

INFECCIONES POR PARÁSITOS MÁS FRECUENTES Y SU MANEJO

FREQUENTLY PARASITE INFECTIONS AND THEIR MANAGEMENT

DR. WERNER APT B. (1)

1. Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes. Programa de Biología Celular y Molecular; Instituto de Ciencias Biomédicas; Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Email: wapt@med.uchile.cl

RESUMEN

Las enfermedades parasitarias constituyen un problema de salud pública por su alta frecuencia en países en vías de desarrollo y por la presencia en países desarrollados, debido a la migración de personas provenientes de países del Tercer Mundo y por su alta morbilidad.

Se calcula que existen 2.800 millones de personas infectadas por geohelmintos. De acuerdo a la OMS existen 200 millones de individuos infectados con esquistosomas: 120 con filariasis linfática y 37 con oncocercosis *O.volvulus* (ceguera de los ríos). Un 20 a 30% de la población mundial está infectada con *Toxoplasma gondii*. Al año se originan entre 300 y 500 millones de nuevos casos de malaria, periodo en el que fallecen más de un millón de niños menores de cinco años por esta parasitosis. Hay entre 10-15 millones de individuos infectados por *Trypanosoma cruzi* en Latinoamérica, zoonosis que se ha extendido a Europa, Asia, Oceanía y Norteamérica, debido a la migración de personas infectadas de zonas endémicas a dichos continentes. Sólo la sarna origina más de 300 millones de personas infestadas al año.

Debido a estos antecedentes creímos que sería útil revisar la epidemiología y clínica de las principales parasitosis del mundo y, a través de tablas, destacar el diagnóstico de laboratorio y la terapia tanto de las enteroparasitosis como las histo-hemoparasitosis y las originadas por artrópodos.

Palabras clave: Enfermedades parasitarias, Epidemiología, Aspectos clínicos, tratamiento antiprotozoos, antihelminticos, antiartrópodos, fármacos.

SUMMARY

Parasitic diseases are a Public Health problem because of its high frequency in countries in process of development and the presence in developed countries by the migration of people from Third World countries, and their high morbidity.

It is estimated that there are 2,800 millions of individuals infected by geohelminths: *Ascaris lumbricoides*, 1.2 millions, 795 *Trichiurus trichiura* and hookworm 740 millions. According to WHO there are 200 millions people with schistosomes, 120 with lymphatic filariasis and 38 millions with *Onchocerca volvulus* (river blindness). 20 to 30% of the world population is infected with *Toxoplasma gondii*. Between 300-500 millions of new cases of malaria each year are originate, during which more than one millions children under 5 years die for this parasitosis. There are between 10-15 millions people infected with *Trypanosoma cruzi* in Latin America, zoonosis that has spread to Europe, Asia, Oceania and North America by the migration of infected people from endemic zones to these continents or countries. Only scabies causes more than 300 millions of infested persons per year. On this background we thought it would be useful to review the epidemiology and clinical aspects of the main parasitic diseases of the world and through tables highlight the laboratory diagnosis and treatment of the enteroparasites, histo-hemoparasites and those caused by arthropods.

Key words: Parasitic disease, epidemiology, clinical aspects, treatment, antiprotozoa, antihelmintic, antiarthropods, drugs.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades parasitarias constituyen un problema de salud pública debido a su alta prevalencia en países en vías de desarrollo en Asia, África y Latinoamérica; por su frecuencia en países desarrollados dada la migración de personas provenientes de países del Tercer Mundo y su alta morbilidad.

Se calcula que existen 2.800 millones de individuos infectados por geohelmintos: 1.200 por *Ascaris lumbricoides*, 795 por *Trichuris trichiura* y 740 millones por uncinariasis: *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*. Según la OMS existirían 200 millones de personas con esquistosomas, 120 con filariasis linfática y 37 millones con *Onchocerca volvulus* (ceguera de los ríos). Entre un 20 a 30% de la población mundial presenta una infección por *Toxoplasma gondii*.

En relación a la malaria se producen anualmente entre 300 y 500 millones de nuevos casos al año y en ese período fallece más de un millón de menores de cinco años por esa zoonosis. Hoy en día hay 8-10 millones de individuos infectados con *Trypanosoma cruzi* en Latinoamérica, pero esta parasitosis autóctona de ese continente se ha extendido por la migración de personas infectadas de zonas endémicas a países de Europa, Asia y Oceanía. Al año se originan 1.5 a 2 millones de casos de leishmaniasis cutánea y 500.000 de la forma visceral. Los artrópodos parasitos mantienen actualmente su importancia ya sea como vectores biológicos, mecánicos, parásitos o provocando envenenamiento (artrópodos ponzoñosos). Sólo la sarna origina más de 300 millones de personas infestadas al año. La magoterapia utiliza larvas de moscas en el tratamiento de personas diabéticas para eliminar los tejidos necrozados y así poder posteriormente, realizar implantes de piel sana, evitando las amputaciones. Los parásitos se utilizan en investigación ya que muchos modelos con parásitos permiten conocer mejor la tríada ecológica parásito-hospedero-medio ambiente, así como diversos procesos de importancia en genética, inmunología y biología celular.

