

Infecciones de transmisión sexual en adolescentes: un desafío creciente en la consulta, ¿estamos preparados?



Judit C. Jiménez Betancort.

Pediatra del Centro de Salud de San Gregorio.

Proyecto nacional de investigación sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Adolescentes (ADO-ITS).

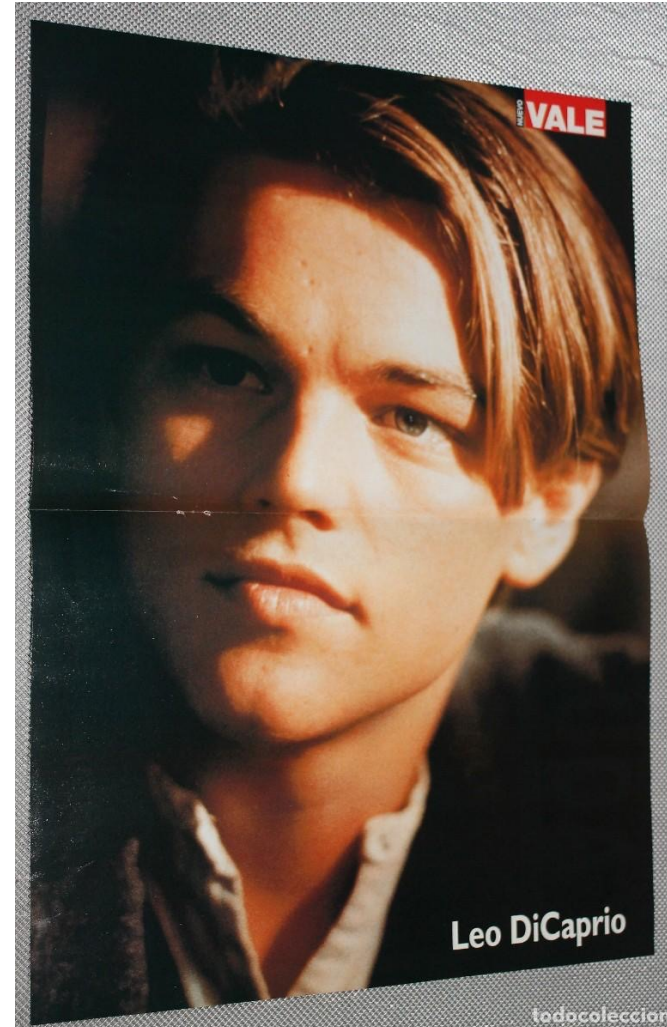
Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP).

¿Quiénes son los adolescentes?

- OMS: población entre los 10 y 19 años.
- Cambios físicos, psicológicos y sociales:
construcción identidad.
- Periodo clave de la vida para garantizar el bienestar futuro (**primeras experiencias sexuales**).



Que levante la mano la/el que
nunca ha sido **adolescente...**





¿Quién utilizó preservativo
siempre en sus primeras
relaciones sexuales?...

Nuestro caso en consulta de AP

Adolescente 14 años acude a Urgencias de CS (acompañada de su padre):



- Disuria, prurito y aumento de secreción vaginal (**no relaciones sexuales**).
- **Exploración física:** tumefacción de labios mayores y leucorrea verdosa.
- **Tira de orina:** Densidad 1020, pH 6, Leucos ++, nitritos y hematíes-.
- **Diagnostico: CISTITIS Y VULVOVAGINITIS.**
- **Tratamiento:** Fosfomicina 3g y Clotrimazol 2% crema.

Nuestro caso en consulta de AP

Adolescente 14 años acude a consulta de su pediatra (acompañada de su padre):



- No mejoría de los síntomas, intenso prurito (**niega relaciones sexuales**).
- **Exploración física:** abundante leucorrea verdosa maloliente. No edema de labios. No lesiones vulvares. No adenopatías.
- **Recogemos exudados vaginales (x2).**
- **Pido teléfono de la menor para resultados.**

Nuestro caso en consulta de AP



Servicio
Canario de la Salud

Servicios de Laboratorios Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Nombre:		Número de muestra:	
Apellidos:		Fecha de toma de muestra:	10/12/25
Fecha nacimiento:	13/11/2011 (14 años)	N.º Historia Clínica:	
Sexo:	M	CIP de C. Autónoma:	
Procedencia:	Serv. At. Primaria Gran Canaria	NASS:	
Localización:		Nº pet. Drago AP:	
Nombre del solicitante:	PETICIÓN TELEMÁTICA AT. PRIMARIA JUDITH CECILIA JIMENEZ BETANCOR	Categoría profesional:	
		Destino:	No requiere impresión

Tipo de Documento: Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio

Servicio de Microbiología

Bacteriología

Cultivos genitales y anejos

Exudado vaginal

Validado por Dr./a.: Daniel Adrados Ruiz

Detección Mycoplasma genitalium

Negativo

Detección Neisseria gonorrhoeae

Negativo

Detección Chlamydia trachomatis

Positivo

Detección Trichomonas vaginalis

Positivo

Examen en fresco

Células clave ("Clue cells").

Tinción de Gram:

Vaginosis bacteriana.

Cultivo bacteriológico

Se aísla:

Gardnerella vaginalis

Cultivo micológico

Negativo



Le pongo tratamiento, pero... ¿Y ahora que hago si es menor?. ¿Informo a su padre?

- **Mayoría de edad sanitaria: 16 años**
- **Menor maduro > 12 años**



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Jefatura del Estado
«BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002
Referencia: BOE-A-2002-22188

¿Y puedo tratar y cribar el resto de ITS sin necesidad de notificar?



Gobierno de Canarias

Consejería de Derechos Sociales,
Igualdad, Diversidad y Juventud

**Dirección General de Protección
a la Infancia y la Familia**



CLAVEA

Formación ante situaciones de Violencia Infantojuvenil
en el ámbito Sanitario, de Emergencias y Fuerzas y
Cuerpos de Seguridad.

