

índice de cura de 90 a 100% después de una sola dosis, pero son escasos los datos de inocuidad y eficacia en niños; en Estados Unidos no se puede obtener tal fármaco. La furazolidona tiene eficacia de 72 a 100% cuando se administra durante siete a 10 días, y se distribuye en el comercio en forma líquida para niños. Se ha demostrado que el albendazol tiene la misma eficacia que el metronidazol para tratar giardiasis en niños, y tiene menos efectos adversos. En Estados Unidos la *Food and Drug Administración* ha aprobado la ingestión de suspensión de nitazoxanida durante tres días para tratar a los niños con diarrea atribuible a *G. lamblia* y *Cryptosporidium parvum*. La paromomicina, que es un aminoglucósido no absorbible con una eficacia del 50 a 70%, es recomendable para tratar la infección sintomática en embarazadas.

Si el tratamiento no da resultados, puede repetirse el ciclo con el mismo medicamento. Las recaídas son frecuentes en personas inmunodeficientes, quienes a veces necesitan un tratamiento prolongado. Algunos expertos recomiendan la terapia mixta contra giardiasis en pacientes inmunodeficientes que no mejoran con ciclos de dos fármacos utilizados de manera separada.

No se recomienda dar tratamiento a los portadores asintomáticos. Entre las excepciones posibles para evitar la transmisión están los portadores en círculos familiares de personas con hipogammaglobulinemia o fibrosis quística y embarazadas con niños en la fase preambulatoria.

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Además de las precauciones estándar se recomienda seguir las precauciones para evitar la transmisión por contacto mientras dure la enfermedad en el caso de niños con pañales e incontinentes.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS:

- En centros de atención pediátrica, hay que insistir en el mejoramiento de la sanidad y de la higiene personal (véase también “Niños en el sistema asistencial extrahogarero”, sección 2). Habrá que insistir en la higiene manual del personal asistencial y los niños, especialmente después de la defecación y la micción o del manejo de pañales contaminados. Si se sospecha un brote, habrá que informar al departamento sanitario de la localidad, y se emprenderá una investigación epidemiológica para identificar y tratar a todos los niños, personal que atiende a los menores y miembros de la familia infectados por *G. lamblia* y sintomáticos. Es necesario excluir del centro asistencial pediátrico a toda persona con diarrea, hasta que no tenga síntomas. El tratamiento de los portadores asintomáticos no es eficaz para la erradicación de brotes. No se recomienda excluir la presencia de portadores en los servicios de asistencia pediátrica.
- Los brotes propagados por el consumo de agua se evitan mediante una combinación de filtración adecuada de agua de fuentes superficiales (como lagos, ríos o corrientes), su cloración y las medidas de mantenimiento de los sistemas de distribución de agua.
- Personas como los “mochileros”, los que acampan y sujetos con probabilidad de estar expuestos al agua contaminada deben abstenerse de beber directamente de las corrientes. La ebullición del agua destruirá los quistes infectantes y otros patógenos presentes en tal líquido.

## Gonococos, infecciones

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Las infecciones por gonococos en niños surgen en tres grupos diferentes de edad.

