

MESA DEL PAPPS

Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud

Moderador:

A. Martín Zurro

Médico de familia. Presidente del Organismo de Coordinación del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

Ponentes:

J.J. Gómez Marco

Médico de familia. Centro de Salud Las Calesas, Madrid. Grupo de Enfermedades Infecciosas del PAPPS.

A. Segura Benedicto

Responsable del Área de Salud Pública e Investigación de Servicios de Salud. Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya.

L. Arribas Mir

Médico de familia. Grupo de la Mujer del PAPPS.

J. Galbe Sánchez-Ventura

Pediatra. Centro de Salud Torrero La Paz, Zaragoza. Grupo de Infancia y Adolescencia del PAPPS.

Novedades en vacunas

J.J. Gómez Marco

Ideas principales

1. Información sobre el estado actual de futuras vacunas de futura aplicación clínica.
2. ¿Qué hay de nuevo, viejo?. A propósito de los recientes brotes de rubéola y sarampión.

Novedades en vacunas

Vacuna rotavirus: El rotavirus es el agente principal causante de diarrea en menores de 5 años. En el mundo se producen 700 millones de casos con una mortalidad de 600.000 niños en los países en vías de desarrollo; es los países más ricos supone una carga de mortalidad añadida.

La prevención va dirigida a la mejora de las condiciones socio-sanitarias (factor fundamental) y las vacunas. Tras el fracaso de la vacuna introducida en el año 1998 que se retiró por su relación con la invaginación intestinal; han aparecido recientemente dos vacunas: una pentavalente (ROTATEQ) y otra monovalente (ROTARIX). La información disponible nos revelan un eficacia global de ambas de 75%, aumentando esta para las formas clínicas más graves que necesitan hospitalización. La seguridad es similar en ambas e igual que el placebo. Han sido aprobadas por la FDA y EMEA recientemente. No obstante quedan algunas cuestiones por resolver como: el acceso a la vacuna de los países que más la necesitan, precio, compatibilidad con la vacuna polio oral, aceptación de la misma, ¿es coste/eficaz y prioritaria en los países más desarrollados? y más información que confirmen la seguridad de la misma.

Vacuna herpes zoster: La infección está producida por el virus varicela-zoster (VVZ), cuya incidencia, gravedad y complicaciones aumentan con la edad: el 50% de las mismas se dan en mayores de 60 años. La complicación más importante de la infección es sin duda la neuralgia post-herpética (NPH). Los datos sobre la incidencia y prevalencia de la misma arrojan datos dispares pero señalan una incidencia de 3,4 casos/1000 h/año

en mayores de 50 años. La prevalencia la sitúan en el 20% entre 60-65 años y aumenta hasta el 34% en mayores de 80 años.

Recientemente se ha publicado los resultados de un ensayo clínico de una vacuna atenuada (ZÖSTAVAX) frente a placebo con una dosis 14 veces mayor que las vacunas utilizadas contra la varicela. La edad de los pacientes eran mayores de 60 años. La eficacia en la reducción de la enfermedad es del 61% y del 66,5% en la reducción de la NPH.

Esto abre nuevas expectativas en control de esta enfermedad pero se han de resolver algunas lagunas: ¿por qué una vacuna atenuada y a dosis tal alta?. Las vacunas que ya se utilizan para la varicela ¿no previenen la reinfección por VVZ y por tanto la NPH?, ¿la vacuna es coste/eficaz? ¿es prioritaria?

Vacuna frente al papilomavirus humano (VPH)

Hay información contundente para considerar la infección de algunos serotipos de infección del VPH en relación con la aparición de cáncer de cervix; fundamentalmente los serotipos 16 y 18 que se relacionan con el 70% de los cánceres cervicales. El 80% de los cánceres de cuello uterino se dan en países infra o en vías de desarrollo. La prevalencia de estos serotipos de alto riesgo es mayor en África subsahariana (18%) y América del Sur (10%) que en Europa. En España es baja (2-3%). No obstante, la infección por VPH es un factor causal NECESARIO pero NO SUFFICIENTE en la génesis de la neoplasia; la respuesta inmunológica es trascendente. Solo el 10-20% de las infecciones por VPH se cronifican; siendo éstas lesiones de alto riesgo las responsables de desarrollar cáncer de cérvix

La prevención primaria del cáncer de cérvix pasa por la protección de las relaciones sexuales (preservativo) y el desarrollo de vacunas preventivas; además de la citología vaginal como prevención secundaria.

Recientemente, se han publicado los ensayos clínicos de dos vacunas preventivas para la prevención del VPH. Una de ellas es una vacuna tetravalente (GARDASIL) que contiene los subtipos 6, 11, 16 y 18. Se utilizó en mujeres de 9-26 años con tres dosis. La eficacia para prevenir las infecciones de los serotipos relacionados con el cáncer de cérvix (16 y 18) fue de 90%. Además los serotipos 6 y 11 se relacionan con la aparición de verrugas genitales y papilomatosis del tracto respiratorio.

La otra (CERVARIX) es una vacuna bivalente (contienen los serotipos 16 y 18), con tres dosis y se aplicó a mujeres entre 15 y 25 años. La eficacia está alrededor del 100%. Sin duda, se abren altas expectativas para hacer frente a la infección de alto riesgo del VPH como prevención del cáncer de cérvix. Aunque todavía quedan algunas cuestiones por resolver: el acceso de estas vacunas dónde más se necesitan (países más pobres), la aceptación social de la misma, la duración de la inmunidad, el coste y si se ha de vacunar además a los varones para prevenir en contagio sexual.

