

Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (Grupo PrevInfad)

Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes

J. Colomer Revuelta^a y Grupo PrevInfad⁽¹⁾

^aProfesora titular de Pediatría del Departamento Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Universitat de València. Pediatra del CS Fuente San Luis, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 617-632

Grupo PrevInfad, previnfad@aeppap.org

Introducción

A lo largo de la historia, el de la sexualidad ha sido un tema cargado de prejuicios y de actitudes negativas. Como consecuencia, aún hoy la información que se transmite, plagada de conceptos erróneos y de carga negativa, condiciona la persistencia de problemas que ocasionan sufrimiento personal y social.

Sus características específicas, en cuanto que toca emociones y sentimientos junto al hecho de estar íntimamente relacionada con las creencias y los valores,

ha dificultado la realización de estudios experimentales, especialmente en la infancia y adolescencia, y justifica, en parte, la falta de una robusta evidencia sobre la efectividad de las intervenciones.

Estos hechos pueden explicar por qué a pesar de ser un tema importante y estar en las agendas de salud y educación de nuestro país apenas se ha desarrollado desde hace muchos años.

Aunque la sexualidad tiene importancia a lo largo de toda la infancia, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión por sus características biológicas, psicológicas y sociales.

Las intervenciones en salud sexual en la adolescencia tienen como objetivo tanto reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual como mejorar la calidad de las relaciones sexuales

⁽¹⁾ Grupo PrevInfad de AEPP: Francisco Javier Soria-ño Faura (Valencia), Juan José Delgado Domínguez (La Coruña), José Galbe Sánchez-Ventura (Zaragoza), Joan Pericas Bosch (Barcelona), Manuel Merino Moina (Madrid), Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello (Granada), Carmen Rosa Pallás Alonso (Madrid), Olga Cortés Rico (Madrid) y Julia Colomer Revuelta (Valencia).

de los jóvenes para su vida actual y también para su vida adulta.

Los pediatras de Atención Primaria, que mantenemos una relación continua con los adolescentes a través de su niñez, estamos en una posición única para colaborar en su educación sexual apropiada para cada una de las fases de este período del ciclo vital.

Esta revisión trata un aspecto muy concreto de las intervenciones, las centradas en dos de las principales consecuencias adversas: el embarazo no deseado (END) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Es, por lo tanto, éste un acercamiento parcial al tema, que debe integrarse en el más amplio de la promoción de la salud sexual en la infancia y adolescencia.

Antecedentes

La frecuencia así como las consecuencias de ambos problemas justifican el interés de su prevención en la población adolescente.

Respecto a las tasas de nacimientos en adolescentes, España ocupa, según un estudio realizado por UNICEF¹, una posición media entre los países desarrollados y, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, estos embarazos continúan siendo una situación frecuente (tasa aproximada de 9 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años) y

con una tendencia creciente en nuestro país que ha sido interpretada en parte como una consecuencia de los cambios sociodemográficos recientes. Aunque existen variaciones dependiendo del entorno sociocultural, se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados y que aproximadamente un tercio de los mismos finaliza por interrupción voluntaria, lo que justifica el incremento paralelo en la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes^{2,3}.

La magnitud de las ITS en nuestro medio resulta difícil de conocer ya que los registros de morbilidad (asistida y declarada) no reflejan lo que ocurre en la realidad por ser muchas de estas infecciones asintomáticas o no consultarse, por considerarse vergonzantes, así como por la falta de información individualizada en cuanto a edad y etiologías de los registros oficiales. En las publicaciones realizadas en Estados Unidos y Reino Unido se insiste desde hace unos años en la tendencia creciente de ITS diagnosticadas (sobre todo por *Chlamydia* y gonococo) en todas las edades y especialmente en adolescentes⁴.

En 2001, de los casos acumulados de SIDA en España, el intervalo de los 25 a los 34 años englobaba más de la mitad de los casos. Teniendo en cuenta el lar-

go período de incubación de la enfermedad, se puede inferir que las prácticas de riesgo causantes de la infección se realizaron entre los 14 y los 24 años. Uno de cada tres casos diagnosticados se relacionó con las prácticas sexuales⁵.

