemaduras, etc.). No son un diagnóstico en sí mismo, pero si es un síntoma que aparece en nuestras consultas cada vez con más frecuencia, especialmente en adolescentes.

Los factores de riesgo son:

- » Presentar un trastorno mental comórbido (depresión, trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias, TDAH, TCA, trastorno de la conducta...) En los casos con depresión, la presencia de alexitimia parece ser un factor de riesgo. No hay evidencia clara en que haya diferencias en la prevalencia de este síntoma según el género, pero sí que aparece antes en mujeres. Entre las mujeres el principal método son los cortes, mientras que los varones suelen quemarse o golpearse.
- » Factores relacionales y/o traumáticos: Presencia de disfunción familiar, historia de abuso sexual y violencia física. Bajo apoyo social. El rechazo social y el aislamiento son factores de riesgo.
- » Uso incorrecto de internet y redes sociales.

Tenemos que valorar la gravedad, frecuencia, interferencia funcional de las lesiones y duración. Normalmente son un método para aliviar un dolor emocional, pero puede cumplir otros objetivos como autopunición, inclusión en un grupo social o frenar un estado disociativo. Según el objetivo de las autolesiones tendrán un tratamiento u otro. El grado de intencionalidad suicida es difícil de estimar, en algunos casos hay una coexistencia entre ambos tipos de autolesión. La mayoría de estos pacientes abandonan estas conductas cuando llegan a adultos. Tienen mayor probabilidad de cronicidad en el sexo femenino y si se asocia a depresión, ansiedad, consumo de tóxicos y/o comportamiento antisocial.

4.4 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que comienza en la infancia y que puede estar presente hasta la edad adulta. Tiene una serie de síntomas principales como son la inatención, hiperactividad e impulsividad y otros asociados, que pueden implicar un gran impacto y deterioro en todas las áreas de la vida que lo padecen (cognitiva, social, emocional y comportamental). Se considera el diagnóstico de TDAH cuando los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad (predominando unos sobre otros), están presentes con mayor frecuencia e inten-

sidad de lo que es normal según el desarrollo y la edad del sujeto. Estas manifestaciones deben interferir en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades diarias y por tanto en su capacidad de ajuste psicosocial (relaciones con iguales y familiares).

Criterios TDAH



Guía TDAH



Siempre que pensemos en el diagnóstico de este trastorno debemos realizar un diagnóstico diferencial y la identificación de posibles comorbilidades. En la **Guía Clínica del Sistema Nacional de Salud**, se indica un resumen de aquellos cuadros clínicos sobre los que hay que hacer diagnóstico diferencial.

Las comorbilidades más frecuentes que podemos encontrar son las dificultades de aprendizaje, trastornos de conducta y trastornos emocionales como somatizaciones, ansiedad, baja autoestima, insomnio, irritabilidad, conductas violentas o desmotivación. Presentan peor evolución los pacientes con TDAH y nivel socioeconómico bajo, familia sin estabilidad emocional y/o coeficiente intelectual bajo. Según el Protocolo de Atención para el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, publicado en BOJA en el año 2021, la evaluación desde Atención Primaria inicia a la vez que la intervención o valoración en el ámbito educativo, incluye: entrevista con la familia, examen del sujeto. Si tras la evaluación clínica se mantiene la sospecha de TDAH, se solicitará informa Escolar inicial al centro educativo, adjuntando copia de autorización de traspaso de información entre los Servicios de Salud y Educación. La persona referente de los programas de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de la USMC es la encargada de los espacios de coordinación y de la puesta en marcha de los Protocolos, junto con el resto de los profesionales implicados. En dicho protocolo podemos ampliar la información sobre el Protocolo de actuación sobre TDAH en Andalucía, y los distintos informes a realizar.

Pueden ayudarnos al diagnóstico, pero nunca sustituir a la entrevista clínica, los siguientes test:

- » **Escala cuantitativa SNAP-IV.** Versión abreviada. A padres/tutores y docentes.
- » **Adult Self-report Scale (ASSRS) Y SU VERSION REDUCIDA CON 6 ITEMS (ASRS 1.1).**
- » **Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos (DIVA 2.0).**
- » **Conners Adult ADHD Diagnostic Interview por DSM-IV.**

SNAP-IV



ASSRS



DIVA 2.0



El abordaje del TDAH debe estar orientado a pacientes y familiares con los que convivan. Requiere de una intervención multicomponente que incluye educación familiar, psicoterapia cognitivo conductual, tratamiento farmacológico y adaptación escolar o laboral. Existen guías dirigidas a padres que pueden ayudarnos en nuestra práctica clínica, por ejemplo, la Guía de tratamiento diseñada para ayudar a los padres, pacientes y miembros de la familia a comprender mejor los tratamientos para los niños que padecen TDAH.



4.5 Trastornos conducta alimentaria

Los Trastornos de Conducta alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad de larga evolución o crónica más frecuente entre los adolescentes. Las formas más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCA no especificado. Los TCA están determinados por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que actúan como factores predisponentes, precipitantes y que los mantienen en el tiempo. La prevención de los TCA debe plantearse en toda su amplitud, evitando factores favorecedores (prevención primaria), diagnóstico precoz (prevención secundaria) y disminuyendo la aparición de complicaciones y secuelas (prevención terciaria). La prevención primaria tiene que abordarse con programas completos que aborden no sólo la sensibilización e información a las familias y sujetos de riesgo, sino que también a la población general. Hay que informar contra las conductas precursoras de la enfermedad como dietas sin motivo justificado, estereotipos culturales y el “negocio entorno al cuerpo”. El médico de familia debe transmitir mensajes sobre pautas saludables que indirectamente protejan de los TCA:

- » Alimentación saludable.
- » Favorecer a comunicación y fomentar la autoestima.
- » Realizar al menos una comida diaria con la familia.
- » No facilitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre alimentación e imagen.

La detección temprana de los TCA debe realizarse a través de la búsqueda activa desde la consulta de Atención Primaria, aprovechando consultas ocasionales o a raíz de la demanda de los familiares. La identificación precoz mejora el pronóstico, disminuyendo la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. La Guía NICE recomienda que las personas con TCA deben de ser evaluadas y recibir tratamiento lo antes posible, por lo que es necesario mejorar el acceso a los servicios asistenciales dificultado porque son personas vulnerables al estigma y la vergüenza. También hay que tener en cuenta la probable falta de conciencia de enfermedad, negación del trastorno y la escasa motivación al cambio que suelen presentar estos pacientes.

Son factores de riesgo de TCA:

- » Preadolescente y adolescentes.
- » Sexo femenino.
- » Antecedentes personales y familiares de obesidad.
- » Actividades asociadas con un alto riesgo de TCA: deporte profesional, moda, baile o modelaje.

- » Varones homosexuales.
- » Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años.
- » Conflictividad familiar.

Para facilitar el diagnóstico precoz tenemos que conocer los síntomas, signos y conductas de alerta de TCA:

- » Niños con retraso o estancamiento en el crecimiento.
- » Adolescentes con índice de masa corporal bajo con respecto a su edad.
- » Mujeres con trastornos menstruales o amenorrea.
- » Pacientes que consultan por problemas de peso que no tiene sobrepeso.
- » Síntomas gastrointestinales, con signos físicos de inanición o vómitos repetidos sin explicación somática clara.
- » Restricción dietética, pérdida de peso e incapacidad para restaurar el peso, atracones con pulgas o ejercicio excesivo, alteración de la imagen corporal, comunicación de saciedad precoz, estreñimiento y uso de laxantes, diuréticos o medicamentos para perder o mantener el bajo peso.
- » Antecedentes de desmayos, palpitaciones, aturdimiento, falta de aliento, dolor de pecho, hinchazón de tobillos, debilidad, cansancio o amenorrea o menstruaciones irregulares.
- » Hipercolesterolemia no justificada.
- » Conductas alimentarias alteradas, como comer separados del resto y con patrones rituales, tiempo de comidas alargadas y división de alimentos en trozos pequeños.
- » Considerar factores predisponentes o precipitantes, tales como antecedentes familiares de trastornos alimentarios, apego temprano y dificultades del desarrollo, obesidad premórbida, problemas interpersonales.

Ante la sospecha, se aconseja la utilización de instrumentos de cribado para confirmar la sospecha diagnóstica:

- » Cuestionario SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire). Sólo consta de 5 preguntas dicotómicas para valorar la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal. Muy útil en Atención Primaria. La puntuación oscila entre 0 y 5, siendo diagnóstico una puntuación de 2 o más. Existe la versión española adaptada y validada en nuestro medio.
- » The Eating Attitudes Test (EAT-26). A partir de los 13 años. Autoaplicable.
- » Eating Disorder Inventory (EDI-III).
- » Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC).
- » Test de Bulimia de Edimburgo (BITE).
- » Test IPAQ. Para valorar el comportamiento en la actividad física.



En el diagnóstico de estos pacientes, siempre debemos evaluar posible comorbilidad psiquiátrica, como trastorno de ansiedad (lo más

frecuente), abuso de sustancias, tendencias suicidas, depresión, trastorno de personalidad o autolesiones. Estos adolescentes deben ser derivados a la Unidad de Salud Mental Comunitaria lo antes posible. Tras el diagnóstico desde los centros de salud se debe aportar a los pacientes información para la toma de decisiones sobre su enfermedad y consejo a los cuidadores. Además, debemos evaluar el cumplimiento de las recomendaciones realizadas. Para todo ello es necesario la coordinación con las unidades especializadas de referencia.

Referencias bibliográficas

Prevención de la patología mental

- » ¹López Diago R, Sánchez Mascaraque P. Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. AEPap (ed). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid. Lua Ediciones 3.0; 2023. P 23-31.
- » ²Ives LE. Orientación de los trastornos mentales en la edad infantojuvenil. *Pediatr integral*. 2022; 7:5.

Cribado de depresión y ansiedad

- » ³Sanchez Mascaraque P. Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención Primaria. *Adolescere*. 2019; 7(2): 54, e1-54, e10.
- » ⁴US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022;328(15):1534-1542. doi:10.1001/jama.2022.16946
- » ⁵US Preventive Services Task Force. Screening for Anxiety in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022;328(14):1438-1444. doi:10.1001/jama.2022.16936

Prevención del suicidio

- » ⁶Programa de Prevención de la conducta suicida en Andalucía 2023-2026. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/programa_prevencion_conductas_suicidas_andalucia_2023_2026_def.pdf

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

- » ⁷Protocolo para el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Junta de Andalucía 2021. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7403&tipo=documento>

Trastorno de conducta alimentaria

- » ⁸Martínez Suárez V, Suárez González F, López Díaz-Ufano M. prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. *Nutr Hosp* 2022;39(N.ºExtra2):112-120

5. ATENCIÓN A LA CONVIVENCIA

Autores

Guillermo José Lorenzo González. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.* Facultativo Especialista de Área. Servicio Urgencias Pediátricas, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña). Coordinador GdT Atención a la Infancia y Adolescencia de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC).

Nuria Ramírez Sandalio. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.* UGC Belén. La Guardia. Jaén.

Recomendaciones generales

- » El cribado de posible violencia contra menores está indicado en todos los controles de salud, y en cualquier otro contacto del menor con el sistema de salud (incluidas las urgencias).
- » El cribado de violencia de género entre adolescentes debe realizarse en mujeres que han cumplido los 14 años en el momento de la apertura de la historia clínica y posteriormente, cada dos años de forma periódica.
- » Es aconsejable sensibilizar a padres y madres frente a la violencia escolar, preguntar a los adolescentes de forma oportuna y estar pendiente de señales sugerentes de maltrato o acoso.
- » El rendimiento académico debe formar parte de las preguntas sobre prevención y promoción de salud en la atención al adolescente.

5.1 Violencia contra menores

La aprobación de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI) pretendía garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a cualquier tipo de violencia. A finales del año 2023, sin embargo, aún no disponemos todavía de un protocolo común a nivel estatal de actuación sanitaria contra la violencia hacia los menores (VCM).

Se reconocen cuatro tipologías básicas de VCM: **Maltrato físico, Maltrato emocional, Negligencia y Abuso sexual**. Además de estos tipos básicos de maltrato, existen variantes entre las que se incluyen la explotación sexual e incitación a la delincuencia o la explotación laboral y exposición a la violencia, especialmente a la violencia de género.

Los datos referentes a la VCM son escasos y poco sistematizados y se basan en estadísticas oficiales (casos denunciados), por lo que sólo visibilizan parte del problema. En todo caso, la forma de violencia más notificada es la negligencia, seguida por la violencia emocional, la violencia física y por último la violencia sexual. En función del autor o perpetrador del maltrato, se distingue entre maltrato familiar y extrafamiliar.