Vacunas prepandémicas aviarias

La gripe aviar es una zoonosis de distribución mundial que afecta a aves acuáticas y de corral. Causada por varias serotipos del virus A, siendo el más importante el (H5 N1). A partir de 1997, saltó la barrera animal y afectó a humanos. La OMS ha declarado hasta mayo del 2006, 208 casos en humanos con 115 muertes. El contagio interhumano es mínimo (se han declarado casos aislados). La pandemia comenzaría cuando se demuestre el contagio interhumano y propagación masiva con afectación global mundial. Las medidas preventivas irían encaminadas a: vigilancia epidemiológica, medidas higiénicas básicas, detección precoz de los casos, limitar al máximo la circulación del virus, creación de infraestructura supranacionales (planes, acceso antivirales y vacunas), uso de antivirales y vacunas.

La OMS recomienda elaborar planes estratégicos para aumentar la cobertura de vacunación antigripal anual, incrementar la producción de vacunas y los recursos de distribución y aplicación como base para la PRE-PRACION de la posible pandemia. Aún así, la mayoría de los expertos piensan que la pandemia es poco probable.

Tanto algunos gobiernos, autoridades sanitarias como la industria están trabajando en la búsqueda de PROTOTIPOS de vacuna para acelerar el proceso de fabricación de una vacuna pandémica. El virus A (H5 N1) es el principal candidato.

El estado actual del desarrollo de vacunas se puede resumir así: 1. No sabemos con certeza el virus responsable de la pandemia (H5N1 modifi-

cado?). 2. Se deben obtener el mayor número de vacunas con la menor cantidad de antígeno posible que sea protector; esto supone, buscar nuevos adyuvantes que mejoren la immunogenicidad de la vacuna sin incrementar los riesgos y buscar nuevas vías de administración (intradérmica). 3. Asegurar la bioseguridad de los ensayos ya que es un virus muy patógeno. 4. Establecer diversas líneas de investigación de vacunas: virus enteros, subviriones, distintos adyuvantes, cultivos en células vero, incluso otras cepas (H9 N2, H5 N3...). 5. Financiación de la investigación. 6. Procedimiento para disponibilidad de vacunas, distribución, priorización, acceso a las vacunas de los países menos desarrollados y finalmente la planificación mundial ante la posible pandemia. Algunas investigaciones (ensayos clínicos fase I) y directrices de los países (Autoridades Sanitarias, Unión Europea), organizaciones (OMS) comienzan a dar respuesta a las cuestiones anteriormente planteadas.

¿Qué hay de nuevo, viejo? A propósito de los brotes de enfermedades vacunables

En los últimos años se viendo produciendo brotes de sarampión (Andalucía 2003, Madrid 2006, La Rioja 2005), rubéola congénita (Madrid 2005), así como brotes locales de distribución universal de parotiditis. A pesar de las altas coberturas vacunales declaradas en España, se están produciendo brotes de enfermedades vacunables en pacientes *no vacunados, mal vacunados, casos importados y en sanitarios*. Las coberturas vacunales en adultos dejan bastante que desear y unido al proceso migratorio y rechazo vacunal amenazan con la aparición de enfermedades que estarían en fase de eliminación/erradicación. Los médicos de familia deben saber que las vacunas no tienen EDAD, que NO SOLO son cosas de niños y que es una actividad preventiva que no debemos abandonar y que nos compromete.

Bibliografía

- Bresson JL, Perronne C, Launay O, Gerdil C, Saville, Wood J et al. Safety and immunogenicity of an inactivated split-virion influenza A/ Vietnam/1194/2004 (H5 N1) vaccine: phase I randomised trial. Lancet. 2006;362:1657-64.
- Giménez Sánchez F, Martín-Torres F, Bernaola Iturbe E, Baca Cots M, de Juan Martín F, Díez Delgado J et al. El papel de la vacuna frente al rotavirus en los calendarios de vacunación infantil.
- Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuind A et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2005;6:271-8.
- Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, Moscicki AB, Romanowski B, Roteli-Martins M et al. Sustained efficacy up to 4-5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from randomised control trial. Lancet. 2006;367:1247-55.
- Oxman MN, Levin MJ, Jonson GR, Schmader KE, Straus SE, Gelb LD et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med. 2005;352:2271-84.
- Ruiz Palacios GM, Pérez Schael I, Velázquez FR, Abate H, Breuer T, Clemens SC et al. Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. New Engl J Med. 2006;354:11-22.
- Treanor JJ, Campbell JM, Zangwill KM, Rowe T, Wolff M. Safety and immunogenicity of an inactivated subvirion influenza A (H5 N1) vaccine. N Engl J Med. 2006;354:1343-51.
- Vesikari T, Matson DO, Dennehy P, Van Damme P, Santosham M, Rodríguez Z et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. N Engl J Med. 2006;354:23-33.
- Villa LL, Costa RI, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6,11,16 and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. Lancet. 2004;364:1757-65.
- http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza.