- La infección en el neonato suele afectar los ojos. Otros sitios de infección comprenden los abscesos del cuero cabelludo (vinculados con la colocación de electrodos para la monitorización fetal), vaginitis y enfermedad diseminada con bacteriemia, artritis o meningitis.
- En los niños que han rebasado el periodo neonatal, inclusive los prepúberes, la infección gonocócica siempre se localiza en las vías genitales y casi siempre es transmitida sexualmente. En raras ocasiones se observa la transmisión no sexual, proveniente de contactos del círculo familiar. La vaginitis es la manifestación más frecuente; surgen a veces enfermedad inflamatoria pélvica (*pelvic inflammatory disease*, PID) y perihepatitis, pero son raras. La uretritis gonocócica en el varón prepúber es poco común; también en los niños prepúberes se observan infecciones anorrectales y amigdalofaríngeas.
- En adolescentes sexualmente activos, al igual que en los adultos, la infección gonocócica del aparato genital en las mujeres suele ser asintomática y los síndromes clínicos frecuentes son uretritis, endocervicitis y salpingitis. En los varones la infección por lo regular es sintomática y el sitio primario es la uretra. La infección del recto y la faringe surgen solas o junto con infección de vías genitourinarias en uno y otro sexos. Las infecciones de recto y faringe suelen ser asintomáticas. La extensión desde sitios primarios de la mucosa genital puede terminar en epididimitis, bartolinitis, PID y perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). Incluso la infección asintomática puede evolucionar y llegar a PID, y quedan cicatrices en las trompas que pueden ocasionar embarazos ectópicos o infertilidad. La infección que afecta otras membranas mucosas produce a veces conjuntivitis, faringitis o proctitis. La propagación hematogena puede afectar la piel y las articulaciones (síndrome de artritis-dermatitis) y aparece incluso en 3% de personas no tratadas, que tienen gonorrea de mucosas. La bacteriemia origina maculopápulas con necrosis, tenosinovitis y artritis migratoria. La artritis puede ser reactiva (estéril) o séptica. En raras ocasiones se observan meningitis y endocarditis. La diseminación es más común en mujeres infectadas en el término de una semana de la menstruación.

**CAUSA:** *Neisseria gonorrhoeae* es un diplococo gramnegativo oxidasa-positivo.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:** Las infecciones gonocócicas afectan sólo a seres humanos. El microorganismo está en el exudado y las secreciones de superficies mucosas infectadas; *N. gonorrhoeae* es transmisible durante todo el tiempo en que la persona posee el germen. La transmisión es consecuencia de contacto íntimo, como actos sexuales, parto y, en raras ocasiones, exposición hogareña en los niños prepúberes. Hay que pensar seriamente en abuso sexual si se diagnostica colonización o infección de genitales, recto o faringe en niños que han rebasado el periodo neonatal y están en la etapa anterior a la pubertad. Se estima que cada año en Estados Unidos surgen 650 000 casos nuevos de infección gonocócica. La máxima incidencia notificada de infección corresponde a adolescentes de 15 y 19 años; le siguen en frecuencia personas de 20 a 24 años. A menudo el cuadro coexiste con la infección por *Chlamydia trachomatis*.

El **periodo de incubación** suele ser de dos a siete días.

**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** Son útiles en la valoración inicial los estudios microscópicos de frotis teñidos con técnica de Gram, del exudado de ojos, endocérvix de mujeres pospúberes, vagina de las prepúberes, uretra del varón, lesiones de piel, líquido sinovial y, si lo justifican aspectos clínicos, líquido cefalorraquídeo (LCR). La identificación de

diplococos intracelulares gramnegativos en tales frotis puede ser útil, particularmente si no se identifica el microorganismo en cultivos. Las tinciones con técnica de Gram del material obtenido del endocérvix de mujeres pospúberes son menos sensibles que el cultivo para detectar la infección, pero pueden servir en el diagnóstico diferencial de una persona con dolor abdominal agudo, o cuando está indicada la terapia inmediata. Sin embargo, en las vías genitales de la mujer puede haber otras especies de *Neisseria* y cocos gramnegativos, aunque tales gérmenes rara vez se observan en el interior de leucocitos polimorfonucleares. También son convenientes los frotis del exudado anorrectal teñidos con técnica de Gram, en particular cuando se obtienen las muestras por visualización directa con un anoscopio. Para el diagnóstico de gonorrea no se recomiendan los frotis teñidos con técnica de Gram, de muestras de secreción faríngea. En niñas prepúberes son adecuadas para el diagnóstico las muestras de secreción vaginal, y no se necesitan muestras de tejido endocervical.