A continuación nos referiremos a las infecciones parasitarias más frecuentes y a su tratamiento (1-3).

ENTEROPARÁSITOS (PARASITOSES DEL TUBO DIGESTIVO)

DEFINICIÓN

Las parasitosis digestivas son originadas por protozoos y helmintos que comprometen fundamentalmente el intestino (delgado y grueso) y, excepcionalmente, otras partes del tubo digestivo. En los niños pueden ser causa de diarrea y enfermedades recurrentes. El daño que producen depende de la tríada ecológica agente, hospedero y medio ambiente. Cuando existe equilibrio lo habitual es que el cuadro curse en forma subclínica, y si predominan factores del parásito se desarrollará la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

Si bien en nuestro país no existen encuestas masivas recientes, se puede señalar que las geohelmintiasis en zonas urbanas han disminuido

en forma importante (ascariasis y tricocefalosis, por ejemplo). En cambio aquellas parasitosis del tubo digestivo que no son influenciadas por el medio ambiente externo como la oxuriasis, han mantenido una prevalencia alta. En pacientes inmunodeprimidos con SIDA, cáncer, linfomas, transplantados, etc., se presentan en aumento los coccidios intestinales: cistoisosporiasis, ciclosporiasis, criptosporiasis, microsporidiosis.

CLÍNICA

• Protozoos

-Giardiasis (*Giardia lamblia*, *Giardia intestinalis*, *Giardia duodenalis*). Parasitosis del intestino delgado. Muy importante como causa de diarrea aguda e infecciones recurrentes en niños. Puede producir diarrea crónica y mala absorción en lactantes, preescolares y escolares. Los pacientes habitualmente tienen dolor abdominal, meteorismo y náuseas. No tiene mayor prevalencia en inmunodeprimidos.

-Amebiasis (*Entamoeba histolytica*). Parasitosis del intestino grueso. Su prevalencia ha desminuido en los últimos años y es inferior al 5% en niños y al 10% en adultos. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, menos del 5 al 10% tienen sintomatología destacando la diarrea aguda. Cuadros disentéricos, colitis fulminantes y amebomas tienen baja frecuencia. El absceso hepático amebiano es actualmente una rareza. Las amebas pueden originar diarrea crónica, entidad que es más frecuente en adultos que en niños. Hasta la fecha no se ha demostrado que esta parasitosis tenga mayor prevalencia en inmunodeprimidos.

-Balantiasis (*Balantidium coli*). Parasitosis del intestino grueso de muy baja frecuencia y que tiene relación con la crianza y manipulación de cerdos. En niños puede originar diarrea aguda, crónica o constituir una entidad subclínica.

-Blastocistiasis (*Blastocystis hominis*). Actualmente se considera una parasitosis que es capaz de originar en niños diarrea aguda, excepcionalmente crónica.

-Criptosporidiosis (*Cryptosporidium parvum*, *C.hominis*, *C.spp*). En inmunocompetentes se localiza en el intestino delgado y en inmunodeprimidos puede originar colangitis esclerosante y localizarse fuera del intestino. En personas con inmunidad conservada origina una diarrea aguda con fiebre y dolor abdominal que dura 5 a 7 días. En inmunodeprimidos provoca diarrea crónica secretora con o sin mala absorción, muy difícil de controlar, especialmente en niños con SIDA.

-Ciclosporiasis (*Cyclospora cayetanensis*). Coccidio que se localiza en el intestino delgado. Origina diarrea aguda. No tiene mayor prevalencia en inmunodeprimidos.

-Cistoisosporiasis (*Isospora belli*). Se localiza en el intestino delgado. Origina diarrea aguda en inmunocompetentes. En inmunodeprimidos, diarrea crónica. Los pacientes presentan habitualmente baja de peso,

deshidratación, dolor abdominal. Los niños con inmunidad conservada presentan eosinofilia y cristales de *Charcot Leyden* en heces.

-Sarcocistosis. Se localiza en el intestino delgado. Zoonosis que se adquiere al ingerir carne cruda o mal cocida de cerdo o de vacuno con quistes de *Sarcocystis suis hominis* o *bovis hominis*. La parasitosis origina una diarrea aguda o subaguda en inmunocompetentes (al igual que cistoisosporiasis).