Efectos adversos de los cribados

A. Segura Benedicto

Resumen de la ponencia (1)

Desde 1951 disponemos de una definición de cribado como «La presunta identificación de una enfermedad o defecto no reconocido mediante pruebas, exámenes u otros procedimientos que pueden ser aplicados con

(1) Basado en: Segura A, La inducción sanitaria de los cribados. Impacto y consecuencias: aspectos éticos. Gac Sanit. 2006;20 Suppl 1:88-95.

rapidez. Las pruebas de cribado distinguen las personas sanas que probablemente padecen una enfermedad de aquellas que probablemente no la sufren. Una prueba de cribado no pretende establecer un diagnóstico. Las personas que resultan positivas o sospechosas deben ser derivadas a sus médicos para recibir el diagnóstico y el tratamiento»¹. El tamizado es, pues, un componente de las actividades preventivas que, mediante una primera criba, selecciona las personas que serán objeto de diagnóstico precoz y eventualmente del tratamiento temprano, que es la intervención directamente preventiva. La eclosión de las actividades de detección precoz se produce a mediados del siglo pasado, cuando junto a la universalización de las prestaciones asistenciales públicas se empieza a cuestionar la eficacia de muchos tratamientos. Como señala irónicamente Cochrane² es más fácil y más agradecido tratar a los sanos que a los enfermos, pero facilidad y satisfacción no implican efectividad ni seguridad. Si bien su utilización inicial se centraba en las actividades de prevención secundaria, paulatinamente se ha ido empleando también en prevención primaria mediante la determinación de la exposición a factores de riesgo, sea el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial o las dislipemias. Una característica que, como veremos, es relevante a la hora de considerar los eventuales efectos adversos.

De ahí que ya en 1968 se estableciera un conjunto de requisitos mínimos exigibles a cualquier actividad de cribado³. Lo que no ha evitado que proliferaran, sobre todo en el marco de la asistencia. Sin embargo, sí ha estimulado una cierta racionalización de las actividades clínicas preventivas, entre las cuales destacan las recomendaciones de los grupos de expertos canadienses⁴ y estadounidenses⁵.

Como cualquier otra intervención sanitaria las actividades preventivas pueden ocasionar efectos indeseables sobre la salud, sea directamente, afectando la salud física o mental de las personas que son objeto de las medidas preventivas, sea indirectamente, como consecuencia del consumo inadecuado de recursos y sus implicaciones sobre la eficiencia y la equidad.

Los efectos adversos directos sobre la salud física dependen del tipo de prueba que se utilice para el cribado. Aunque las recomendaciones de Wilson y Junger citadas insistían en la conveniencia de utilizar pruebas inocuas no siempre es posible. Dejando al margen el ejemplo de las exploraciones radiológicas que en su tiempo se utilizaban como cribado de las lesiones pulmonares de la tuberculosis y que afortunadamente ya no se emplean, la aplicación de mamografías como prueba de cribado del cáncer de mama supone cierta exposición a radiaciones ionizantes. Sin embargo son mucho más importantes los efectos adversos asociados a las pruebas de confirmación del diagnóstico, tanto si se trata de verdaderos como de falsos positivos. Naturalmente, cuando el positivo corresponde a una alteración el balance entre beneficios y perjuicios tiene una justificación lógica lo que no ocurre cuando se trata de falsos positivos. En este caso, aunque el balance pueda resultar positivo en términos de la población estudiada en su conjunto, no lo es para los falsos positivos en particular ya que se exponen a los efectos adversos sin un beneficio potencial. Una vez se ha producido el resultado positivo de la prueba de cribado, las pruebas de confirmación diagnóstica pueden dar, también, falsos positivos con una frecuencia superior a la que se acostumbra a producir cuando se aplican a poblaciones de personas sintomáticas ya que la validez de las pruebas, particularmente el valor predictivo positivo, depende de la prevalencia del trastorno en la población considerada. Esta relación no es fácil de asumir puesto que no es lo que intuitivamente se espera. De ahí que convenga extremar la prudencia.

El caso del cáncer de próstata es ilustrativo. A pesar de la inexistencia de ensayos controlados aleatorios que demuestren que la detección precoz mejora el pronóstico, en algunas poblaciones americanas⁶ o italianas⁷ ya son más de un tercio los varones de más de 50 años cribados con la prueba del antígeno prostático específico (PSA). Al tratarse de una prueba con baja especificidad los falsos positivos son muy frecuentes. De manera que se pueden inducir tratamientos innecesarios a los que se asocian complicaciones importantes como la incontinencia o la impotencia⁸ que se presentan con mucha frecuencia⁹. De otro lado, la historia natural de bastantes tumores de próstata no evoluciona a enfermedad clínica¹⁰.

De todos modos los efectos adversos más generalizados son los que afectan a la salud mental. Aunque muchos programas de cribado no tienen el propósito de diagnosticar directamente la enfermedad subyacente, sino la de detectar sospechosos de padecerla, las personas que resultan positivas es lógico que sufran cierto grado de ansiedad, al menos hasta que se confirme definitivamente el diagnóstico y puedan beneficiarse del tratamiento. En el caso de la detección de factores de riesgo como ocurre con la hi-

pertensión arterial, las dislipemias o la osteoporosis, dado que las medidas profilácticas que se prescriben pueden prolongarse durante largos períodos, las personas afectadas acostumbran a padecer el llamado efecto etiqueta, es decir, se consideran enfermas aunque efectivamente no lo sean. Lo que supone una disminución de la autonomía que debería caracterizar a la salud.

Finalmente, hay que tener en cuenta las consecuencias que comporta la aplicación de las intervenciones de cribado en relación con la utilización eficiente y equitativa de los recursos sanitarios.