Las revisiones sistemáticas realizadas sobre las consecuencias del embarazo no deseado en la adolescencia y que inclu-

yen series temporales, estudios analíticos de cohortes y casos y controles^{6,7} han puesto de manifiesto que las adolescentes y sus descendientes tienen, en general, mayor riesgo de efectos adversos sobre su salud así como de repercusiones sociales, económicas y en educación negativas (Tabla I). Sin embargo, también se ha observado que los resultados en

Tabla I. Consecuencias adversas que se han asociado al embarazo en adolescentes

	Salud	Educación	Socio-económicos
Adolescente	Control tardío de la gestación	Interrupción/abandono estudios	Familia monoparental
	Fumar durante la gestación		Divorcio/separación
	Anemia e hipertensión en la gestación		Menor oportunidad empleo
	Complicaciones obstétricas		Dependencia del estado de bienestar
	Terminación del embarazo		Peor vivienda y nutrición
	Depresión postparto		Bajo nivel económico
	Depresión y aislamiento		
Niño	Muerte súbita	Retraso del desarrollo preescolar	Pobreza
	Bajo peso		Peor vivienda
	Prematuridad		Familia monoparental
	Menor lactancia materna		
	Accidentes		
	Peor nutrición		
	Negligencia		
	Embarazo adolescencia		
	Mayor mortalidad infantil		

salud del embarazo son comparables, excepto en menores de 15 años, con los de las mujeres de más edad cuando los cuidados prenatales y el apoyo social son adecuados, ya que son los factores sociales (fundamentalmente la pobreza y la exclusión) y las repercusiones que éstos tienen sobre la salud de la adolescente (peor estado de nutrición, estado de salud previo, nula o escasa asistencia prenatal...) los responsables de la mayoría de los resultados negativos en el embarazo y parto^{1,7}.

En cuanto a las ITS, aunque no constituyen por sí mismas un grave problema para las adolescentes más allá de las molestias de sus manifestaciones clínicas (excepto la infección por VIH), son sus consecuencias tales como el riesgo de infertilidad asociado a la enfermedad inflamatoria pélvica o la estrecha relación entre la infección por el virus del papiloma humano, el condiloma y el carcinoma cervical las que condicionan importantes problemas de salud⁸.

Factores de riesgo

Se vienen realizando muchos esfuerzos por parte de los investigadores para establecer modelos coherentes de los determinantes del comportamiento sexual que permitan identificar factores de riesgo y de protección como base de

la planificación de las intervenciones preventivas.

Kirby⁹ ha identificado más de 100 precursores relacionados con el inicio precoz y la frecuencia de relaciones sexuales, el mayor número de parejas y el uso inconsistente de medidas de protección, todas ellas conductas que se han asociado al END y las ITS. Aunque comunes a distintas comunidades, su importancia relativa varía entre ellas. Queda pendiente valorar su peso en población española. En la Tabla II se incluye un listado con los 43 factores de riesgo y protección más importantes.

Respecto a ellos, en España la edad media de inicio de las relaciones sexuales completas se sitúa alrededor de los 17 años y medio, declarando un 7% haberlas comenzado con menos de 15 años. Por comunidades autónomas la iniciación es más tardía en Asturias, Castilla y León, y precoz en Canarias, Cataluña y Galicia. Relativo al número de parejas, uno de cada diez chicos informó de que mantuvo relaciones sexuales con más de una persona y uno de cada veinte con más de tres, manifestándose más monógamas las chicas. El 15% de los hombres y mujeres que mantuvieron relaciones sexuales en el intervalo de edad de 15 a 29 años declararon no haber utilizado métodos an-

Tabla II. Factores de riesgo (-) y protección (+) que se han relacionado con END e ITS en la adolescencia