*Neisseria gonorrhoeae* se cultiva en sitios normalmente estériles, como sangre, LCR o líquido sinovial; para ello se emplea agar-chocolate, que es un medio no selectivo, con incubación en una atmósfera de 5 a 10% de dióxido de carbono. Se utilizan medios selectivos que inhiben la flora normal y *Neisseria* no patógena para el cultivo de material de sitios no estériles, como el cuello uterino, la vagina, el recto, la uretra y la faringe. Es necesario inocular inmediatamente en agar apropiado o colocar en un medio para transporte las muestras para cultivo de *N. gonorrhoeae* de sitios de la mucosa, porque el diplococo es muy sensible al secamiento y a los cambios de temperatura.

Se tendrá enorme cuidado cuando se interprete la importancia del aislamiento de *Neisseria* porque *N. gonorrhoeae* se puede confundir con otras especies de *Neisseria* que colonizan las vías genitourinarias o la faringe. Deberán practicarse como mínimo dos métodos bacteriológicos confirmatorios basados en principios diferentes (como serían los bioquímicos, el sustrato de enzimas o los serológicos). Hay que tener mucho cuidado al interpretar los resultados de cultivos y atribuirlos a *N. gonorrhoeae* de la faringe de niños de corta edad, porque en ellos hay una cifra alta de portador de especies de *Neisseria* no patógena.

En los últimos años, se han podido practicar en clínica\* métodos de amplificación de ácido nucleico (*nucleic acid amplification tests*, NAAT) basados en la reacción en cadena de polimerasa o ligasa. Las técnicas en cuestión son muy sensibles y específicas y se utilizan en muestras de material uretral (varones) y endocervical obtenidas por aplicador. Las pruebas también son sensibles y específicas cuando se utilizan muestras de orina de "primera micción". El empleo de muestras de orina permite cumplir con la aplicación de la prueba inicial y vigilar a las poblaciones de acceso difícil, como los adolescentes. Con estas técnicas también puede hacerse el estudio doble de la orina en busca de *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*. Los métodos en cuestión no son recomendables para estudiar material vaginal, rectal o faríngeo obtenido con aplicadores. En Estados Unidos, la Food and Drug Administration ha aprobado un número escaso de métodos sin cultivo para muestras de conjuntiva.

**Abuso sexual.** En todos los niños prepúberes que han rebasado el periodo neonatal, y en adolescentes que no son activos sexualmente pero que tienen infección

\* Centers for Disease Control and Prevention. Screening to detect *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* infections-2002. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-15):1-38.

† American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review [published correction appears in *Pediatrics*. 1999;103:1049]. *Pediatrics*. 1999;103:186-191.

gonocócica, hay que pensar en abuso sexual, salvo que se corrobore lo contrario. Hay que practicar cultivos de secreción genital, rectal y faríngea en todos los pacientes antes de emprender la administración de antimicrobianos. Es importante conservar todos los gonococos aislados de tales enfermos. Es imposible confiar para el diagnóstico de infección gonocócica, para este fin, en métodos que no incluyan cultivo de gonococos, incluidos la tinción de Gram, la sonda de DNA, los inmunoanálisis enzimáticos o bien estudios de amplificación de ácidos nucleicos de muestras de bucofaringe, recto o vías genitales en niños, porque con ellos surgen a veces resultados positivos falsos. En niños prepúberes, cuando no se cuenta con cultivos, algunos expertos se inclinan por el uso de pruebas de amplificación de ácido nucleico, de material obtenido de aplicadores en vagina, si se verifica un resultado positivo con otra prueba de amplificación de ácido nucleico. Hay que obtener los cultivos pertinentes de las personas que han tenido contacto con el niño del cual se sospecha abuso sexual. Los menores en quienes se sospecha tal acto ilegal por la detección de gonorrea, deben ser valorados para identificar otras enfermedades de transmisión sexual, como infección por *C. trachomatis*, sífilis, infección por virus de hepatitis B y también por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

**TRATAMIENTO:** Ante la prevalencia de *N. gonorrhoeae* resistente a penicilina y tetraciclina, es recomendable como terapia inicial en niños administrar una cefalosporina de espectro extendido (como la ceftriaxona sódica); para los adultos se recomienda una cefalosporina de espectro extendido o una fluoroquinolona (véase cuadro 4-3). En muchas partes de Estados Unidos se han aislado ocasionalmente cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes a quinolonas. Ante tal situación, será mejor no usar las fluoroquinolonas si el sujeto contrajo la infección en Asia, islas del Pacífico, incluido Hawái, y California. Pocas veces surge resistencia a la espectinomocina.