-Microsporidiosis. En la actualidad se considera que estos organismos están más cerca de los hongos que de los protozoos. Hay varias especies que afectan al paciente inmunodeprimido, originando cuadros intestinales y extraintestinales de difícil tratamiento. Las más importantes son:

Enterocytozoon bieneusi.

Encephalitozoon intestinalis.

Encephalitozoon cuniculi.

Encephalitozoon hellem.

• Helmintos

Nemátodos (Gusanos redondos):

-Oxiuriasis (*Enterobius vermicularis*): Se localiza en el intestino grueso. Infección familiar que origina prurito anal, nasal y genital. Como su ciclo es intradomiciliario y no es afectado por el medio ambiente externo, constituye una parasitosis prevalente en colegios e internados.

-Ascariasis (*Ascaris lumbricoides*). Gusano redondo, se ubica en el intestino delgado. Es prevalente en niños de procedencia rural del centro sur del país. Sus larvas pueden originar síntomas respiratorios (ciclo de Loos en el pulmón) y los adultos del intestino, cuadros inespecíficos de diarrea y dolor abdominal. Ocasionalmente hay expulsiones de las vermes por boca, nariz y ano. Excepcionalmente pueden originar un síndrome de obstrucción intestinal.

-Tricocelafosis: (*Trichuris trichiura*). Se ubica en el intestino grueso. Los niños desnutridos con infecciones masivas pueden presentar prolapsus rectal, disentería y/o diarrea.

-Anisakidosis (*Anisakis simplex* o *Pseudoterranova spp*). Los niños se infectan al ingerir pescado de agua salada, crudo o mal cocido, que contiene larvas del parásito, estas se introducen en la mucosa gástrica o intestinal. Pueden provocar dolor abdominal, vómitos y ocasionalmente íleo o perforación intestinal.

Cestodos (Gusanos planos):

Himenolepiasis (*Hymenolepis nana v. nana H. v. fraterna*). Es la cestodiasis más frecuente del niño. Origina síntomas digestivos inespecíficos al ingerir huevos embrionados que contaminan el medio ambiente. La parasitosis se mantiene por una autoinfección interna y externa. Los niños excepcionalmente pueden infectarse con otros cestodos: *Hymenolepis diminuta* propia de roedores y por *Dipylidium caninum*, propio del perro. En estos últimos casos la infección constituye un ac-

cidente al ingerir pulgas infectadas con larvas (cisticercoideos).

Teniasis (*Taenia saginata*, *T.sodium*). Los niños infrecuentemente se infectan al ingerir carne cruda o insuficientemente cocida de vacuno (*T.saginata*) o de cerdo (*T.sodium*, *T.asiatica*).

Las parasitosis es más frecuente en adultos. No sabemos si *T.asiatica* existe en el continente americano.

La importancia de *T.sodium* radica en que el hombre puede albergar fuera de las formas adultas a las larvas: cisticercosis (*Cysticercus cellulosae*). Alrededor del 10% de los pacientes con teniasis tienen además cisticercosis.

Diphilobotriasis (*Diphyllobothrium latum*, *D. pacificum*, *D. dendriticum*).

Los niños y adultos se pueden infectar al ingerir peces de agua dulce (*Diphyllobothrium latum*, *D. dendriticum*) o de mar (*D. pacificum*) crudos, ahumados o mal cocidos. La sintomatología digestiva es inespecífica, excepto la anemia tipo perniciosa (magaloblastico) que se presenta en el 3% de los casos.

HISTOPARÁSITOS (PARÁSITOSES DE LOS TEJIDOS)

TOXOPLASMOSIS

Definición: Zoonosis parasitaria cosmopolita originada por el protozoo *Toxoplasma gondii*, que en personas con inmunidad conservada cursa por lo general en forma subclínica, pero en inmunodeprimidos produce cuadros graves con compromiso del SNC. La infección congénita tiene gran importancia clínica ya que los recién nacidos se pueden presentar como aparentemente sanos o desarrollar cuadros de infecciones generalizadas.

Epidemiología. La toxoplasmosis es la zoonosis más frecuente en el mundo. Es universal y afecta a todos los animales de sangre caliente incluyendo al hombre. El gato y otros felinos (jaguarundi, gato montés, etc.) son los únicos que albergan la forma adulta sexuada en su intestino, ellos y todos los otros animales (incluyendo el hombre) presentan las formas asexuadas extraintestinales. El hombre se infecta al ingerir carne cruda o insuficientemente cocida que tenga quistes (clásicos) del parásito o por el consumo de frutas y hortalizas que estén contaminadas con ooquistes de *T.gondii* eliminados por las heces de gatos jóvenes infectados.