- » **Maltrato familiar:** cuando la violencia se produce por parte de padres, tutores o familiares; implica la intervención de las Instituciones competentes para garantizar la protección del menor.
- » **El maltrato extrafamiliar:** cuando el perpetrador procede de otros círculos de confianza (ámbito educativo, actividades extraescolares, etc.), cuando se ejerce a través de las nuevas tecnologías (NNTT) (“grooming”, “sexting”, etc.) o cuando se trata de violencia entre iguales (acoso escolar y ciberacoso).

Prevención de la violencia contra menores

Cualquier contacto con el adolescente representa una oportunidad única para realizar actividades de prevención de maltrato infantil que pueden integrarse en la práctica clínica habitual. No obstante, existen diversos factores que dificultan la prevención y detección de la violencia contra menores:

- » La ausencia de entidades que trabajen con menores de forma interdisciplinar y coordinada suele acarrear una “victimización secundaria” de los menores que son víctimas de violencia, como resultado de un sistema poco eficaz y poco garantista.
- » La formación de los profesionales suele ser insuficiente en cuanto a la protección infantil contra la violencia y el desamparo.
- » Los menores no suelen tener un fácil acceso a las instituciones encargadas de su protección.

Prevención Primaria: Está dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores. Incluye actividades realizadas por los equipos de salud (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) en cooperación con otros sectores y agentes sociales. Comprende, entre otras:

- » Promoción de la cultura del buen trato, los derechos de la infancia y los entornos libres de violencia.
- » Intervención en foros comunitarios de educación para el cuidado de los menores. En Andalucía contamos con el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) dirigido a profesionales y familias.
- » Prevención del embarazo no deseado mediante la educación sexual en centros escolares, facilitando recursos de planificación familiar y aplicando medidas incluidas en el PSIA-A.



Prevención Secundaria: Está dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar/revertir los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores. Incluye las actividades realizadas por el equipo de salud (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) contempladas en procesos asistenciales, programas de salud y cartera de servicios de los centros sanitarios de Andalucía. Comprende, entre otras actuaciones:

- » Evaluación de factores protectores y de riesgo en el primer contacto de los menores con el Sistema Sanitario, con la apertura de la historia clínica y actualización en visitas sucesivas (PSIA-A).
- » Coordinación con Servicios Sociales a través de la Unidad de Trabajo Social.

Prevención Terciaria: Está dirigida a menores víctimas de maltrato o abuso sexual, con el objetivo de reducir secuelas y evitar proceso de revictimización o “victimización secundaria”. Para ello resulta fundamental garantizar la coordinación entre instituciones en las fases de Detección, Notificación, Evaluación, Intervención, Tratamiento, Seguimiento y Recuperación.

Cribado violencia contra menores

Población diana: Toda la población infantil. Periodicidad:

- » En todos los controles de salud del programa de salud infantil.
- » En consultas específicas a demanda.
- » En cualquier contacto con el sistema sanitario, incluidas las urgencias.

1. Para el cribado de violencia contra menores, podemos utilizar los indicadores ofrecidos por el PSIA-A. La detección de una posible situación de maltrato o una situación de riesgo debe ir siempre acompañada de una estimación inicial del nivel de gravedad y una posterior notificación. En Andalucía, el procedimiento SIMIA recoge pautas de actuación unificadas para la detección, notificación, valoración y registro de casos en los que se tenga constancia o

Cribado VCM
(PSIA-A)



SIMIA



VÁLORAME



Tipología del maltrato infantil



sospecha de situaciones de riesgo o desamparo en el ámbito intrafamiliar. En casos de maltrato extrafamiliar se aplicarán los protocolos y procedimientos establecidos por las Consejerías competentes.

2. Evaluación de la gravedad de las situaciones de riesgo o desprotección de menores mediante el recurso "VALÓRAME". Su utilización no se restringe a un único momento de la intervención en situaciones de riesgo y desprotección, sino que se aplica a lo largo de las diferentes fases del proceso, desde la recepción de una notificación sobre un menor en posible situación de desprotección hasta la finalización de la intervención de los Servicios Sociales y el cierre de expediente.

3. Notificación de situaciones de riesgo mediante una hoja de notificación que recoge 4 tipologías básicas de maltrato (físico, emocional, negligencia y violencia sexual) y distingue entre tres niveles de gravedad: leve, moderado y grave. La hoja de notificación se remitirá (en función de la gravedad observada), a los Servicios Sociales Comunitarios de las Entidades Locales (leve/moderada), o bien al Servicio de Protección de Menores de la Junta de Andalucía (grave).

5.2 Violencia de género en adolescentes

La legislación española (Artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre) define la **Violencia de Género (VG)** como *"todo acto de violencia (...) infligido a la mujer por un hombre que sea su pareja o expareja afectiva (...) y que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad"*.

La VG afecta a mujeres independientemente de su condición social, nivel de educación, origen y edad, y está considerado como un problema de salud pública a nivel global con consecuencias tanto a nivel colectivo como individual (tanto para víctimas como para agresores). Aunque la VG es la forma más frecuente de maltrato, puede convivir con otros tipos de violencia en el hogar como son la violencia contra los mayores, los niños, entre hermanos o la violencia de los hijos hacia los padres.

La nomenclatura y el marco legal de la **Violencia de género entre adolescentes (VGEA)** ofrecen ciertas contradicciones en España. Por una parte, si definimos la VGEA únicamente como una forma de violencia contra la infancia, dejamos a un lado el componente de género y por otra, si entendemos la VGEA únicamente en términos de género, obviamos que víctima y agresor son menores de edad, y ambos están sujetos a la protección de la Convención de Derechos del Niño.

Aunque resulta difícil aportar cifras concretas sobre VGEA en España, se estima que una de cada cuatro adolescentes ha padecido o padece violencia psicológica o de control. En cualquier caso, la VGEA es una realidad objetivable en nuestro país, y aunque las consecuencias inmediatas no suelen ser tan graves como cuando se produce entre adultos, su prevalencia en términos absolutos es mayor entre los jóvenes. Especialmente durante la adolescencia, las formas de VG más frecuentes son la psicológica (ridiculizar o humillar a la mujer) y la de control (insistencia en

saber dónde está o en enfadarse si ella habla con otros hombres). Menos frecuente sería la de tipo sexual, y menos aún la violencia física. Esta última, a pesar de ser la que genera una mayor alarma social, ocasiona, a largo plazo, menos secuelas en la víctima que la psicológica.

La adolescencia es un periodo fundamental en el desarrollo humano, vital en la conformación de la identidad y la personalidad. En esta etapa de la vida comienzan las primeras relaciones de pareja y estas experiencias afectivas se suelen vivir de manera intensa, pudiendo marcar, para bien o para mal, posteriores relaciones. Por ello, tanto la prevención como una intervención temprana y adecuada son fundamentales para mitigar las consecuencias que pudiera tener la VGEA, atendiendo a víctimas y a agresores, para que una violencia incipiente no derive en otras conductas de mayor gravedad durante la edad adulta.

Existen varios condicionantes a tener en cuenta cuando abordamos la VGEA:

- » El negacionismo: uno de cada cinco chicos considera que la violencia de género no existe entre sus iguales, y que es «un invento ideológico», lo que dificulta la resolución del problema
- » El control: Uno de cada tres jóvenes considera aceptable «controlar los horarios de la pareja, lo que puede o no puede hacer y cuándo visitar a familia y amigos».
- » Escasa preparación entre profesionales para un adecuado abordaje de la VGEA
- » Las nuevas tecnologías (NNTT) han cambiado la forma de relacionarse de las/ los jóvenes:
 - Tienen una Baja percepción de riesgo derivados del “mal uso” de las redes sociales (RRSS) en sus relaciones de pareja. Esto conduce a “normalización” de determinadas conductas de riesgo como el “sexting” en esta franja de edad.
 - Mayor exposición en RRSS durante la adolescencia: aumenta el riesgo de VGEA a través de internet: el acoso sexual online (“ciberacoso”) y el “cibercontrol” son mucho más frecuentes en este rango de edad.
 - La violencia de control: se puede ejercer de forma más intensa y constante en RRSS.
 - El consumo de la pornografía online: comienza, de media, a los 12 años. Se estima que casi un 90% de los adolescentes lleva a la práctica con sus parejas contenidos aprendidos de la pornografía (que ellos mismos reconocen a menudo como “violenta”).

Prevención de la violencia de género entre adolescentes

Prevención primaria: está enfocada a disminuir la incidencia de la VGEA propiciando un cambio hacia una cultura igualitaria y no violenta. Incluye campañas de sensibilización dirigidas a profesionales y a la población adolescente, así como a la identificación de personas en riesgo de sufrir o infligir malos tratos o en situaciones de vulnerabilidad.

- » Sensibilización de los profesionales: Para trabajar eficazmente en materia de

Anexo ASI



VG se recomienda reflexionar acerca de las creencias y estereotipos sexistas que nos influyen como profesionales. Disponemos de varias herramientas útiles, entre ellas el “Inventario de Sexismo Ambivalente” (“ASI”) que distingue entre dos tipos de sexismo (“hostil” y “benevolente”) a lo largo de 22 ítems.

Una puntuación media elevada en los ítems de sexismo hostil indica una imagen negativa hacia las mujeres, mientras los ítems de sexismo benévolo detectan actitudes que idealizan el rol tradicional de la mujer (“debilidad”, “necesidad de protección”, etc.): una puntuación elevada en las dos escalas indica ambivalencia. Los tres casos indican un patrón sexista y discriminatorio hacia la mujer.

- » Sensibilización de los adolescentes: para prevenir la VGEA deben repensarse los roles y los estereotipos de género, así como los mitos sobre las relaciones afectivas. El Inventario de Sexismo Ambivalente para adolescentes (ISA-A) ha sido adaptado y validado para su aplicación con adolescentes.

ISA-A



Prevención secundaria: raramente las adolescentes que padecen VGEA cuentan a alguien lo que les sucede: piensan que “nadie las va a creer”, que la agresión ha sido “un hecho aislado”, o tienen sentimientos de culpabilidad, miedo o vergüenza. Esta dificultad para reconocerse como víctimas, así como la inexperiencia en relaciones afectivas dificultan el diagnóstico de la VGEA. La detección de la VGEA puede ser directa (a petición de la víctima) o indirecta (a demanda de las familias o tras notificación institucional). En España, el cuestionario “WAST largo” (*Woman Abuse Screening Tool*), es el método estandarizado para la detección de VG desde 2021 en casos de sospecha.

WAST



desde 2021 en casos de sospecha.

Prevención terciaria: Una vez detectado y diagnosticado un caso maltrato, es necesario seguir actuando para garantizar una correcta atención a la mujer maltratada y minimizar los daños mediante la coordinación de equipos multidisciplinares.

Cribado de la violencia de género entre adolescentes

La base de la detección temprana siempre será la entrevista clínica, aunque esta se acompañe de herramientas que apoyen o faciliten dicho proceso. El cribado debe realizarse en dos momentos diferenciados: con la apertura de la historia clínica y posteriormente, de manera sistemática cada 2 años en mujeres mayores de 14 años. Las 3 herramientas para el cribado son el Cuestionario WAST Corto, los indicadores basados en el historial y los basados en la entrevista y exploración clínicas. El Cuestionario WAST Corto se utiliza para la detección y clasificación de posibles casos en mujeres mayores de 14 años. Si la puntuación es igual o superior a dos en

WAST corto



el WAST corto, o si la paciente presenta algún indicador de maltrato, debemos confirmar la sospecha con el cuestionario WAST completo. La “mediación” como forma de resolución de conflictos está prohibida por ley en casos de VGEA, ya que sólo es efectiva en resolución de conflictos en relaciones “entre iguales”.



900 200 999
 EL TELÉFONO ANDALUZ
 QUE AYUDA A LAS MUJERES
 Gratuito / 365 días / 24 horas

El Teléfono 900 200 999 es un servicio gratuito y permanente, disponible durante las 24 horas, todos los días del año, día y noche. Está operativo para toda la Comunidad Autónoma. Es anónimo y confidencial y el equipo humano que lo atiende está formado por personal especializado. Permite resolver de manera inmediata dudas y problemas diversos. A efectos de calidad del servicio, el mismo podrá ser grabado de manera aleatoria por el Instituto Andaluz de la Mujer.