Dña. Mónica Sánchez Barragán

Abogada especializada en Derecho Penal, en Sánchez Barragán Abogados,
Doctoranda el Derecho Penal, y tutora de prácticas en la ULPGC, la UNIR, y la UIV.

**Asesorías M
del Colegio**

Cláusula Romeo y Julieta (art. 183 bis CP):

- Pareja próxima en **edad y madurez**
- Se descarta **violencia sexual**.

**¡Cualquier acto sexual
en < 16 años es un delito!**

**Sólo lo aplica el
fiscal/juez**

¿Qué otros desafíos nos encontramos en consulta con el adolescente y las ITS?



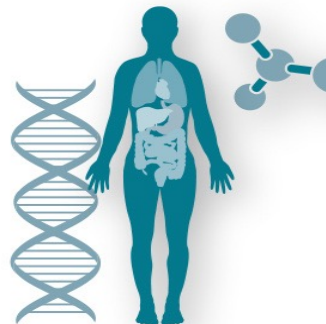
¿Adolescente = población de riesgo?

Unique factors place youth at risk for STIs



Insufficient Screening

Many young women don't receive the chlamydia screening CDC recommends



Biology

Young women's bodies are biologically more susceptible to STIs



Confidentiality Concerns

Many are reluctant to disclose risk behaviors to doctors



Lack of Access to Healthcare

Youth often lack insurance or transportation needed to access prevention services



Multiple Sex Partners

Many young people have multiple partners, which increases STI risk

¿Menor maduro?

¿Cuál es la situación actual de las ITS en los adolescentes españoles?

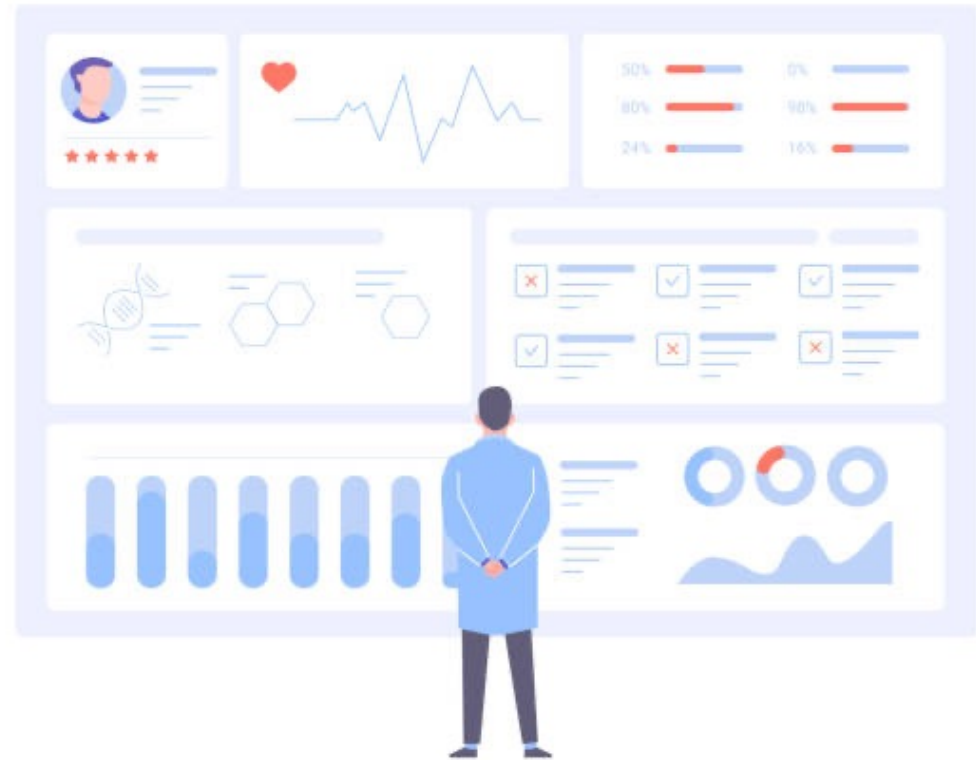


Figura 9. Incidencia de sífilis por Comunidad Autónoma, 2024
Tasas por 100.000 habitantes

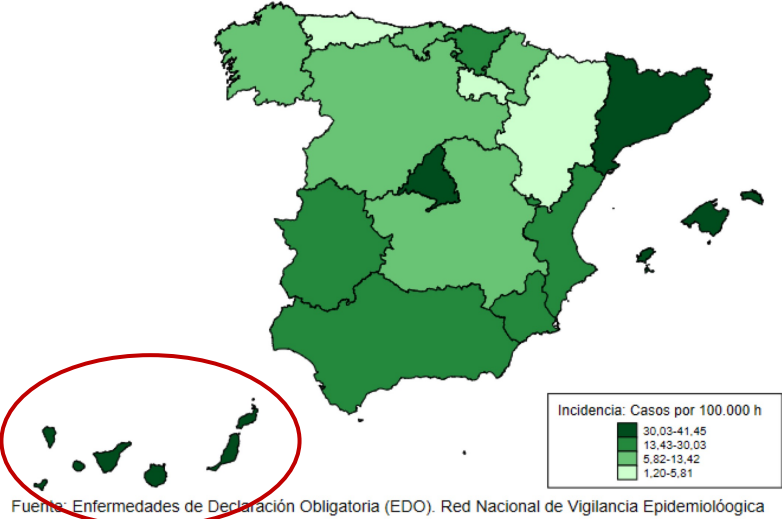


Figura 2. Incidencia de infección gonocócica por Comunidad Autónoma, 2024
Tasas por 100.000 habitantes