Comunidad	Individuales
Desventaja y desorganización	Antecedentes biológicos
+ Nivel alto de educación - Elevada tasa de desempleo + Alto nivel de renta - Alta tasa de criminalidad	+ Precocidad en maduración física - Alto nivel hormonal
Familia	Apego y éxito escolar
Estructura y situación económica	+ Buenos resultados escolares + Aspiraciones y planes de futuro en educación
+ Biparental (frente a uniparental) - Cambios en el estado marital de los padres + Nivel alto de educación en padres - Bajo nivel de ingresos paternos	Apego a instituciones religiosas
Dinámica familiar y apego	+ Participación en actividades religiosas
+ Soporte parental y conexión familiar + Supervisión y control familiar suficiente	Problemas o comportamientos de riesgo
Actitud familiar y modelo de conducta sexual y de fecundidad	+ Uso de alcohol o drogas - Problemas de comportamiento o delincuencia - Otros comportamientos de riesgo
- Precocidad materna en relaciones sexuales y maternidad - Madre soltera y comportamientos de cohabitación + Actitud conservadora de los padres respecto a relaciones sexuales + Actitud positiva de los padres respecto a la anticoncepción - Precocidad hermanos mayores relaciones sexuales y maternidad	Distres emocional
Iguales	- Alto nivel de estrés - Depresión - Ideas suicidas
Actitud y comportamiento	Características de la relación de pareja
+ Calidad de los amigos - Comportamiento de riesgo respecto a delincuencia y drogas - Actividad sexual (real o percibida) + Normas positivas de uso de preservativos y anticoncepción	- Compromiso precoz - Mantener una relación muy cerrada - Mayor número de compañeros románticos - Compañero 3 ó más años mayor
Pareja	Abuso sexual
+ Soporte en el uso de preservativos y contracepción	+ Historia previa de abuso o coerción
	Deseos, actitudes y habilidades sexuales
	+ Actitud conservadora respecto a relaciones prematrimoniales + Mayor percepción de susceptibilidad a embarazo o infecciones sexuales + Importancia de protegerse de embarazo o infecciones sexuales + Mayor conocimiento sobre preservativos y anticonceptivos + Actitud positiva sobre preservativos y anticonceptivos + Alta percepción de barreras y coste de utilización de preservativos + Mayor grado de percepción de autoeficacia en el uso de protección

ticonceptivos en su última relación. Entre quienes los usan predomina muy ampliamente el preservativo (75%) seguido de la píldora (21%) teniendo el resto una presencia marginal¹⁰. Tampoco se aprecia constancia en su utilización. Los resultados de un estudio realizado en Andalucía revelan que sólo el 48,6% de los participantes que tuvieron más de una relación lo utilizaron siempre¹¹.

Efectividad de las intervenciones

Anticoncepción

Cuando es utilizada adecuadamente es costo-efectiva y supone grandes ventajas⁶. El único método de contracción absoluta es la abstinencia. Cuando la abstención no es la elección, existen otras opciones con efectividad, ventajas e inconvenientes conocidos cuya utilización está bien sistematizada para población adolescente española¹².

Dados los requisitos que debe reunir la anticoncepción en la adolescencia, los preservativos y los anticonceptivos orales son considerados dentro del grupo de recomendables. La opinión de expertos apoya el uso de la anticoncepción oral como un método seguro para evitar END en adolescentes, ya que los riesgos de su utilización son menores que los del embarazo. Es importante que las

usuarias de los métodos hormonales orales conozcan el manejo adecuado para mejorar su efectividad¹³.

La anticoncepción hormonal de emergencia tiene un importante papel en la prevención del END en esta población. Tanto los jóvenes como los profesionales de la salud necesitan más información sobre este método con el fin de reducir las dudas sobre su uso y repetido uso¹⁴.

Métodos barrera

Los estudios de laboratorio demuestran que los preservativos de látex proporcionan una barrera impermeable a las partículas del tamaño de los patógenos de las ITS. Proporcionan protección para las ITS de descarga (VIH, gonorrea, *Chlamydia* o tricomonas), pero en el caso de las ITS ulcerativas y de las lesiones del virus del papiloma humano sólo protegen de aquellas localizadas en la zona de cobertura del preservativo, pero no en las de otra localización, por lo que es de esperar que protejan parcialmente. No se ha demostrado que los lubricados con espermicidas sean más efectivos¹⁵.

La efectividad de este método depende de la consistencia de su uso en cuanto a frecuencia y correcta utilización.