Bibliografía

1. Definición de la US Commision on Chronic Illness. Citado en: Last JM (ed) A dictionasry of epidemiology, New York: Oxford University Press, 1995 3rd ed.: 152-3.
2. Cochrane AL. The widenning horizon of preventive medicine. R Soc Health J 1955 ; 75 :584-7
3. Wilson JMG, Jungner G. The principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: WHO, 1968.
4. Canadian Task Force on the periodic health examination: The periodic health examination. Can Med Assoc J. 1979;121:1193-254.
5. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
6. Punglia RS, D'Amico AV, Catalona WJ, Roehl KA, Kuntz KM. Effect of verification bias on screening for prostate cancer by measurement of prostate-specific antigen. N Engl J Med. 2003;349:335-42.
7. Russo A, Autelitano M, Bellini A, Bisanti L. Estimate of population covergae with the prostate-specific antigen (PSA) test to screen for prostate cancer in a metropolitan area of northern Italy. J MED siScreen. 2002;9:179-80.
8. Woolf SH. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen. N Engl J Med. 1995;23:1401-5.
9. Potosky AL, Legler J, Albertsen PC, Stanford JL, Gilliland FD, Hamilton AS et al. Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: results from the prostate cancer outcomes study. J Natl Cancer Inst. 2002;94:1445-7.
10. Barry MJ. Prostate-specific antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. N Engl J Med. 2001;344:1373-7.

Anticoncepción en la adolescencia

L. Arribas Mir

Los embarazos no planificados tienen un impacto importante en la vida de las mujeres, sobre todo en las adolescentes. Se ha venido recomendando mejorar la educación sexual, los servicios de anticoncepción, el acceso al aborto cuando no desean seguir adelante, y los programas de atención prenatal para las que deciden no interrumpir la gestación. Sin embargo no es fácil llegar a los adolescentes. Existen motivos suficientes para prestar atención especial a la anticoncepción en esta etapa de la vida, una importante medida preventiva.

¿Solo preservativos?

En nuestro medio es muy habitual que los médicos no recomiendan a los adolescentes otro método anticonceptivo que no sea el preservativo. Argumentan que recomendándoles métodos más seguros para prevenir el embarazo dejarían de usar condones y se expondrían a infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA. El preservativo ha demostrado eficacia para evitar ITS¹. ¿Pero como se utilizan los preservativos? Los emplean el 33,2% de los adolescentes que utilizan algún método². La tasa de rotura y deslizamiento del preservativo, es del 28%, dependiendo de la experiencia, y los adolescentes tienen poca^{3,4}. El 80,5% de la demanda de anticoncepción de emergencia procede de parejas que han tenido problemas de rotura o deslizamiento del preservativo. El uso debe ser poco correcto y poco consistente, a la vista de las cifras de embarazos. ¿Y cuáles son las cifras? ¿Cuál es el problema en la adolescencia? ¿El SIDA o el embarazo? El Registro Nacional de Casos de SIDA⁵, recoge a lo largo de 24 años, desde 1981 hasta junio de 2005, en mujeres menores de 20 años, 26 casos en los que la vía de transmisión han sido las relaciones heterosexuales. Los nacimientos de madres adolescentes están experimentando un repunte en los últimos años, a la par que no para de crecer la cifra de interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) (fig. 1). En el año 2004 se han registrado 5 casos de infección VIH en adolescentes, incluyendo hombres, mujeres y todas las vías de transmisión. Ese mismo año tuvimos 24.542 embarazos en adolescentes, de los que 12.046 acabaron en IVES y hubo 12.496 nacimientos. Existe una nada despreciable mor-

bi-mortalidad derivada del embarazo, parto y abortos. No lo olvidemos, en los adolescentes, el año 2004, las nuevas infecciones VIH registradas fueron 5, frente a 24.542 embarazos. ¿Solo preservativos?

Método doble

No se debe seguir indicando a los jóvenes solo preservativos, no es suficiente. Algunos médicos, más «avanzados», además les prescriben anticonceptivos hormonales orales, que antes de un año han abandonado entre el 40-60%. Ya es algo mejor. Pero debemos cambiar. Hay que ser más ambiciosos e intentar prevenir las ITS y los embarazos en la adolescencia⁶. En algunos países donde se prescribe un «método doble», píldora más preservativo, DIU más preservativo, inyectable trimestral de gestágeno más preservativo, implante más preservativo, se están consiguiendo controlar las tasas de embarazo en la adolescencia. Respecto a las ITS, parece que el contacto más estrecho con los sanitarios que conlleva el seguimiento de estos métodos puede favorecer su prevención. Por otra parte, hay que desechar algunas creencias, como que las jovencitas no puede utilizar el DIU. Hay evidencia de que el DIU no condiciona un aumento del riesgo de infertilidad en nulígravidas⁷, y está indicado en mujeres nulíparas⁸, aceptando este uso la OMS. Los implantes son otra excelente opción en adolescentes^{9,10}, y hay evidencias de no aumento de ITS en las usuarias¹¹. Muchas jóvenes aceptan muy bien el DIU y los implantes si son correctamente asesoradas¹², y ambos tienen mucha mayor eficacia, (0,8 y 0,05 embarazos por 100 mujeres/año), que los anticonceptivos orales (8 embarazos por 100 mujeres/año), y que el preservativo (15 embarazos por 100 mujeres/año). DIUS e implantes no dependen del cumplimiento, y son muy recomendables en este grupo. Y son compatibles con el uso de preservativo.

