

- 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.

particular las hepatitis A, B y C por la mayor frecuencia de consumo de alcohol y drogas inyectables y una mayor cifra de sexo sin protección con múltiples compañeros en etapa más temprana de la vida. En los últimos años en el país mencionado hubo un incremento de 133% en los delitos de jóvenes que incluían violaciones por abuso de drogas, y el antecedente de la inyección de tales estupefacientes ha sido uno de los factores decisivos para explicar la mayor incidencia de hepatitis C en delincuentes juveniles. La hepatitis puede ser un cuadro que coexista con otras enfermedades como tuberculosis e infección por VIH, y los jóvenes infectados pueden hacer que corra peligro la salud de sus comunidades una vez liberados.

En los rastreos epidemiológicos se ha sabido que 15% de todas las infecciones crónicas por hepatitis B y más de 30% de los casos de hepatitis C que asolan a Estados Unidos provinieron de personas liberadas de instituciones correccionales. Los comportamientos de alto riesgo hacen que los adolescentes predispuestos a ser encarcelados sean particularmente vulnerables a las tres variedades de hepatitis, A, B y C, antes de su primer encarcelamiento. Una vez encarcelados, se adquieren menos de 3% de nuevas infecciones por virus de hepatitis de todos los tipos. Casi todos los transgresores juveniles al final son reintegrados a su comunidad, y sin intervención reanudan su modo de vida de alto riesgo. Las altas cifras de recidiva hacen que muchos de estos jóvenes terminen por ser adultos en prisión en los cuales las cifras de hepatitis B y C pueden ser significativamente mayores que las observadas en las correccionales para jóvenes. Un encuentro del joven trasgresor con el sistema de justicia brinda la oportunidad de iniciar una valoración en busca de hepatitis, prevención de la infección y estrategias de modificación conductual que, si logran su cometido, probablemente mejorarán los pronósticos y resultados de un grupo de adolescentes expuestos al riesgo altísimo de mostrar las complicaciones de una hepatopatía crónica.

Hepatitis A

La infección por hepatitis A es frecuente en Estados Unidos, y en muchas regiones los niveles y la persistencia de la transmisión podrían calificarse de endémicos (véase “Hepatitis A”, sección 3). Las correccionales en Estados Unidos rara vez notifican casos de dicha forma de hepatitis y no se cuenta con datos de prevalencia a nivel nacional de las poblaciones en cárceles. Los estados de la unión norteamericana que han evaluado la prevalencia en jóvenes menores de 20 años encarcelados muestran una distribución étnica similar en cuanto al predominio en los encarcelados indios americanos/nativos de Alaska y personas de extracción latina o hispanica, como se refleja en las poblaciones en peligro en su conjunto. Algunas estimaciones sugieren una seroprevalencia global de hepatitis entre 22 y 39% en los prisioneros adultos, con una prevalencia de 43% en prisioneros de 40 a 49 años de vida. Los factores de riesgo de hepatitis A en adolescentes que pudieran contribuir a los brotes incluyen uso de drogas subrepticias inyectables y no inyectables, múltiples compañeros sexuales y participación en actividad homosexual por largo tiempo. La infección concomitante por virus de hepatitis A agrava las complicaciones hepáticas en sujetos con una hepatopatía crónica causada por las infecciones por virus de hepatitis B o C, punto importante en los jóvenes encarcelados que muestran cifras mayores de hepatitis C en comparación con adolescentes que no tienen contacto alguno con el sistema judicial. Los internos que residen o están detenidos en instituciones en estados y regiones de Estados Unidos con una alta cifra endémica de hepatitis A (véase “Hepatitis A”, sección 3) están particularmente en peligro de tener las dos formas de hepatitis simultáneamente.