Se recomienda administrar cefalosporinas parenterales en niños de corta edad; se ha aprobado el uso de ceftriaxona en todas las infecciones gonocócicas en niños, y también ha recibido aprobación la cefotaxima sódica sólo contra la oftalmía gonocócica. Los antimicrobianos administrados por vía oral cuya eficacia en el tratamiento de la uretritis y la cervicitis gonocócica en adultos y adolescentes de mayor edad ha sido demostrada incluyen ciprofloxacina, ofloxacina y levofloxacina. En Estados Unidos ya no se fabrica la cefixima. En términos generales no se recomienda usar fluoroquinolonas en personas menores de 18 años (véase “Antimicrobianos y fármacos similares”, sección 4), y están contraindicadas en embarazadas y mujeres que amamantan a su hijo.

Es importante valorar a todo paciente en que se supone o comprueba la presencia de gonorrea, en busca de otros cuadros coexistentes como sífilis, infecciones por virus de hepatitis B, VIH y *C. trachomatis*. Las personas que han rebasado el periodo neonatal deben ser tratadas en forma presuncional y como si tuvieran infección por *C. trachomatis* (véase “*Chlamydia trachomatis*” en Clamidiasis en esta sección).

No es necesario practicar una prueba de cura por medio de cultivo en adolescentes y adultos con gonorrea no complicada que quedan asintomáticos después de recibir uno de los regímenes antimicrobianos recomendados. Los niños tratados con ceftriaxona no necesitan cultivos de vigilancia, pero si fueron tratados con otros regímenes conviene practicar los cultivos mencionados.

Estas son las recomendaciones específicas para el tratamiento y la terapia con antimicrobianos.

**Enfermedad en la etapa neonatal.** Es importante hospitalizar a los pequeños con manifestaciones clínicas de oftalmía del neonato, abscesos en el cuero cabelludo o

infecciones diseminadas. Se practicarán en los lactantes cultivos de sangre, secreción de ojos o material de otros sitios de infección como el LCR, para confirmar el diagnóstico y conocer la susceptibilidad a los antimicrobianos (antibiotiograma). También se practicarán métodos para identificar infecciones concomitantes, como la causada por *C. trachomatis*, sífilis congénita e infección por VIH. Se confirmarán los resultados de la búsqueda de antígeno de superficie de hepatitis B en la madre. La gestante y sus compañeros sexuales también necesitan estudios apropiados y tratamiento contra *N. gonorrhoeae*.

**Infecciones no diseminadas.** El antimicrobiano recomendado, inclusive para los casos de oftalmía del neonato, es la ceftriaxona (25 a 50 mg/kg de peso, por vías intravenosa o intramuscular, con una dosis que no exceda de 125 mg) administrada en una ocasión. Los pequeños con oftalmía gonocócica deben ser sometidos a lavados oculares con solución salina inmediatamente y a intervalos frecuentes hasta que se elimine la secreción. El solo tratamiento tópico con antimicrobianos es insuficiente e innecesario cuando se emprende el tratamiento sistémico recomendado con tales fármacos. Los lactantes con oftalmía gonocócica deben ser hospitalizados y se les valorará en busca de infección diseminada (sepsis, artritis, meningitis).

**Infecciones diseminadas.** La terapia recomendada contra la artritis y la septicemia incluye ceftriaxona o cefotaxima durante siete días. Esta última es recomendable en lactantes con hiperbilirrubinemia. Si se corrobora la presencia de meningitis, habrá que continuar el tratamiento hasta un total de 10 a 14 días.