Anticoncepción de emergencia

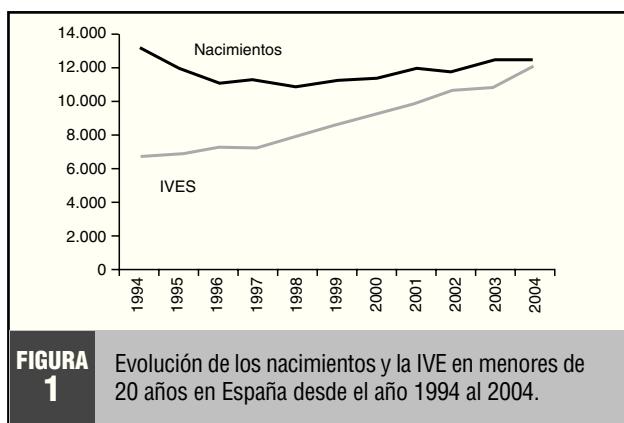
Es importante el acceso de los jóvenes a la anticoncepción de emergencia. Al comercializarse el año 2001 la píldora postcoital de levonorgestrel de 0,75 mg, Norlevo^{#R} y Postinor^{#R}, pasamos de la antigua pauta de Yuzpe, etinilestradiol (EE) + LNG, a la nueva píldora de LNG solo, más eficaz y con menos efectos secundarios¹³. Se empezó a administrar dos comprimidos de LNG de 0,75 mg separados por un intervalo de 12 horas, y antes de las 72 horas de la exposición^{14,15}. Más tarde, tras otro estudio de la OMS, se recomendó administrar en una sola toma los dos comprimidos de 0,75 mg disponibles, y se demostró eficacia hasta 120 horas después del coito a proteger¹⁶. Ahora se ha comercializado un comprimido de 1,5 mg. No debemos olvidar que la píldora postcoital de LNG tiene sus fallos, y es menos eficaz que otros métodos anticonceptivos. La inserción de emergencia del DIU de cobre, es muy eficaz, apenas 1 de 1.000 mujeres a las que se inserta tiene riesgo de embarazo, mientras con la píldora postcoital entre 15 y 30 de cada 1.000 quedan embarazadas. Además, el plazo para el DIU es más largo que el de la píldora postcoital de LNG (5 días máximo)¹⁷. Se recomienda insertarlo en los primeros 5 días tras el coito no protegido, pero en las mujeres con ciclos regulares, se puede alargar más allá del 5º día postcoito, hasta el 5º día estimado postovulación. El DIU de cobre de emergencia, debe ser una opción a valorar en adolescentes siempre que se esté fuera de plazo para la píldora postcoital. Existen demasiadas barreras para esta indicación^{18,19}. Del DIU liberador de levonorgestrel no hay pruebas de su eficacia en anticoncepción de emergencia. Un estrategia a considerar es realizar cribado de chlamydias en orina en todos los jóvenes que solicitan anticoncepción de emergencia. Así se hace en zonas del Reino Unido, hallándose una prevalencia de infección del 10%²⁰. Las chlamydias son responsables de una buena parte de la enfermedad pélvica inflamatoria, que condiciona esterilidad futura en no pocos casos. ¿En nuestro medio apenas hay chlamydias? Hoy, el acceso a la anticoncepción de emergencia es muy variable en las distintas Comunidades Autónomas, y los adolescentes sufren estas asimetrías. Debería darse un paso más, y permitirse el acceso a la píldora postcoital sin prescripción^{21,22}. En muchos países está disponible sin receta médica²³ (tabla 1). Esta información puede ser útil para los jóvenes que viajen por Europa. Ya disponemos de evidencias de que la libre dispensación conlleva una aumento del uso de la píldora postcoital²⁴, sin que eso suponga un abandono de otros métodos más eficaces, ni un aumento de las conductas de riesgo en los jóvenes^{25,26}.

Los médicos de familia, antes de que se inicie la actividad sexual y durante toda la adolescencia, deben aprovechar los contactos con sus pacientes, para, en entrevistas confidenciales y abiertas, tratar sobre salud reproductiva, conductas sexuales responsables y uso de anticonceptivos. Deben hacerles distinguir entre sexo seguro, anticoncepción y fertilidad. Educarles en prevenir ITS, embarazos y esterilidad. Las tres cosas.

TABLA 1 Disponibilidad de píldora de LNG para anticoncepción de emergencia en Europa

Sin receta médica	Sin receta médica	Con receta médica	Sin producto específico
Venta general	Venta en farmacias		
Holanda	Austria	Albania	Andorra
Noruega	Bélgica	Alemania	Bosnia-Herzegovina
Suecia	Dinamarca	Armenia	Eslovenia
	Eslovaquia	Austria	Liechtenstein
	Estonia	Azerbaiyán	Malta
	Finlandia	Bielorrusia	Mónaco
	Francia	Bulgaria	San Marino
	Grecia	Chipre	Vaticano
	Irlanda	España	
	Islandia	Georgia	
	Letonia	Hungría	
	Luxemburgo	Italia	
	Portugal	Lituania	
	Reino Unido	Macedonia	
	Eslovaquia	Moldavia	
	Suiza	Polonia	
		R. Checa	
		Rumania	
		Rusia	
		Turquía	
		Ucrania	

Fuente: Webb A.