Recomendaciones para el control de las infecciones por el virus de hepatitis en jóvenes encarcelados. No se recomienda la detección sistemática de marcadores de hepatitis A en los jóvenes encarcelados. Sin embargo, hay que emprender estudios en todo adolescente con signos o síntomas de hepatitis en busca de otros cuadros además del causado por el virus de hepatitis A, como infecciones agudas o crónicas de hepatitis B o hepatitis C. Es importante aplicar la vacuna contra hepatitis A (véase “Vacuna” en Hepatitis A, sección 3) a todo adolescente en correccionales situadas en estados en que se recomienda la vacunación sistemática contra dicha hepatitis antes de liberar al detenido. Ante la alta proporción de transgresores juveniles con factores de riesgo que los predisponen a infecciones por las tres formas de hepatitis, las correccionales deben considerar de manera decidida la vacunación sistemática contra la hepatitis A en todo adolescente bajo su cuidado, sean cuales sean las cifras de endemnicidad regional. De no ser posible tal medida, habrá que pensar en la posibilidad de aplicar vacuna contra hepatitis A a jóvenes que tienen las formas de hepatitis B o C diagnosticadas y otros más con perfiles de alto riesgo, como serían los usuarios de drogas inyectables y varones que se dedican a actividad homosexual. No se recomienda practicar pruebas serológicas después de profilaxia. No existen contraindicaciones para aplicar vacuna contra hepatitis A a una persona que quizá ya esté inmunizada como consecuencia de haber mostrado previamente una infección por hepatitis A o porque fue vacunada. Hay que notificar al departamento sanitario local de todo joven encarcelado que muestra la enfermedad por hepatitis A.

Hepatitis B

La cifra de infección por hepatitis B en la población general estadounidense recibe la influencia de conocidos factores de riesgo que permiten el intercambio de sangre, saliva, semen y líquido vaginal o la exposición a ellos (véase “Hepatitis B”, sección 3). Los adolescentes en correccionales expuestos al peligro de dicha hepatitis incluyen los presos pertenecientes a poblaciones minoritarias (asiáticos, indios americanos/nativos de Alaska, negros y latinos en orden descendiente de prevalencia de la enfermedad por hepatitis B); los prisioneros que se inyectan drogas por medio de agujas compartidas; los internos que desde temprana edad se iniciaron en actividades sexuales (coito), actividades sexuales no protegidas, múltiples compañeros sexuales o el antecedente de STD; y los varones adolescentes que participan en actividad homosexual. Los estudios que han investigado los brotes de hepatitis B en la población de prisioneros también sugieren que puede haber transmisión horizontal cuando hay portadores crónicos del virus de hepatitis B. Las adolescentes prisioneras también tienen otros problemas en la valoración y tratamiento de hepatitis B si se descubre que están embarazadas durante su encarcelamiento, caso en el cual adquiere enorme importancia coordinar la asistencia para la madre y el hijo.

Ninguno de los estudios publicados hechos a nivel nacional ha precisado la cifra de prevalencia de hepatitis B en jóvenes encarcelados, pero las cifras de seroprevalencia de dicha forma de hepatitis en jóvenes sin hogar y de la calle expuestos a alto riesgo son mayores cuando se comparan con sus coetáneos que no muestran dichos factores de riesgo. Desde 1996, el empleo generalizado de la vacuna contra hepatitis B en estados que exigen vacunación contra tal enfermedad en niños de enseñanza elemental y media (www.immunize.org/laws) ha contribuido a que más de 40% de los jóvenes encarcelados en tales estados muestren en su suero anticuerpos contra HBs (anticuerpos contra

antígeno de superficie de la hepatitis B [*hepatitis B surface antigen*, HBsAg]) si se busca tal inmunoglobulina. Al no contar con datos de la prevalencia de anticuerpos contra el “núcleo” del virus de hepatitis B, es difícil conocer la seroprevalencia que es consecuencia de la infección por el virus mencionado.