**Infecciones gonocócicas en niños que han rebasado el periodo neonatal y en adolescentes.** En los cuadros 3-16 y 3-17 se señalan las recomendaciones para tratar infecciones gonocócicas, según edad y peso.

**Problemas especiales en el tratamiento de niños (que han rebasado el periodo neonatal) y adolescentes.** Los niños con infección endocervical no complicada, uretritis o proctitis que muestran alergia a las cefalosporinas deben recibir espectinomina (40 mg/kg de peso hasta un máximo de 2 g, aplicados por vía intramuscular en una sola dosis), si no tiene la edad suficiente para recibir una fluoroquinolona. La doxiciclina o la azitromicina dihidratada deben administrarse para el tratamiento concomitante de la supuesta infección por *C. trachomatis*.

Los niños con infección gonocócica faríngea no complicada deben recibir 125 mg de ceftriaxona en una sola dosis intramuscular; los que no toleran dicho antibiótico deben ser tratados con ciprofloxacina (500 mg ingeridos, en una sola dosis). La espectinomina tiene una eficacia aproximada de 50% para tratar la gonorrea faríngea, de tal manera que habrá que utilizarla sólo en niños que no pueden ingerir ceftriaxona ni ciprofloxacina, y se practicará un cultivo de exudado faríngeo tres a cinco días después del tratamiento para corroborar la erradicación del patógeno.

Una sola dosis de ceftriaxona no constituye un tratamiento eficaz de la sífilis con infección concomitante (véase "Sífilis" en esta sección). Las fluoroquinolonas y la espectinomina no son activas contra *Treponema pallidum*.

Los niños o los adolescentes con infección por VIH deben recibir el mismo tratamiento contra la infección gonocócica que quienes no tienen la infección por dicho virus.

**Enfermedad inflamatoria pélvica aguda (PID).** Se ha dicho que *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* causan innumerables casos de PID; en muchos de ellos hay múltiples gérmenes causales. No existen criterios clínicos fiables que diferencien entre PID gonocócica y la no gonocócica. Por tal motivo, se recomiendan regímenes con fármacos de amplio espectro (véase "Pélvica, enfermedad inflamatoria" en esta sección).

## Cuadro 3-16. Infección gonocócica no complicada: tratamiento de niños que pesan menos de 45 kg o más el período neonatal, y de adolescentes<sup>1</sup>

Niños prepúberes que pesan menos de 45 kg	Enfermedad <sup>2</sup>	Pacientes que pesan 45 kg o más y que tienen ocho años o más
Vulvovaginitis, cervicitis, uretritis, proctitis o faringitis no complicadas Ceftriaxona sódica, 125 mg IM en una sola dosis O Espectinomicina, <sup>3</sup> 40 mg/kg (máximo 2 g), IM en una sola dosis <b>Y ADEMÁS<sup>1</sup></b> Azitromicina, 20 mg/kg (máximo 1 g), ingeridos en una sola dosis O Eritromicina, 50 mg/kg al día (máximo 2 g/día) ingeridos, en 4 fracciones durante 14 días	Endocervicitis, uretritis, epididimitis, proctitis o faringitis no complicadas <sup>4</sup> O Ceftriaxona, 125 mg, IM en una sola dosis O Ciprofloxacina, <sup>5</sup> 500 mg ingeridos en una sola dosis O Ofloxacina, <sup>5</sup> 400 mg ingeridos en una sola dosis O Levofloxacina, <sup>5</sup> 250 mg ingeridos en una sola dosis <b>Y ADEMÁS<sup>1</sup></b> O Azitromicina (1 g ingeridos en una sola dosis) Doxiciclina (100 mg ingeridos dos veces al día, durante siete días)	

IM, intramuscular.