Bibliografía

- Steiner MJ, Cates W. Condoms and Sexually-Transmitted Infections. NEJM. 2006;354:2642-3.
- Lete I, Bermeno R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez-Salmeán J, Parrilla JJ, Serrano I. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003;8:75-9.
- Sanders SA, Graham CA, Yarber WL, Crosby RA. Condom use errors and problems among young women who put condoms on their male partners. J Am Med Womens Assoc. 2003;58:95-8.
- Crosby R, Sanders S, Yarber WL, Graham CA. Condom-use errors and problems: a neglected aspect of studies assessing condom effectiveness. Am J Prev Med. 2003;24:367-70.
- Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2005. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid.
- Bearinger LH, Resnick MD. Dual method use in adolescents: a review and framework for research on use of STD and pregnancy protection. Journal of Adolescent Health. 2003;32:340-9.

- Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. N Engl J Med. 2001;345:561-7.
- Darney PD. Time to pardon the IUD?. N Engl J Med. 2001;345:608-9.
- Polaneczyk M, Slap G, Forke C, Rappaport A, Sondeheimer S. The use of levonorgestrel implants (Norplant) for contraception in adolescent mothers. N Engl J Med. 1994;331:1201-6.
- Hatcher RA, Trussell J. Contraceptive implants and teenage pregnancy. N Engl J Med. 1994;331:1229-30.
- Darney PD, Callegari LS, Swift A, Atkinson ES, Robert AM. Condom practices of urban teens using Norplant contraceptive implants, oral contraceptives, and condoms for contraception. Am J Obstet Gynecol. 1999;180:929-37.
- Peterson HB, Curtis KM. Long-Acting Methods of Contraception. NEJM. 2005;353:2169-75.
- Westhoff C. Emergency contraception. N Engl J Med. 2003;349:1830-5.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998;352:428-33.
- Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, de Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Pulso Ediciones. Barcelona 2002.
- von Hertzen H, Piaggio H, Ding J, Chen J, Song S et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet. 2002;360:1803-10.
- Webb A. Emergency contraception. BMJ. 2003;326:775-6.
- Reuter S. Barriers to the use of IUDs as emergency contraception. Br J Fam Plann. 1999;25:61-8.
- Reuter S. The emergency intrauterine device: an endangered species. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2003;29:5.
- Webb A. Emergency contraception. BMJ. 2003;326:775-6.
- Grimes DA. Switching emergency contraception to over-the-counter status. NEJM. 2002;347:846-9.
- Bailon E, Arribas L. La píldora del día después: una segunda oportunidad. Aten Primaria. 2002;29:430-2.
- Webb A. Prescripción en anticoncepción. Debate: autoprescripción si. Revista Americana de Fertilidad y Reproducción Humana 2006;Especial 8º Congreso de la Sociedad Española de Contracepción; 39.
- Soon JA, Levine M, Osmond BL, Ensom MHH, Fielding DW. Effects of making emergency contraception available without a physician's prescription: a population-based study. CMAJ. 2005;172:878-83.
- Harper CC, Cheong M, Rocca CH, Darney PD, Raina TR. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. Obstet Gynecol. 2005;106:483-91.
- Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. BMJ. 2005;331:271.

Prevención del consumo de tabaco en la adolescencia

J. Galbe Sánchez-Ventura

Ideas principales

- Ausencia de trabajos que evalúen la intervención breve antitabaco en la adolescencia y necesidad de contar con estas evaluaciones.
- Reflexionar sobre los factores predisponentes del consumo.
- Presentar brevemente las cifras de consumo de tabaco en adolescentes en España.
- Eficacia moderada de los programas de intervención escolar y comunitaria.
- Necesidad de interrogar a los adolescentes sobre consumo de tabaco y valorar dependencia y motivación mediante tests de Fagëstrom y Richmond.
- Plantear recomendaciones para profesionales de Atención Primaria.
- Presentar brevemente un trabajo de investigación sobre consumo de tabaco en adolescentes realizado en Zaragoza en el año 2006.

Recomendaciones para profesionales de Atención Primaria

- Realizar anamnesis de consumo y consejo breve antitabaco en padres y madres al menos una vez cada dos años y especialmente en grupos:
 - Socialmente desfavorecidos
 - Si hay patología relacionada con el tabaco
 - Gestantes
 - Derivar a consulta antitabaco si ello es posible en casos indicados
- Realizar anamnesis en adolescentes de forma oportuna o bien de forma programada en las revisiones sistemáticas y en las consultas por patología relacionada al menos una vez al año.

- Clasificar a los fumadores según su nivel de consumo y actitudes de cambio
- Realizar test de Fagérström para valorar la dependencia y de Richmond la motivación al cambio.
- Realizar consejo breve antitabaco según metodología propuesta.
- Derivar para terapia cognitivo conductual si hay recursos para ello a todo fumador regular con elevada motivación para el cambio.
- Participar si ello es posible en programas y actividades comunitarias y escolares de prevención del tabaquismo.

En la tabla 1 y en el anexo 1 aparecen las recomendaciones sobre consejo antitabaco.

Calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación (tabla 2): Clasificación de la Canadian Preventive Services Task Force (CPSTF) <http://www.ctfphc.org/>

TABLA 1 Recomendaciones sobre consejo antitabaco

Embarazadas. En las actividades preventivas antes del parto y consultas que acuden con otros hijos. Registrar en historia clínica. Consejo orientado a la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante y al normal crecimiento fetal. Ofrecer consulta antitabaco si es necesario.