En 1982 se inició en Estados Unidos una campaña para erradicar la hepatitis B como una amenaza sanitaria a nivel nacional. La fase I se orientó a cohortes de alto riesgo que incluyeron usuarios de drogas inyectables, personal asistencial, homosexuales varones y madres que tenían el antígeno superficial de hepatitis B (HB) capaces de transmitirlo en sentido vertical en la fase perinatal a sus hijos. El hecho de que la estrategia mencionada no convenciera a los sujetos de alto riesgo para someterse a estudios y a ser vacunados hizo que se iniciara la fase II (1992), consistente en el estímulo permanente de la realización de pruebas prenatales de embarazadas en busca del antígeno superficial mencionado que se inició en 1988, junto con la inmunización obligatoria y unánime de los lactantes con vacuna contra hepatitis B. La fase III de dicho programa (1996) se orientó a inmunizar a todos los adolescentes con vacuna contra hepatitis B y se comenzó con cohortes en escuelas de nivel medio como una forma de acelerar el nivel de protección para un grupo de edad que posiblemente participaría en conductas de alto riesgo. Se ha concedido nuevamente énfasis a los grupos más vulnerables de fase I y de alto riesgo, y el apoyo gubernamental por medio del programa Vacunas para niños se ha orientado a STD y clínicas de planificación familiar, clínicas de adolescentes varones y mujeres y sitios de detención juvenil y destoxicación de drogas. Los buenos resultados globales después de llevar a la práctica las tres fases de la estrategia de prevención de hepatitis B han logrado que disminuya el número calculado de casos anuales, de más de 300 000 casos nuevos en el decenio de 1980, a menos de 79 000 casos en 1999. Algunos estados norteamericanos han comenzado a canalizar sus recursos a vacunar a sus poblaciones de prisioneros no sólo para disminuir la propagación de hepatitis B en tales instituciones, sino también proteger a las comunidades y las familias de la hepatitis cuando los prisioneros se reintegran a la sociedad.

Recomendaciones para el control de las infecciones por virus de hepatitis B en jóvenes encarcelados. En términos generales no se recomienda la detección sistemática de los marcadores del virus de hepatitis B en jóvenes encarcelados. Sin embargo, en estados en que se ha logrado un nivel alto de vacunación contra dicha infección en adolescentes, los métodos iniciales para valorar la inmunidad a tal enfermedad pudieran ahorrar el costo de la vacuna, a condición de que la rapidez de las pruebas no retrase la vacunación contra la enfermedad en caso de que el paciente no sea inmune. Es conveniente que las instalaciones correccionales valoren periódicamente la inmunidad a la hepatitis B de los jóvenes internos cuando entran a la institución para conocer en forma aproximada la prevalencia del trastorno y valorar la conveniencia de emprender pruebas antes de la inmunización. Es importante buscar virus de hepatitis A, B y C en todo adolescente detenido que muestra signos y síntomas de tal infección para identificar la presencia de infecciones crónicas y otras coexistentes. También se tratará de detectar el antígeno de superficie de hepatitis B en toda adolescente embarazada. Los comportamientos de alto riesgo de dicha población impiden confiar en resultados negativos de pruebas de HBsAg antes del encarcelamiento o en antecedentes de vacunación contra hepatitis B. Los datos aportados pueden ser falsos o quizá no hubo aplicación real de la vacuna.

En todo adolescente al que se realice una valoración médica en una correccional se emprenderá la aplicación de una serie de vacunas contra hepatitis B o se completará la

serie iniciada en fechas previas, salvo que haya una prueba indudable de que se completó la serie previa de vacunas. No existen límites cronológicos ni restricciones en los intervalos para completar la serie de vacunas contra la hepatitis mencionada, razón por la cual los funcionarios de la correccional deben pensar en la posibilidad de aplicar la vacuna contra esa enfermedad a los internos para completar una serie que se comenzó en fecha previa. La flexibilidad en el calendario de vacunación contra la hepatitis B, que incluye regímenes de dos dosis para jovencitos de 11 a 15 años, permite una gran flexibilidad cuando se escoja un régimen que lleve al máximo la probabilidad de completar una serie de vacunas en el lapso en que está encarcelado el adolescente o poco después (véase “Medidas de erradicación” en Hepatitis B, sección 3). Sin embargo, es de suma importancia comenzar la serie de vacunas contra tal enfermedad porque una sola dosis puede proteger de las complicaciones que representa el estado de portador crónico en adolescentes de alto riesgo que quizá ya no retornen a las visitas de vigilancia. No se recomienda la detección serológica sistemática antes y después de la vacunación. En estados donde la aplicación de la vacuna contra hepatitis B es una de las exigencias para la incorporación escolar, las correccionales pueden utilizar una combinación de antecedentes de vacunación, datos de registro de ella y métodos serológicos para elaborar normas institucionales respecto de la necesidad de vacunación contra hepatitis B en grupos de adolescentes de edades específicas. Las correccionales deben contar con mecanismos vigentes para completar la serie de vacunas de hepatitis B en la comunidad después que el joven sale de la correccional. Es importante dar a él, a sus padres o al tutor legal datos de la vacunación, el registro estatal de esta medida y el sitio en que se preste atención médica futura en la comunidad.