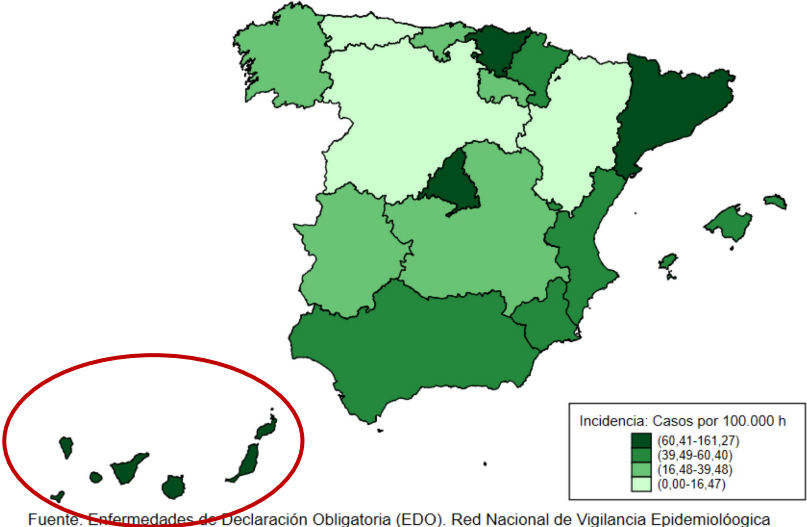


Tabla 5. Sífilis congénita precoz
Número de casos y tasas por 100.000 nacidos vivos. España. 2000-2024

2020	0	0,00
2021	5	1,48
2022	5	1,52
2023	7	2,18
2024	10	2,71

Figura 16. Incidencia de infección por *C. trachomatis* por Comunidad Autónoma, 2024
Tasas por 100.000 habitantes

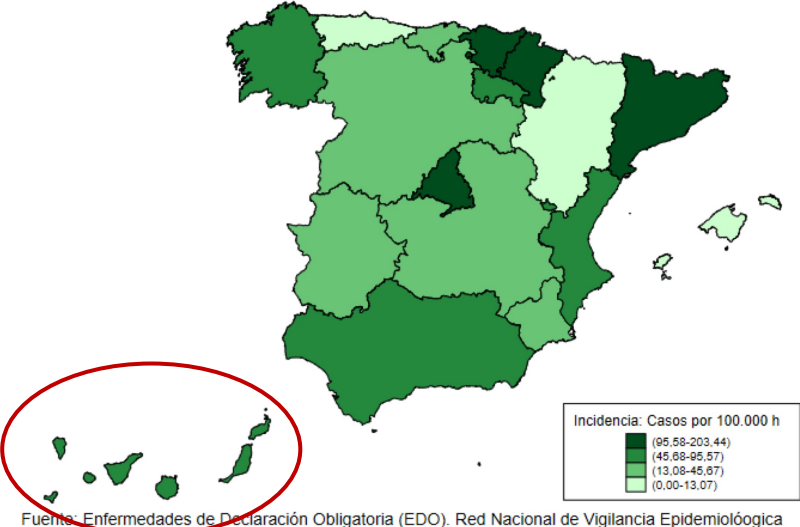


Figura 7. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2017-2024

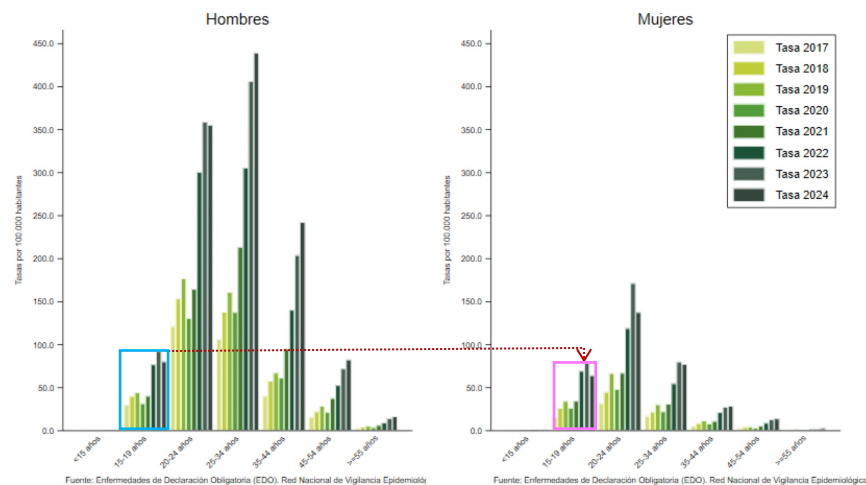


Figura 21. Infección por *Chlamydia trachomatis*.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2017-2024