Padres. Realizar consejo en las primeras visitas. Se debe reinterrogar al menos cada dos años. En todas las visitas relacionadas con patología respiratoria y otitis media recidivante. Consejo orientado a disminuir morbilidad respiratoria y prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si es necesario.

Adolescentes. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes y mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de posibilidad de adicción al tabaco.

TABLA 2 Clasificación de la evidencia y de la fuerza de la recomendación. Según la clasificación de la Canadian Preventive Services Task Force (CPSTF)

Actividad	Población	Resultados Esperados	Calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación
Programas escolares	6-18 años	Aumento conocimientos y mejoran actitudes frente a tabaco	II-2-B
Programas escolares	6-18 años	Disminuye consumo de tabaco	III-I
Programas comunitarios	Adolescentes	Disminuye consumo de tabaco	III-I
Programas basados en medios de comunicación	Adolescentes	Disminuye consumo de tabaco	III-I
Consulta breve en Atención Primaria	Adultos	Disminuye consumo de tabaco	II-I-A
Consulta breve en Atención Primaria	Gestantes	Disminuye consumo de tabaco	III-I
Consulta breve en Atención Primaria	Adolescentes	Disminuye consumo de tabaco	III-I

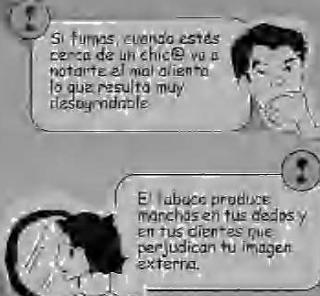
Bibliografía

- Alonso de la Iglesia B, Castaño X, Domínguez Gandal F. Tabaquismo, algo más que una epidemia en : Abordaje del tabaquismo en Atención primaria Curso On line (semfyc eds).
- Arblaster N, Sowden A. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane review*. 2002;2:1-30.
- Curry S, Ludman E, Grothaus E, Stout J, Lozano P. Pediatric based Smoking program for low income women. A Randomised Study Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2003;157:295-303.
- Droome M, Shojivers C, Casswell S, Mackenbach P. Father's occupational group and daily smoking during adolescence: Patterns and predictors. *Am J Pub Health*. 2005;95:681.
- Eisenberg M, Olson R, Neumark-Sztainer D, Story M, Bearinger M. Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2004;158:792-7.
- Eisenberg M, Forster Adolescent smoking behavior. Measures of Social norms JL Am J Prev Med. 2003;25:122-8.
- Eitle D, Eitle T. School county characteristics as predictors of school rates of drug ,alcohol and tobacco ofenses. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004;45:408-22.
- Fungueirín Suárez R, Casas Moré R, Barrueco Ferrero M, Córdoba García R, Clemente González L, Gallardo Doménech MA. Prevención del tabaquismo en: Abordaje del tabaquismo en Atención primaria Curso On line (semfyc eds).
- Gallardo Doménech MA, Grasa Lambea I, Bení Ruiz D, Carpintero E: Legislación y políticas del tabaquismo Abordaje del tabaquismo en Atención primaria Curso On line (semfyc eds).
- Global tobacco collaborative Group Global tobacco surveillance system (GTTS). *The Journal of school health*. 2005;75:15-25.
- González Ruiz JM, Barrueco M, Córdobilla R, Hernández-Mezquita MA, Rivas P. Usefulness of CO measurements in expired air in the Study of tobacco Youth adolescents. *Rev Clin Esp*. 1988;198:440-2.
- Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsuhashi D. Treatment of Adolescent Smokers With the Nicotine Patch. *Nicotine-Tobacco Research*. 2003;5:515-26.
- Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC et al. A comparison of sustained released bupropion and placebo for smoking cessation. *New England journal of Medicine*. 1997;337:1195-202.
- Hurt RD, Croghan GA, Breed SA, Wolker TD, Croghan IT, Patten CA. Nicotine patch therapy in 101 adolescents smokers. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*. 2000;154:31-6.
- Jackson C, Dickinson D. Cigarette Smoking during childhood and persistence of smoking through adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2004;158:1050-57.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR. A controlled trial of sustained released bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. *New England journal of Medicine*. 1999;340:659-67.
- JW Kulig. Committee on Substance abuse. AAP: Tobacco, Alcohol and others drugs: the Role of the Pediatrician in Prevention, Identification And Management of substance Abuse. *Pediatrics*. 2005;115:816-22.
- Kaplan C, Pérez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S, Juárez-Reyes M. Smoking Cessation counseling with Youth patients. The practices of Family physicians and pediatricians. *Arch of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2004;158:83-92.
- Killen J, Thomas N, Ammerman CA, Hayward C, Rogers J, Stone C et al. Randomized Clinical Trial of the Efficacy of Bupropion Combined With Nicotine Patch in the Treatment of Adolescents Smokers. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72:729-35.
- Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar En: *Librería Cochrane Plus*, 2006 n° 2. Oxford:Update-software.com (Traducida de The cochrane Library, 2006 Issue 2. C. Chichester, UK: John Wiley & Sons;Ltd. Fecha de revisión reciente más significativa: 8/2/2005. Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta el suministro,el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE; 2005 (27/12):42241-50.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane review* in *Cochrane library issue 4*, 2002-11-17.
- Mc Nelly C, Falci C. School connectedness and the transition into and out of social belonging and teacher support. *The Journal of School Health*. 2004;74:284-93.
- Ministerio del interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Lucha contra la Droga. Encuesta sobre drogas a población escolar, 2002 *Pediatría de Atención Primaria*. 2004;6:149-67.
- Moolchan E, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Wallace B, Pickworth S et al. Seguridad y eficacia de los chicles de nicotina para el tratamiento de la adicción al tabaco en el adolescente. URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1894
- Morales López R, González Rosales E, Asensio López S. Intervenciones comunitarias en tabaquismo en: Abordaje del tabaquismo en Atención primaria Curso On line (semfyc eds) <http://>
- Mullen D, Ramírez G, Groff JY. A metaanalysis of randomised trials of prenatal smoking cessation interventions. *J of Obstetrics & Gynecology*. 1994;17:1328-34.
- Pérez-Stable E, Juárez Reyes M, Kaplan C, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein V. Counseling smoking parents of young children. Comparison of Pe-