En Estados Unidos se cuenta con regímenes profilácticos después de exposición a hepatitis B para adolescentes encarcelados no inmunizados, después de las posibles exposiciones percutáneas o sexuales al virus de dicha enfermedad (véase “Atención de personas expuestas” en Hepatitis B, sección 3). Si se advierte la presencia (positividad) del antígeno de superficie de dicha hepatitis en el individuo que fue la fuente de la exposición, el interno no vacunado expuesto por vía percutánea debe recibir concentrado inmunoglobulínico contra hepatitis B (*hepatitis B immune globulin*, HBIG) en término de 72 h de la exposición. En caso de exposición de tipo sexual no se necesita aplicar el concentrado en cuestión y sólo habrá que completar la serie de vacunas contra hepatitis B. Los jóvenes expuestos que no han completado su serie de vacunas deben recibir las faltantes, según el calendario programado.

Habrá que practicar pruebas en busca del antígeno de superficie de HB en toda adolescente embarazada en el momento en que se identifica la gestación, sean cuales sean sus antecedentes de vacunación contra dicha enfermedad y los resultados previos de identificación de dicho antígeno y el anticuerpo contra él. Si no se detecta el antígeno de superficie en la adolescente mencionada, se comenzará la aplicación de una serie de vacunas contra hepatitis B lo más pronto posible durante la evolución del embarazo. La gestación no constituye contraindicación para la aplicación de vacuna de hepatitis B en cualquier trimestre. Habrá que notificar a la institución prenatal de la paciente si se identifica antígeno de superficie en la adolescente embarazada, al hospital en que dará a luz a su pequeño y al departamento de salud estatal en que se hará la asistencia y el tratamiento. Los hijos de madres que tienen el antígeno de superficie comentado deben recibir la vacuna contra hepatitis B y HBIG en término de 12 h de su nacimiento (véase “Atención de personas expuestas” en Hepatitis B, sección 3).

Los adolescentes encarcelados que muestran signos de infección crónica de hepatitis B deben ser valorados por un especialista para conocer la magnitud de su hepatopatía y si son candidatos para recibir antiviricos. Es importante notificar la presencia de antígeno de superficie de HB en los detenidos, al departamento de salud local para facilitar la vigilancia a largo plazo una vez liberados.

Cabe esperar que 15 a 35% de los adolescentes que se tornan portadores crónicos del virus de hepatitis B fallezcan de complicaciones (cirrosis y carcinoma hepatocelular) de su infección por hepatitis B. Entre las opciones terapéuticas actuales contra la infección crónica mencionada están el uso de interferón alfa, lamivudina y adefovir dipivoxil (en Estados Unidos la *Food and Drug Administration* [FDA] ha aprobado su empleo para personas de 16 años y mayores). Es importante aplicar la vacuna contra hepatitis A a todo portador crónico del virus de hepatitis B para evitar hepatopatía fulminante en caso de que también se sobreañada la infección por el virus de hepatitis A. Habrá que disuadir a los internos que son portadores crónicos de hepatitis B que no consuman y abusen de tabaco y drogas subrepticias, pues pueden degradar gravemente su función hepática en sujetos con cirrosis inducida por hepatitis B. Los portadores crónicos del virus de hepatitis B pueden seguir siendo infectantes para sus contactos sexuales y hogareños durante toda la vida y hay que orientarlos en este sentido para que protejan a sus compañeros sexuales y a los contactos comentados.