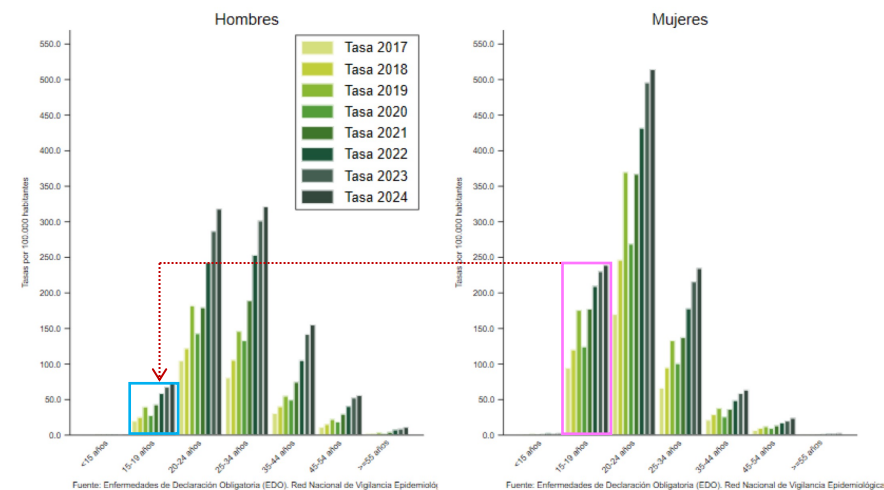
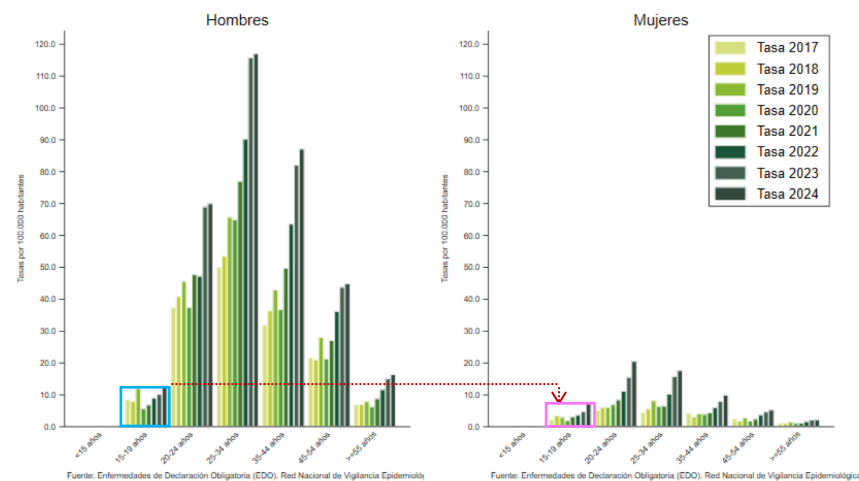
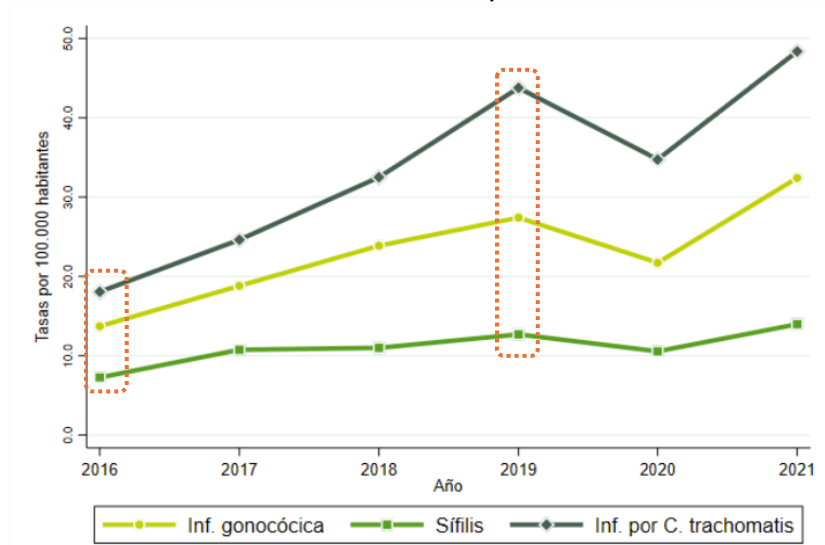


Figura 14. Sífilis
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2017-2024



Evolución de las tasas por 100.000 habitantes por infección de transmisión sexual, 2016-2021.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, boletín febrero 2023.

Adolescentes 15-19 años: **5% de la población española**

- **C. trachomatis**: 13% son adolescentes 15-19 años.
- **N. gonorrhoeae**: 7% son adolescentes 15-19 años.
- **T. pallidum**: 2% son adolescentes 15-19 años.

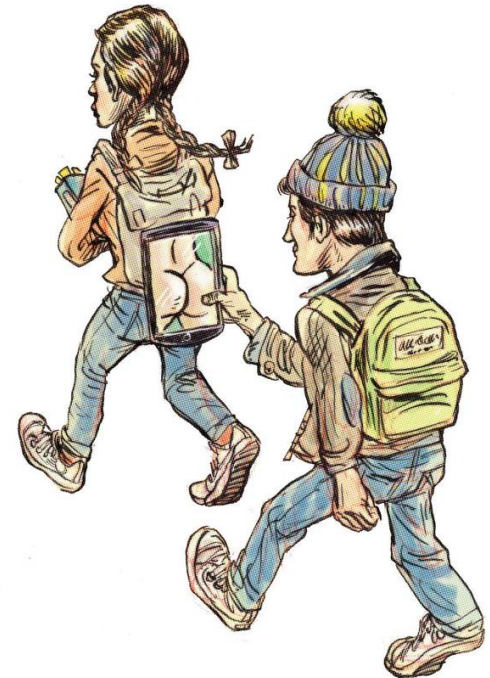
Y...¿por qué esta
tendencia?

¿Están
cambiando **tanto**
las nuevas
generaciones?





- ✓ Inicio precoz de las relaciones
- ✓ Sexo desprotegido (también el sexo oral)
- ✓ Pornografía





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

Datos publicados el 7 de octubre 2024

#VAMOSAHABLARDEPORNOGRAFÍA

**EL 90% DE ADOLESCENTES CONSUME PORNOGRAFÍA,
INICIANDO SU CONSUMO DESDE LOS 8 AÑOS.**

PORNOGRAFÍA COMO ESCUELA DE SEXO

PARA EL 30% DE ADOLESCENTES,

LA PORNOGRAFÍA SUPONE LA ÚNICA FUENTE
DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD.¹



54,1%

DE ADOLESCENTES CREE QUE
LA PORNOGRAFÍA DA IDEAS PARA
SUS PROPIAS EXPERIENCIAS SEXUALES.³
(EN MAYOR MEDIDA ELLOS QUE ELLAS)

1,2,3: Save the children 2020. (DES) información sexual: Pornografía y adolescencia. Un análisis sobre el consumo de pornografía en adolescentes y su impacto en el desarrollo y las relaciones con iguales. DOI: 10.5281/zenodo.10144121.

4: Gómez-Miguel, A. Kuric, S. y Sanmartín, A. 2023: Juventud y pornografía en la era digital: consumo, percepción y efectos. Centro Reina Sofía de FAD Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.10144121.