La rotura o el plegado pueden disminuir su efectividad y su frecuencia varía según las características de la población,

la práctica sexual, la calidad del preservativo, su manipulación incorrecta y con el uso improcedente de lubricantes con base de petróleo o aceite. Se calcula que se produce hasta en el 2% de los contactos vaginales y 7% de los contactos anales. Los usuarios deben conocer el manejo adecuado para mejorar su efectividad¹⁵.

Hay experiencia clínica limitada en la efectividad de preservativos de poliuretano y métodos barrera femeninos. A éstos últimos se les asocia una reducción variable del riesgo de contagio entre 33 y 70%¹⁶, por lo que sólo deben considerarse como segunda opción.

Por la elevada prevalencia y los riesgos de ITS en este grupo etario los anticonceptivos orales en combinación con el preservativo masculino (prevención doble) son los métodos de elección recomendados por los expertos para la prevención simultánea de END e ITS¹³.

Modificación de los comportamientos de riesgo y potenciación de los de protección

Respecto a las estrategias de intervención, la comparación de experiencias entre diferentes países^{1,17} demuestra que la prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes es el resultado de acciones intersectoriales en las que los medios de comunicación, educa-

ción y atención sanitaria tienen un papel complementario e implica a todos los grupos y contextos en contacto con este grupo etario (familia, grupos de iguales, entorno escolar, medios de comunicación, entornos de ocio, profesionales de la salud, políticos, grupos religiosos). Pone también de manifiesto que las políticas sociales ante las desigualdades y aquéllas relacionadas con una actitud más realista sobre la sexualidad de la juventud, con respuestas comprensivas a sus necesidades, explican las grandes diferencias entre países mejor que la variabilidad de los comportamientos individuales relacionados con la sexualidad^{17,18}.

Tras la revisión de 22 intervenciones controladas, Pedlow¹⁹ concluye que las principales variables que deben ser tenidas en cuenta para la correcta valoración de la efectividad de estas intervenciones sobre las conductas son: riesgo de la población diana, medio en el que se realizan, teorías de cambio de comportamiento en las que se basan, variables de comportamiento a las que se dirigen, formato de ejecución, dosis y tiempos, grupo control con o sin intervención, medidas de evaluación (datos biológicos o autorreporte) y tiempo de seguimiento de las mismas.

La mayoría de estas evaluaciones se han realizado en Estados Unidos y Reino Unido. En España, Fernández Costa²⁰

describe las características de 19 intervenciones escolares de prevención del SIDA y la revisión realizada por Hernán García²¹ identifica 44 intervenciones sobre conductas sexuales de riesgo pero ninguna de ellas evalúa resultados.

Programas de educación en el medio escolar

De la revisión efectuada sobre su efectividad (siguiendo la clasificación expresada en la Tabla III) se deduce que los adoles-

centes que reciben este tipo de educación presentan diversos beneficios (Tabla IV).

Existe evidencia tipo I de su efectividad en el incremento de conocimientos^{22,23}.

Respecto a los comportamientos, si bien el metaanálisis realizado por DiCenso²⁴ que incluye 26 ensayos aleatorizados controlados (EAC) no evidencia ningún cambio significativo en los grupos de intervención, otros metaanálisis y revisiones sistemáticas que incluyen

Tabla III. Clasificación de la Canadian Task Force de 2003³⁷

Tipo de evidencia (“calidad de la evidencia”)

- I Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado o de un estudio de metaanálisis.
- II-1 Evidencia obtenida de ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria.
- II-2 Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles, preferentemente hechos en más de un centro o equipo de investigación.
- II-3 Evidencia obtenida por múltiples series temporales, con o sin intervención. Los resultados sorprendentes en experiencias no controladas también pueden ser incluidos en este grupo de evidencia.
- III Opiniones de reconocidos expertos basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Tipo de evidencia (“fuerza de la recomendación”)

- A Hay buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.
- B Hay suficiente evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.
- C Existe una evidencia conflictiva para la inclusión o la exclusión de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales.
- D Existe suficiente evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea excluida de un examen periódico de salud.
- E Existe buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea excluida de un examen periódico de salud.
- I Existe insuficiente evidencia (en calidad o cantidad) para hacer una recomendación de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales.