- Además del tratamiento recomendado contra la infección por gonococos, conviene emprender medidas contra *Chlamydia trachomatis* en el supuesto de que la persona también tiene infección coexistente por tal microorganismo.
- Hay que pensar en la hospitalización, en especial de personas ambulatorias cuya infección no ha mejorado y de sujetos que posiblemente no cumplan con los regímenes terapéuticos.
- No se recomienda usar espectinomina para tratar infecciones faríngeas; en el caso de quienes no pueden ingerir ceftriaxona o ciprofloxacina, puede administrarse espectinomina contra la faringitis, pero es necesario practicar cultivos de vigilancia.
- Los regímenes alternativos incluyen espectinomina (2 g IM en una sola dosis), cefizoxima, cefotaxima y ceftioxitina. Se recomienda únicamente el uso de ceftriaxona y ciprofloxacina contra la faringitis; en niños que no pueden ingerir cualquiera de los dos fármacos, puede recurrirse a la espectinomina, pero se necesita un cultivo de vigilancia.
- Las fluoroquinolonas están contraindicadas en embarazadas; mujeres que amamantan y por lo común personas menores de 18 años de vida (véase "Antimicrobianos y fármacos similares", sección 4). Es mejor no usar fluoroquinolonas en infecciones adquiridas en Asia, islas del Pacífico, incluida Hawái, o California.

**Cuadro 3-17. Infección gonocócica no complicada: tratamiento de niños que han rebasado el período neonatal, y de adolescentes<sup>1</sup>**

Enfermedad <sup>2</sup>	Niños prepúberes que pesan menos de 45 kg	Pacientes que pesan 45 kg o más y que tienen ocho años o más
Infección gonocócica diseminada (como el síndrome de artritis-dermatitis)	Ceftriaxona, 50 mg/kg de peso al día (máximo 1 g/día) por vías IV o IM una vez al día durante 7 días <b>Y ADEMÁS<sup>3</sup></b> Azitromicina o eritromicina	Ceftriaxona, 1 g, IV o IM una vez al día durante 7 días <sup>4</sup> <b>O</b> Cefotaxima, 1 g, IV cada 8 h durante 7 días <sup>4</sup> <b>Y ADEMÁS<sup>3</sup></b>
Meningitis o endocarditis	Ceftriaxona, 50 mg/kg de peso al día (máximo 2 g/día) IV o IM, aplicadas cada 12 h; en el caso de meningitis, el ciclo dura 10 a 14 días; si hay endocarditis, el ciclo durará como mínimo 28 días <b>Y ADEMÁS<sup>3</sup></b> Azitromicina o eritromicina	Azitromicina, 1 g ingerido en una sola dosis <b>O</b> Doxiciclina, 100 mg ingeridos dos veces al día durante 7 días
Conjuntivitis <sup>5</sup>	Ceftriaxona, 50 mg/kg (dosis máxima, 1 g), IM en una sola dosis	Ceftriaxona, 1 a 2 g, IV cada 12 h; si hay meningitis, el tratamiento durará 10 a 14 días; si hay endocarditis, durará como mínimo 28 días Ceftriaxona, 1 g IM en una sola dosis Véase cuadro 3-55
	Inflamatoria pélvica	

IV, intravenoso; IM, intramuscular.

<sup>1</sup> Además del tratamiento recomendado contra la infección por gonococos, es recomendable la terapia contra *Chlamydia trachomatis* en el supuesto de que también haya otra infección coexistente.

<sup>2</sup> Debe pensarse en la hospitalización, en especial de personas tratadas en forma ambulatoria cuyo cuadro no ha mejorado y de sujetos que posiblemente no cumplan con los regímenes terapéuticos.

<sup>3</sup> En el caso de personas alérgicas a lactámicos beta: ciprofloxacina (400 mg, IV cada 12 h) u ofloxacina (400 mg, IV cada 12 h) o levofloxacina (250 mg, IV al día) o espectinomocina (2 g, IM cada 12 h). La administración de espectinomocina obliga a practicar un cultivo de vigilancia si existe infección faríngea. Se recomienda la hospitalización.