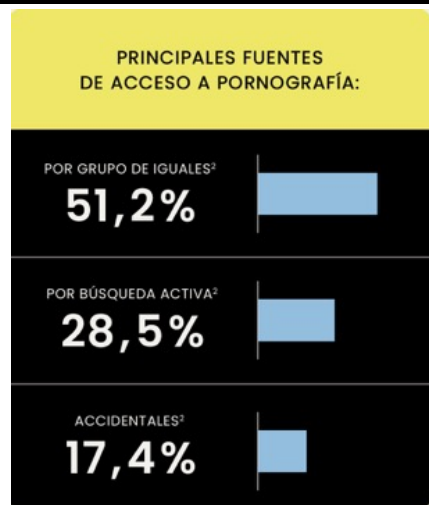
GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

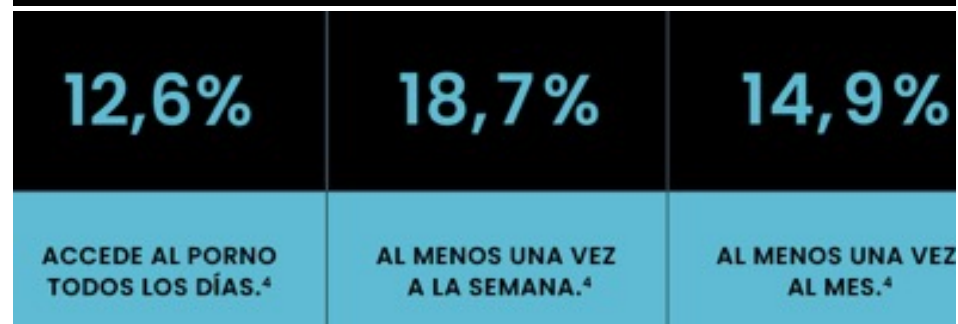
Datos publicados el 7 de octubre 2024

#VAMOSAHABLARDEPORNOGRAFÍA

CANALES DE ACCESO DE MENORES A LA PORNOGRAFÍA



CONSUMO DE PORNOGRAFÍA POR PARTE DE JÓVENES Y MENORES DE EDAD



IMPACTO DEL PORNO EN SUS VIDAS

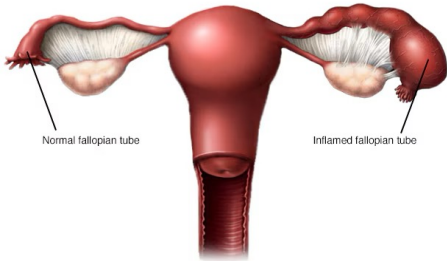


**¿Qué otros retos existen
en esta población?**

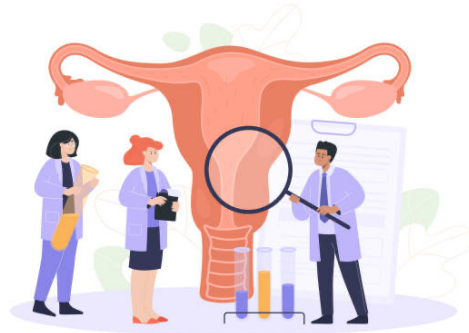


Variabilidad clínica:

- Síndromes bien definidos (uretritis, cervicitis, úlceras genitales...)
- Síntomas leves e inespecíficos (disuria, prurito...)
- **Mayoría ($\approx 60\%$) ASINTOMÁTICAS: Frecuentemente mujeres.**



Enfermedad Pélvica Inflamatoria



Infertilidad



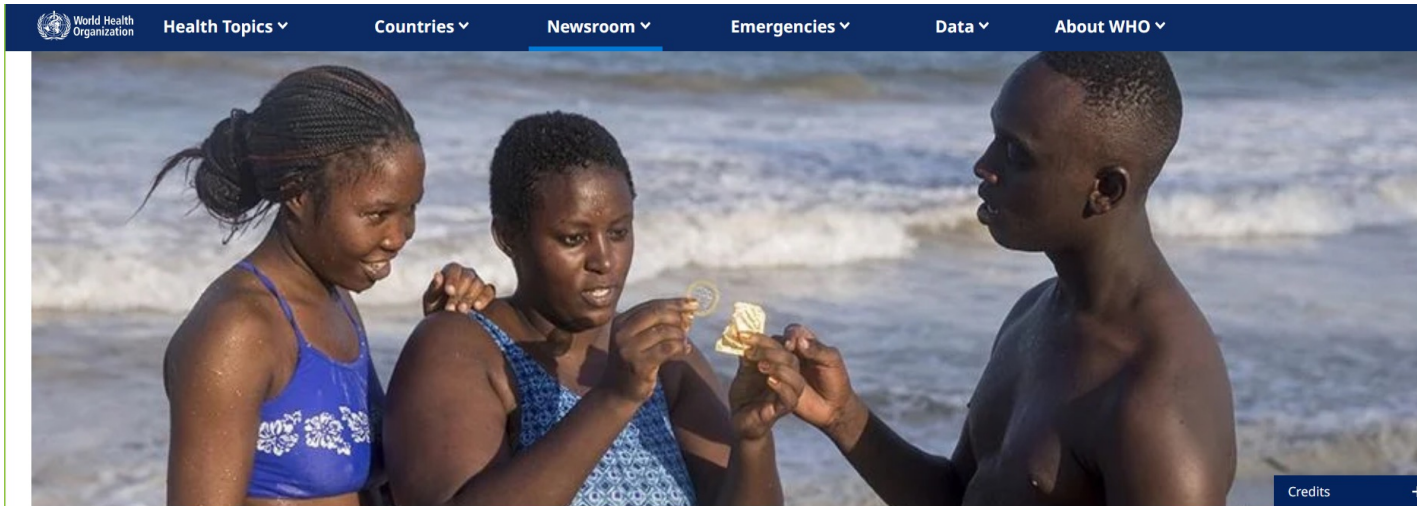
Transmisión vertical



Cáncer urogenital

Retos diagnósticos

1. Barreras de acceso:



Overview

21 de mayo de 2024

Each year an estimated 333 million new cases of curable sexually transmitted infections (STI) occur worldwide with the highest rates among 20-24 year olds, followed by 15-19 year olds. One in 20 young people is believed to contract a STI each year, excluding HIV and other viral infections. A minority of adolescents have access to any acceptable and affordable STI services.