Tabla IV. Resumen de la efectividad de los programas de intervención escolar

Efecto	Calidad de la evidencia
Incremento de conocimientos	I
Modifica conductas autodeclaradas: Incremento utilización preservativo Entrenamiento uso Administración preservativos Centrada VIH Disminución frecuencia relaciones	II-1
Mejora habilidades objetivamente Negociación uso preservativo Comunicación riesgos con pareja Utilización preservativo	II-1
Perjudicial si se dirigen exclusivamente a la abstinencia	I
No incrementan actividad sexual	I
Más efectividad: Dirigidos al fortalecimiento general del adolescente Inclusión de padres Relacionan con los recursos de contracepción	II-1 II-2 II-2

además ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria muestran algunos resultados positivos^{7,9,19,23,25,26}. Se incrementan conductas seguras autodeclaradas (evidencia tipo II-1) tales como la utilización de preservativos y se relacionan con el éxito de la intervención: la administración coincidente de preservativos, la información centrada en aspectos preventivos concretos y el entrenamiento en habilidades de uso de preservativos entre otras²⁷. Algunos estudios constatan una disminución en la frecuencia de relaciones sexuales¹⁹. Las ha-

bilidades de evaluación objetiva que las intervenciones mejoraron (evidencia tipo II-1) fueron las de negociación en el uso de preservativos (OR 2,47; 2,09-2,92), las de comunicación con las parejas sobre riesgos sexuales (OR 1,64; 1,40-1,93) y las de utilización del preservativo (OR 1,72; 1,18-2,53)²⁷. En general, no se demostraron impactos sobre las tasas de END o de ITS^{19,24,27} excepto en el caso de intervenciones cuyo único objetivo es la promoción de la abstinencia que se asociaron a un incremento en el número de embarazos en-

tre las parejas de los adolescentes participantes ($OR\ 1,54;\ 1,03-2,29$)²⁴. Ningún tipo de intervención incrementó la frecuencia de actividad sexual en adolescentes (evidencia tipo I)^{7,9,19,23-26}.

Existe un razonable consenso de la efectividad (evidencia tipo II-2) respecto a relacionar las intervenciones escolares con los servicios de contracción de la zona y a la inclusión de padres en las actividades de los programas⁷.

Efectividad del consejo en el medio sanitario

Muy pocos estudios han evaluado la efectividad del consejo individualizado a adolescentes en las consultas, la mayoría de ellos en consultas ginecológicas o de contracción. Sus resultados son poco consistentes y mezclados, por lo que no permiten conclusiones^{6,28}. Esta falta de estudios es la que justifica que en la actualidad las recomendaciones tengan un nivel de evidencia III (de expertos)^{29,30}.

Cuatro ensayos controlados sobre intervenciones realizadas en consultas de planificación (una de ellas sólo para adolescentes) recogidos en el metaanálisis realizado por DiCenso³¹ no mostraron resultados en la utilización de contracción, mientras que la evaluación de una intervención controlada realiza-

da por pediatras de Atención Primaria en Washington obtuvo un incremento en la utilización de preservativos ($OR\ 18,5;\ 1,27-256,03$) a los tres meses que no se mantuvo a los nueve³².

Una buena apuesta desde las consultas de Pediatría en Atención Primaria, basada en las evidencias anteriormente descritas, es la participación en las intervenciones educativas escolares facilitando la vinculación con los servicios comunitarios y de anticoncepción como parte de una intervención más extensa.

Cribado de ITS

Algunos países se han planteado el cribado universal de infección por *Chlamydia* en adolescentes sexualmente activas dada la alta prevalencia de esta infección. Existen resultados discrepantes en cuanto a los beneficios del mismo. Un estudio realizado en Hungría comparando el cribado de mujeres de 15 a 19 años (utilizando técnicas de enzima-inmunoensayo y de hibridación de DNA) concluye que para una prevalencia de infección encontrada de 12,6%, incluso con la técnica más cara, el cribado fue costo-efectivo³³. Sin embargo, el realizado por Van Valkengoed³⁴ calcula una prevalencia superior al 41,8% para que este cribado universal sea eficiente.

