

ABUSO SEXUAL EN NIÑOS

SANDRA MILENA GÓMEZ ORTÍZ, M.D.¹, DARIO COBO, M.D.²

RESUMEN

Se define abuso sexual, como la utilización de un niño en actividades sexuales que él no está en capacidad de comprender, para las que no está física, ni mentalmente preparado y, por tanto, no puede dar su consentimiento; y que violan la ley o los tabúes sociales con la finalidad de satisfacer o gratificar sexualmente a un adulto o grupo de personas adultas. Conocer el número exacto de niños que son víctimas de abuso sexual es una tarea imposible. Por medio de la ley 1146 del 2007 se expidieron las normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. La evaluación debe hacerse lo más pronto posible, se debe obtener evidencia antes de las 72 horas. Es muy importante en paciente a riesgo de embarazo, previo su consentimiento, y el de su familiar, administrar anticoncepción de emergencia. Igualmente, debe realizarse la profilaxis infecciosa del caso si está en riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

Palabras claves: Abuso sexual, Definición, Profilaxis, Niños

INTRODUCCIÓN

Se define abuso sexual, como la utilización de un niño en actividades sexuales que él no está en capacidad de comprender, para las que no está física, ni mentalmente preparado y, por tanto, no puede dar su consentimiento; y que violan la ley o los tabúes sociales con la finalidad de satisfacer o gratificar sexualmente a un adulto o grupo de personas adultas¹. Dos características están siempre presentes en los casos de abuso sexual de niños: la asimetría de edad y la coerción. Actos como el voyerismo, observar pornografía o contactos sexuales sin penetración no producen lesiones observables al examen físico². Otras definiciones del término incluyen,

¹MD. Estudiante de postgrado en pediatría. Universidad del Valle. Cali, Colombia

²MD. Pediatra. Profesor auxiliar. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Recibido para publicación: julio 15, 2012
Aceptado para publicación: diciembre 15, 2012

SUMMARY

Sexual abuse is defined as the use of a child in sexual activities that he is not able to understand, for which there is physical or mentally prepared and therefore can not give consent, and which violate the law or social taboos in order to meet or sexually gratify an adult or group of adults. Knowing the exact number of children who are victims of sexual abuse is an impossible task. Through law 1146 of 2007 rules were issued for sexual violence prevention and comprehensive care of children and adolescents sexually abused. The evaluation should be done as soon as possible, evidence should be obtained within 72 hours. It is very important in patients at risk of pregnancy, prior consent, and your family, manage emergency contraception. It must also be infectious if prophylaxis is at risk of contracting a sexually transmitted disease.

Key words: Sexual Abuse, Definition, Prevention, Children

juego sexual (se da entre niños con diferencia de edad no mayor a cuatro años, con similar grado de desarrollo y sin coerción); ataque sexual (agresión mediante la utilización de la fuerza; puede ser realizado por un desconocido), y explotación sexual (los niños son utilizados como objetos comerciales. Es el caso de la prostitución infantil)¹.

EPIDEMIOLOGÍA

Conocer el número exacto de niños que son víctimas de abuso sexual es una tarea imposible. La mayoría de las víctimas permanece en silencio debido a la coerción del abusador o a la vergüenza que genera la situación o a la presión de familiares para que no se hable del tema, en niños más pequeños o niños con importantes retrasos en el desarrollo, pudren carecer de capacidad de comunicación necesarias para comunicar el hecho.

En el año 2007, llegaron al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 50.397 quejas por maltrato infantil, de las que 6.020 (12%) fueron por abuso y explotación sexual³. Se sabe que 5% de los niños víctimas de abuso

sexual adquieren una enfermedad de transmisión sexual⁴. Los perpetradores son personas cercanas al niño (30 a 78% de los casos), la edad más afectada es de los 10 a 14 años y el sexo más afectado es el femenino¹.

Es en el hogar donde el abuso sexual tiene mayor ocurrencia por parte de los integrantes del mismo núcleo familiar y donde se encuentra el mayor riesgo. Un familiar, la pareja o un amigo cercano fue el atacante en 75% de los casos. En el otro 25% el agresor era por lo menos conocido de la víctima. 50% de esos abusos ocurrieron en casa y solo 1 de cada 5 violaciones o ataques sexuales ocurrió en la calle⁵.

MARCO LEGAL

Por medio de la ley 1146 del 2007 se expidieron las normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. En el capítulo III se señala la obligatoriedad en la prestación de atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados, aunque el paciente no se encuentre en estado de aseguramiento⁶.

MANEJO EN URGENCIAS

Los objetivos de la evaluación de una posible víctima de abuso sexual, incluyen: 1) Identificar las lesiones de importancia médica; 2) Realizar un diagnóstico oportuno; 3) Recolectar de manera oportuna y adecuada de evidencias, siguiendo las normas de Cadena de Custodia; 4) Detectar y hacer profilaxis inmediata de enfermedades de transmisión sexual (ETS- VIH); 5) Detectar y prevenir embarazos; 6) Ofrecer apoyo emocional y orientación psicológica, y 7) Apoyar legalmente con aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF⁶.

La evaluación debe hacerse lo más pronto posible, se debe obtener evidencia antes de las 72 horas. El examen físico debe hacerse con la mayor discreción posible, en un área privada y ojalá contar con un miembro del equipo de salud del mismo sexo en el caso de las niñas, que sirva como colaborador y testigo. Debe acompañar a la víctima un familiar, siempre que sea posible.

La información obtenida durante la entrevista se debe registrar de la manera más literal posible. Obtener información demográfica, el nombre o descripción del

presunto agresor y su relación con la paciente, las circunstancias en que ocurrieron los hechos, el lugar, las particularidades de la relación sexual, si hubo violencia física, eyaculación y otras circunstancias después del abuso.

Obtener además en la historia clínica información relacionada con la menarca, los ciclos menstruales, relaciones sexuales previas con consentimiento o sin él y posibilidad de un embarazo, enfermedades venéreas, consumo de drogas o alcohol por el paciente y el agresor^{7,8}.

EXAMEN FÍSICO

El médico debe mantener un tono de voz suave, comportarse con calma y ser considerado con los niños aprehensivos. Es útil explicar el examen de antemano para el paciente y cuidador.

Un examen físico completo, incluyendo la documentación cuidadosa de laceraciones, equimosis o petequias, es crítica. La exploración física de la cavidad oral incluye inspección del paladar duro y blando en búsqueda de hematomas o petequias, y la inspección del frenillo para cualquier laceración que puede ser el resultado de la penetración forzada por vía oral. Si el abuso sexual ha ocurrido en las 72 horas previas a la exploración física, debe realizarse recolección de evidencia forense.

Es muy importante contar con un espacio amplio y adecuado para llevar a cabo el examen de los genitales. Puede utilizarse una linterna o un otoscopio. Es importante antes de llevar a cabo el examen físico mostrar previamente los instrumentos al paciente, disminuyendo así el temor durante el examen físico⁹.

POSICIÓN

Para el examen genital se realiza mejor con el niño en posición de batracio (posición supina con rodillas separadas); si el niño está ansioso el examen puede realizarse mientras está sentado en el regazo del cuidador. Es necesario realizar un examen en decúbito prono con las rodillas apoyadas sobre la camilla, la cabeza en contacto con la mesa, y la parte posterior con lordosis máxima y relajación de los músculos abdominales para confirmar o excluir anomalías de la parte posterior del himen en las niñas. Es importante

documentar la posición en que estaba el niño en el momento del examen físico⁸.

DESCRIPCIÓN

Examen de la cavidad oral. Siempre debe ser evaluada la cavidad oral en busca de lesiones traumáticas, fluidos y células del agresor, así como para establecer la presencia (o ausencia) de signos clínicos compatibles con infecciones de transmisión sexual y estimar parámetros odontológicos para valoración de edad, cuando sea del caso. El examen de la cavidad oral incluye los siguientes procedimientos: 1) Recolección de evidencias traza: Examen de tejidos blandos con el fin de establecer o descartar la presencia de lesiones como equimosis, hematomas, edemas y heridas, entre otras; cualquier lesión presente en los tejidos blandos de la cavidad oral, debe ser identificada, muy bien descrita en cuanto a su forma, tamaño, color, grado (leve, moderada y severa) y si se trata de una lesión reciente o antigua, y 2) Determinar la presencia (o ausencia) de signos clínicos que hagan sospechar la existencia de una infección de transmisión sexual¹⁰.

Examen corporal. Evaluar, cuando sea del caso, criterios clínicos para la valoración de edad tales como talla, peso, vello facial, desarrollo mamario, vello axilar¹¹. Se debe realizar un examen físico completo describiendo en el informe los hallazgos según su ubicación anatómica. Establecer la presencia (o ausencia) de lesiones, especialmente lesiones que indiquen agresión física, lesiones asociadas a maniobras sexuales (principalmente en los pezones, glúteos, etc.), lesiones producidas durante el forcejeo. Entre otras, se deben buscar huellas de presión en cuello y brazos, signos de atadura en las extremidades, señales de bofetadas o abrasiones en cara y orejas, huellas de mordedura o succión, azotes en la espalda, equimosis en muslos y abdomen, y lesiones patrón (aquella lesión o conjunto de cambios que por su configuración o localización, sugieren un objeto causante, un mecanismo o una secuencia de eventos). Todas las lesiones encontradas deben ser adecuadamente identificadas, descritas, ubicadas y documentadas en la historia clínica. Ante el hallazgo de signos sugestivos de succión (aún sin huellas de mordedura), o frente a un relato que haga sospechar presencia de saliva (por ejemplo por besuqueo), igualmente se deben tomar muestras para análisis de saliva¹¹. Establecer la presencia (o ausencia) de signos clínicos de probabilidad o certeza

de embarazo, o que hagan sospechar la existencia de una infección de transmisión sexual.

Examen genital en niñas. Las lesiones varían dependiendo la edad de la víctima: Entre más jóvenes sufren desgarros más intensos que llegan a producir desinserción de vagina, ruptura de fondo de saco y de perineo, fractura de tabique rectovaginal. Debe realizarse una descripción detallada de la ubicación, tamaño y coloración del himen, bordes posteriores y anteriores, erosiones agudas, abrasiones en el vestíbulo o en los labios, laceraciones y secreciones. Los labios mayores son ligeramente retraídos entre el pulgar y el dedo índice con fuerza hacia abajo y hacia afuera. Las configuraciones más comunes son el himen, anular, parecida a un doblar el himen septado. La ubicación de las anomalías debe ser descritas como una esfera de reloj con la uretra en la posición de las 12 y el ano en posición de las 6¹⁰. En las niñas prepúberes, el uso del espéculo se reserva para sangrado inexplicable y puede requerir un examen con sedación. El uso de un hisopo de algodón humedecido para mover suavemente el himen puede ser útil para visualización adecuada del himen. Es muy importante determinar si estas lesiones son recientes o antiguas.

Examen genital en niños. Se puede llevar a cabo con el paciente en posición en decúbito supino o de pie. Examinar pene, testículos y perineo buscando marcas de mordeduras, rasguños, moretones o equimosis: signos de succión. La evaluación del ano puede realizarse con el paciente en decúbito supino, lateral y prono o con suave retracción de los pliegues glúteos⁹. En el análisis y evaluación debe tenerse presente el contexto del caso y el conjunto de signos; es decir, considerar no solo el diámetro del orificio anal (tono), sino los demás signos que puedan encontrarse tales como características de los pliegues, las lesiones traumáticas (equimosis, edema, excoriaciones, etc). Los signos de infección de transmisión sexual tales como chancros o condilomas, en la región anal, así como la comprobación de semen o espermatozoides a este nivel, son signos que indican y fundamentan la conclusión del coito, eyaculación anal o maniobras sexuales a nivel anal.

Puede encontrarse el examen físico dentro de límites normales en el 80% de los niños víctimas de abuso sexual, lo cual puede explicarse por varios factores: 1) Muchas formas de abuso sexual no causan una lesión

física, el abuso sexual puede ser de contacto no penetrante; 2) El tejido mucoso es elástico y puede ser estirado, sin perjuicio, y la lesión de la superficie mucosa sana rápidamente, y 3) Muchas víctimas de abuso sexual no buscan la atención médica durante semanas o meses después del abuso, y las abrasiones superficiales y fisuras se pueden curar en 24 a 48 horas.

Algunos hallazgos son específicos de abuso sexual, otros son menos claros:

Signos inespecíficos. Adherencias labiales, fisuras o fracturas en la mitad anterior del himen, secreciones vaginales, eritema de los genitales o el ano, fisuras anales y dilatación anal con heces en la ampolla.

Signos inespecíficos. Laceración aguda o equimosis del himen; Ausencia de tejido del himen en la mitad posterior; Transección del himen o himen hendido; Laceración anal profunda, y Embarazo sin antecedentes de relaciones sexuales sin consentimiento.

RECOLECCIÓN DE MUESTRAS Y EVIDENCIA

Durante las primeras 72 horas desde el momento de la ocurrencia de los hechos, la valoración clínica forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual constituye una urgencia médico-legal y por tanto debe ser atendida como tal en los servicios forenses y de salud. En los casos de violencia sexual en los cuales la víctima es atendida en un servicio de salud antes de que la autoridad tenga conocimiento del hecho, se debe efectuar el respectivo examen médico y recolección de elementos materiales probatorios o evidencias físicas, e informar inmediatamente a la autoridad al respecto, dejando constancia escrita en la historia clínica o en un documento que se diseñe para el seguimiento, de la fecha y hora, el mecanismo utilizado y los datos (institución, nombre y apellidos, número del documento de identificación, entre otros), de quien recibió el informe, así como de quien lo reportó^{12,13}.

Recolección de material extraño, ropa exterior, ropa interior. Desdoblar y colocar sobre el piso medio pliego de papel bond blanco, indicar al paciente que se coloque de pie en el centro de la hoja y retire de su cuerpo las prendas con cuidado. Recoger todos los elementos a medida que los va retirando y guárdelos en un sobre de papel por separado¹². Se debe rotular y sellar los sobres con cinta de seguridad, introducirlos en una bolsa

plástica transparente y sellarla con cinta de seguridad. Doblar la hoja de papel sobre la cual se paró el niño/a examinado de manera que no se pierda el material extraño y colocarlo en una bolsa de papel; rotular y sellar con cinta de seguridad, introducirla en una bolsa plástica y sellarla con cinta de seguridad. Si las prendas de vestir se encuentran mojadas por fluidos biológicos u otros materiales, se debe dejar secar previamente a temperatura ambiente. No hacer ningún corte por los orificios, rasgaduras o manchas que pueda tener la prenda, ni sacudirla. Si el paciente trae las prendas que tenía durante los hechos, recibirlas y empacarlas como se mencionó previamente^{12,13}.

Otros elementos. Toallas higiénicas/papel higiénico: Si se encuentran húmedos dejarlos secar a temperatura ambiente. Una vez secos empacarlos en bolsas de papel, cada elemento por separado. Selle con cinta de seguridad, rotule e introdúzcalos en una bolsa de plástico transparente, y selle nuevamente. Consignar en la historia clínica si la paciente tiene sangrado menstrual.

TOMA DE ELEMENTOS DURANTE EL EXAMEN FÍSICO

Uñas. Cortar las uñas de todos los dedos de la mano derecha, lo más cerca posible al surco subungueal. Introducir las uñas en un sobre de papel blanco, cerrar el sobre con cinta de seguridad; rotularlo e introducir el sobre en una bolsa de plástico. Sellar con cinta y repetir el mismo procedimiento para la mano izquierda. En uñas cortas se debe humedecer un escobillón previamente marcado con 2-3 gotas de agua destilada estéril y pasarlo varias veces por el sitio de la toma. Una vez seco empacar en una bolsa de papel, rotular y cerrar el sobre con cinta de seguridad, e introducir el sobre en una bolsa de plástico^{12,13}.

Pelos. Si durante el examen corporal se encuentran elementos pilosos, debe retirarse cada uno de ellos sujetándolos por el extremo distal con una pinza lisa de punta fina. Colocar dentro de un sobre de papel blanco, sellar, rotular, guardar en una bolsa de plástico transparente y posteriormente sellar con cinta de seguridad. Para la zona púbica colocar una hoja de papel blanco de medio pliego debajo de los glúteos del paciente, si tiene vello púbico peinarlo y recoger cualquier material extraño. Doblar el papel y dejar la peinilla adentro. Luego colocarlo dentro de un sobre de

papel blanco, sellarlo con cinta de seguridad, rotular e introducir en una bolsa de plástico transparente. Sellar con cinta de seguridad^{11,12}.

Frotis en huellas de mordedura o signos de succión según anamnesis. Retirar el material con un escobillón humedecido con 2-3 gotas de agua destilada estéril, previamente marcado, pasando varias veces por el sitio de la toma, trazando círculos concéntricos. Frotar suavemente la zona con otro escobillón seco, previamente marcado, y dejarlos secar a temperatura ambiente empleando para ello la caja secadora de escobillones, incrustando los escobillones de manera vertical. Una vez secos empacarlos en una bolsa de papel, rotular y cerrar el sobre con cinta de seguridad, introducir el sobre en una bolsa pequeña de plástico, y sellar^{12,13}.

Sospecha de saliva del agresor. Recolectar muestras en solución salina, guardar en tubo de ensayos.

Búsqueda de semen. Tomar por lo menos dos muestras con hisopo, aplicándolas sobre una lámina y fijar y secar preferiblemente con un secador.

Muestras de la cavidad oral, de los espacios interdentes y de las encías. Las secreciones obtenidas con hisopo se deben guardar en un tubo de ensayo con 1-2 ml de solución salina para detectar la movilidad de espermatozoides, hasta doce horas después del abuso sexual. Tomar otra muestra en 5 ml de solución salina para detectar fosfatasa ácida prostática; se puede detectar hasta 22 horas después en casos de abuso sexual y 30 horas después de una relación sexual con consentimiento, aún en ausencia de espermatozoides. En caso de que la víctima esté menstruando, se debe recolectar la toalla higiénica.

Además de la calidad de la muestra, su conservación, registro e identificación (se debe registrar zona de la cual se tomó, fecha, hora y registrar los datos del paciente)¹³.

SOLICITUD DE PARACLÍNICOS

Prueba de embarazo (en niñas en edad reproductiva); Serología RPR-VDRL; Frotis vaginal (en caso de leucorrea); ELISA VIH; Antígeno de superficie para hepatitis B (Ag HBs), y Anticuerpos anti-hepatitis C (Anti VHC)^{4,12,13}.

PROFILAXIS

Es muy importante en paciente a riesgo de embarazo, previo su consentimiento, y el de su familiar, administrar anticoncepción de emergencia. Igualmente, debe realizarse la profilaxis infecciosa del caso si está en riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual^{12,14}.

Anticoncepción. La probabilidad de embarazo en víctimas de abuso sexual es del 5%, en víctimas en periodo de ovulación el riesgo es del 14-17% 3 días antes de la ovulación. A toda paciente en edad reproductiva con sospecha de abuso sexual se le debe solicitar prueba de embarazo¹. Además se debe realizar profilaxis anticonceptiva en todas las pacientes a riesgo en las primeras 72 horas, desde el momento de la ocurrencia de los hechos¹⁵.

Profilaxis anticonceptiva en niñas en edad reproductiva. nLevonorgestrel 0,75 ug cada 12 horas idealmente, si no se dispone de este medicamento, existen otras alternativas: nEtinilestradiol 50 ug 2 tabletas dosis inicial y 2 tabletas a las 12 horas ó nEtinilestradiol 30 ug 4 tabletas dosis inicial y 4 tabletas a las 12 horas.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS). La prevalencia de las ETS en las víctimas de abuso sexual infantil depende del tipo de exposición, los síntomas genitales, las relaciones sexuales previas consentidas entre adolescentes y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en los adultos perpetradores. Las infecciones más comunes son la blenorragia y las ocasionadas por chlamydia. Las tasas de prevalencia de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* son 0,7 a 3,7% en la población pediátrica víctima de abuso sexual, siendo la mayoría niñas y presentando las adolescentes con actividad sexual previa al abuso tasas hasta del 14%. Las púberes, presentan mayores tasas de infecciones vaginales con descarga, pero asintomáticas¹⁶⁻¹⁸. La profilaxis de enfermedades venéreas se trata de acuerdo a las directrices del Libro Rojo de Enfermedades Infecciosas (Tabla 1)⁴.

Profilaxis postexposición VIH (PPE). El riesgo de transmisión del virus VIH en una sola agresión sexual que incluya transferencia de secreciones, sangre o ambos líquidos, es bajo pero no nulo. La justificación para realizar profilaxis post-exposición es que existe

Tabla 1

Profilaxis de enfermedades de transmisión sexual

Enfermedad	Profilaxis < 45 kilos	Profilaxis > 45 kilos
Blenorragia	Ceftriaxona 125 mg IM Dosis Única Azitromicina 20 mg/kg Dosis única	Ceftriaxona 125 mg IM Dosis Única Azitromicina 1 gr dosis única o
Infección por Chlamydia trachomatis	(Max 1gr) o Eritromicina 50 mg/kg/día cada 6h por 10-14 días	Doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 7 días
Vaginosis por Tricomonas	Metronidazol 15 mg/kg/día cada 8h x 7 días	Metronidazol 2 gr dosis única
Hepatitis B	Comenzar o completar la vacunación HB si no recibió inmunización	Comenzar o completar la vacunación HB si no recibió inmunización

IM = Intramuscular, Kg = Kilogramos, mg = Miligramos, gr = gramos. Adaptado de Red Book. Academia Americana de Pediatría

una ventana en la que la carga viral puede ser controlada por el sistema inmunológico. La incorporación de los antirretrovirales durante esta ventana, finaliza la replicación viral. El plazo ideal para realizar el inicio de profilaxis es entre 48 y 72 horas, si ésta incluyó la transferencia de secreciones¹⁸⁻²⁰.

Se debe explicar claramente al acompañante o familiar del menor los riesgos y beneficios de la profilaxis post-exposición, adherencia al tratamiento y la importancia participar en un programa de seguimiento para las pruebas serológicas.

REFERENCIAS

- Kellog N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116: 506-512
- Lago G, Céspedes JA. Abuso sexual infantil. Curso continuo de actualización en pediatría. Año 5, módulo 3: 16-29
- Ministerio de protección social, ICBF, 2008
- Rennels M, Baker C, Baltimore R, Bernstein H, Bocchini J, Brady M, et al. Sexual victimization and sexually transmitted infections. In: Rennels M, Baker C, Baltimore R, Bernstein H, Bocchini J, Brady M, et al., editors. *Red book: Enfermedades infecciosas en pediatría*, 27ª Edición. Editorial Médica Panamericana: Madrid 2007: 172-177
- Espinosa M. Observatorio de Violencia Familiar Año 2008. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal. Cali, 2008: 2-16
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1146 de 2007. Bogotá 2007: 1-8
- Johnson CH, Sexual abuse in children. *Pediatr Rev* 2006; 27: 17-27
- Lahoti S, McClain N. *American Family Physician*. 2001; 63: 883-891
- Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17: 191-197
- Adams JA, Girardin B, Faugno D. Signs of genital trauma in adolescent rape in victims examined acutely. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13: 88
- Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 91-110
- Monroy C, Orjuela C, Berenguer A, Sierra A, Constantín A, Moreno L, et al. Reglamento técnico para el abordaje integral forense de la víctima en la investigación del delito

Tabla 2

Profilaxis VIH de acuerdo al peso en niños

	PESO < 45 Kilos	PESO > 45 Kilos
Zidovudina (AZT)	10 mg/kg/dosis cada 6 horas por 6 semanas Suspensión 10 mg/ml (Frasco 100-240 ml)	180 mg/m ² /cada 12 horas Vía oral por 6 semanas Tabletas 300 mg
Lamivudina (3TC)	4 mg/kg/ cada 12h Suspensión 10 mg/ml (Frasco 100- 240 ml)	150 mg cada 12 horas Tableta 150 mg
Efavirenz	3-15 kg; 200 mg en la noche 15-45 kg: 400 mg en la noche por 6 semanas	> 45 kg_600 mg en la noche por 6 semanas

Kg = Kilogramos, m² = metros cuadrado, ml = mililitros. Adaptado de Red Book. Academia Americana de Pediatría

- sexual. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá 2009: 4-172
13. Constantin A, Orjuela C, Peña A, Henao C, Monroy C, Barreto M, et al. Guía de consulta abreviada para el examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras en los sectores forense y de salud- Bogotá 2006: 5-28
 14. Bernard D, Peters M. Evaluation of Suspected Pediatric Sexual Abuse, *Clinical Pediatric emergency Medicine* 2006; 7: 161-169
 15. Johnson C. Sexual Abuse in Children, *Pediatr Rev* 2006; 27: 17-27
 16. Bechtel K. Sexual abuse and sexually transmitted infections in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2010, 22: 94-99
 17. Simmons KJ, Hicks DJ. Child sexual abuse examination: is there a need for routine screening for *N. gonorrhoeae* and *C. trachomatis*? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005; 18:343-345
 18. Giardet RG, Lahoti S, Howard LA. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics* 2009; 124: 79-86
 19. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the Department of Health and Human Services. *MMWR Recommendations and Reports* 2005; 54 (RR-2). <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a.htm> [Accessed 22 August 2009].
 20. Fisher M, Benn P, Evans B. UK guidelines for the use of postexposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *International J STD/AIDS* 2006; 17: 81-92