Retos diagnósticos

1. Barreras de acceso (distintas según región):

- Circuitos de atención **poco definidos** y **abordables**.



- ✓ Transporte: recursos en zonas urbanas vs rurales (conectividad transporte público).
- ✓ Horarios: escasez de centros adaptados para satisfacer sus necesidades.
- ✓ Administrativos: necesidad de acompañamiento por un adulto “responsable”: **menor maduro**.

Retos diagnósticos

2. Formación de los profesionales que atienden a los adolescentes.

Encuesta sobre infecciones de transmisión sexual a profesionales sanitarios del ámbito de la pediatría que atienden a pacientes adolescentes

(Grupo de trabajo VIH-ITS. SEIP A. Berzosa, C. Epalza et al. Marzo 2023. XI Congreso de la Sociedad Española de infectología pediátrica).

- ✓ 49,6% refiere **no tener formación adecuada** para manejar ITS
- ✓ 51,5% desconoce cómo seguir una sífilis
- ✓ Una minoría refiere disponer de espacio (46%) y tiempo (30%) adecuado
- ✓ 89,2% de los profesionales demanda **formación práctica.**

¿Qué métodos diagnósticos hay?

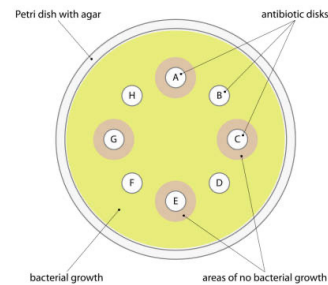
Métodos diagnósticos:



Amplificación de ácidos nucleicos (TAAN):

Son las más sensibles CT, NG.

Testing antimicrobial susceptibility



Cultivo:

En caso de cervicitis o uretritis si se sospecha NG (exudado x2 para antibiograma).



Serología:

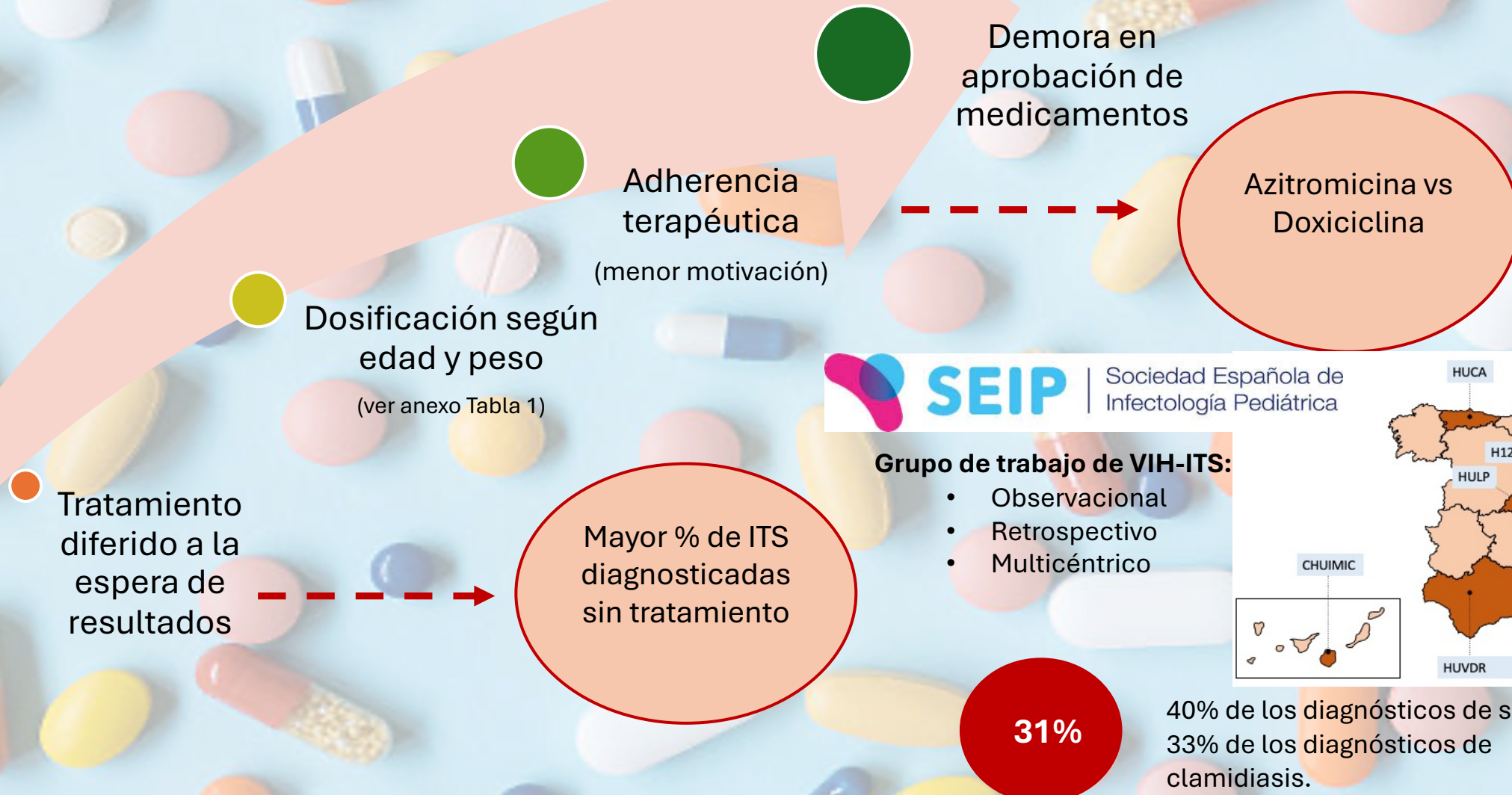
VIH y Sífilis.