- diatricians and Family Physicians. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2001;155:25-32.
- Reininger B, Evans A, Griffin S, Sanderson M, Vincent ML, Valois R et al. Predicting Adolescent Risk Behaviour based on an ecological framework and assets. Am Journal of Health & Behavior. 2005;29:150-62.
- Secker-Walker RH, Warden JH, Holland RR, Flyn BS, Detsky S. A mass media programme to prevent smoking among adolescence: cost and cost-effectiveness. Tobacco control. 1997;6:207-12.
- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane review. In: Cochrane Library, Issue 4, 2002.
- Smith TA, House RF, Croghan IT, Gauvin TR, Colligan RC, Offord KP et al. Nicotine patch therapy in adolescent smokers. Pediatrics 1996;659-67.
- Sun P, Unger J, Sussmann P. A new Measure of smoking and progression among adolescents. Am Journal of health behaviour. 2005;29:3-12.
- Thomas R. Programas escolares para la prevención del tabaquismo. En: La librería Cochrane plus 2005, nº 2. Oxford: Update software.Ltd. Disponible a. <http://www.updatesoftware.com> (traducido de The Cochrane library, 2005 Issue 2. Chichester UK. John Wiley & Sons.Ltd Fecha de la modificación más reciente 17 de julio de 2002).
- Thorndike A, Ferris T, Randall S, Stafford S, Rigotti NA. Reports of U.S. physicians counselling adolescents about smoking. Journal of the National Cancer Institute 1999;91:1857-63.
- Torrecilla García M, Plaza Martín D, Hernández Mezquita MA. Diagnóstico del fumador en: Abordaje del tabaquismo en Atención primaria. Curso On line (semifyc eds)
- Wold B, Curie C, Roberts C, Aaroe LE. National legislation on smoking restrictions in eight European countries. Health promotion international. 2004;19:482-9.

ANEXO 1. Consejo antitabaco en adolescentes

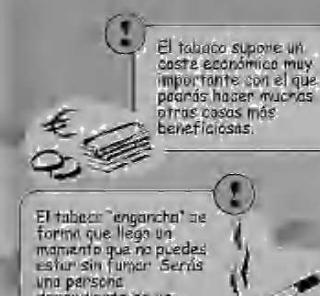
Sobre el tabaco, sabías que...



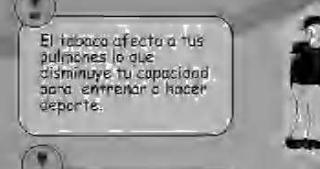
Si fumas, cuando estás cerca de un chico@ vu a notarle al mal olor, lo que resulta muy desagradable.



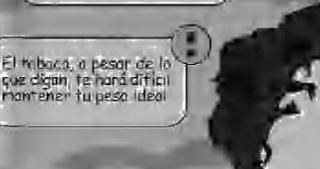
El tabaco produce manchas en tus dedos y en tus dientes que perjudican tu imagen exterior.



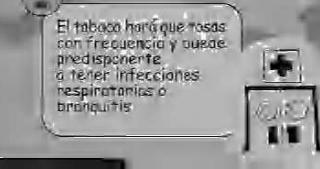
El tabaco "engancha" de forma que lleva un momento que no puedes estar sin fumar. Sería una persona dependiente de un cigarrillo.



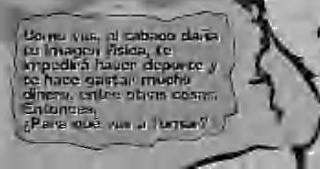
El tabaco afecta a tus pulmones lo que disminuye tu capacidad para entrenar o hacer deporte.



El tabaco, a pesar de lo que digan, te hace difícil mantener tu peso ideal.



El tabaco hace que toses con frecuencia y puede predisponerte a tener infecciones respiratorias o bronquítis.



Siempre que el tabaco daña tu imagen física, te impedirá hacer deporte y te hace gastar mucho dinero, entre otros como: Enfermedades, ¿Para qué vale el tabaco?

QUESTIONARIO

ESTAS PREGUNTAS SON TOTALMENTE ANÓNIMAS Y CONFIDENCIALES

Me gustaría contar con tu opinión. Por favor, responde a las siguientes preguntas

año: mes: día:

Sexo: Mujer Hombre

¿Fumas? Sí No

Nº de cigarrillos por día festivo:

Nº de cigarrillos por día laborable:

¿Crees que fumarás el año que viene? Sí No

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN