

varicela o sarampión. Sistemáticamente se hará la selección e identificación inmediata de niños inmunodeficientes.

- Se prefiere el alcohol para la preparación de la piel antes de aplicar una vacuna o para la punción venosa corriente. Para la preparación cutánea antes de incisión, colocación de suturas u obtención de sangre para cultivos, se necesitan sustancias como la polividona (yodopolivinilpirrolidona al 10%), alcohol al 70%, tinturas alcohólicas de yodo o clorhexidina al 2 por ciento.
- Los médicos deben conocer en detalle la técnica séptica, en particular la que se sigue en la colocación o manipulación de catéteres intravasculares.*
- Es necesario manejar con enorme cuidado las agujas y objetos punzocortantes. Es necesario contar junto a los espacios usados para las inyecciones o punciones venosas, con unidades de desechos de aguja que sean impermeables y resistan cualquier pinchazo. Los retenedores no deben estar demasiado llenos y se les conservará lejos del alcance de los niños. Habrá que establecer normas para la eliminación, incineración o esterilización del contenido.
- Es importante colocar en sitios visibles las medidas para tratar lesiones como el pinchazo de aguja.
- Habrá que cumplir las pautas corrientes de descontaminación, desinfección y esterilización.
- Es esencial el uso apropiado de antimicrobianos para limitar la aparición y proliferación de fármacos polirresistentes (véase “Uso apropiado de antimicrobianos”, sección 4).
- Los consultorios y clínicas extrahospitalarios deben contar con normas y métodos para la comunicación con autoridades locales y estatales de salud en cuanto a enfermedades notificables y sospechas de brotes.
- Hay que poner en práctica, exigir y valorar en forma regular programas de enseñanza constante que incluyan los aspectos apropiados de la erradicación de infecciones.
- Los médicos deben conocer las normas de las organizaciones gubernamentales como la *Occupational Safety and Health Administration* en Estados Unidos (OSHA).†

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y NIÑOS

Los médicos y otros profesionales asistenciales desempeñan una función importantísima en la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (*sexually transmitted diseases*, STD) o venéreas) en la población de niños. Este tipo de enfermedades constituye un grave problema en adolescentes y se ha calculado que en Estados Unidos 25% de ellos habrán padecido un trastorno de ese tipo antes de su graduación en la escuela preparatoria. En el caso de lactantes y niños, detectar una enfermedad STD constituye una

* Garland JS, Hendrickson K, Maki DG. The 2002 Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Centers for Disease Control and Prevention guideline for prevention of intravascular device-related infection. *Pediatrics*. 2002;110:1009-1013.

† American Academy of Pediatrics. *OSHA: Materials to Assist the Pediatric Office in Implementing the Bloodborne Pathogen, Hazard Communication, and Other OSHA Standards*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1994.

señal importante que orienta hacia un posible abuso sexual. Este tipo de abuso en los niños ha estado presente durante muchas generaciones, pero sólo en fecha reciente se ha aceptado su prevalencia y los posibles efectos psicológicos devastadores que impone. Siempre que se sospecha abuso sexual, habrá que señalarlo a servicio social y organismos de cumplimiento de la ley para asegurar la protección del menor y la orientación adecuada.

Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En los últimos 10 años ha disminuido la incidencia de todas las STD notificadas en Estados Unidos, pero los adolescentes y los adultos jóvenes siguen mostrando cifras altas de ellas, más que cualquier otro grupo de edad. Los adolescentes están en peligro particular y mayor de padecerlas porque a menudo tienen relaciones sexuales sin protección, biológicamente son más susceptibles a las infecciones y sus parejas amorosas duran poco tiempo, además de que se enfrentan a múltiples obstáculos en el uso de servicios asistenciales. En Estados Unidos en el año 2000, las cifras de notificación de casos de gonorrea fueron de 61 casos por 100 000 entre 40 y 44 años de vida, 307 por 100 000 entre los 25 y 29 años, 623 por 100 000 entre 20 y 24 años y 516 por 100 000 para las personas entre 15 y 19 años de edad. La máxima incidencia específica por edad en lo que toca al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 2000 fue de 34 por 100 000, en adultos de 25 a 39 años que posiblemente se contagiaron del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) unos 10 años antes (más bien durante su adolescencia). En el año 2000, los señalamientos basados en datos de vigilancia de SIDA han indicado un decremento sustancial del número de casos de SIDA perinatal, lo cual refleja una tendencia cada vez menor a la transmisión de dicho virus en la fase mencionada. En el año 2000 en Estados Unidos los índices de clamidiasis fueron de 1 373 casos por 100 000 personas de 15 a 19 años y 521 por 100 000 personas de 25 a 29 años. Los datos en cuestión no reflejan en su verdadera magnitud la incidencia de STD entre adolescentes con experiencia sexual porque todos los miembros de este grupo, incluidos el 33% de todos los estudiantes estadounidenses de décimo, undécimo y duodécimo grados que nunca tuvieron relaciones sexuales, fueron incluidos en los denominadores usados para calcular las cifras de STD específicas por edad.

TRATAMIENTO

Los pediatras deben identificar enfermedades de transmisión sexual y el riesgo de ellas al interrogar a todos los adolescentes y al pedirles que señalen si han tenido relaciones sexuales o son sexualmente activos. Los adolescentes expuestos a un mayor peligro de mostrar las enfermedades en cuestión se incluyen en el cuadro 2-10. Los médicos pueden preparar a los progenitores y sus pacientes para esta cuestión delicada si informan a los primeros sobre las normas de confidencialidad y aseguran que la revisión anual de todos los adolescentes incluye una entrevista privada. En las publicaciones *Guidelines for Health Supervision III** de la *American Academy of Pediatrics y Guidelines*

* American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, *Guidelines for Health Supervision III*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997 (updated 2002).

Cuadro 2-10. Se considera que los adolescentes con antecedentes que incluyen una o más de las situaciones siguientes están expuestos a mayor peligro de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (STD)¹

- Contacto sexual con persona con STD identificadas o antecedentes de haberlas tenido
- Signos o síntomas de STD
- Múltiples compañeros sexuales
- Vida en las calles (como jovencitos sin hogar)
- Coito con un nuevo compañero en los últimos dos meses
- Más de dos compañeros sexuales en los 12 meses previos
- Persona que no usa métodos anticonceptivos ni de barrera
- Usuario de drogas inyectables
- Varón homosexual activo
- “Sexo como forma de supervivencia” (tener contacto a cambio de dinero, drogas, refugio o alimento)
- Tiempo dentro de instituciones de detección
- Haber sido paciente atendido en una clínica de STD

¹ Modificado de Health Canada. *Canadian STD Guidelines: 1998 Edition*. Ottawa, Ontario: Population and Public Health Branch, Health Canada; 1998. Disponible en: www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/std98/index.html.

for *Adolescent Preventive Services** de la *American Medical Association* se incluyen recomendaciones más detalladas de medidas preventivas para los adolescentes. En Estados Unidos los 50 estados permiten a los menores expresar su consentimiento para el diagnóstico confidencial y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. A pesar de la prevalencia de este tipo de enfermedades en ellos, los profesionales a menudo no preguntan lo referente a comportamiento sexual, no valoran los riesgos de STD ni orientan sobre la disminución de los peligros.

En toda adolescente que ha tenido actividad sexual, se hará cada año un *frotis* de *Papanicolaou* en busca de displasia cervical resultado de una infección por virus de papiloma humano. Además, muchos expertos recomiendan que toda adolescente sexualmente activa debe ser sometida a estudios en busca de gonorrea y clamidia, cada seis meses y recibir cada año orientación sobre VIH y elementos para detectar sífilis. Todos los adolescentes deben recibir la vacuna contra el virus de hepatitis B, si no han sido vacunados en etapas anteriores de la niñez (véase “Calendario recomendado de vacunaciones de niños y adolescentes”, fig. 1-1).

En lo que toca a las recomendaciones terapéuticas contra enfermedades de transmisión sexual específicas conviene consultar los resúmenes de la sección 3 y el cuadro 4-3 que son específicos de ellas, “Directrices para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual en niños y adolescentes según síndromes”, sección 4. Es importante solicitar a todo paciente de gonorrea, infección por *Chlamydia trachomatis* y tricomoniasis, no tener actividad sexual durante una semana y hasta que su compañero sexual haya recibido tratamiento apropiado contra tales infecciones. Ya no se recomienda volver a

* Elster AB, Kuznets NJ, eds. *AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) Recommendations and Rationale*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1994.

practicar estudios para detectar ineficacia terapéutica (pruebas de cura) en pacientes que reciben regímenes terapéuticos recomendados contra infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* o *C. trachomatis*, salvo que haya dudas de que se cumplió el tratamiento o persistan los síntomas. Si se utiliza un régimen con múltiples dosis es posible que el paciente no cumpla con las órdenes terapéuticas. Los nuevos estudios para detectar infección por clamidias en un lapso menor de tres semanas después del tratamiento pueden arrojar resultados positivos falsos como consecuencia de la presencia de microorganismos residuales no viables. Algunos expertos recomiendan repetir las pruebas en los adolescentes cuatro a seis semanas después del tratamiento contra STD por la gran posibilidad de reinfección en dicho grupo de edad, en comparación con los adultos, a través de un compañero sexual corriente que no fue tratado o de un nuevo compañero sexual.

PREVENCIÓN

Los pediatras pueden contribuir a la prevención primaria de las STD al alentar a los adolescentes a diferir el mayor tiempo posible el comienzo de su vida sexual, y en ellas, a estar preparadas a utilizar métodos anticonceptivos de barrera desde la primera experiencia en tales actividades. Los pediatras deben instar a las adolescentes que han tenido ya relaciones sexuales, a practicar abstinencia “secundaria” (celibato), reducir al mínimo el número de compañeros sexuales en toda su vida, utilizar métodos anticonceptivos de barrera en forma constante y precisa y tener conciencia del fuerte vínculo entre el consumo de alcohol o drogas y el hecho de no utilizar anticonceptivos de barrera. En los cuadros 2-11 y 2-12 se revisa el uso adecuado de los condones para varón y mujer.

Diagnóstico y tratamiento de STD en niños*

Ante las consecuencias sociales y legales que tiene el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual en niños, es importante diagnosticarla por medio de pruebas de gran especificidad, porque la baja prevalencia de ellas en los menores incrementa la probabilidad de que las pruebas de detección rápida de tales enfermedades ocasionen resultados falsamente positivos. Por tal motivo, habrá que recurrir a estudios que permitan la identificación del microorganismo y tengan la máxima especificidad.

Ante las consecuencias graves que tiene el diagnóstico de una STD en un niño, es importante no emprender la administración de antimicrobianos en niños en quienes se sospecha STD hasta que se sepa el resultado definitivo de los métodos diagnósticos. Es importante obtener de la vagina de niñas o jovencitas, de la uretra de niños y jovencitos y del área rectal, muestras para cultivos en busca de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, y también de las áreas faríngeas para identificar *N. gonorrhoeae*. En niñas prepúberes no se recomienda obtener muestras endocervicales. Habrá que obtener muestras vaginales para cultivos, así como frotis húmedos, en busca de *Trichomonas vaginalis* y vaginosis bacteriana y muestras de suero para buscar treponema de sífilis, VIH y antígeno de superficie de hepatitis B. Para el diagnóstico detallado y las recomendaciones de tratamiento para STD específicas, véase la sección 3 y el cuadro 4-3, “Directrices para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual en niños y adolescentes, según los síndromes”.

* Center for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines-2002. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-6):1-80

Cuadro 2-11. Recomendaciones para el uso apropiado de condones para disminuir el peligro de contagio de enfermedades de transmisión sexual¹

Condones para varones

- Utilizar un nuevo condón para cada contacto sexual (coito)
- Manipular con cuidado el condón para no dañarlo con uñas, dientes u otros objetos cortantes
- Colocar el condón después que esté erecto el pene y antes de contacto genital
- Asegurar que no queda aire atrapado en el extremo del condón
- Asegurar que hay lubricación adecuada durante el coito, quizá con el uso de lubricantes externos
- Utilizar lubricantes hidrófilos (como la jalea K-Y,² Astroglide,³ Aqua-Lube⁴ y glicerina) con condones de látex. El látex se debilita con los lubricantes oleosos (como vaselina, grasa, vegetal, aceite mineral, aceites para masaje, lociones corporales y aceites comestibles)
- Sostener firmemente el condón contra la base del pene durante la maniobra de retiro y retirarlo cuando todavía está erecto el pene para evitar su desprendimiento

Condones para mujer (como Reality⁴)

- Es una capa de poliuretano lubricado con un anillo en cada extremo, y se inserta uno en la vagina, sobre el cuello a manera de un diafragma y el otro fuera de la vagina para cubrir los genitales externos
- En el caso de que no se pueda utilizar adecuadamente el condón de varón, pensar en el uso de un condón para mujer. Es posible que se necesiten instrucciones para su colocación

¹ De los Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted disease treatment guidelines 2002. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-6):1-80.

² Personal Products Co, Skillman, NJ.

³ Biofilm, Vista, CA.

⁴ Mayer Laboratories Inc, Oakland, CA.

Repercusiones sociales de la STD en niños

Los niños pueden contagiarse de las STD por transmisión vertical, por autoinoculación o por contacto sexual. Hay que pensar con todo detenimiento en cada uno de estos mecanismos al valorar a un preadolescente con una enfermedad de transmisión sexual. Será mejor no emprender una valoración basada en la sola sospecha de tal tipo de enfermedad hasta que se haya confirmado su diagnóstico. Entre los factores que se considerarán al valorar la posibilidad de abuso sexual en un niño con STD están si él señala el antecedente de haber sido víctima sexual, características biológicas de la STD en cuestión y la edad del niño (véase cuadro 2-13).

La gonorrea anogenital en un niño prepúber por lo común denota abuso en casi todos los casos. Tal enfermedad en los niños mencionados, más allá del periodo neonatal, debe ser notificada siempre a las organizaciones de servicios de protección infantil de la localidad para su investigación.

El herpes simple tiene un periodo breve de incubación, pero puede ser transmitido por contacto sexual o no sexual con otra persona o por autoinoculación. En un lactante o en un niño que inicia la ambulación y que usa pañales, el herpes genital puede surgir por cualquiera de los mecanismos mencionados. En un niño prepuberal cuyo control de esfínteres es independiente, la aparición nueva de herpes genital debe obligar a hacer una investigación cuidadosa que incluya la investigación de servicios de protección infantil por supuesto abuso sexual.

Cuadro 2-12. **Obstáculos para uso del condón y formas de superarlos¹**

Obstáculo percibido	Estrategias de intervención
Disminuye el placer sexual (sensibilidad) Nota: suele ser señalado por aquellos que nunca han usado condón	Se alentará al paciente a que los pruebe Colocar una gota de lubricante hidrófilo o saliva en el interior del extremo del condón o en el glande antes de colocarlo sobre él Probar un condón más fino de látex, una marca diferente o mayor lubricación
Aminora la espontaneidad de la actividad sexual	Alentar la incorporación del condón durante los juegos eróticos previos Recordar al paciente que la tranquilidad puede intensificar el placer personal y mutuo
Es un dispositivo molesto, juvenil “poco masculino”	Recordar al paciente que es precisamente una actitud “masculina” protegerse a sí mismo y a los demás
Adaptación inadecuada (muy pequeño o muy grande, se desprende, incómodo)	Se cuenta con condones de mayor y menor tamaño
Obliga a la extracción rápida del pene después de la eyaculación	Reforzar la naturaleza protectora de la extracción rápida del miembro y sugerir su sustitución por otras actividades después del coito
Temor de rotura con lo cual la actividad sexual puede ser menos vigorosa	Con el coito duradero, se desgasta el lubricante y comienza el frote del condón. Contar con un lubricante hidrosoluble para aplicar una vez más
Actividad sexual no penetrante	Se ha planteado el uso de los condones durante la felación; los condones no lubricados pudieran ser los mejores para tal actividad, por el sabor del lubricante Se ha dicho que pueden usarse otras “barreras” como un “dique” odontológico o un condón no lubricado, cortado hasta la zona media para formar una barrera en algunas formas de actividad sexual no penetrante (como cunnilingus y sexo anolingual)
Alergia al látex	Se cuenta en el comercio con condones de poliuretano para mujeres Se puede usar un condón de piel natural junto con otro de látex para proteger al varón o a la mujer del contacto con dicho material

¹ Con autorización de Health Canada. *Canadian STD Guidelines: 1998 Edition*. Population and Public Health Branch, Health Canada; 1998. Available at: www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/std98/index.html.

La tricomoniasis se transmite en el periodo perinatal o por contacto sexual. En el lactante en fase perinatal la secreción vaginal persiste algunas semanas; por tal razón quizá no esté justificada la investigación social intensiva. Sin embargo, la identificación de tricomoniasis reciente en un lactante de mayor edad o niño deben ser el punto de partida de una investigación cuidadosa que incluya a los servicios de protección a menores, por sospecha de abuso sexual.

Cuadro 2-13. Repercusiones de las enfermedades de transmisión sexual más comunes (STD) en el diagnóstico y notificación de sospecha o confirmación de abuso sexual en lactantes y niños prepúberes¹

STD confirmada	Abuso sexual	Acción a seguir ²
Gonorrea ³	Valor diagnóstico ⁴	Notificación
Sífilis ³	Valor diagnóstico	Notificación
Infección por virus de inmunodeficiencia humana ⁵	Valor diagnóstico	Notificación
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> ³	Valor diagnóstico ⁴	Notificación
Infección por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Fuerte sospecha	Notificación
Infección por <i>Condylomata acuminata</i> ³ (verrugas anogenitales)	Sospecha	Notificación
Herpes (genital)	Sospecha	Notificación ⁶
Vaginosis bacteriana	No concluyente	Vigilancia médica

¹ Adaptado de American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review [la versión corregida apareció en Pediatrics. 1999;103:1049]. *Pediatrics*. 1999;103:186-191.

² Las notificaciones se harán a la institución u organismo idóneos en la comunidad que reciba las notificaciones de sospecha de abuso sexual.

³ Si no hay posibilidad de adquisición perinatal.

⁴ Sólo el cultivo que use métodos habituales de confirmación; será mejor no utilizar las sondas de DNA como método diagnóstico.

⁵ Si no hay posibilidad de que se haya adquirido en fase perinatal o por transfusión.

⁶ Salvo que haya el antecedente claro de autoinoculación.

Las infecciones con periodos largos de incubación (como la infección por el virus de papiloma) y las que pueden ser asintomáticas por tiempo largo después de transmisión vertical (sífilis, infección por VIH o por *C. trachomatis*) son más problemáticas. En tales casos hay que pensar en la posibilidad de transmisión vertical, pero también está justificada la valoración de las circunstancias del paciente por parte de los servicios de protección a menores, de la localidad.

A pesar de que es posible la transmisión sexual del virus de la hepatitis B, de la vaginosis bacteriana, de la escabiosis y la pediculosis pubis, se sabe también de otros mecanismos de transmisión. La identificación de cualquiera de los trastornos mencionados en un niño prepúber no justifica la notificación a los servicios de protección infantil, salvo que el clínico detecte otros datos que sugieran abuso.

Abuso sexual y STD

CONSIDERACIONES GENERALES

El abuso sexual de menores ha sido definido como la explotación de un niño, por contacto físico u otras interacciones, para la estimulación sexual de un adulto o de un menor que esté en posición de poder respecto del niño. Recibe el nombre de abuso, todo acto sexual en que la víctima es un niño menor de 18 años, por parte de un cuidador; por ley se exige a los médicos que notifiquen los casos de abuso a su organización estatal de servicios de protección a menores. En Estados Unidos se conoce con el nombre de agresión a la situación en que un niño o un adolescente es víctima de agresión sexual por una persona

que no es su cuidador; si dicha agresión no consistió en una lesión por arma de fuego o punzocortante, el paciente o sus progenitores decidirán si notificarán la agresión sexual a alguna autoridad local de cumplimiento de la ley. En algunos casos, el abuso o la agresión sexual entrañan el contacto físico que permite la transferencia de microorganismos de transmisión sexual. En promedio 5% de niños a los que se abusó sexualmente se contagian de STD como resultado de haber sido las víctimas de tal agresión.

IDENTIFICACIÓN DE STD EN NIÑOS ASINTOMÁTICOS VÍCTIMAS SEXUALES

Los factores que influyen en la posibilidad de que un niño sexualmente victimado adquiera una STD incluyen la prevalencia regional de este tipo de enfermedades en la población de adultos, el número de agresores, el tipo y la frecuencia de contacto físico entre el agresor y el niño, la infectividad de diversos microorganismos, la susceptibilidad del menor a la infección y si el pequeño ha recibido algún tratamiento intercurrente como antimicrobianos. El lapso que media entre el contacto físico del menor con su agresor y la valoración médica influye en la posibilidad de que un niño expuesto muestre signos o síntomas de una enfermedad de transmisión sexual.

Es importante tomar en forma individualizada la decisión de obtener muestras de material de genitales o de otro tipo en un niño para hacer una valoración en busca de STD. Las situaciones siguientes entrañan un alto riesgo de que haya STD y constituyen una indicación de gran peso para emprender estudios:

- El niño tiene o ha tenido signos o síntomas de una STD o una infección de transmisión sexual, incluso si no hay sospecha de abuso sexual.
- Un hermano, otro niño o un adulto en el círculo familiar o en el entorno inmediato del menor tiene una enfermedad de transmisión sexual.
- Se sabe que el asaltante sospechoso tiene STD o gran probabilidad de tenerla (es decir, tiene múltiples compañeros sexuales con antecedentes de STD).
- El paciente o sus parientes solicita la práctica de pruebas.
- La prevalencia de STD en la comunidad es grande.
- Existen pruebas de penetración o eyaculación genital, bucal o anal.

Véase el cuadro 2-14, si se intenta emprender pruebas en busca de STD en un menor.

Casi todos los expertos recomiendan la práctica impostergable o unánime de métodos de detección de STD de pacientes pospúberes, porque tienen una alta prevalencia de infecciones asintomáticas persistentes. Al realizar los métodos de detección sistemática de STD deben orientarse a posibles sitios anatómicos de infección (según lo indiquen los datos de anamnesis o consideraciones epidemiológicas) e incluirán la valoración en busca de infecciones por VIH si el paciente, sus parientes o ambas partes consienten en que se hagan los métodos de detección serológica; la valoración en busca de vaginosis bacteriana en mujeres y también de tricomoniasis; un frotis de *Papanicolaou* en mujeres, y métodos para identificar *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y sífilis. Para conservar la “cadena de custodia” en cuanto a información que más tarde se puede transformar en evidencia legal, hay que etiquetar con enorme cuidado las muestras para análisis de laboratorio, obtenidas de víctimas de ataque sexual y también hay que cumplir con gran cuidado los métodos hospitalarios estándar para la transferencia de las muestras de un sitio a otro. Se utilizarán sólo pruebas con alta especificidad, y las obtendrán sólo los profesionales asistenciales con experiencia en la valoración de niños víctimas de abuso y agresiones sexuales. La visita de vigilancia unas

Cuadro 2-14. Pruebas de detección de enfermedad de transmisión sexual (STD) cuando se sospecha abuso sexual en un niño¹

Microorganismo/síndrome	Muestras y pruebas
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cultivos ² de material rectal, faríngeo, uretral (varón), vaginal o de ambos tipos
<i>Chlamydia trachomatis</i> Sífilis	Cultivos ² de material rectal, uretral (varón) y vaginal Examen del líquido del chancro en campo oscuro, si se cuenta con él; sangre para métodos serológicos en el momento del abuso y 6, 12 y 24 semanas después
Virus de la inmunodeficiencia humana	Métodos serológicos del victimario (de ser posible); métodos serológicos del niño en la fecha del abuso y 6, 12 y 24 semanas después
Virus de hepatitis B	Identificación del antígeno de superficie de hepatitis B en suero en el victimario o el anticuerpo contra dicho antígeno en el niño
Virus de herpes simple	Cultivo de la lesión
Vaginosis bacteriana	Preparado húmedo, pH en estudio con hidróxido de potasio de la secreción vaginal, o tinción de Gram
Virus de papiloma humano	Biopsia de la lesión
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Preparado húmedo y cultivo de la secreción vaginal
<i>Pediculus pubis</i>	Identificación de huevecillos, ninfas y artrópodos a simple vista o con una lupa

¹ Véase el texto para conocer las indicaciones de emprender pruebas en busca de STD (“Detección de STD en niños asintomáticos víctimas de abuso sexual”).

² No se recomienda obtener muestras de cuello uterino en niñas prepúberes.

dos semanas después de la exposición sexual más reciente puede incluir una nueva exploración física y la obtención de muestras complementarias. Quizá se necesite otra visita de vigilancia 12 semanas después de la exposición sexual más reciente para obtener suero de convaleciente.

PROFILAXIA DESPUÉS DE ABUSO O AGRESIÓN SEXUALES

Casi ningún experto recomienda la profilaxia con antimicrobianos después de abuso de niños prepúberes porque en ellos la incidencia de STD es baja, es pequeño el riesgo de que se propague la enfermedad a la porción superior de las vías genitales en una niña prepúber y por lo común se puede asegurar que se hará vigilancia. Si hay datos positivos de la existencia de STD, puede emprenderse un tratamiento. Los factores que pueden incrementar la posibilidad de infección o que constituyen indicación para la profilaxia son los mismos incluidos en detección sistemática de STD en niños asintomáticos víctimas de abuso sexual (véanse párrafos anteriores).

Muchos expertos piensan que está justificada la profilaxia en mujeres pospúberes que solicitan atención en término de 72 h de haber sufrido un ataque sexual por la alta prevalencia de infecciones asintomáticas preexistentes y el peligro notable de que exista enfermedad inflamatoria pélvica en dicho grupo de edad. Habrá que practicar pruebas en busca de STD importantes a todas las personas sometidas a medidas profilácticas (véase el cuadro 2-14) antes de emprender el tratamiento. En mujeres posmenárgicas se harán pruebas de embarazo antes de emprender tratamiento antimicrobiano o

Cuadro 2-15. Profilaxia después de abuso sexual en preadolescentes¹

Peso menor de 45 kg	Peso mayor de 45 kg
Para evitar gonorrea²	
1. Ceftriaxona, 125 mg IM en una sola dosis Y ADEMÁS	1. Ceftriaxona, 125 mg IM en una sola dosis Y ADEMÁS
Para prevención de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	
2A. Azitromicina, 20 mg/kg de peso (máximo 1 g) ingeridos en una sola dosis O	2A. Azitromicina, 1 g ingerido en una sola dosis O
2B. Eritromicina base o etilsuccinato, 50 mg/kg de peso al día en 4 dosis durante 10 a 14 días Y ADEMÁS	2B. Doxiciclina, 100 mg dos veces al día durante 7 días Y ADEMÁS
Para evitar infección de hepatitis B	
3. Comenzar o completar la vacunación contra el virus de hepatitis B si el pequeño no recibió la inmunización completa Y ADEMÁS	3. Comenzar o completar la vacunación contra el virus de hepatitis B si el pequeño no recibió la inmunización completa Y ADEMÁS
Para prevención de tricomoniasis y vaginosis bacteriana	
4. Hay que pensar en la adición de medidas profilácticas contra tricomoniasis y vaginosis bacteriana (metronidazol, 15 mg/kg de peso al día ingeridas en tres fracciones durante 7 días)	4. Hay que pensar en la adición de un agente profiláctico contra tricomoniasis y vaginosis bacteriana (metronidazol, 2 g ingeridos en una sola dosis)

IM, intramuscular.

¹ Véase el texto para conocer aspectos de profilaxia contra el virus de inmunodeficiencia humana en niños después de abuso o agresión sexual.

² En Estados Unidos no se fabrica ya la cefixima.

anticonceptivo de emergencia. Los regímenes para profilaxia se exponen en los cuadros 2-15 (niños) y 2-16 (adolescentes).

Ante la eficacia demostrada de la profilaxia para evitar la infección por VIH después de exposiciones perinatal y ocupacional, surge la duda de si dicha profilaxia es útil contra dicho virus en niños y adolescentes después de agresión sexual (véanse también “Medidas de control” en Humana, infección por virus de inmunodeficiencia [VIH], sección 3 y cuadro 3-36). No son suficientes los datos de la eficacia e inocuidad de la profilaxia después de exposición, en niños y adultos. Es pequeño el peligro de transmisión del virus VIH en una sola agresión sexual que incluya transferencia de secreciones, sangre o ambos líquidos, pero no es de cero. Cabría pensar en las medidas profilácticas en toda persona que solicita asistencia en término de 24 a 48 h de la agresión, si ésta incluyó la transferencia de secreciones y en particular si el agresor supuesto tiene una infección por VIH, se sospecha de ella o ha utilizado drogas inyectables (véase “Humana, infección por virus de inmunodeficiencia [VIH]”, sección 3). A continuación se señalan las recomendaciones para la valoración de niños en término de 72 h de una agresión sexual:

Cuadro 2-16. Profilaxia después de abuso sexual de adolescentes¹

Se recomienda que la profilaxia antimicrobiana² incluya un régimen empírico para impedir la infección por *Chlamydia trachomatis*, gonorrea, tricomoniasis y vaginosis bacteriana

Contra gonorrea ³	Ceftriaxona, 125 mg por vía intramuscular en una sola dosis O Ciprofloxacina, 500 mg ingeridos en una sola dosis U Ofloxacina, 400 mg ingeridos en una sola dosis O Levofloxacina, 250 mg ingeridos en una sola dosis Y ADEMÁS
Contra infección por <i>C. trachomatis</i>	Azitromicina, 1 g ingerido en una sola dosis O Doxiciclina, 100 mg ingerido dos veces al día durante 7 días Y ADEMÁS
Contra tricomoniasis y vaginosis bacteriana	Metronidazol, 2 g ingeridos en una sola dosis Y ADEMÁS
Contra infección por virus de hepatitis B	Aplicación de vacuna contra el virus de hepatitis B en el momento del examen inicial si el adolescente no está totalmente inmunizado. Hay que aplicar dosis de vigilancia 1 a 2 y 4 a 6 meses después de la primera dosis Y ADEMÁS
Contra infección por virus de inmunodeficiencia humana ²	Pensar en iniciar profilaxia contra VIH, según las circunstancias (véase el cuadro 3-36)

Medidas anticonceptivas de emergencia⁴

Píldora anticonceptiva ingerible que contiene 50 µg de etinilestradiol: ingerir inicialmente dos píldoras y seguir con otras dos 12 h después.

O

Píldoras anticonceptivas ingeribles que contienen 30 µg de etinilestradiol: ingerir cuatro píldoras inicialmente y otras cuatro 12 h después

Y ADEMÁS

Un antiemético

¹ Fuentes: Hampton HL. Care of the woman who has been raped [la corrección publicada aparece en *N Engl J Med.* 1997;337:56]. *N Engl J Med.* 1995;332:234-237; y Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines-2002. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-6):1-80.

² Consultar el texto respecto de algunos aspectos de la profilaxia contra la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) después de abuso o agresión sexual.

³ La cefixima no se fabrica en Estados Unidos. En caso de jóvenes de 18 años y mayores cabe recurrir a una sola dosis de una fluoroquinolona en zonas en que es baja la prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae* resistente a dicho antibiótico. Ante el problema de la resistencia será mejor no usar fluoroquinolonas si el contagio de la infección se produjo en Asia, islas del Pacífico (incluida Hawaii) y California.

⁴ Es importante que la prueba de embarazo sea negativa antes de emprender medidas anticonceptivas de emergencia.

- Revisar los datos epidemiológicos locales en cuanto a la incidencia de VIH/SIDA y valorar el riesgo de infección por el virus en el asaltante.
- Evaluar las circunstancias del asalto que pudiera modificar el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana.
- Consultar con un pediatra especializado en el tratamiento de niños con VIH si se considera la profilaxia después del hecho delictivo.
- Si al parecer el niño está expuesto al peligro y al contagio por VIH en la agresión, se comentarán las medidas de profilaxia después de la exposición, con los cuidadores y prestadores de servicios, incluso sus reacciones tóxicas y su eficacia desconocida.
- Si el personal que cuida al menor decide emprender profilaxia con antirretrovíricos habrá que suministrar fármacos suficientes hasta que retorne la víctima tres a siete días después de la valoración inicial y así se la revalorará y se conocerá su tolerancia a los medicamentos; las dosis no deben exceder de las usadas en adultos.
- Habrá que medir los anticuerpos contra VIH en la primera valoración y seis, 12 y 24 semanas más tarde.

HEPATITIS EN JÓVENES EN CORRECCIONALES*

En Estados Unidos el número de arrestos de jóvenes menores de 18 años se ha estabilizado en un nivel de 2.5 millones por año, pero aún así representa casi 5% de la población pediátrica. Más de 300 000 jóvenes permanecen cada año en instalaciones de detención mientras se ventilan sus audiencias legales, y en un día particular, son encarcelados 126 000 adolescentes en instalaciones de correccionales juveniles o cárceles para adultos. Los periodos de encarcelamiento de 90 días como mínimo, son comunes en 60% de los internos juveniles y cabe esperar que 15% pasen un año o más en prisión. Una proporción excesiva de los jóvenes encarcelados son varones y muy a menudo miembros de minorías étnicas o raciales. Las jóvenes constituyen el 15% de la población juvenil encarcelada y en ellas el embarazo suele agregar más problemas a la prestación de servicios médicos en correccionales.

Los delincuentes juveniles por lo común no tienen acceso regular al sistema preventivo de salud en su comunidad y muestran enormes deficiencias en este renglón en aspectos como trastornos psicosociales, enfermedades crónicas, consumo de drogas ilícitas y traumatismo físico en comparación con los adolescentes que no llegan ante este sistema de justicia juvenil.* Existe mayor posibilidad de que un joven detenido haya contraído enfermedades de transmisión sexual (*sexually transmitted diseases*, STD) en los comienzos de su adolescencia, y el retraso o la parcialidad del tratamiento hace que estén expuestos a un mayor peligro de sufrir complicaciones crónicas de clamidiasis, gonorrea, sífilis e infecciones por virus de papiloma humano. La tuberculosis (TB) es más común en jóvenes en correccionales, y a pesar de que la población regular de los detenidos sigue mostrando una baja prevalencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), su modo de vida les impone riesgos particulares.† Sin embargo, son de interés

* Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of infection with hepatitis viruses in correctional setting. *MMWR Recom Rep.* 2003;52(RR-1):1-33

† American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system. *Pediatrics.* 2001;107:799-803.