5.3 Acoso escolar

Se calcula que unos 24 millones de jóvenes en la Unión Europea sufren acoso escolar, según los datos que aporta BeatBullying. La OMS estima que un 25% de los niños sufren o han sufrido algún tipo de acoso. Y todo ello a pesar de que tanto el acoso escolar en todas sus variantes como el maltrato infantil son una prioridad para gobiernos e instituciones.

Se define acoso escolar, bullying o violencia entre iguales como la situación en la que “un estudiantes es acosado o victimizado cuando está expuesto de manera repetitiva a acciones negativas por parte de uno o más estudiantes, sin capacidad para defenderse”. El acoso debe cumplir una serie de características:

- » Intencionalidad.
- » Se debe repetir durante un periodo de tiempo.
- » Causa daño a la víctima que se encuentra sola o desamparada.
- » No es capaz de resolver el conflicto.
- » No hay provocación por el alumno que lo sufre.

Tabla 1. Tipo de agresiones hacia la víctima.

TIPO	DIRECTAS	INDIRECTAS
Físicas	Dar empujones, intimidar, amenazar.	Romper, esconder o robar objetos de la víctima.
Verbales	Insultar, vocear, ridiculizar y poner motes	Hablar mal a sus espaldas y hacer que lo oiga “de casualidad”, enviar notas groseras, hacer pintadas, difundir rumores
Relacionales (exclusión social)	Excluir deliberadamente de actividades sociales, impedir su participación	Ignorar a la víctima, hacer el vacío

Los profesionales de la salud desempeñan un papel muy importante en la detección de esta problemática, ya que, aunque no haya evidencias sobre la eficacia en la prevención del acoso con intervenciones en la consulta, sí que pueden prestar atención a ciertas conductas en la consulta o a los problemas de salud por los que consulta el adolescente. Normalmente quien sufre acoso no va a verbalizar la situación por la que está pasando. No suele pedir ayuda. Pero si a consulta acude reiteradamente por el mismo motivo, o por problemas psicossomáticos sin una clara causa orgánica, el profesional que lo atienda tiene que sospechar de algún tipo

de violencia hacia ese menor.

Tabla 2. Señales sugerentes de maltrato o acoso.

Somatizaciones: está mal por la mañana y no quiere ir a clase, pide que le recojan antes.
Cambios de carácter: irritable, aislado, introvertido o arisco.
Alteraciones en el apetito: pierde el apetito o vuelve con mucha hambre (porque le han robado el bocadillo)
Alteraciones en el sueño: grita de noche, pesadillas, insomnio.
Cambios de hábitos: falta al colegio, cambia la ruta habitual, no quiere ir en autobús, no quiere quedar con los amigos
Baja el rendimiento escolar
Heridas inexplicables o ropa y material dañados
Amenaza o agrede a otros niños o a sus hermanos
Da excusas poco creíbles sobre su situación.
En casos graves, ideación o intentos autolíticos.

¿Qué hacer para ayudar?

Si bien es cierto que las aulas se escapan al control del profesional sanitario, sí que se pueden hacer ciertas cosas que ayuden a detectar el acoso escolar y así prestar ayuda lo más pronto posible. En cada revisión de salud o ante cada consulta a demanda del adolescente hay que preguntar sobre ese tema. En el caso de que se esté sufriendo acoso escolar y así lo manifieste, hay que creerlo y verbalizarle que se le va ayudar en todo lo posible tanto a él o ella como a su familia. Es sabido que una buena autoestima en el adolescente, así como fomentar la tolerancia y la empatía ayudan a que este tipo de situaciones de acoso se produzcan en menor medida.

Consejos a ofrecer en la consulta

- » No hay que esperar a que el acoso sea diario o demasiado intenso para pedir ayuda.
- » Busca a algún adulto o compañero a quien contarle el problema.
- » Habla con tu familia sobre el problema que estas sufriendo. No lo escondas.
- » Cree en ti y en los demás. La mayoría de tus compañeros te van a apoyar.

5.4 Fracaso escolar

Se define como fracaso escolar (FE) la falta de adecuación del rendimiento académico de un niño las expectativas propias de su grupo de edad, en ausencia de déficit mental o sensorial, y en la suposición de una oferta pedagógica académicamente apta. El FE tiene una incidencia cercana al 10%, y es cada vez una consulta frecuen-

te en los centros de atención primaria. El segundo ciclo de educación secundaria concentra los mayores índices de fracaso y/o abandono escolar.

El médico de familia tiene un papel fundamental en la detección de este problema, ya que en ocasiones se asocia a patologías que requieran un tratamiento médico. La detección de este problema puede suponer un reto en las consultas, puesto que a veces puede pasar inadvertido o estar camuflado con otros problemas de salud: falta de autoestima, cefaleas, dolores abdominales... O incluso aparecer junto con otra problemática escolar como es el acoso escolar. Por ello es imprescindible que cuando un paciente adolescente acuda a consulta se le pregunte directamente por el rendimiento académico. Se debe revisar la historia previa por si hubiese problemas específicos del lenguaje u otras patologías similares.

Causas

Casi el 50% de los adolescentes que no pueden terminar con éxito la educación secundaria padece de algún trastorno de salud mental. No obstante, el trastorno del aprendizaje que más interfiere en el rendimiento académico en la adolescencia es la dislexia así como los problemas de comprensión. Otras posibles causas:

1. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (entre un 3-5% de los escolares se encuentran afectados por esta patología).
2. Inmadurez.
3. Conflictos emocionales.
4. Conflictos con la personalidad del profesor.
5. Dificultad del aprendizaje.
6. Retraso mental.
7. Problemas médicos.
8. Problemas en el entorno.

Para poder abordar este problema, es importante que se entienda al paciente en toda su dimensión biopsicosocial. Es fundamental estructurar adecuadamente las consultas sobre este tema para poder abordar la complejidad del mismo realizando una correcta anamnesis:

- » Historial escolar: rendimiento académico desde el inicio, asistencia, opinión de los profesores, valorar áreas de mayor dificultad.
- » Problema actual: valorar tanto la percepción del adolescente como de la familia.
- » Desarrollo: embarazo, parto, periodo neonatal y desarrollo psicomotor.
- » Antecedentes personales: cirugías, hospitalizaciones, enfermedades...
- » Antecedentes familiares: patologías psiquiátricas, problemas neurológicos o del aprendizaje.

En ocasiones es preciso realizar una exploración física y determinadas pruebas complementarias:

- » Datos básicos: peso, talla, presión arterial, perímetro craneal...

- » Inspección general: aspecto de enfermedad, estado nutricional y de hidratación. “manchas café con leche”.
- » Maduración sexual.
- » Estado mental.
- » Otoscopia.
- » Exploración tiroidea.
- » Habla y funciones motoras.
- » Exploración neurológica: pares craneales, movimientos involuntarios, reflejos, propiocepción.

Referencias bibliográficas

Violencia contra menores

- » ¹Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia [Internet]. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Gobierno de España. [citado el 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/EstrategiaErradicacionViolenciaContraInfancia.pdf>
- » ²Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil [Internet]. Bienestar y protección infantil. Federación Asociaciones Prevención Maltrato Infantil; 2021 [citado el 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/protocolo-de-intervencion-sanitaria-en-casos-de-maltrato-infantil/>
- » ³Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía, VALÓRAME. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/sede/tramites/procedimientos/detalle/17842.html>
- » ⁴Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A) [Recurso electrónico]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Disponible en: <https://si.easp.es/psiaa/>

Violencia de género en adolescentes

- » ⁵La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad, Gobierno de España 2021. [cited 2023 Nov 7]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2021/pdfs/Estudio_ViolenciaEnAdolescencia.pdf
- » ⁶Un análisis sobre la violencia de género entre adolescentes NO ES AMOR [Internet]. Savethechildren.es. [cited 2023 Nov 7]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-10/No_es_amor_Informe_STC.pdf
- » ⁷Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. [citado el 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf
- » ⁸Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Junta de Andalucía. [cited 2023 Nov 7]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_Sanitaria_2020.pdf

Acoso escolar

- » ⁹Olweus D. Acoso escolar, “bullying”, en las escuelas: hechos e intervenciones [en línea]. Tesis doctoral, Universidad de Bergen, Noruega. [citado el 4 de noviembre de 2023] Disponible en: <http://conviwejoen.semsys.itesi.edu.mx/cargas/Articulos/ACOSO%20ESCOLAR%20BULLYING%2C%20EN%20>

- » ¹⁰Armero Pedreira P, Bernardino Cuesta B, Bonet de Luna C. Acoso escolar. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13:661-70.
- » ¹¹Iglesias T. Los pediatras deben vigilar los posibles indicios de acoso: casi un cuarto de los niños sufre esta lacra [Internet]. SEPEAP. 2022. Disponible en: <https://sepeap.org/los-pediatras-deben-vigilar-los-posibles-indicios-de-acoso-casi-un-cuarto-de-los-ninos-sufre-esta-lacra/>

Fracaso escolar

- » ¹²Biglan A, Elfner K, Garbacz SA, Komro K, Prinz RJ, Weist MD, Wilson DK, Zarling A. A Strategic Plan for Strengthening America's Families: A Brief from the Coalition of Behavioral Science Organizations. Clin Child Fam Psychol Rev. 2020 Jun;23(2):153-175. doi: 10.1007/s10567-020-00318-0.

6. USO DE INTERNET

Autores

Francisco Javier Leal Helmling. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*
Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

María Inmaculada Mesa Gallardo. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*
Servicio Andaluz de Salud.

Recomendaciones generales

- » **No Aislar:** Internet para los adolescentes es una oportunidad de comunicación con sus iguales y un derecho. Aislar de internet sería aislar de su entorno.
- » **Internet es oportunidad para la promoción** para los médicos de actividades saludables, pero también debemos de ser conscientes de sus riesgos.
- » **Deber de proteger:** Tanto la administración pública como tutores y la sociedad en general debemos promover el uso seguro y responsable de Internet y las tecnologías de la información y la comunicación en los adolescentes, Además se debe de proteger de los riesgos derivados de un uso inadecuado que puedan generar.
- » Es fundamental preguntar por uso de juegos y redes sobre todo cuando existen problemas patología mental como ansiedad depresión, trastornos de personalidad sobre todo si hay rasgos obsesivos, TDAH por su impulsividad.

Según la Convención sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989 de las Naciones Unidas se reconoce que el entorno digital es un derecho tanto para niños como para adolescentes. Está en constante evolución y expansión, y abarca las tecnologías de la información y las comunicaciones, incluidas las redes, los contenidos, los servicios y las aplicaciones digitales, los dispositivos y entornos conectados, la realidad virtual y aumentada, la inteligencia artificial, la robótica, los sistemas automatizados, los algoritmos y el análisis de datos, la biometría y la tecnología de implantes. La salud digital promueve un uso saludable, seguro, crítico y responsable de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Objetivos de la SALUD DIGITAL

1. Promoción de los hábitos saludables digitales.
2. Detección precoz de los riesgos y de las patologías derivadas.
3. Tratar de forma adecuada los casos y evitar las secuelas según el riesgo.

Instituto Nacional
de Ciberseguridad
de España



Las Administraciones Públicas tienen un papel relevante desde la aplicación de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia en el apoyo de los progenitores y para promover el uso seguro y responsable de Internet y las tecnologías de la información y la comunicación, así como sobre los riesgos derivados de un uso inadecuado que puedan generar fenómenos de violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes como el ciberbullying, el grooming, la ciberviolencia de género o el sexting, así como el acceso y consumo de pornografía entre la población menor de edad. Por todo ello la privacidad tiene una gran relevancia para asegurar su derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen donde según la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, los padres o tutores y los poderes públicos respetarán estos derechos y los protegerán frente a posibles ataques de terceros.

Derechos de los
niños en relación
con el entorno
digital



Internet y los medios digitales ofrecen al adolescente amplio campo de comunicación, puede servirle para reforzar sus amistades y le da la oportunidad de expresar sus propias ideas, de participar en cosas en las que le puede afectar, estar al día y siempre tienen el derecho a ser oídos y escuchados. Ofrece una oferta cultural que sería muy complicado conseguir de otra manera, además es una forma de ocio que incluso puede ayudarle a desarrollar habilidades de todo tipo. Existen estudios donde los adolescentes o adultos jóvenes describen los beneficios de buscar información de salud en línea y a través de las redes sociales y reconocieron estos canales como fuentes de información complementarias útiles para las visitas para atención médica. Todos estos motivos hacen que esta herramienta resulte, desde edades muy tempranas, tremendamente atractivo.

6.1 Conductas adictivas en el uso de internet

Internet es un derecho y casi una necesidad para el adolescente y, dentro de toda la libertad de información que aporta, un mal uso puede facilitar conductas dañinas hacia él o ella misma, como trastornos de conducta alimentaria, retos peligrosos para su propia salud, potenciación de acoso entre compañeros, o extorsión a partir de imágenes comprometidas que afloran la vulnerabilidad en caso de un uso inadecuado.

Cuando se habla de uso problemático de Internet es un patrón de comportamiento en el que una persona experimenta dificultades o problemas debido a su uso excesivo y poco saludable de Internet. La adicción va más allá porque requiere una dependencia similar a cualquier otra dependencia. No está incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), aun así, se ha establecido un debate sobre la necesidad de clasificar y tratar la adicción a Internet como un trastorno psicológico independiente. Podríamos considerar una **conducta adictiva** cuando se dan las siguientes circunstancias:

- » Debe generar placer.
- » Aumento de pensamientos relativos a la conducta cuando no está conectado.
- » Aumento de la frecuencia de la conducta y pérdida del interés por otras actividades.
- » Quitar importancia al interés que la conducta le produce.
- » Deseo intenso de realizar la conducta.
- » La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas.

El problema está en que este tipo de conductas, tanto en los diagnósticos del CIE-11 y DSM-5, están elaborados para adultos, por lo que no son específicos para adolescentes de manera que nos pueden orientar con el adolescente, pero tal vez pueda ser aventurado diagnosticar sin hacer una evaluación más profunda.

6.1.1 Riesgos en Internet

Durante la entrevista al adolescente hay que estar atentos a los riesgos en Internet relacionados con cuatro tipos de actividades en relación con:

1. La identidad y la privacidad.
2. Las redes.
3. Los juegos digitales.
4. Los juegos con dinero.

1. Internet, identidad y privacidad:

La integración de internet en la telefonía móvil, ha hecho de trampolín para que a la hora de dejar un dispositivo a un niño o a un adolescente tanto tutores como profesionales de la salud o de educación podamos correr el riesgo de quedarnos atrás en los que hacen en la red. La suplantación de identidad, emisión de noticias falsas (Fake news) y el robo de contraseñas también son conductas de riesgo que pueden ocasionar problemas en la familia y que se pueden presentar en consulta.

Podemos ver que en los últimos años han proliferado un sinnúmero de anglicismos a los que hemos presentado aquellos que consideramos de mayor relevancia en consulta (tabla 1). Algunas de ellas pueden suponer conflictos de índole penal ya que suponen fraudes, delitos contra el honor, injurias y calumnias, pornografía y abuso contra menores o incitación a conductas dañinas.

Ciberacoso o cyberbullying: El acoso escolar unido a la sensación de anonimato puede llevar a potenciar el interés de otro compañero de clase o igual a relatar o publicar.

Sexting: Publicación de imágenes de contenido sexual a través de un dispositivo digital.

Grooming: Adulto que se hace pasar por un adolescente en la red para conseguir su confianza y en muchas ocasiones involucrarle en una actividad sexual.

Sextorsión: Amenazar con contenido capturado del atacante a la víctima, que suele ser de características sexuales pidiendo a cambio dinero u otra concesión. En caso contrario amenazar con la publicación.

Vamping: Navegación con Tablet o dispositivo móvil hasta altas horas de la madrugada. Suele conllevar problemas de insomnio en la víctima y disminución de rendimiento al día siguiente.

Sharerenting: Documentar imágenes de otras personas, normalmente hijos, según van creciendo de forma abusiva. Puede afectar al individuo y en ocasiones provocar incluso vergüenza.

Happy Slapping: Consiste en la grabación de una agresión física verbal o sexual y su posterior difusión mediante tecnologías digitales.

2. Las redes sociales:

La aparición de los teléfonos móviles ha provocado la universalización de las redes facilitando enormemente la publicación de contenido en adolescentes. Una de las redes sociales más usadas en adolescentes en la actualidad es Twitch, en streaming para visionado sobre todo de e-sports, videojuegos y música, aunque también se pueden encontrar debates de algún tema, canales de cocina, manualidades etc. Es importante establecer filtros de privacidad para evitar posibles acosos o fraudes. Otras muy usadas son Instagram junto a Tik Tok. Son redes altamente visuales donde cada usuario cuelga o sigue fotos o vídeos respectivamente. Altamente adictiva y la popularidad se consigue con reconocimientos ("likes"). Youtube es una Plataforma de videos donde los creadores de contenido pueden configurar sus propios canales de manera que sus seguidores tengan más facilidad de seguirlos.

Existen otras muchas redes fuera de estos ejemplos. Muchas de ellas sirven para la publicación de retos, muy frecuentemente adheridos a población adolescente. Algunos retos no tienen riesgo, pero existen otros donde según las pruebas que consiguen cada vez exponen más su propia salud y como la de los que están alrededor, como ocurre en la "Ballena Azul" que sigue produciendo muertes entre la población que nos ocupa. Otros retos simplemente no miden los peligros inherentes a ellos y los pueden llevar a accidentes fatales. Desde la **Sociedad Americana de Pediatría** en su página de HealthyChildren.org refieren que el cerebro del adolescente está en desarrollo y la corteza prefrontal, encargada del pensamiento racional no termina de desarrollarse hasta los 25 años. Ello justificaría este tipo de comportamientos.

Por ello diferentes pensamientos les impulsan a participar en los retos:

- » No piensan en las consecuencias.
- » Piensan que son invulnerables.
- » Si no participan están fuera del grupo.
- » Si lo consiguen son más fuertes.
- » Está de moda.
- » Obtienen reconocimientos (likes).
- » Por regulación emocional (visualizar autolesión).
- » Búsqueda de nuevas sensaciones.

3. Los juegos digitales:

En 2020 se volvió a hacer una revisión sobre la prevalencia del trastorno del juego comparándolo con el trastorno de juego por internet y en ella se insistía en la variabilidad en los enfoques diagnósticos de este tipo de trastornos, lo que conlleva a ser de nuevo cauto en la interpretación de los diagnósticos relacionados con los trastornos relacionados con el juego en internet en línea o no en línea.

Siendo más específico desde la Organización Mundial de la Salud se reconoce el trastorno de juego en internet, y para que sea reconocido así, debe de tratarse de un patrón de conducta de suficiente gravedad como para provocar un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes persistiendo al menos 12 meses o tratándose de un patrón de conducta grave. Aun así, el patrón puede ser continuo, episódico o recurrente:

Características de trastorno por uso de juegos según OMS

- » Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto).
- » Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida
- » Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

Trastorno por uso de videojuegos



Organización Mundial de la Salud



4. Los juegos con dinero

Aproximadamente cada dos años el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se publica la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). En ella se puede conocer el alcance tanto del abuso a sustancias como el uso compulsivo de internet,

EDADES



el juego con dinero y, desde 2019, el posible trastorno por uso de videojuegos, tienen sobre la población general o de estudiantes, así como profundizar en las conductas relacionadas con estos comportamientos.

ESTUDES



En la población de 14 a 18 años el juego online ronda un 10% con un muy ligero incremento en los últimos años en chicas. Existe un claro predominio en el sexo masculino además de un incremento en el uso de *e-sports* y videojuegos. Todavía falta más información sobre las actividades similares al juego y los juegos de azar y videojuegos. Hay un incremento de juegos que requieren de dinero o *tokens* para abrir nuevas “cajas botín”, contenedores virtuales de bienes del juego de diferente valor y atractivo, incluidos artículos cosméticos y mejoras de rendimiento.

Los *e-sports* son competiciones de videojuegos con jugadores o en equipos a nivel inicial o profesional donde suele haber un público organizadores y patrocinadores y que se puede visualizar a través de diferentes plataformas. Todo este entramado, lleva a jugar por un premio en metálico o a la generación de apuestas por cada equipo o jugador. Las máscaras son otra manera de uso de dinero en la red donde a cambio de este o también de tokens el jugador o jugadora consigue elementos virtuales que alteran la apariencia del personaje en pantalla de un jugador, como su ropa y equipo.

La participación en actividades similares a los juegos de azar se asocia positivamente con la angustia mental y la impulsividad. También existe relación entre la participación en los deportes electrónicos y los juegos de azar. Es por ello, por lo que cuando detectamos alguna de estas patologías es importante explorar los hábitos del adolescente en el entorno digital.

6.1.2 Cribado de los riesgos en Internet

Cuestionario de
Juego patológico
(FAJER)



El cribado de los adolescentes más vulnerables al uso de Internet puede realizarse con las siguientes herramientas:

» **Cuestionario de diagnóstico del juego patológico de Federación Andaluza de Juego de Azar Rehabilitados (FAJER)** (Salinas y Roa 2001): es una escala basada en criterios DSM-IV (APA 1994). Se consigue una sensibilidad (del 98,4% y una del 91,4%. La puntuación de 0 a 4 se considera no jugador, de 5 a 9 jugador de riesgo y de 10 o más jugador dependiente. Como ocurre en el DSM5 no está validado para adolescentes, por lo que solo sirve para orientar.

Lie/Bet



» **El cuestionario de juego patológico de Lie/Bet.** Se trata de un instrumento de cribado de tan sólo dos preguntas en las que se indaga si el sujeto ha sentido la necesidad de apostar cada vez más o si ha mentado a personas significativas sobre cuánto dinero gasta en el juego. El cuestionario Lie/Bet, creado por Johnson et al (1997) sigue

criterios del DSM-IV y destaca su utilidad como herramienta de cribado. Con una respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas, estaríamos en presencia de una persona con problemas de juego (99% de sensibilidad y 91% de especificidad).

¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para tí acerca de cuánto juegas?

¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

En los últimos años se detecta mayor prevalencia de comportamientos de riesgo, tales como borracheras, “binge drinking”, consumo de riesgo de alcohol y consumo de tabaco diario, en aquellos jóvenes que puntúan positivamente en el cuestionario Lie-Bet. Esto suele suceder, cuando el individuo no encuentra nada que le interese, ni en el centro escolar, ni salir con amigos, ni participar en las actividades de la familia. Cuando esto se describe en la consulta, tal vez debamos de profundizar algo más en la entrevista con el o la adolescente.

» **Escala EUPI-a.** Existe una escala para uso en atención primaria validada y adaptada al contexto cultural español. Al tratarse de una escala breve podría ser útil en la consulta de atención primaria. La Escala EUPI-a está adaptada a adolescentes entre 10 y 16 años y consta de 11 ítems cuyo formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 opciones, con rango de 0 a 4 en las 5 categorías, siendo 0 “nada de acuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. Se suman las puntuaciones, considerando el punto de corte para considerar un uso problemático igual o mayor de 16. El tiempo estimado para la cumplimentación de la escala es de entre 2 y 5 minutos. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a diferencias de género.

Escala EUPI-a



6.1.2 Factores de riesgo para la conducta adictiva

Aunque en general no se recomienda más de 2 horas de uso de dispositivo digital diario no existe de ningún tiempo determinado para decir que existe una adicción. Se examina más la conducta y la repercusión en su vida diaria que el tiempo en sí, y en muchos casos se podrá abordar desde atención primaria. A través de la conducta pueden aflorar diferentes patologías como trastornos de déficit de atención, ansiedad depresión, trastornos disociales, de conducta alimentaria que debería de abordarse desde salud mental. Sin embargo, también se puede plantear cuando se inicia desde una conducta de juego también puede plantearse valoración por los centros de drogodependencias sobre todo en los casos de puntuaciones altas de los diferentes cuestionarios.

Como vamos a ver a lo largo de este punto algunos comportamientos pueden favorecer o desencadenar ciertas patologías que pueden afectar a la salud mental. Por otro lado, el comportamiento en sí, puede ser un predictor para el uso de la tecnología y a su vez, hacia el manejo de ciertas aplicaciones.

a) Comportamientos potencialmente problemáticos en los medios digitales para la depresión y la ansiedad.

- » Experiencias adversas en línea: Pueden comportarse como plataforma de lanzamiento para ciberacoso, engaños, suplantación de identidad, etc.
- » Riesgo en redes altamente visuales: conlleva ciertos comportamientos y expectativas que en el caso de tener alterado el ánimo junto con la impulsividad propia de la adolescencia puede llevar a algún problema.
- » Miedo a perderse algo: tanto algo que ha ocurrido en clase como algo que ha pasado en redes, por lo que le puede suponer un problema de ansiedad cuando no tienen un dispositivo a su alcance.
- » Comportamiento en redes sociales y experiencias subjetivas: El adolescente cuida mucho la apariencia externa y corre el riesgo de la sobrevaloración de su apariencia y de sus experiencias en redes. Las autofotos o "selfies", así como todo lo que está alrededor de la edición y publicación de fotos en red, el riesgo de la exposición y manipulación de la foto en sí y, sobre todo, requerir de la aprobación de los pares, "me gusta", puede suponer un elemento de presión más sobre el individuo. De manera que una pérdida de popularidad en un momento determinado, además del intento continuo de aparentar un entorno continuamente feliz, perfecto e irreal que no se corresponde con su verdadero estado, puede conllevar desequilibrios en su propia salud mental.
- » Redes sociales dedicadas a la preocupación sobre la imagen corporal. Si bien es cierto que la red favorece el contacto con otras personas en experiencias muy concretas, cosa que no ocurre a veces en entornos cercanos fuera de la red. Existe el riesgo del uso de la red relacionado con la pérdida de peso y condición física ("Thinspiration" y "fitspiration"), trastornos alimentarios ("pro-ED" (pro-trastorno alimentario), "pro-ana" (proanorexia nerviosa) o "pro-mía" (pro-bulimia nerviosa)). Existe un movimiento en redes en redes sociales sobre positividad corporal en la que se acepta el cuerpo independientemente del grado de discapacidad, género, raza o aspecto, lo cual en un principio ha demostrado asociarse a mejoras en la satisfacción y a la mejora de la imagen propia del cuerpo frente a los contenidos que visualizan prototipos de imagen de delgadez extrema. Aun así, se desconoce el impacto en los adolescentes de este tipo de redes y además puede llevar a la satisfacción con pesos poco adecuados y a la aparición de conductas sedentarias y poco saludables desde el punto de vista médico.
- » Uso de pantallas de noche (*Vamping*): Tendencia al uso de pantallas antes de dormir, conlleva una sobreexcitación tanto visual como en muchos casos adrenérgica con lo que puede llevar a situaciones de insomnio o pérdida de horas de sueño necesarias para el rendimiento al día siguiente.

- » La accesibilidad que brinda la telefonía móvil facilita un acceso más simple a internet y a su vez más tiempo de conexión lo que puede llevar a conductas que pueden suponer un riesgo como edición de falsas noticias, robo de contraseña, suplantación de identidad y en definitiva un **uso problemático de internet**.
- » Las redes de alto impacto visual (predomina la imagen frente a otro objetivo) y de experiencias subjetivas, sexting, Vamping ciberacoso por

las respuestas que producen pueden estar relacionadas con **ansiedad y depresión** por lo que es importante preguntar por el uso de ellas durante la entrevista.

6.1.3 Tipos de conducta relacionadas con la conducta adictiva a Internet

El uso de las redes lo podemos resumir en dos conductas o problemas emocionales principales, la internalizante y la externalizante. La CONDUCTA EXTERNALIZANTE tiene en general relación con la impulsividad o hiperreactividad lo cual lleva a diferenciar 5 rasgos de la personalidad implicados:

- » Urgencia negativa: Se refiere a la tendencia a actuar precipitadamente en respuesta a estados afectivos negativos.
- » Urgencia positiva: Implica respuestas impulsivas a estados afectivos positivos,
- » Falta de premeditación: Propensión a tomar decisiones con rapidez sin tener en cuenta las consecuencias.
- » Falta de perseverancia.
- » Búsqueda de sensaciones.

Existe cierta relación entre perfil externalizante y ciertas conductas a tener presente en nuestra entrevista con el adolescente en consulta. El comportamiento problemático tiene relación con la delincuencia: puede adoptar muchas formas de cibercrimen y vandalismo donde pretenden ingresar ilegalmente a espacios en línea prohibidos como cuentas de amigos, cuentas bancarias, pornografía, estafas, de manera que podrían acarrear sanciones penales. Normalmente el fin es por curiosidad o por romper alguna norma.

- » Agresión, acoso y violencia: Parece que puede haber una relación entre exposición a páginas de contenido violento con este tipo de conducta, sin embargo, existe controversia entre el uso de juegos de contenido violento y la posterior conducta violenta. El individuo que tiene un perfil acosador fuera de línea, también lo hace en línea y el estar en un entorno que no promueva las relaciones positivas puede llevar a la aparición de conductas negativas en contextos virtuales.
- » Tomar riesgos sexuales: La exposición a contenido sexual en línea (por ejemplo, pornografía en Internet) se ha relacionado con asumir riesgos sexuales fuera de línea sin protección, así como cibersexo y sexting.
- » Mal uso de sustancias: Al igual que ocurre en el juego online los jóvenes que están más involucrados en los medios digitales tienen más probabilidades de abuso de alcohol y de otros tóxicos.

Por otro lado, la **conducta internalizante** como los síntomas depresivos y de ansiedad, aunque con matices, se correlacionan con el uso desordenado de las redes sociales y los síntomas depresivos. El género en el perfil internalizante pueden tener relación adolescencia, sexo masculino y ansiedad como predictor de uso de redes sociales y sin embargo en el sexo femenino, es más significativa la relación entre la depresión y el uso problemático de redes sociales.

Algunos diagnósticos de salud mental pueden ser factores de riesgo de uso pro-

blemático, en particular el TDAH y la depresión. También se ha encontrado asociación entre trastorno del sueño, ansiedad, trastorno de espectro autista, con el uso problemático de internet, así como dependencia de Internet para las relaciones y el manejo del estado de ánimo, experiencias de FOMO (miedo a perderse algo), insatisfacción con las relaciones familiares o problemas de salud mental entre los padres.

- » Una conducta externalizante o impulsiva en el adolescente puede estar relacionada con conductas de juego en la red, cibersexo, visualización de contenido violento o trasgresiones de la norma por lo que se debe de explorar en la entrevista.
- » Una conducta internalizante o de retraimiento, aunque con matices, se correlaciona con el uso desordenado de las redes sociales y los síntomas depresivos y de ansiedad.

6.1.4 Tipos de comportamiento

El comportamiento parece ser cíclico, de manera que cuando se exacerbaban las conductas depresivas estas llevan a un mayor consumo de redes sociales, empeorando así los síntomas depresivos. Tal vez por esto, el perfil internalizante, especialmente en chicas, hace que la evolución sea más lenta y requiera de un tratamiento combinado de abordaje de dificultad de relaciones sociales junto a la comorbilidad. Además, el tipo de comportamiento en las redes sociales influye en cómo afectan al usuario las redes sociales. Existe una relación entre:

- » Uso pasivo de las redes sociales (p. ej., desplazamiento, baja interacción social) y los síntomas de ansiedad y depresión, mientras que
- » Uso activo de las redes sociales (p. ej., comentar, dar me gusta, comunicarse con sus compañeros) se relacionó con síntomas más bajos de depresión y ansiedad en adolescentes.

El uso activo de red social o la creación de contenido se correlaciona con niveles más bajos de ansiedad y depresión. Sin embargo, un uso pasivo (solo visualizan) se relaciona con más depresión y ansiedad.

6.1.5 Factores sociales

Se ha demostrado que varios factores sociales se relacionan con el uso problemático en adolescentes (*tabla 1*).

- » Las normas sociales y la frecuencia de uso de las redes sociales por parte de los amigos están directamente asociadas con la frecuencia del uso de las redes sociales por la persona, lo que lleva a una asociación con el uso problemático.
- » La conexión social y la pertenencia general están indirectamente relacionadas con el uso problemático de las redes sociales.
- » El miedo a perderse algo y la competencia académica percibida, predijeron la adicción a las redes sociales entre los estudiantes de secundaria en un estudio.

- » Nivel de ingresos familiares: cuanto mayor es el nivel de ingresos familiares mayor es el nivel de riesgo.

La generalización de dispositivos digitales, así como su uso en redes, tanto amigos como familiares se relacionan con un uso problemático en las redes. Como factores protectores juegan a favor la autoestima y el apoyo social percibido.

Otros Factores contextuales negativos a tener en cuenta son:

- » Familiar: Conflictividad familiar, entornos familiares rígidos, con estilos educativos autoritarios o al contrario permisivos, desestructurados y anárquicos, escaso apoyo familiar percibido, vínculo parental débil o comportamientos similares en algún miembro de la familia.
- » Educativo: malas relaciones en el centro educativo, mucho tiempo libre y no supervisado por las tardes y un mal rendimiento (aunque el abuso de la tecnología sea lo que lleva a un bajo rendimiento).
- » Entre iguales: relación disfuncional entre pares, aislamiento social, la búsqueda de relaciones a través de internet en vez de relaciones cara a cara en otros contextos y la afiliación con compañeros con una aceptación social baja.

- » Un estilo de educación muy rígido o laxo, o la conflictividad familiar puede tener relación con uso problemático de internet.
- » Una mala relación del adolescente con sus iguales en clase, un mal rendimiento o la disponibilidad de mucho tiempo por la tarde sin supervisión puede favorecer un uso abusivo de tecnología y con ello un uso problemático.
- » Baja aceptación en grupo, relación disfuncional entre iguales, o una aceptación social baja también puede comportarse como un factor de riesgo de uso problemático.

Tabla 1. Factores facilitadores, de riesgo y protectores de uso problemático de nuevas tecnologías.

FACILITADORES DE USO PROBLEMÁTICO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Experiencias adversas en línea	Uso de sustancias tóxicas	Buena autoestima
Redes que requieren aprobación de pares	Patologías mentales (TDAH, ansiedad, depresión, fobias, trastorno de personalidad, trastornos psicóticos, trastornos obsesivos compulsivos ...)	Buen apoyo social percibido
Uso de redes sobre imagen personal (altamente visuales)	Impulsividad	Reducir las distracciones digitales durante la socialización cara a cara
Vamping, Bullying, Sexting	Baja aceptación o aislamiento social	Conciencia crítica sobre uso de tecnologías
Exposición a violencia y contenidos sexuales	Entorno familiar muy rígido o muy permisivo	Confrontar uso de dispositivos con hábitos saludables
Uso pasivo de redes sociales	Vínculo parental débil	Uso de estrategias para una navegación saludable
Generalización entre pares	Comportamiento aprendido de otro miembro familiar	Compartir experiencias en familia
Uso de dispositivo a edad temprana	Conflictividad familiar	Cohesión familiar
Mucho tiempo libre y solo/a	Introversión	Tipo de educación en contexto escolar
Alta accesibilidad al medio digital	Baja autoestima	Sentimiento de vinculación al barrio donde viven
Sensación de anonimato	Escasas habilidades sociales	Experiencias en grupo y extraescolares

6.2 Navegar seguro por internet (I): información y estrategias para padres

Las tecnologías digitales actuales están diseñadas con características llamativas que contribuyen a su atractivo. Estas aplicaciones y dispositivos se crean para captar y mantener la atención de las personas: diseñados y repetidos para ser “irresistibles”. Hoy día no es extraño ver a niños con 10 años y en ocasiones menos con algún tipo de dispositivo que le permite navegar por internet. Es por ello por lo que desde los centros escolares y desde la familia se debe abordar su uso para minimizar los riesgos.

Es necesario la implementación tanto de programas preventivos como programas de tratamiento de uso excesivo tanto de internet como de redes sociales, para lograr un uso lo más beneficioso posible. Para ello, definimos 3 objetivos para un uso adecuado de dispositivos digitales.

1. Conciencia crítica de las características de diseño y/o principios psicológicos que dan forma al uso de la tecnología; Investigaciones experimentales han demostrado que enseñar a los adolescentes sobre los diseños de redes sociales “adictivas” y sus efectos nocivos puede generar una conciencia duradera sobre las características del diseño y puede motivar el interés de los jóvenes en regular su uso de las redes sociales y en aprender estrategias relevantes para ello. Hacer ver que internet y las redes sociales son un espacio público. Una vez que publican

algo en línea, puede resultar difícil o imposible borrarlo. Ayúdelos a comprender que deben tener cuidado con lo que hacen y comparten en línea, como en el mundo real.

2. Autorreflexión sobre el uso personal de los medios digitales; donde se centra el uso de los dispositivos digitales para hábitos saludables. Reconocer, por ejemplo, que navegar por Instagram antes de acostarse contribuye a generar pensamientos ansiosos o que TikTok es una fuente de distracción no deseada durante la hora de hacer las tareas, puede preparar el escenario para tomar diferentes decisiones. Por otro lado

3. Estrategias para el cambio de comportamiento (evaluación crítica). El uso de plantillas para que los estudiantes hagan “promesas” sobre el uso de la tecnología. Acuerdos entre tutores y adolescente.

Siempre es recomendable buscar pactos intermedios entre padres y adolescente, hacer acuerdos o contratos de uso digital donde, a ser posible, se intente evitar su uso más de 2 horas diarias. Dentro del tiempo que se pacte, parcelar el tiempo que se usa para redes sociales, juegos o para actividades que puedan mejorar alguna habilidad de interés, como un tutorial o investigar algo que pueda ser de utilidad.

Estrategias en el dispositivo:

- » Aplicaciones para rastrear y administrar tiempo en pantalla (control parental). Es importante que el adolescente lo sepa para consolidar confianza. Todos podemos tener errores a la hora de navegar y estas aplicaciones ayudan.
- » Agregar extensiones en navegador para favorecer la concentración.
- » Desactivar las notificaciones, salvo que sea imprescindible o realmente así se quiera.
- » Silenciar o dejar de seguir ciertas redes que pueden producir sensaciones negativas.
- » Cambiar los teléfonos a escala de grises cuando sea posible.
- » Priorizar actividades activas frente a las pasivas en las redes sociales.
- » Practicar desafíos para que los adolescentes tengan zonas y tiempos libres de dispositivos, que hagan pausas (un tiempo de vacaciones en redes) o cambio de medio digital (móvil por tablet).

Estrategias fuera del dispositivo

- » Evitar los dispositivos digitales en la habitación, especialmente antes de acostarse. Evitar también su uso en los baños.
- » Usar modo “bajo consumo” cuando sale con amigos para reducir las distracciones digitales durante la socialización cara a cara.
- » Programar el tiempo frente a la pantalla y el tiempo sin pantalla con anticipación.
- » Mantener un inventario personal de sus actividades favoritas fuera de línea (por ejemplo, baloncesto, colorear, yoga) para consultarlas.
- » Identificar actividades no digitales activas y/o relajantes que alivien el aburrimiento o la tristeza.

6.3 Navegar seguro por internet (II): información para el adolescente

1. En primer lugar, el uso de contraseñas debe garantizar la privacidad, de manera que deben ser robustas y a ser posible cambiarlas cada cierto tiempo. Sólo compártelas con tus padres o adulto de confianza, ni con tu pareja ni con tus amigos.
2. Evita compartir datos personales del tipo de procedencia, dirección, edad, teléfono, contraseñas, número de tarjeta, horarios, centro educativo, geolocalización o fotos. Estos datos nunca deben de estar expuestos en un perfil público. Tampoco avatares o nicks que pueda dar información a una persona desconocida.
3. Nada es temporal: Lo que aparece en la red no se puede deshacer ya que es muy fácil que otras personas copien, graben o reenvíen tu información.
4. Evita usar la cámara web, fotografías y chatear con personas desconocidas. **No publiques comentarios ni fotografías inapropiados o sexualmente provocativos.** Incluso aunque lo publiques en una página privada, lo podrían hackear, copiar y reenviar.
5. No aceptes archivos desconocidos y lee siempre la información antes de aceptar.
6. En caso de acoso, extorsión o sentirte molesto por alguien, díselo rápidamente a tus padres o responsables. Nunca respondas a preguntas inapropiadas
7. Tómate tu tiempo para evitar reaccionar con hostilidad. Espera unos minutos, cálmate y recuerda que los comentarios se quedarán allí mucho después de que te hayas calmado o de que hayas cambiado de opinión.
8. Evita el uso de cuentas gratuitas para chats y redes.
9. No aceptes enlaces o anuncios ya que puede facilitar que entren en tu dispositivo. Tampoco aceptes regalos. No todo lo que aparece en internet es cierto y ningún regalo es gratuito
10. No aceptes nunca citas con desconocidos y en el caso de hacerlo, hazlo siempre junto a tus padres o tutores.
11. Asegúrate que la información que publicas es real. Existen muchos bulos en la red y te pueden complicar la vida
12. Respeta los derechos de autor (copyrights). Infórmate bien sobre las leyes relacionadas con los derechos de autor y asegúrate de que no publiques, compartes ni distribuyes imágenes, canciones o archivos con derechos de autor.

Cada uno dejamos un rastro de datos cuando usamos internet, es lo que llamamos huella digital. No publiques nada de ti ni de otras personas y ni mucho menos si puede ser ofensivo o dañar la imagen personal porque eso puede quedar para siempre en la red. Adquirir unas buenas reglas en la red, netiqueta, ayudara que tu experiencia de navegación sea más tranquila, divertida y lejos de problemas.

Referencias bibliográficas

- » ¹Instituto Nacional de Ciberseguridad de España (INCIBE): trabaja para afianzar la confianza digital, elevar la ciberseguridad y la resiliencia y contribuir al mercado digital de manera que se impulse el uso seguro del ciberespacio en España. <https://www.incibe.es/menores>
- » ²Violencia Viral, análisis de la Violencia contra la Infancia y la Adolescencia en el entorno digital: Análisis de la Organización Save the Children tanto desde punto de vista estadístico como análisis de los comportamientos en población infantil y adolescente: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/informe_violencia_viral_1.pdf
- » ³Sociedad Americana de Pediatría: en su página Healthy Children plantea la posibilidad de integrar un Plan familiar de Uso de Pantallas. <https://www.healthychildren.org/spanish/fmp/paginas/media-plan.aspx>
- » ⁴Pantallas Amigas: web de consejos para padres alumnos para una navegación más segura. <https://www.pantallasamigas.net>
- » ⁵Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. Plan Nacional de Drogas, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. ESTUDES: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
- » ⁶Nesi J, Telzer EH, Prinstein MJ (Eds.). Handbook of Adolescent Digital Media Use and Mental Health. Cambridge University Press. 2022.
- » ⁷Morrison, James. DSM-5®. Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno, 2015.
- » ⁸Mesa Gallardo MI. Nuevas adicciones a internet y videojuegos online. AMF. 2018;14(4):204-207

7. VACUNACIONES

Autores

María José Martínez Vera. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Consultorio Pedrera, Zona Básica de Estepa (Sevilla). Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Alejandro Pérez Milena. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Centro de Salud El Valle, Jaén. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Recomendaciones generales

- » Se debe realizar una captación oportunista en cada contacto con el adolescente para revisar y completar su calendario vacunal.
- » Las vacunas sistemáticas son Td (14 años), VPH y MenACWY (12 años), siendo necesario una vacunación de rescate para VHB, triple vírica y varicela zóster si no estaba previamente vacunado.
- » Las enfermedades meningocócicas invasivas siguen siendo muy importantes en esta edad, existiendo consensos que plantean la recomendación de la MenB entre los 14-18 años.
- » La vacuna VPH está indicada para adolescentes hombres con 12 años de edad, y en adolescentes mujeres a los 12 años y hasta los 18 años si no ha recibido una dosis previa.
- » Es fundamental preparar con tiempo los viajes al extranjero y valorar las vacunas necesarias, al igual que captar a los menores inmigrantes y sus familias para completar su vacunación mediante un calendario acelerado.

7.1 El calendario vacunal en la adolescencia

La atención de los adolescentes debe incluir tanto el cumplimiento de los calendarios vacunales en la edad apropiada, como el aprovechamiento de cualquier contacto con el sistema sanitario para reforzar la información sobre la prevención de conductas de riesgo y revisar las vacunaciones recibidas. Cada visita debe verse siempre como una oportunidad de actualizar y completar el calendario vacunal mediante una captación activa.

El calendario de vacunaciones del adolescente se ha enriquecido en los últimos años con la autorización de nuevas vacunas:

- » Las vacunas frente a cinco serogrupos de *Neisseria meningitidis* (frente a MenB y la tetravalente MenACWY).
- » Las vacunas de difteria bivalentes de carga antigénica reducida (Td), con propuestas para el uso de la vacuna Tdpa a los 12-14 años (Principado de Asturias).
- » La vacuna frente al VPH en mujeres y hombres adolescentes.
- » La vacunación de rescate para la poliomielitis, triple vírica, hepatitis B, antimeningocócica ACWY, varicela-zóster y VPH.
- » Vacuna frente al SARS-CoV-2 (vacuna ARNm) desde los 5 años y recuerdos durante toda la adolescencia.

Otras vacunas cuya inclusión en el calendario vacunal del adolescente debe ser valorada son las siguientes:

- » Vacuna antihepatitis A a los 10 años (ya incorporada en Cataluña, Ceuta y Melilla y como vacunación para grupos de riesgo en el resto de las comunidades autónomas).
- » Vacuna antigripal tetravalente anual.
- » Vacuna antimeningocócica B a los 14-18 años con pauta de dos dosis.

Calendario
vacunaciones del
adolescente SEMA
2022



Guía visual de las
vacunas empleadas en Andalucía
en 2023



Plan Estratégico
de Vacunaciones
(Andalucía)



7.2 Vacunación frente a la enfermedad meningocócica invasiva

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una enfermedad poco frecuente, pero que potencialmente puede producir consecuencias devastadoras para las personas que la padezcan y sus familias. Es de difícil diagnóstico por presentar síntomas iniciales inespecíficos y de tipo gripal, por lo que es fácil realizar un diagnóstico erróneo. La evolución puede ser rápida, con progresión hasta la muerte en 24 horas. Las formas clínicas más frecuentes y conocidas son la meningitis y la sepsis, que ocasionan globalmente una mortalidad del 10%, así como secuelas permanentes en un 30% de los supervivientes. La enfermedad meningocócica invasiva afecta principalmente a los menores de 5 años, especialmente menores de 1 año, seguidos de los adolescentes donde se observa un segundo pico de incidencia. En Europa como en España, el serogrupo B (MenB) causa la mayoría de los casos de EMI. Durante muchos años, el serogrupo C (MenC) ha sido el segundo serogrupo más frecuente, sin embargo, el número de casos de MenC fue disminuyendo gracias a la vacunación y su inclusión en los calendarios infantiles.

Boletín Epidemiológico Semanal
nº 43



Antes de la llegada de la pandemia por SARS-CoV-2, entre los años 2017-2019, ya se estaba apreciando una incidencia ascendente de los serogrupos W e Y. La pandemia acontecida a nivel mundial y las medidas de contención adoptadas (mascarilla, confinamiento...) tuvieron un gran impacto en la incidencia de la EMI, registrando en muchos países europeos, incluido España, mínimos históricos en el número de casos de enfermedad en todas las edades en los años 2020 y 2021. A pesar de la reducción de casos, el serogrupo B se mantuvo como el más prevalente.

Desde 2022, coincidiendo con la eliminación de las medidas anti- SARS-CoV-2, la EMI ha experimentado una tendencia creciente de la incidencia, especialmente de MenB en los jóvenes de entre 15-24 años. Países como Reino Unido y Francia han registrado brotes de MenB en este grupo de población en los últimos años y el número de casos entre la población adolescente ha superado los notificados en años pre-pandemia. En España, a cierre de la última temporada epidemiológica 2022-23 se han notificado 213 casos confirmados de EMI (108 casos de MenB) en comparación con los 110 casos (55 casos de MenB) notificados el año anterior. Destaca el aumento de casos de MenB entre los adolescentes y adultos jóvenes (10-24 años): 32 casos de MenB vs. 12 casos en el mismo grupo de edad el año anterior. Respecto a los serogrupos W e Y, se han notificado 25 y 20 casos respectivamente. A pesar del aumento de casos en los últimos años, en España la incidencia de EMI sigue siendo inferior a la registrada en periodos pre-pandemia.

Los comportamientos sociales de adolescentes y adultos jóvenes aumentan el riesgo de transmisión de *N. meningitidis*. En determinados países como Estados Unidos, Canadá o Reino Unido se exigen las vacunas frente a meningococos ACWY o frente al serogrupo B a los estudiantes que cursan estudios en ellos.

Vacunas frente a la EMI por serogrupos ACWY

Teniendo en cuenta las características de la transmisión de meningococo, la situación epidemiológica de la EMI en los últimos años, la efectividad y la duración de la protección generada por las diferentes vacunas, la Comisión de Salud Pública acordó en 2019: introducir como vacunación sistemática la vacuna MenACWY a los 12 años en sustitución de la dosis de MenC.

Acuerdo comisión de salud pública sobre vacunación EMI



A nivel regional, en enero de 2020 Andalucía incluyó en su calendario, la vacuna frente a meningococo tetravalente ACWY (MenACWY), a los 12 meses y a los 12 años, sustituyendo a la vacuna del meningococo C, así como un rescate de 13 a 18 años a realizar durante 3 años, desde 2020 a 2022. En este año 2023, se ha ampliado la edad de rescate entre 13 y 21 años (nacidos entre 2002 y 2010, ambos inclusive) para adolescentes que no hayan recibido esta vacuna previamente a partir de los 10 años de edad.

Deben promoverse las medidas de captación activa necesarias para alcanzar la mayor cobertura posible. Se recomienda la vacunación en centros educativos como medida más efectiva en estas edades. Además, es aconsejable emplear la calculadora de pautas de vacunación frente a meningococo C / ACWY de la web de Andavac en caso de dudas, para aclarar el estado de vacunación y la recomendación correspondiente (ver recursos).

En Andalucía, con el objetivo de reducir el número de casos entre los adolescentes, ANDAVAC comenzó en enero de 2020 “#ZeroMeningitis, que nada te pare”, una campaña de sensibilización dirigida a adolescentes y sus familias, para informar de la vacunación, sobre por qué, cómo y dónde se deben vacunar los chicos y las chicas en estas edades para prevenir la EMI por los serogrupos ACWY en adolescentes de 12 a 21 años.

#ZeroMeningitis



Vacuna antimeningocócica tetravalente conjugada (MenACWY)

Indicada para la inmunización activa frente a la enfermedad meningocócica invasiva causada por cuatro grupos de la bacteria *Neisseria meningitidis* (grupo A, C, W-135 e Y).

En España, existen 3 vacunas MenACWY disponibles:

- Nimenrix®: autorizada a partir de las 6 semanas de edad.
- Menquadfi®: autorizada a partir de los 12 meses de edad.
- Menveo®: autorizada a partir de los 2 años de edad.

Recomendaciones de vacunación (ANDAVAC): 1 dosis de MenACWY. Si ya han recibido 1 dosis con más de 10 años, no es necesario recibir más dosis.

- Vacunación sistemática a los 12 años.
- Rescate para no vacunados de 13 a 21 años.

Otras indicaciones

- Personas nacidas entre 2012 y 2018 que no hubieran recibido la dosis de MenC de los 12 meses.
- Adolescentes inmunodeprimidos incluidos en los grupos de riesgo frente a MenACWY.
- Recomendadas para adolescentes que deben viajar a determinados países (Canadá, EE. UU., Argentina, Brasil, Australia, Arabia Saudí, Austria, Bélgica, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Malta, Reino Unido, San Marino y Suiza)

Administración: Inyección intramuscular en la cara anterolateral del muslo o el músculo deltoides.

Ficha técnica de
Nimenrix®



Ficha técnica
Menguadfi®



Ficha técnica
Menveo®



Vacunas frente a la EMI por serogrupo B

Los adolescentes son el segundo grupo poblacional con mayor incidencia de Meningitis B después de los menores de 5 años. Son los principales portadores y transmisores: casi 1 de cada 4 puede ser portador asintomático, con un pico máximo de portación a los 19 años.

Calendario Común
de vacunación a
lo largo de toda
tu vida.
Consejo Interter-
ritorial Sistema
Nacional de Salud
2023



Calendario de
Inmunizaciones de
la AEP 2023



Calendario de
vacunaciones
del adolescente.
Consenso AEV,
CAV-AEP y SEMA
2023



En España, las recomendaciones de vacunación frente a EMI por serogrupo B en personas pertenecientes a grupos de riesgo se aprobaron por la Comisión de Salud Pública en 24 de julio de 2018 y se recogen en el documento "Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones" que determina los siguientes grupos: asplenia anatómica o disfunción esplénica grave, deficiencias del sistema del complemento, tratamiento con eculizumab, trasplante de progenitores hematopoyéticos, padecimiento anterior de enfermedad meningocócica invasiva, personal de laboratorio expuesto a meningococo y en caso de agrupaciones de casos (brotes) u otras situaciones en las que las autoridades sanitarias lo considerasen necesario. Se administrará una dosis de recuerdo un año después de completar la vacunación primaria y, posteriormente, una dosis de recuerdo cada 5 años.

En 2023, la vacunación frente a MenB se incluye en el Calendario Común de Vacunación a lo largo de toda la vida elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) para los lactantes a los 2,4 y 12 meses de edad. Sin embargo, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) recomienda en su calendario la vacunación frente a MenB no solo en los lactantes sino también en el resto de las edades como protección individual.

Además, la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA), junto con otras 8 sociedades científicas de pediatría y atención primaria publicó en 2022 un documento de consenso de Calendario de Vacunaciones del Adolescente. En él se contempla la recomendación de la vacuna antimeningocócica B a los 14-18 años con pauta de dos dosis, incorporándose progresivamente al calendario de los adolescentes siguiendo el ejemplo de otros países y regiones mencionadas anteriormente. También en este documento se recoge información sobre las características del adolescente y medidas para mejorar las coberturas vacunales en ese grupo de edad. Recientemente, la recomendación de vacunación frente a MenB en los adolescentes como protección individual se ha ratificado en el nuevo consenso AEV,

CAV-AEP y SEMA de 2023.

A diferencia de España, la vacunación frente a MenB para adolescentes está incluida en programas nacionales y/o regionales en otros países:

- » **EE.UU.:** vacunación frente a MenB recomendada en individuos de 16-23 años (preferencia de edad: 16-18 años) y en personas pertenecientes a grupos de riesgo a partir de los 10 años. Ha demostrado ser efectiva y tener un gran impacto en la respuesta a brotes de EMI en universidades de EE. UU., con una disminución de los casos después de la implementación.
- » **Australia:** la región de Australia del Sur cuenta con un programa frente a MenB (Bexsero® como vacuna de elección frente a MenB) en el que incluye a los jóvenes de 15-16 años. En 2024, la región de Queensland comenzará un nuevo programa de vacunación frente a MenB dirigido a adolescentes de 15-19 años.
- » **República Checa:** vacunación frente a MenB financiada para los adolescentes de 14 años desde enero de 2022.
- » **Italia:** vacunación frente a MenB para adolescentes incluida en 8 programas regionales de forma gratuita o mediante copago.
- » **Austria y Hungría:** vacunación frente a MenB incluida en el plan nacional pero no financiada, en adolescentes y adultos jóvenes.
- » **Nueva Zelanda:** vacunación frente a MenB a personas de entre 13 y 25 años que estén o vayan a iniciar su primer año de convivencia cercana con otras personas, como alojamientos compartidos (albergues, residencias universitarias, cuarteles militares, residencias de justicia juvenil y prisiones) desde marzo de 2023.
- » **Canadá:** dos regiones han iniciado programas de vacunación en adolescentes frente a MenB en 2023:
 - **Isla del Príncipe Eduardo:** desde abril de 2023, la vacuna MenB (dos dosis) está disponible para los estudiantes que asisten a una escuela postsecundaria y viven en residencia dentro o fuera de la provincia.
 - **Nueva Escocia:** ha agregado 2 grupos nuevos elegibles para recibir 2 dosis de la vacuna antimeningocócica B financiada (debido al mayor riesgo de contraer la enfermedad meningocócica), ≤ 25 años que por primera vez ingresen a la educación postsecundaria y vivan en un entorno congregado operado por una institución postsecundaria (como una residencia o dormitorio) y reclutas militares que vivan en un entorno congregado (como un cuartel militar).
- » **Suiza:** En noviembre de 2023, las autoridades sanitarias han actualizado las recomendaciones de vacunación frente a la EMI, recomendando 2 dosis de MenB (Bexsero®, única vacuna frente MenB aprobada en el país) para los adolescentes entre 11-15 años.

Vacuna antimeningocócica proteica (MenB)

Indicada para la inmunización activa frente a la enfermedad meningocócica invasiva causada por la bacteria *Neisseria meningitidis* del grupo B.

En España, existen 2 vacunas disponibles:

- Bexsero® (ADNr, de componentes, adsorbida): autorizada a partir de los 2 meses de edad.
- Trumenba® (recombinante, adsorbida): autorizada a partir de los 10 años de edad.

Recomendaciones de vacunación MenB en adolescentes:

- Diferentes sociedades científicas recomiendan la vacunación frente a MenB en adolescentes como protección individual (no financiada).
- Financiada para adolescentes inmunodeprimidos o en brotes epidémicos.

Administración: Inyección intramuscular profunda, preferiblemente en la zona del músculo deltoide del brazo en sujetos mayores.

Ficha técnica de
Bexsero®



Ficha técnica de
Trumenba®



7.3 Vacunación frente al vph

La infección genital por VPH es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en el mundo. Se estima que el 91% de los hombres y el 85% de las mujeres que mantienen relaciones sexuales tendrán al menos una infección por VPH a lo largo de su vida, con escasa sintomatología y eliminación espontánea. Sin embargo, las infecciones asociadas a los genotipos oncogénicos que persisten en el tiempo están relacionadas, como causa necesaria, aunque no suficiente, con el desarrollo de lesiones precancerosas, cáncer de cérvix, cánceres anogenitales (vagina, vulva, ano y pene) y también del área de cabeza y cuello (orofaringe, cavidad oral y laringe). En España existe un aumento del cáncer de orofaringe por VPH mientras que a nivel mundial el cáncer de ano y de cabeza/cuello son los más incidentes.

- » Genotipos de alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59.
- » Genotipos de bajo riesgo: 6 y 11 (causan el 90% de las verrugas anogenitales).

La vacunación profiláctica frente al virus del papiloma humano evita la infección persistente y el desarrollo de lesiones preneoplásicas, por lo que se convierte en una estrategia preventiva de primer orden frente al desarrollo de lesiones cancerosas. Las vacunas existentes han demostrado ser altamente efectivas tanto en mujeres como hombres en la prevención de las distintas afecciones y lesiones potencialmente cancerosas relacionadas con esta infección.

La vacunación sistemática frente a VPH en mujeres adolescentes se inició en España en 2007. Con el objetivo de reducir la incidencia de cáncer de cérvix (causado por los genotipos 16 y 18), se hicieron revisiones sucesivas del programa para disminuir la carga de infección por VPH. Por ello, en 2022 la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, aprobó una estrategia de vacunación universal en el documento "Recomendaciones de vacunación frente a VPH en varones", ela-

borado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. En este documento, cuya implantación se producirá antes de finales de 2024 en todas las CCAA, se recomienda la vacunación sistemática de chicos y chicas a los 12 años además de una vacunación de rescate en chicas hasta los 18 años, con el objetivo de conseguir coberturas superiores al 90%.

Recomendaciones de vacunación frente a VPH en varones



Andalucía cuenta con la campaña poblacional #HablemosDePapiloma, para concienciar sobre esta infección y su prevención. Además, se recomienda emplear la calculadora de pautas de vacunación VPH de la web de Andavac en caso de dudas, para personas que no han iniciado o no han completado la pauta de vacunación.

#Hablemos del papiloma



VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

En España, existen 2 vacunas disponibles:

Gardasil 9® (vacuna nonavalente) (calendario vacunal andaluz): recombinante, adsorbida): autorizada a partir de los 9 años de edad

- Serotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58.

Cervarix®: autorizada a partir de los 9 años de edad.

- Serotipos 16 y 18 y adyuvante AS04
- Ha demostrado protección cruzada frente a algunos genotipos de VPH no incluidos en la vacuna y que están presentes en Gardasil 9®.

Recomendaciones de vacunación (ANDAVAC):

Vacunación sistemática a niños y niñas a los 12 años, con 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 6 meses (0 y 6 meses) (en estudio la eficacia de una sola dosis).

Vacunación de rescate: Entre 12 y 14 años: 2 dosis (0 y 6 meses). Entre 15 y 18 años: 3 dosis (0, 2 y 6 meses).

Vacunación en grupos de riesgo: 3 dosis. La segunda, como mínimo a los 2 meses de la primera. La tercera, como mínimo a los 6 meses de la primera (0, 2 y 6 meses).

- Personas de 9 a 26 años con infección por VIH.
- Personas a partir de 9 años diagnosticados de síndrome de WHIM.
- Personas de hasta 26 años que ejercen la prostitución.
- Mujeres de cualquier edad con lesiones precancerosas que hayan precisado una intervención quirúrgica de estas lesiones.
- Mujeres de hasta 26 años con trasplante de órgano sólido (ejemplos: pulmón, riñón, corazón, hígado...) o trasplante de progenitores hematopoyéticos (médula ósea).
- Varones de hasta 26 años que tienen sexo con hombres.

Administración: Por vía intramuscular, preferiblemente en la región deltoidea de la parte superior del brazo o en la zona anterolateral superior del muslo.

Ficha técnica de Gardasil 9®



Ficha técnica de Cervarix®



Andavac. Vacunación frente a VPH. Información para profesionales sanitarios.



Vacunación frente a VPH en grupos de riesgo Andalucía



7.4 Vacunación Del Tétanos/Difteria

No existe vacuna monocomponente contra la difteria y se presenta siempre en forma de vacuna combinada con el toxoide tetánico u otros componentes vacunales como tosferina, Haemophilus influenzae tipo b, poliomielitis inactivada (VPI) o hepatitis B. Un reciente consenso español recoge las evidencias sobre la pérdida de inmunogenicidad en la adolescencia de la vacunación contra la tosferina, pero reconoce el limitado impacto poblacional que tendría el cambio de la vacuna Td por la Tdpa.