<sup>4</sup> Como otra posibilidad se puede interrumpir la terapia parenteral 24 a 48 h después de que surgió la mejoría y se completa el ciclo de siete días con un antimicrobiano ingerible apropiado como ciprofloxacina (500 mg ingeridos, dos veces al día), ofloxacina (400 mg ingeridos dos veces al día) o levofloxacina (500 mg ingeridos una vez al día). Las fluoroquinolonas están contraindicadas en embarazadas, mujeres que amamantan a su hijo y por lo común en individuos menores de 18 años (véase "Antimicrobianos y fármacos similares", sección 4). Algunos expertos recomiendan que el tratamiento dure más tiempo. No se utilizarán las fluoroquinolonas contra infecciones adquiridas en Asia, islas del Pacífico, incluida Hawái, o California.

<sup>5</sup> Es importante lavar los ojos con solución salina para eliminar las secreciones acumuladas.

**Epididimitis aguda.** Los microorganismos transmitidos por contacto sexual, como *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*, pueden ocasionar epididimitis aguda en adolescentes sexualmente activos y adultos jóvenes, pero rara vez causan dicho cuadro en niños prepúberes. El régimen recomendado en estos casos es la combinación de ceftriaxona y además eritromicina, azitromicina o doxiciclina, según la edad del paciente (véase cuadro 3-16).

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Se recomienda seguir las precauciones estándar, inclusive para neonatos con oftalmía.

#### **MEDIDAS PREVENTIVAS:**

**Oftalmía del neonato.** Para realizar la profilaxia sistemática de los productos inmediatamente después de nacer, se instila en cada ojo solución al 1% de nitrato de plata, o pomada oftálmica de tetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%; no deberá hacerse lavado ulterior (véase “Prevención de oftalmía neonatal”, sección 5). La profilaxia puede diferirse incluso 1 h después del nacimiento para facilitar la vinculación de los padres con su hijo. Existe menor posibilidad de que los antimicrobianos tópicos originen irritación química, en comparación con el nitrato de plata. Ninguno de los agentes tópicos son eficaces contra *C. trachomatis*, quizá porque no erradican dicho microorganismo, de la nasofaringe.

**Hijos de mujeres con infecciones gonocócicas.** Si se aplica adecuadamente la profilaxia, los hijos de mujeres con infección gonocócica rara vez muestran oftalmía gonocócica. Sin embargo, dado que tal forma de oftalmía o infección diseminada a veces aparece en esta situación, los hijos de madres con gonorrea diagnosticada deben recibir 125 mg de ceftriaxona en una sola dosis intravenosa o intramuscular; en el caso de los prematuros y los pequeños de bajo peso neonatal, la dosis es de 25 a 50 mg/kg de peso hasta un máximo de 125 miligramos.

**Niños y adolescentes con exposición sexual a un paciente gonorreico.** Las personas expuestas deben ser sometidas a revisión, obtención de material para cultivo y al mismo tratamiento que las personas con gonorrea diagnosticada.

**Embarazo.** En todas las embarazadas se obtendrá material endocervical para cultivo en busca de gonococos, en la primera visita prenatal. Es recomendable un segundo cultivo a finales del tercer trimestre en mujeres expuestas a un gran peligro de exposición a la infección gonocócica. Los regímenes terapéuticos recomendados para personas infectadas son los descritos en la gonorrea no complicada, excepto que no deberán administrarse tetraciclina y fluoroquinolona ante los posibles efectos tóxicos en el feto. Las mujeres alérgicas a las cefalosporinas deben recibir espectinomicina.

**Notificación de casos y tratamiento de los compañeros sexuales.** Es importante notificar a los funcionarios de salud pública todos los casos de gonorrea (véase apéndice IX, “Enfermedades infecciosas de notificación nacional en Estados Unidos”). Los casos en niñas prepúberes deben ser investigados para identificar el origen de la infección. Para el control comunitario y la prevención de la reinfección y de las complicaciones en los contactos, hay que asegurarse de que los contactos sexuales reciban tratamiento y asesoría para que utilicen condones.

## **Granuloma inguinal** (Donovanosis)

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Las lesiones iniciales incluyen nódulos subcutáneos únicos o múltiples que evolucionan hasta formar úlceras granulomatosas friables, muy