La falta de datos recientes y fiables de prevalencia de ITS en adolescentes españolas no nos permite establecer la oportunidad de este tipo de cribado universal frente al selectivo en población de riesgo.

Intervención sobre adolescentes embarazadas

Existe una evidencia consistente (tipo II-2) sobre la efectividad de los programas dirigidos a minimizar las consecuencias negativas del END mediante intervenciones prenatales que proporcionen tanto la incorporación temprana a los programas de seguimiento del embarazo como a los recursos educativos y sociales⁶.

La revisión realizada por Coren para el Centro Cochrane³⁵ indica que los programas dirigidos a padres y madres adolescentes podrían mejorar muchas de las propias secuelas y de las de sus descendientes.

Recomendaciones para Atención Primaria

Numerosas organizaciones pediátricas y médicas en general han publicado sus indicaciones respecto a las intervenciones sobre END e ITS en adolescentes y además su prevención forma parte de las recomendaciones de la mayoría de los

grupos de actividades preventivas como parte de los exámenes sistemáticos de salud. Sus contenidos y referencias quedan resumidos en la revisión realizada por PrevInfad³⁰ y recientemente algunas de estas guías han sido tabuladas por As-Sanie²⁹.

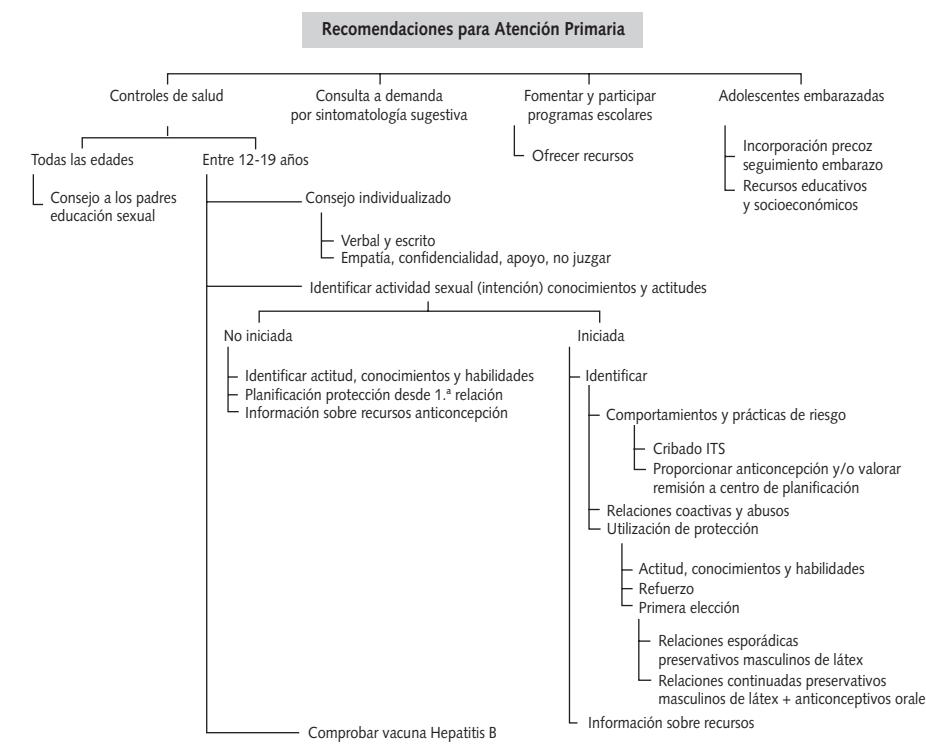
Sin duda, la más prolífica en recomendaciones ha sido la *American Academy of Pediatrics*, que cuenta con numerosas publicaciones sobre principios relacionados con la sexualidad en la adolescencia y sus problemas derivados³⁶.

Recomendaciones PrevInfad³⁰

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica y las indicaciones de los grupos de expertos, PrevInfad plantea las siguientes recomendaciones que se resumen en la Figura 1 asignándoles una fuerza I, ya que, aunque existe una insuficiente evidencia por la poca cantidad de estudios realizados sobre efectividad del consejo desde el ámbito sanitario, la actividad resulta recomendable dada la importancia del problema a prevenir y la calidad de la evidencia de las intervenciones a aconsejar.

1. En los controles de salud:
 - Incluir en los controles de salud recomendaciones a los padres para la educación sexual de sus hijos adecuada a la edad.

Figura 1. Algoritmo de recomendaciones Previnfad en prevención de END e ITS para Atención Primaria pediátrica.



- Sistematizar las intervenciones en todos los controles de salud entre los 12 y 19 años y en consultas por sintomatología sugerente de ITS o sospecha de embarazo.
- Proporcionar consejos individualizados según preferencia, conocimientos y habilidades.
- Empatía, confidencialidad, apoyo y actitud no juzgadora.
- Realizar anamnesis para identificar actividad sexual.
- En adolescentes no iniciados consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.
- No aconsejar exclusivamente la abstinencia como única opción preventiva.
- En adolescentes con prácticas sexuales identificar comportamientos

- tos y prácticas de riesgo, relaciones coercitivas y abusos. Comprobar la utilización de protección y valorar actitud, conocimientos y habilidades en su uso. Reforzar su utilización.
- Valorar remisión para seguimiento en centros de planificación (según recursos de la zona).
 - Cuando esté indicado, proporcionar anticoncepción (incluida anticoncepción general de emergencia) y/o derivar según recursos de la zona.
 - Proporcionar información verbal y escrita.
 - Aconsejar los preservativos de látex como primera elección, y éstos junto con anticonceptivos orales si hay continuidad en las relaciones.
- Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.
 - Comprobar vacunación de Hepatitis B.
2. Fomentar y participar en los programas de prevención escolares del área de salud.
 3. A las adolescentes que decidan continuar con su embarazo:
 - Derivar para su incorporación lo antes posible en el programa de seguimiento de embarazo.
 - Remitir, si procede, a los servicios sociales para la gestión de recursos educativos y socioeconómicos.

Fuerza de las recomendaciones

Intervención	Recomendación
Programas preventivos de educación en el medio escolar	A
Consejo preventivo en Atención Primaria	I
Incorporación precoz a los cuidados prenatales	B
Proporcionar apoyo educativo y social a madres adolescentes	B

Bibliografía

1. UNICEF. Innocenti Report Cards. Teenage Births in rich nations. Innocenti Research Centre [En línea] [Fecha de último acceso 10 diciembre 2004]. Disponible en <http://www.unicef-icdc.org>
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad. Año 1999. Base de datos Tempus 2002 [En línea] [Fecha de acceso 10 septiembre 2003]. Disponible en <http://www.ine.es/tempus2/tempusmenu.htm>
3. Instituto Nacional de Estadística. Banco de Datos Tempus. 2003 [En línea] [Fecha de acceso 10 septiembre 2004]. Disponible en <http://www.ine.es/tempus2/tempusmenu.htm>
4. Catchpole M. Sexually transmitted infections: control strategies. *BMJ* 2001; 322(7295): 1135-1136.
5. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Registro Nacional de SIDA. Vigilancia del SIDA en España. Informe semestral n.º 1. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. 2001.
6. NHS Centre for reviews and dissemination. University of York. Preventing and Reducing the Adverse Effects of Unintended Teenage Pregnancies. *Effective Health Care* 1997; 3(1).
7. Swann C, Bowe K, McCormick G, Health Development Agency. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. *Evidence Briefing*. Health Development Agency, editor. 2003.
8. Feroli KL, Burstein GR. Adolescent sexually transmitted diseases: new recommendations for diagnosis, treatment, and prevention. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003; 28(2): 113-118.
9. Kirby D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Washington DC; 2001.
10. Instituto de la Juventud (INJUVE) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Informe Juventud en España*; 2000.
11. Bimbela Pedrola JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit* 2002; 16(4): 298-307.
12. Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro C, Pizarro Hernández C. Anticoncepción en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; 5: 89-113.
13. Feldman W, Martell A, Dingle L. Prevention of Unintended Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases in Adolescents. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC); 1993.
14. University of Michigan. Department of Pediatrics. *Emergency Contraception is Effective. Evidence-Based Pediatrics*; 2000.
15. CDC National Center for HIV, STD and TB Prevention. Male Latex Condoms and Sexually Transmitted Diseases. Fact Sheet for Public Health Personnel. 2003.
16. Ellis S, Barnett-Page E, Morgan A, Taylor L, Walters R, Goodrich J. HIV prevention: a review of reviews assessing the effectiveness of interventions to reduce the risk of sexual transmission. *Evidence brief*. Health Development Agency; 2003 [En línea] [Fecha de acceso 10 septiembre 2003]. Disponible en <http://www.hda.nhs.uk/evidence>
17. Boonstra H. Teen pregnancy: trends and lessons learned. *The Guttmacher Report on Public Policy*; 2002.
18. Aggleton P, Oliver C, Rivers K. An international review of the evidence data from Europe. Reducing the rate of teenage conceptions. Health Education Authority. London; 1999.
19. Pedlow CT, Carey MP. HIV sexual risk-reduction intervention for youth: A review and methodological critique of randomized controlled trials. *Behavior modification* 2003; 27(2): 135-190.

- 20.** Fernández Costa S, Juárez Martínez O, Díez David E. Prevención del Sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73(6): 687-696.
- 21.** Hernán García M, Ramos Monserrat M, Fernández Ajuria A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75(6): 491-503.
- 22.** Song EY, Pruitt BE, McNamara J, Colwell BA. A meta-analysis examining effects of school sexuality education programs on adolescents sexual knowledge. 1960-1997. *J School Health* 2000; 70: 413-416.
- 23.** Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, France-Dawson M, Kelley P, et al. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *BMJ* 1995; 310(6973): 158-162.
- 24.** DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002; 324(7351): 1426.
- 25.** Meyrick J, Swan C. An overview of the effectiveness of interventions and programmes aimed at reducing unintended conceptions in young people. London: Health Development Agency; 2001.
- 26.** Mullen PD, Ramírez G, Strouse D, Hedges LV, Sogolow E. Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30 (Suppl 1): 94-105.
- 27.** Johnson BT, Carey MP, Marsh KL, Levin KD, Scott-Sheldon LA. Interventions to reduce sexual risk for the human immunodeficiency virus in adolescents, 1985-2000: a research synthesis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157(4): 381-388.
- 28.** Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception* 2003; 67(2): 115-132.
- 29.** As-Sanie S, Gant A, Rosenthal MS. Pregnancy prevention in adolescents. *Am Fam Physician* 2004; 70(8): 1517-1524.
- 30.** Colomer Revuelta J y Grupo Previnfad. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Recomendaciones Previnfad [En línea] [Fecha de último acceso 1 diciembre 2004]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm>
- 31.** DiCenso A, Guyatt G. Authors' reply on reducing adolescent unintended pregnancy. *BMJ* 2002; 325(7374): 1243.
- 32.** Boekeloo BO, Schamus LA, Simmens SJ, Cheng TL, O'Connor K, D'Angelo LJ. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics* 1999; 103(1): 107-115.
- 33.** Nyari T, Nyari C, Woodward M, Meszaros G, Deak J, Nagy E, et al. Screening for Chlamydia trachomatis in asymptomatic woman in Hungary. An epidemiological and cost-effectiveness analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 300-306.
- 34.** Van Valkengoed IG, Postma MJ, Morré SA, et al. Cost effectiveness analysis of a population based screening programme for asymptomatic Chlamydia trachomatis infections in woman. *Sex Transm Infect* 2001; 77: 276-282.
- 35.** Coren E, Barlow J, Stewart-Brown S. The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. *J Adolesc* 2003; 26(1): 79-103.
- 36.** American Academy of Pediatrics. Policy Statements. American Academy of Pediatrics Web site [En línea] [Fecha de último acceso 1 diciembre 2004]. Disponible en http://aappolicy.aappublications.org/policy_statement/index.htm

37. Canadian Task force on preventive health care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169(3): 207-208.