Hepatitis C

De los cerca de cuatro millones de casos de infección por virus de hepatitis C en Estados Unidos, en promedio 30% corresponden a personas que han pasado algún tiempo dentro de correccionales en tal país. El consumo de drogas inyectables explica la proporción más alta de infecciones en los internos, y el segundo lugar corresponde a la exposición a múltiples compañeros sexuales. Se sabe que incluso 80% de los internos que consumen drogas subrepticias inyectables se infectarán del virus de hepatitis C en término de cinco años de haber comenzado el consumo de tales productos. Se piensa que los tatuajes y la perforación de zonas del cuerpo no constituyen un punto de origen notable de transmisión del virus de hepatitis C. A diferencia de las infecciones por virus de hepatitis A y B, una vez que la persona se infecta del virus C, la infección crónica es la norma sin excepciones. Hasta 80% de personas con el cuadro seguirán mostrando la infección crónica y 20% de ellos terminarán por mostrar cirrosis. En Estados Unidos el número de fallecimientos anuales por virus de hepatitis C va de 8 000 a 10 000 personas, lo cual es mayor que la cifra de mortalidad por infección por virus de hepatitis B, en un factor de dos. La infección concomitante con VIH incrementa el número de partículas del virus de hepatitis C y acelera la evolución hasta llegar a la cirrosis. La coexistencia de los virus de hepatitis A o hepatitis B incrementa el peligro de hepatopatía fulminante letal. La persistencia del virus de hepatitis C y su supervivencia en una comunidad son mediadas por las personas con infección crónica. La circulación de un segmento de la sociedad que entra y sale de las correccionales hace que se cuente con un reservorio constante del estado de portador del virus de hepatitis C crónica que aumenta año tras año.

Son escasos los estudios de prevalencia de la infección por virus de hepatitis C en jóvenes encarcelados, pero indican un incremento del doble al cuádruple en tal cifra cuando se les compara con la de jóvenes que no llegan al sistema de justicia juvenil. El uso de drogas inyectables constituye el factor de riesgo predominante de la infección por tal virus en los jóvenes detenidos, y como aspecto notable, la cifra siempre es mayor

en adolescentes del sexo femenino que en varones. La permanencia repetitiva dentro de las correccionales incrementa las cifras de prevalencias de hepatitis C en adultos, hasta 10 veces la cifra señalada en la población global de Estados Unidos.

Practicar pruebas en busca del virus de hepatitis C en los internos ha generado conflictos para los administradores de las correccionales. Muchos de ellos consideran que el diagnóstico y el posible tratamiento de los detenidos con una infección por virus de hepatitis C no es parte de la misión correccional y prefieren que los sistemas asistenciales públicos dediquen sus recursos a afrontar tal problema. Los internos por lo común rechazan la práctica de pruebas, incluso si están expuestos a un gran peligro de hepatitis, para evitar que sus compañeros de prisión los molesten. No contar con una vacuna contra hepatitis C impone una presión importante a la orientación sobre profilaxia para que origine cambios en comportamientos de alto riesgo, y a la asesoría sobre conservación de la salud, para que disminuyan los peligros clínicos en los infectados. Esto incluye modificaciones en el estilo de vida y no consumir ni abusar de drogas subrepticias y alcohol, que son elementos que modifican enormemente la cifra de morbilidad y mortalidad de hepatitis C crónica.

Recomendaciones para erradicación de las infecciones por virus de hepatitis C en jóvenes encarcelados. Hoy día no se recomienda la detección sistemática de la infección por virus de hepatitis C en adolescentes encarcelados. Orientar tal método de detección a los adultos con base en los criterios de riesgo ha sido una medida fiable y económica en correccionales que las utilizan en forma constante. Los factores de riesgo por evaluar en los jóvenes recién aprisionados que habría que considerar en los métodos de detección sistemática de la hepatitis C incluyen: 1) antecedentes de uso de drogas inyectables, informados por el mismo individuo; 2) antecedente de hepatopatía; 3) presencia del anticuerpo "central" de hepatitis B; 4) mayor concentración de alanina transaminasa; o 5) antecedente de hemodiálisis o de haber recibido factores de coagulación, sangre en transfusiones u órganos en trasplante. Cabe esperar que 30% de los jóvenes varones o mujeres recién internados en cárceles tengan uno o más de estos elementos, y por medio de los estudios sistemáticos en busca de anticuerpos contra hepatitis C en tal grupo se detectarán más de 90% de las infecciones por tal partícula en las correccionales. Algunos transgresores juveniles quizá no informen de los comportamientos de riesgo y aún así expresen interés por someterse a pruebas para identificar hepatitis C cuando se les brinda como opción. Habrá que hacer adaptaciones a tales solicitudes en casi todos los casos. Los adolescentes con signos o síntomas de hepatitis deben ser sometidos a métodos diagnósticos para buscar las hepatitis A, B y C y así identificar la presencia de infección crónica por los virus B y C y la susceptibilidad a infecciones concomitantes con el virus de hepatitis A.