Hay 2 tipos de presentaciones de los preparados vacunales que contienen toxoide diftérico: La de carga antigénica estándar (letra "D") se puede aplicar hasta los 6 años y 11 meses, mientras que la elegida para adolescentes es la de carga antigénica reducida (letra "d"). La baja concentración del toxoide se encuentra formando parte de la vacuna Td para adolescentes y adultos.

Vacuna frente a Tétanos y difteria Vacunas de difteria bivalentes de carga antigénica reducida (Td)
En España, existen 2 vacunas disponibles: Diftavax® (calendario vacunal andaluz): autorizada a partir de los 7 años de edad. diTeBooster®: autorizada a partir de los 5 años de edad.
Recomendaciones de vacunación (ANNAVAC): Vacunación sistemática de refuerzo frente a tétanos y difteria en todos los adolescentes a los 14 años de edad. Vacunación de rescate: En ≥15 años, en cualquier momento en caso de no haber sido vacunado previamente.
Administración: Por vía intramuscular, en adolescentes en el área deltoidea - parte superior del brazo.

Ficha técnica de
Diftavax®



Ficha técnica de
diTeBooster®



7.5 Otras vacunas

Es importante hacer una captación oportunista para la recuperación de vacunación no completada correctamente, con especial atención a:

Vacunación en
grupos de riesgo



» **Vacunación de rescate frente a varicela (VVZ):** vacunación de rescate en cualquier momento de la adolescencia si no tienen antecedentes de varicela, historia de herpes zóster o documentación de vacunación con dos dosis. Se administrarán 2 dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas (preferiblemente de 2 a 6 meses); si tienen una dosis previa, se administrará una dosis. En adolescentes no es preciso solicitar previamente una serología de varicela. Especial atención a los grupos de riesgo en adolescentes de 18 años.

- » **Vacunación de rescate frente a Triple vírica (TV):** para adolescentes sin historia de vacunación ni constancia de antecedente de padecimiento del sarampión. Se administrarán 2 dosis de TV con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis. Si hubieran recibido previamente una dosis, se administrará una 2ª dosis, siempre que hayan pasado al menos 4 semanas de la primera dosis. Las mujeres deberán evitar el embarazo en las 4 semanas siguientes a la administración de cualquier dosis de vacuna triple vírica.
- » **Vacunación de rescate frente a Hepatitis B:** en personas no vacunadas con anterioridad, hasta los 18 años de edad, se administrarán 3 dosis, con pauta 0, 1 y 6 meses.
- » **Vacuna antigripal tetravalente anual:** la mayor incidencia en adolescentes (x3 frente a adultos y ancianos), el cortejo sintomático y la aparición de complicaciones, la merma de las relaciones sociales de la enfermedad y su mayor propagación por unos contactos sociales más estrechos son argumentos de diferentes autores para valorar la necesidad de una vacunación sistemática en adolescentes contra la gripe, aún no contemplada en los calendarios vacunales de España.
- » **Vacuna contra el COVID:** existen para adolescentes ≥ 12 años tres vacunas monovalentes (Comirnaty®, Spikevax® y Nuvaxovid®), 2 vacunas de ARNm bivalentes (Comirnaty® y Spikevax® Original/Ómicron BA.1 y Original/Ómicron BA.4-5). A partir de los 16 años puede administrarse una vacuna recombinante bivalente (Bimervax®). Las vacunas monovalentes continúan ofreciendo protección frente a la hospitalización y la enfermedad grave. La dosis de recuerdo estacional se realiza preferentemente con bivalentes. La estrategia de vacunación COVID depende de la situación epidemiológica y está marcada por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

Estrategia de vacunación COVID-19



7.6 Vacunas del adolescente viajero

Los adolescentes que viajan constituyen grupos de población que precisan de una atención especial para garantizar el nivel óptimo de protección frente a infecciones inmunoprevenibles. Antes de un viaje es recomendable que el adolescente acuda a su médico para realizar un examen de salud, y comprobar que el calendario vacunal rutinario se encuentra al día. La visita previa al viaje debe hacerse con la suficiente antelación como para dar tiempo a que se produzca una respuesta serológica protectora importante tras la administración de las vacunas que se indiquen, unas 4-6 semanas antes de la partida (puede que se precisen varias dosis en pautas aceleradas).

ANDAVAC vacunas internacionales



La salud también viaja: Centros de Vacunación Internacional. Ministerio de Sanidad de España.



En función de las vacunas que haya recibido en la infancia y adolescencia, la región que vaya a visitar, la duración del viaje, el momento del año y el tipo de actividad a realizar, puede necesitar quimioprofilaxis, primovacunación o adelanto de alguna dosis de vacuna. Debemos transmitir la necesidad de que eviten situaciones de riesgo de contraer enfermedades a través del consumo de agua o alimentos en ciertos países, de las picaduras de insecto y de las conductas de

Ministerio de Sanidad. Países que exigen la vacunación frente a la fiebre amarilla y paludismo. Viajes internacionales y salud.



Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Travelers' Health.



CDC Yellow Book: Health Information for International Travel 2024.



Meningococcal Disease. CDC Yellow Book 2024.



Travel Health Pro



riesgo.

Hay vacunas obligatorias para entrar en algunos países como la de la fiebre amarilla (enfermedad endémica en gran parte de África y Sudamérica), MenACWY (cinturón africano, estudiantes, asistencia a macroconciertos) y poliomielitis (viaje a países donde circula el virus salvaje o derivado de la vacuna) y vacunas recomendables según país de destino, como las del cólera, encefalitis centroeuropea, encefalitis japonesa, fiebre tifoidea, hepatitis A y rabia. Se pueden consultar las recomendaciones para un adolescente para un adolescente que quiera viajar en el Manual en línea de la AEP.

El denominado “al cinturón africano de la meningitis” comprende Gambia, Senegal, Guinea-Bissau, Guinea, Malí, Burkina Faso, Ghana, Níger, Nigeria, Camerún, Chad, República Centroafricana, Sudán, Sudán del Sur, Uganda, Kenya, Etiopía y Eritrea. Con el foco puesto en objetivo de “cero meningitis” formulado por la OMS para 2030, y ante la alta prevalencia de los serogrupos A (pese a los avances en vacunación en la zona), C, W y X, es preciso contemplar la vacunación del adolescente. Se debe administrar una dosis de recuerdo MenACWY un año después de completar la vacunación primaria y, posteriormente, una dosis de recuerdo cada 5 años. Se han descrito resultados favorables con una vacuna pentavalente (MenACWYX), con datos de no inferioridad comparados con la vacuna tetravalente de MenACWY. Se están investigando otras vacunas pentavalentes que incluyen al MenB en vez del MenX.

7.7 Vacunación en menores migrantes, refugiados, adoptados

Los trabajos publicados sugieren que los migrantes y los refugiados tienen una cobertura vacunal inferior a la de la población autóctona. El objetivo fundamental de los programas de vacunación de la población migrante, refugiada y adoptada es conseguir una protección vacunal similar a la de la población autóctona. Como norma general, conviene aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para revisar el calendario de vacunaciones, seguir pautas aceleradas, administrar varias vacunas en cada visita y emplear, siempre que sea posible, vacunas combinadas. Aunque los calendarios de vacunación de los países de procedencia de los niños adoptados y migrantes pueden tener variaciones importantes, la mayor parte de estos niños han sido vacunados frente a difteria, tétanos, tosferina, polio, hepatitis B y sarampión y, de hecho, la mayoría tiene títulos protectores frente a estas enfermedades. En los últimos años muchos países de bajo índice de desarrollo humano han incluido en sus calendarios vacunas frente al rotavirus, frente al neumococo (conjugada) y frente al VPH en chicas.

Aunque el Sistema Nacional de Salud español reconoce el derecho a la plena integración al mismo de los menores de edad en las mismas condiciones que los locales (según la Ley Orgánica 8/2000), lo cierto es que los condicionantes socio-culturales, el temor de los padres a ser detenidos y repatriados o, en el caso de

adolescentes y niños no acompañados por adultos, el retraso en el cumplimiento de determinados trámites burocráticos provoca en ocasiones que el acceso a los servicios de salud sea subóptimo en estos individuos.

Grandes masas de población atraviesan fronteras buscando mejorar su futuro, hecho motivado por las tremendas desigualdades existentes entre países en cuanto a las expectativas de vida, razones políticas o sociales, conflictos armados, etc. Con frecuencia, estas personas provienen de países con coberturas vacunales muy bajas, lo cual las hace vulnerables a sufrir enfermedades prevenibles por vacunación. A consecuencia de entrar de manera irregular en los países de acogida suelen verse abocados a vivir en condiciones de exclusión social, con barreras para acceder al sistema sanitario y habitualmente hacinados en viviendas situadas en la periferia de grandes urbes o en campamentos masificados, elementos que justifiquen la aparición de brotes de enfermedades inmunoprevenibles. Por todo ello, se recomienda iniciar vacunación acelerada, ya que es excepcional que esta población disponga de documentos que avalen las vacunas recibidas.

En los niños/adolescentes que aporten cartilla de vacunación correctamente cumplimentada no es necesario realizar serología vacunal ni proceder a la revacunación completa, siendo suficiente completar la pauta de acuerdo a la edad (comprobando que se cumplen edades mínimas de vacunación e intervalos válidos entre dosis). En los que no aporten información por escrito (no se acepta la mera afirmación verbal de los padres) se debe iniciar el calendario de vacunación de acuerdo a la edad como si no hubieran recibido ninguna vacuna. En todos los casos deberán administrarse las vacunas incluidas como sistemáticas en el calendario oficial local siempre que no haya registro de haber sido administradas en su país de origen, además de informar de las vacunas no financiadas. Hay que prestar especial atención a las vacunas que no suelen administrarse en países de bajo índice de desarrollo humano (por ejemplo: meningococos, triple vírica, VPH). El antecedente de vacunación frente al sarampión antes de los 12 meses de edad no se considera dosis válida, debiendo recibir la vacuna triple vírica (SRP) a partir de los 12 meses de vida. En el caso de los migrantes, hay que recordar que presentan más riesgo que otros viajeros de contraer enfermedades prevenibles cuando van a visitar a sus familiares o amigos a sus países de origen, por lo que habrá que optimizar su vacunación según el destino (hepatitis A, fiebre tifoidea, etc.). Los familiares y convivientes de los niños que llegan procedentes de otros países deben tener igualmente al día el calendario de vacunas (incluyendo a los adultos) para evitar la aparición de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

Recursos:

Calculadora de pautas de vacunación frente a meningococo C / ACWY



Calculadora de pauta de vacunación frente a VPH



Calendarios acelerados para Andalucía 2023



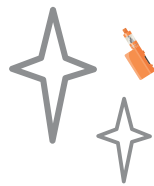
Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Vacunación acelerada



Referencias bibliográficas

Enfermedad meningocócica invasiva

- » ¹Thompson MJ, Ninis N, Perera R, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. *Lancet*. 2006;367(9508):397-403.
- » ²Marshall HS, McMillan M, Koehler AP, et al. Meningococcal B Vaccine and Meningococcal Carriage in Adolescents in Australia. *N Engl J Med*. 2020;382(4):318-327.
- » ³Clark SA, Campbell H, Ribeiro S, et al. Epidemiological and strain characteristics of invasive meningococcal disease prior to, during and after COVID-19 pandemic restrictions in England. *J Infect*. 2023;87(5):385-391
- » ⁴Taha et al. The rapid rebound of IMD in France at the end of 2022. *Journal of infection and PH 16* (2023) 1954–1960
- » ⁵Hidalgo Vicario MI, De Montalvo Jääskeläinen F, Martínón-Torres F, Moraga-LLop F, Cilleruelo Ortega MJ, Montesdeoca Melián A, Ramos Amador JT, Morán Bayón A, Jimeno Sanz J, García-Sala Viguer F, Benito Fernández J. Calendario de vacunaciones del adolescente. Documento de Consenso. Madrid: Undergraf; 2021;
- » ⁶Álvarez FJ, Grande AM, Güemes I, et al. Calendario de vacunaciones del adolescente. Consenso AEV, CAV-AEP y SEMA. *An Pedi*. 2023.



GUÍA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL ADOLESCENTE

GRUPO DE ESTUDIO DEL ADOLESCENTE
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

grupo de estudio
del Adolescente