Si se sospecha una ITS se debe realizar un cribado:

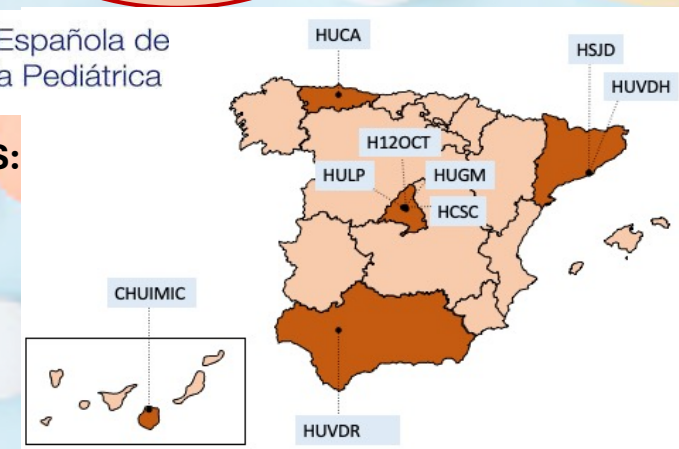
- GLOBAL de todas las ITS (realizando exudados/orina + serología)**
- Tener en cuenta las prácticas sexuales (exudado rectal/faríngeo)**
- Pruebas para detectar un embarazo no planeado.**

Desafíos terapéuticos



Grupo de trabajo de VIH-ITS:

- Observacional
- Retrospectivo
- Multicéntrico



Síndrome	Tratamiento	Observaciones
<i>Chlamydia trachomatis</i>	En niños/as y adolescentes < 45 kg: - Eritromicina: 50 mg/kg/día cada 6 horas, 14 días, vía oral. *Se puede emplear doxiciclina como alternativa, entre 8-11 años: 4.4 mg/kg/día el primer día, seguido de 2.2mg/kg/día (cada 12/24h) el resto de días, hasta 7 días, vía oral. En niños/as y adolescentes > 45 kg: - Si > 8 años: <u>doxiciclina 100mg/12 horas, 7 días, vía oral.</u> - Si < 8 años o <u>no podemos asegurar adherencia</u> : azitromicina 1g, DU.	En aquellos casos en los que se <u>priorice tratamiento con Azitromicina se deberá pedir test de curación.</u> Los serotipos L1-L3 que producen linfogranuloma venéreo requieren tratamiento con doxiciclina x 21 días.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	En niños/as y adolescentes < 45kg: Ceftriaxona 25-50 mg/kg (máximo 250 mg) IV o IM dosis única. En niños/as y adolescentes > 45kg: <u>Ceftriaxona 500 mg IM dosis única (al igual que adultos*)</u>. <i>* Hasta la fecha, las <u>escasas cepas resistentes descritas presentan valores de CMI <0.5 mg/L</u> y no se han detectado diferencias en función de la localización anatómica de la infección.</i>	Alergia a cefalosporinas: Gentamicina 240 mg IM + azitromicina 2 g vía oral, dosis únicas. Alternativa: Cefixima 400 mg vía oral + azitromicina 2 g vía oral, en dosis únicas.
<i>Trichomonas vaginalis</i>	En niños/as y adolescentes ≤ 45kg: Metronidazol 15 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) cada 8 horas, durante 7 días. En niños/as y adolescentes > 45kg: <u>Metronidazol 500mg 2 veces al día, durante 7 días, por vía oral.</u> *En aquellas adolescentes en que no podamos asegurar adherencia al tratamiento, podría valorarse como primera opción <u>metronidazol en dosis única de 2 gr vía oral.</u>	
Sífilis	Sífilis precoz: primaria, secundaria y latente precoz: Penicilina G benzatina 50.000 unidades/kg IM en dosis única, hasta una dosis máxima de 2.4 millones UI. Sífilis latente tardía, sífilis indeterminada: se administrarán 50.000 UI/kg IM de penicilina G benzatina una vez a la semana, tres semanas consecutivas, sin superar 2,.4 millones UI en cada dosis.	
<i>Mycoplasma genitalium</i>	No existe recomendación específica. Debemos tener presente: - Debe realizarse estudio de resistencias y ajustar según antibiograma. En caso de no disponer consultar con UEI. - Moxifloxacino no está aprobado en < 18 años	

¿Cómo hacemos prevención?



Buscar espacios para la prevención



1. Revisión de los 12 y 14 años: educación sexual integral desde la infancia

(entorno sin estigma ni discriminación):

- ✓ Información adaptada a su edad.
- ✓ Visión positiva de la sexualidad.
- ✓ Enseñar métodos de prevención y reconocimiento de signos y síntomas de ITS.

2. Acceso **asequible** y **eficiente** a métodos de prevención y lubricantes.

3. Promover la **vacunación**: VHB, VHA, VPH y M. pox (vacunación frente a meningococo del serogrupo B¹)

4. Informar **PrEP para el VIH** (aprobado en >16 años).

1: Looker KJ, Booton R, Begum N, et al. The potential public health impact of adolescent 4CMenB vaccination on *Neisseria gonorrhoeae* infection in England: a modelling study. BMC Public Health.2023;23:1.



**¿Deberíamos cribar ITS
en adolescentes?**

DOCUMENTO
DE CONSENSO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADULTOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES



GEITS
GRUPO DE ESTUDIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

GeSIDA
GRUPO DE ESTUDIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



WHAT'S NEW?

a. Recomendaciones referentes al cribado en adolescentes:

- I. Se recomienda el cribado de rutina anual para CT y NG en mujeres sexualmente activas y en función de las prácticas sexuales y otras conductas de riesgo en varones sexualmente activos.
- II. Ofrecer un test de sífilis y VIH a los adolescentes sexualmente activos a los 15 años y con periodicidad variable en función de las prácticas sexuales.
- III. En el adolescente asintomático el estudio de otras ITS (tricomoniasis, VPH, VHA y VHB) deberá individualizarse.



WHAT'S NEW?