En caso de detectar el virus de hepatitis C, los adolescentes deben recibir atención médica constante para valorar la posibilidad de una infección crónica por dicho virus, y tal situación debe ser notificada al departamento de salud local. La presencia del anticuerpo "contra el virus mencionado y el hecho de no identificar ácido RNA de la partícula (ácido nucleico) no anula la posibilidad de que exista una enfermedad activa crónica persistente. Hay variabilidad de un día a otro en la antigenemia del virus de hepatitis C y surge en presencia de anticuerpos circulantes contra ella. Todo joven con hepatitis C crónica infecciosa debe ser sometido a valoración médica continua para vigilar la evolución de su hepatopatía y saber si es candidato idóneo para intervenciones terapéuticas en lo futuro. Los adolescentes encarcelados que tienen hepatitis C deben participar en un programa de disminución de riesgos para evitar el consumo de drogas

y alcohol, y recibir orientación sobre prácticas sexuales seguras para proteger a sus compañeros de sexo y a la comunidad en su totalidad (www.hepprograms.org). Estudios recientes que han valorado la terapia con antivíricos sugieren mejores resultados si se emprende su administración en forma oportuna. Se cuenta con tratamientos terapéuticos que incorporan el empleo de interferón alfa, ribavirina e interferón pegilado en adultos con hepatitis C crónica (infección vírica). Sin embargo, en Estados Unidos la FDA no ha aprobado el uso de dichos regímenes para personas menores de 18 años. La consulta con un especialista experto en hepatopatías crónicas permitirá esclarecer las opciones de nuevos tratamientos, y si han sido aprobados para usar en niños (www.niddk.nih.gov/health/digest/pubs/chrnhepc/chrnhepc.htm). Si el adolescente tiene una infección por virus de hepatitis C diagnosticada debe recibir vacunas contra los virus de hepatitis A y B si no fue inmunizado previamente.

Se ha definido con certeza la enorme frecuencia de hepatitis en las poblaciones de jóvenes en correccionales. Tales instituciones, de forma conjunta con los departamentos de salud pública y otros recursos de la comunidad, tienen la oportunidad de valorar, incluir, erradicar y evitar la infección del hígado en un segmento tan vulnerable de la sociedad como son los jóvenes internados. La hepatitis C constituye uno de los grandes problemas dentro de las correccionales en su conjunto porque no se cuenta con una vacuna para proteger a los prisioneros y al público. La cifra extraordinariamente grande de estado de portador crónico en sujetos ya infectados, agrava el peligro para sus propias comunidades al ser liberados. La naturaleza controlada del sistema correccional permite emprender muchas de las estrategias de prevención y tratamiento de la hepatitis en una población de niños que por lo demás sería difícil de abordar. Los pediatras deben colaborar con las organizaciones de salud pública estatales y locales, así como con los administradores de correccionales, para ocuparse de las necesidades sanitarias de los jóvenes detenidos y también para proteger a la comunidad en su totalidad.

.....

VALORACIÓN MÉDICA INICIAL EN BUSCA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN NIÑOS EXTRANJEROS ADOPTADOS*

Cada año familias de Estados Unidos adoptan más de 18 000 niños de otros países. Más de 90% de los pequeños extranjeros adoptados provienen de Asia (China, Corea del Sur, Vietnam, India y Camboya), América del Centro y del Sur (Guatemala y Colombia) y países en el este de Europa (Rusia, Rumania, Ucrania, Kazajstan y Bulgaria). Son muy pocos los niños provenientes de África y el Medio Oriente que son adoptados en Estados Unidos. Los orígenes diversos de los menores, el desconocimiento de sus antecedentes clínicos antes de la adopción, las circunstancias de vida en que se desenvolvían (como orfanatorios, hogares de adopción o ambos) y la escasez de atención médica fiable en algunos países en desarrollo, hacen que su valoración sea una tarea muy difícil, aunque de suma importancia en su cuidado.

* Para obtener más información, véase Canadian Pediatric Society. *Children and Youth New to Canada: Health Care Guide*. Ottawa, Ontario: Canadian Paediatric Society, 1998; y las páginas Web de los CDC (www.cdc.gov) y la Organización Mundial de la Salud (www.who.int).