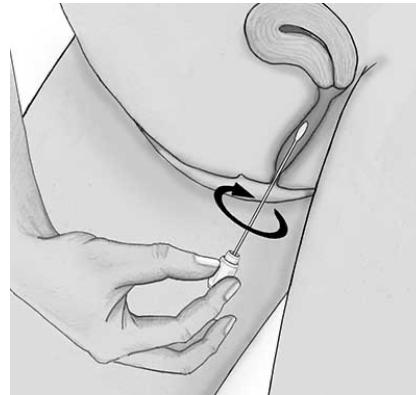
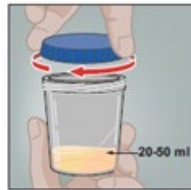


Lo que pides...

Urine Specimen Collection (First Catch)

Direct patient to provide first-catch urine (20-50mL) into a urine collection cup free of any preservatives.

Note: Prior to urine specimen collection, the patient should not have urinated for at least 1 hour and should not have cleansed the genital area (female patient) or the tip of the penis (male patient).



Muestras genitales:

- Adolescentes con pene: primer chorro miccional de la mañana (2-4h previas sin orinar).
- Adolescentes con vagina: autotoma (hisopado vaginal).

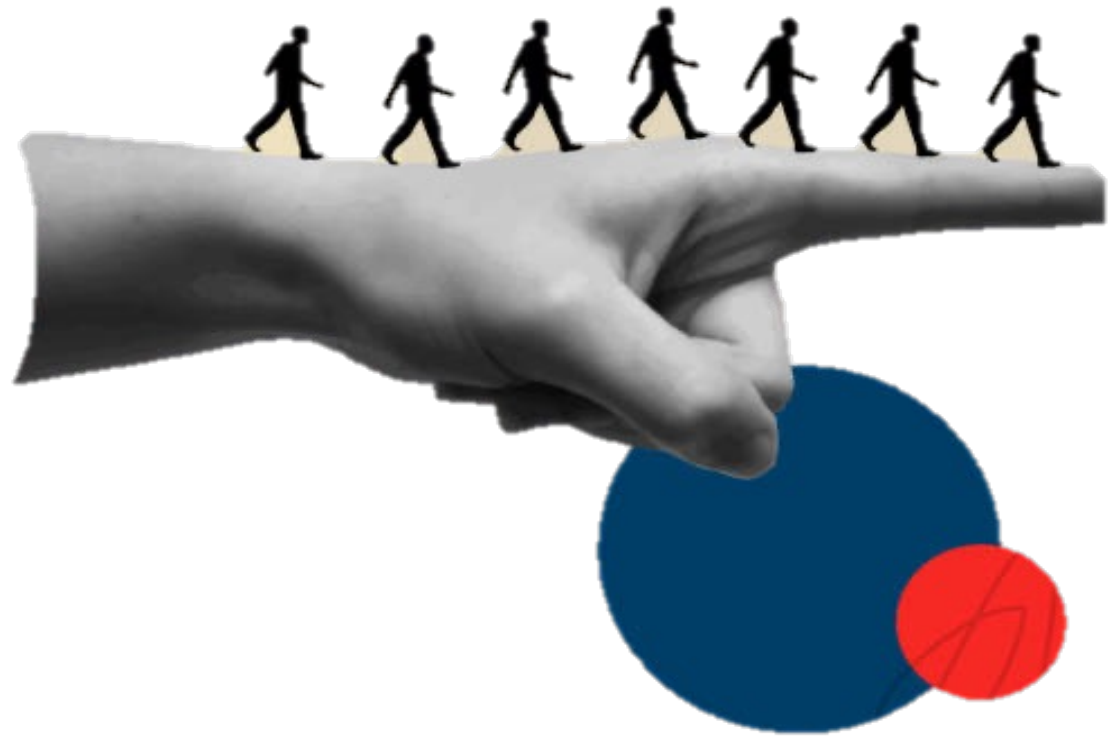
Muestras extragenitales:

- Exudado rectal: HSH, trans, personas con practicas anales receptivas.
- Exudado faríngeo: no indicado de forma sistemática salvo diagnostico de NG o CT en pareja sexual o trabajador sexual.



Lo que tienes...

**SO
WHAT?**



Medidas con impacto en el **control de las ITS** en el adolescente:

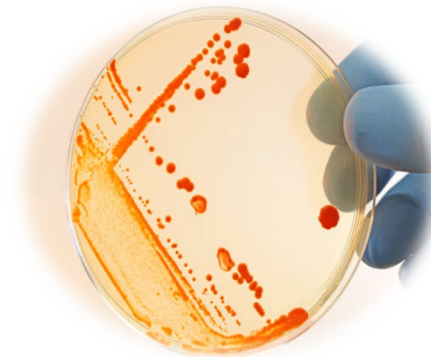
1. Entrevista clínica **completa**:

- ✓ Entorno **sin discriminación**.
- ✓ Espacios que aseguren su **privacidad**.

2. Pruebas ITS **en el lugar de atención al adolescente (point of care test)²**



Diagnóstico rápido



Tratamiento dirigido



Descentralizar

3. Facilitar **cribado**: autotoma/primer chorro miccional¹.

1.: Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2: Wiesenfeld HC, Lowry DL, Heine RP, Krohn MA, Bittner H, Kellinger K, Shultz M, Sweet RL. Self-collection of vaginal swabs for the detection of Chlamydia, gonorrhea, and trichomoniasis: opportunity to encourage sexually transmitted disease testing among adolescents. Sex Transm Dis. 2001 Jun;28(6):321-5. doi: 10.1097/00007435-200106000-00003. PMID: 11403188.

Conclusiones

1. Las ITS son prevalentes y **aumentan en los más jóvenes**.
2. Tenemos un rol **fundamental** en mejorar la educación sexual y reproductiva de esta población.
3. Todo profesional sanitario que atienda a adolescentes debe tener en cuenta los **factores relacionados con la edad y debe conocer el marco legal** para mejorar la prevención, el cribado, el acceso a las pruebas de detección y el tratamiento de las ITS.

**Contra
las ITS**



¡Muchas gracias!

Yo tampoco sé cómo vivir...
Estoy improvisando.