En Chile la infección adquirida comienza al año o año y medio de vida y va aumentando con la edad, de modo tal que el 40% de las poblaciones mayor de 21 años presenta la parasitosis. De acuerdo a la experiencia mundial se produce un caso congénito por c/1.000 partos. En nuestro país la inmensa mayoría de los gestantes tiene una toxoplasmosis crónica (subclínica) y, por consiguiente, presentan inmunidad y no existe la posibilidad de transmisión congénita excepto que adquieran el SIDA y se reactive la toxoplasmosis crónica con generalización de la parasitosis.

Clínica. Las formas adquiridas por lo general cursan una forma subclínica, menos del 10% presenta sintomatología que fluctúa de acuerdo al órgano comprometido. La forma más conocida es la linfoganglionar, que compromete los ganglios del cuello y de la base del cráneo, más infrecuentemente los ganglios axilares e inguinales. El cuadro se presenta en adolescentes o adultos jóvenes que presentan ganglios de dos a tres cms., duros, indoloros no adheridos a planos superficiales ni profundos, que no fistulizan. Habitualmente los pacientes presentan compromiso del estado general, destacando adinamia, fiebre o febrícula.

Las formas congénitas se originan en un tercio de las primoinfecciones de las embarazadas. La infección es más frecuente en el tercer trimestre de la gestación, pero es más grave en el primer trimestre ya que el producto por lo general muere. Una vez que se ha formado el feto y el *T.gondii* atraviesa la placenta, el compromiso fetal es similar a la toxoplasmosis adquirida, es decir, habría una fase generalizada seguida de una etapa subaguda y posteriormente un período crónico o de secuelas. Si la infección se produce cerca del parto, el recién nacido (RN) puede nacer aparentemente sano y posteriormente desarrollar un cuadro agudo. Si la infección se realiza a comienzos del noveno mes, el cuadro agudo se produce en el útero y el RN presentaría un cuadro subagudo, caracterizado por encefalitis. Por último, si la infección de la gestante es del quinto a sexto mes las etapas agudas (septicemia) y subaguda (encefalitis) se desarrollan en útero y el RN puede presentar secuelas, que incluyen la tríada de Sabin: coriorretinitis, calcificaciones cerebrales e hidrocefalia, o uno de los elementos de la tríada o simplemente retraso mental. La relación entre los cuadros congénitos generalizados, los subagudos y las secuelas es de 1:10:100.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Definición: Zoonosis parasitaria originada por un protozoo flagelado, el *Trypanosoma cruzi* que infecta a mamíferos y a triatominos. La enfermedad de Chagas puede ser adquirida o congénita, comprometiendo en grado variable diversos órganos y síntomas, especialmente el corazón y el tubo digestivo.

Epidemiología. En la naturaleza el parásito circula en dos ciclos básicos: el silvestre y el doméstico. La enfermedad existe desde el sur de los Estados Unidos hasta la Patagonia argentina. En nuestro país existe desde el límite con el Perú en el norte hasta la mitad de la Provincia de Colchagua. En Latinoamérica hay más de 10 millones de personas infectadas. En Chile hay alrededor de 150 mil personas con enfermedad de Chagas. Los vectores más importantes son *Triatoma infestans* (ciclo doméstico), *Mepraia spinolai* (ciclo silvestre) y *M.gajardoi* que habita en la zona costera de la I – III regiones. En 1999 Chile fue declarado libre de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por *T.infestans*, de modo tal que la infección humana actualmente se produce por vectores silvestres, la forma congénita y excepcionalmente por la vía oral (aún no observada) y por trasplantes. La infección a través de sangre infectada se controla a nivel nacional en los bancos de sangre del país.

Clínica. La enfermedad de Chagas tiene características clínicas regio-

nales, así por ejemplo en el norte de Argentina (Chaco) las formas adquiridas agudas son frecuentes. En Chile esto es excepcional. En Brasil la megaformación más frecuente en los casos crónicos digestivos es la acalasia del esófago, en Chile es el megacolon.

Las formas adquiridas agudas presentan síntomas en alrededor del 5%: chagoma de inoculación en la piel o signo de Romaña si la infección es de la región periorbitaria. Edema bipalpebral unilateral con adenopatías preauricular y dacrioadenitis. Esta forma es más frecuente en niños. Los niños menores de dos años pueden presentar hepatoesplenomegalia, adenopatías, fiebre, anasarca, diarrea y cardiomegalia. Excepcionalmente presentan una meningoencefalitis y/o una carditis que agrava el pronóstico.

La forma crónica indeterminada o latente se desarrolla después de 10 o más años de infección, es asintomática con exámenes rutinarios normales, radiografía de tórax, ECG, perfil bioquímico, hepático, orina, etc.

La forma crónica cardiaca la presenta en Chile un 30% de los pacientes, puede ser asintomática (sólo con ECG alterado) al comienzo y posteriormente, presentan sintomatología evolutiva que lleva a una cardiopatía dilatada con arritmias, y a la insuficiencia cardiaca y procesos tromboembólicos. La forma digestiva se traduce en megaesófago (acalasia) que produce disfagia lógica, pirosis y dificultad en la deglución. Los pacientes con megacolon presentan dificultad en la defecación, constipación rebelde y puede complicarse con volvulus.

En Chile el 60% al 70% presentan la forma crónica indeterminada; 30% la forma crónica determinada cardiaca y menos del 5% presentan la forma aguda.

En la forma congénita, el parásito atraviesa la placenta después del primer trimestre de la gestación en embarazadas asintomáticas, que presentan por lo general el período crónico latente de la enfermedad de Chagas. La mayoría de los RN son de término. Excepcionalmente pueden nacer prematuros con hepatoesplenomegalia, lesiones cutáneas, carditis y alteraciones de la conjuntiva. A diferencia de la toxoplasmosis, en la enfermedad de Chagas la infección aguda se puede repetir en embarazos sucesivos.

La enfermedad de Chagas crónica en período indeterminado en pacientes que adquieren SIDA u otra enfermedad inmunosupresora (leucemia, Hodgkin, cáncer, etc.), es grave ya que se puede originar una reactivación de la enfermedad con compromiso cardiaco (pancarditis) y del SNC, meningoencefalitis de mal pronóstico y difícil tratamiento.

ARTRÓPODOS (ECTOPARÁSITOS)

SARNA

Definición: La sarna o escabiosis es una ectoparasitosis cosmopolita del hombre originada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*,

que se transmite principalmente por contacto directo de persona a persona. Se caracteriza por producir intenso prurito.

Epidemiología. La sarna constituye un problema de salud pública mundial que afecta principalmente a países pobres y en vías de desarrollo. Es una parasitosis familiar o de grupos cerrados, el 73%-85%, de los contagios se origina en estos grupos.

Existe transmisión sexual. Un mecanismo secundario de la infección es por fómites, como sábanas, toallas, etc. La parasitosis aumenta en otoño e invierno. La sarna es más prevalente en niños. En el mundo existen alrededor de 300 millones de personas infestadas. En Chile menos del 1% de la población tiene sarna.

Clínica. La sarna abarca todo el cuerpo, excepto la cabeza y espalda en niños, adolescentes y adultos. En lactantes hay compromiso de la cabeza, cara, palmas, y plantas, cuello, espalda y regiones retroauriculares. Es frecuente observar en ellos los nódulos acarinos junto a un engrosamiento de la piel. El niño está irritable por la falta de sueño por el prurito y las sobreinfecciones frecuentes.

En pacientes inmunocomprometidos se desarrolla la sarna costrosa o sarna noruega; en ella la infección es intensa, hay aumento de inmuno-globulina IgE y existe eosinofilia periférica.

En la sarna hay dos tipos de lesiones:

1. Lesiones producidas por los ácaros: surco acarino y la vesícula perlada de Bazin.

Las primeras son surcos lineales, tortuosos, eritematosos de unos pocos milímetros hasta un centímetro y que corresponden al trayecto que realiza la hembra cuando orada el túnel. La vesícula perlada es una lesión inflamatoria con vesículas de un milímetro de diámetro producida en el sitio donde la hembra cava el túnel.

2. Lesiones indirectas o por hipersensibilidad: por lo general son lesiones levemente solevantadas, papulosas, eritematosas, de dis-

tribución bilateral, simétrica y generalizada. Los nódulos acarinos son lesiones granulomatosas pequeñas de pocos milímetros de diámetro, muy pruriginosas, que se ubican en axilas, codos, flancos, escroto, pene y pliegues sub e interglúteos, originados también por hipersensibilidad.

PEDICULOSIS

Definición: Ectoparasitosis específica y permanente del hombre por *Pediculus capitis* (piojo de la cabeza), *P. corporis* o *vestimentis* (piojo del cuerpo) y *Phthirus pubis* (piojo del pubis). Son insectos hematófagos que originan lesiones por la picadura y sensibilización a derivados de éste. *P. vestimentis* es vector biológico de *Rickettsia prowazekii* (tifus exantemático) y de *Borrelia recurrentis* (fiebre recurrente epidémica).

Epidemiología. La pediculosis de la cabeza es más frecuente en niños, en cambio *P. vestimentis* es más prevalente en adultos, y *P. capitis* predomina en el sexo femenino, posiblemente por el pelo largo. La transmisión es por contacto directo de persona a persona y por este motivo predomina en familias o personas que mantienen una estrecha convivencia como por ejemplo en colegios, internados, etc. *E. P. pubis* se transmite sexualmente por contacto directo entre la persona infestada y la sana.

Clínica: En la pediculosis de la cabeza los piojos y las lesiones se ubican de preferencia en la región occipital y retroauricular. Hay huellas de grataje en el cuero cabelludo, muchas veces infectadas. Las lesiones de *P. vestimentis* se encuentran más frecuentemente en la región dorsal, de la cintura hacia arriba, en axilas y pliegues submamarios.

En la Pitiriasis (*P. pubis*) las lesiones se ubican en el vello genital, pliegues inguinales y los genitales.

Agradecimientos: Este estudio fue financiado parcialmente por los proyectos Fondecyt 1120382 y 1100768.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apt W, Arribada A, Zulantay I, Rodríguez J, Saavedra M, Muñoz A. Treatment of Chagas' disease with itraconazole: electrocardiographic and parasitological conditions after 20 years of follow-up. *J Antimicrob Chemother* 2013; 68: 2164-9.
2. Apt W. Parasitología Humana. Ed Mc Graw Hill 2013. México. 800 páginas. www.mhhe.com/med/apt_ph1e
3. Apt W. Parasitosis. Carlos Saieh. Manual de Pediatría ambulatoria. Parte cap. 40 Parasitología. Ed. Mediterraneo. Santiago, Chile. 2013. Páginas 501-11.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE LOS ENTEROPARÁSITOS

PARASITOsis	MÉTODO DE ELECCIÓN	MÉTODO ALTERNATIVO	OTROS
PROTOZOOS			
Giardiosis	PSH*	Sondeo duodenal	Biopsia intestino delgado
Amebiasis	PSH	Serología: Invasión tisular	Biopsia
Balantidiasis	PSH		Biopsia de colon
Blastocistosis	PSH		
Cryptosporidiosis	PSH técnica flotación y tinción Z. Neelsen		Biopsia intestino delgado
Ciclosporiasis	PSH técnica flotación y tinción Z. Neelsen	Luz ultravioleta	Biopsia intestino delgado
Cistoisosporiasis	PSH técnica flotación y tinción Z. Neelsen		
Sarcocystosis	PSH		
Microsporidiosis	PSH técnica flotación y tinción tricromica		Biopsia intestino delgado
HELMINTOS			
Anisakidosis	Observación por endoscopia		Estudio pieza operatoria
Ascariosis – Tricocefaliosis	PSH	Examen directo de vermes	
Diphilobiotasis	PSH		
Himenolepiasis	PSH		
Oxiuriasis	Test de Graham	Observación durante colonoscopia	
Teniasis	Exámen de proglótidas	Huevos en heces	

* PSH= Examen parasitológico seriado de heces.

TABLA 2. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE LOS HISTOPARÁSITOS

PARASITOSIS	MÉTODO DE ELECCIÓN	MÉTODO ALTERNATIVO	OTROS
Toxoplasmosis	Serología: Sabin y Feldman, IFI y ELISA	ELISA Avidez	PCR, biopsias ganglionares (formas adquiridas) y cerebrales p. Ej.: SIDA o en sangre del cordón umbilical en infección congénita
Enfermedad de Chagas			
Adquirida aguda	Exámenes de sangre al fresco Frotis Gota gruesa		
Congénita	Microstrout (microhematócritro) PCR seriado	1,2,3	
Adquirida crónica	Serología: ELISA, IFI. PCR	Xenodiagnóstico	Biopsia (endomiocardica)

TABLA 3. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE LOS ARTRÓPODOS

PARASITOSIS	MÉTODO DE ELECCIÓN	MÉTODO ALTERNATIVO
Sarna	Acaro test	Tinta china (surco acarino)
Pediculosis <i>Pediculus capitis</i>	Observación de liendres (huevos), adultos	
<i>P.corporis</i>	Adultos en pliegues de la ropa	
Phthirus pubis	Observación de liendres y adultos	

TABLA 4. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS - PARASITOSIS DEL TUBO DIGESTIVO - PROTOZOOS

ENFERMEDAD Y PARASITOIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLON GACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
AMEBIASIS AGUDA <i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol	Suspensión De 125mg por d5cc	Niños: 30-50mg		3 veces al día	Oral	10 días	Es carcinógeno en ratas y ratones y mutágeno en bacterias. No debe administrarse a embarazadas. Efecto disulfirán.
	0	Comprimidos de 250mg	Adultos: 30mg		750mg	Oral	10 días	El consumo de alcohol está contraindicado durante la terapia.
		Ampollas de 500mg			3 veces al día	Endovenosa		
	Tinidazol	Suspensión de 200mg/cc	Niños: 30-60mg		Una sola toma	Oral	2-3 días	Efecto antabus (disulfirán). Tiene los mismos efectos secundarios del metronidazol.
	0	Comprimidos de 500mg y de 1g	Adultos:	2g	Una sola toma	Oral	2 días	"
	Secnidazol	Suspensión de 500mg 715cc. Gránulos de 500 y 900mg	Niños: 30mg		Dosis única	Oral	1 día	"
	Más	Comprimidos de 250, 500 y 1000mg	Adultos:	2g	Dosis única	Oral	1 día	"
	Emetina Clorhidrato	Ampollas de 1cc, 2 concentraciones 0.02 y 0.04g/cc	1mg	Máxima 60mg	2 o 3 inyecciones diarias	Subcutánea profunda	5-10 días (dosis total máxima 600mg)	Frecuentemente provoca arritmias, dolor precordial y celulitis en el sitio de la inyección.
	Dehidroemetina	Comprimidos de 250mg	Adultos: 30mg		750mg	Oral	5-10 días (dosis total máxima 600mg)	A causa de los efectos tóxicos sobre el corazón, los pacientes deben controlarse mediante ECG y hacer una vida sedentaria.

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
AMEBIASIS CRÓNICA Y PORTADORES	Metronidazol	Indicada anteriormente	Indicada anteriormente	Niños: 3 veces al día	Oral	10 días	Indicada Anteriormente.
	0			Adultos: 500mg 3 veces al día	Oral	10 días	Indicada Anteriormente.
Entamoeba histolytica	Ornidazol	Comprimidos de 250 y 500mg	Niños: 25mg	2 veces al día	Oral	5 días	No tiene efecto disulfirán.
	0		Adultos: 1.5g	3 veces al día	Oral	3 días	
Teclozán	Suspensión de 500mg/5cc	Niños:	>8 años:500mg, 3 veces al día 3-8 años: 25mg 3 veces al día <3 años: 75mg, 3 veces al día	Oral	5 días		
	0	Comprimidos de 500mg	Adultos: Máxima 1.5g	500mg, 2 veces al día			
Etofamida	Suspensión de 100mg/5cc	Niños 20mg Adultos	2 veces al día (500mg d/12 hrs)	Oral	3-5 días		Efectos secundarios: náuseas, constipación, meteorismo.
	0	Suspensión de 100mg/5cc	Niños: 20mg Adultos:	3 veces al día	Oral	10 días	
Furoato de Diloxamida	Comprimidos de 500mg	Adultos:	500mg 3 veces al día	Oral	10 días		
	0	Tabletas de 200mg	Niños: 30-60mg Adultos: 600mg 3 veces al día	Oral	10-20 días		
Dijodohidro-xiquinoleína							
	0						

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	ADMINISTRACIÓN	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
	Quinifamida 0	Tabletas de 50, 100 y 300mg	Niños: Adultos:	< 6 años: 50mg, 3 veces al día o una dosis única de 150mg. 6-12 años 75mg, 3 veces al día o una sola dosis de 225mg 100mg, 3 veces al día o en una sola dosis de 300mg	Oral	1 día	Efectos secundarios: náuseas, vómitos, meteorismo.	
	Paramomicina	Jarabe de 125mg/5cc Cápsulas de 250mg	Niños: 25mg Adultos:	3 veces al día 500mg, 3 veces al día	Oral	5 días	Fármaco de elección en EUA.	
	Alternativo: Tetraciclina	Cápsulas de 250mg	Máxima 2g	4 veces al día	Oral	5 días	No debe administrarse durante el embarazo, ni a menores de 8 años (por la alteración que origina en la dentición).	
BLASTOCISTOSIS <i>Blastocystis hominis</i>	Metronidazol 0	Indicada anteriormente	Niños: 30-50mg Adultos: 30mg	3 veces al día 3 veces al día	Oral	10 días		
	Ornidazol	Indicada Anteriormente	25mg	3 veces al día	Oral	10 días		
BALANTIDIASIS <i>Balantidium coli</i>	Tetraciclina	Jarabe de 125mg por cada 5cc Cápsulas de 250mg	Niños 50mg Adultos	Máxima 2g 500mg, 4 veces al día	Oral	10 días	Indicadas anteriormente.	
	Alternativo: Ampicilina 0 Amoxicilina	Jarabe de 250 y 500mg por cada 5cc Cápsulas de 250 y 500mg	30mg	Máxima 2g 3 veces al día	Oral	7 días		

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	ADMINISTRACIÓN	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
GIARDIASIS <i>Giardia intestinalis</i>	Metronidazol 0	Suspensión de 125mg por cada 5cc Comprimidos de 250mg y 500mg	Niños: 15mg Adultos: 30mg		3 veces al día 3 veces al día	Oral Oral	5 días 5 días	Excepcionalmente leucopenia transitoria. Contraindicado durante el embarazo y la lactancia. El alcohol está proscrito durante la terapia.
	Tinidazol 0	Jarabe de 1000mg y de 500mg por cada 5cc Comprimidos 500mg y de 1000mg	Niños: 50-75mg Adultos:	2g	Dosis única Dosis única	Oral		Puede provocar alteraciones del aparato gastrointestinal.
	Secnidazol 0	Suspensión de 500mg por 15cc Comprimidos de 250,500 y 1000 mg Gránulos de 500mg y 900mg	Niños: 30mg Adultos:	2g	Dosis única Dosis única	Oral	1 día	
	Nitazoxanida 0	Suspensión de 100mg por 5cc Tabletas de 500mg Tabletas dispensables de 200mg	Niños: 100mg Adultos:	1-2 años 100mg 3-11 años 200mg 1g	2 veces al día 2 veces al día	Oral Oral	3 días 3 días	
	Ornidazol	Comprimidos de 500mg		25mg	1.5g	3 veces al día	Oral	5 días
	Alternativo: Furozolidona 0	Jarabe de 50mg y de 17mg por cada 5cc. Comprimidos de 100mg	Niños: 10mg Adultos:	400mg	4 veces al día	Oral	7 días	No se debe administrar el fármaco a personas alérgicas a los imidazoles (Metronidazol, Tinidazol).
	Albendazol	Jarabe de 200mg por cada 5cc Comprimidos de 200 y 400mg	Niños: 10mg Adultos:	400mg	1 vez al día	Oral	5 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
ISOSPORIASIS <i>Isospora belli</i> (<i>Cystoisospora belli</i>)	Trimetoprim (TMP) más más	Suspensión de 40mg TMP y 200mg SMZ por cada 5cc y suspensión de 800mg TMO y 400mg SMZ por cada 5cc. Tabletas de 80mg TMP y 400mg SMZ	Niños: TMP 6mg SMX 30mg	Máxima		Oral	7-10 días	En pacientes adultos inmunosuprimidos la dosis profiláctica es de 1 tableta tres veces por semana de TMP de 160mg y SMZ de 800mg.
	Sulfametoazol (SMZ)	Tabletas de 160mg TMP y 800mg SMZ.	Adultos:	TMP 640mg SMZ 3200mg	4 veces al día	Oral		
CRYPTOSPORIDIASIS <i>Cryptosporidium hominis</i> <i>C. parvum</i> <i>C. spp</i>	Nitazoxanida 0	Suspensión de 100mg por cada 5cc Tabletas de 500mg. Tabletas dispensables de 200mg	Niños: 100mg por cada 5cc Adultos: 1g	200mg 1g	2 veces al día 2 veces al día	Oral Oral	3 días	En pacientes adultos con SIDA la terapia es por 4 meses, 1gr al día por 1 mes y luego 2gr al día. En niños 200mg/día por 1 mes y después 400mg. Por lo general los resultados son negativos o transitarios. Es el fármaco de elección de la FDA (EE.UU).
	Paramomicina 0	Jarabe de 125mg cada 5cc Suspension de 200mg por c/5cc Comprimidos de 500mg	Niños: 25-35mg Adultos: 0	25-35mg 500mg 3 veces al día	3 veces al día 500mg 3 veces al día	Oral	2-4 semanas 2-4 semanas	En pacientes inmunodeprimidos hay mejoría pero no curación. En inmunodeprimidos no es curativa.
	Azitromicina	Suspension de 200mg por c/5cc Comprimidos de 500mg			500-1500mg diarios, 2-3 veces al día	Oral	4 semanas	
CICLOSPORIASIS <i>Cyclospora cayetanensis</i>	TMP más SMZ	Indicada anteriormente	Niños: 6mg TMP 30mg SMZ Adultos:	2 veces al día 2 tabletas de 80mg TMP y 400mg SMZ o 1 tableta de 160mg TMP y 800mg SMZ 2 veces al día	Oral	7-10 días 7-10 días		En pacientes con SIDA la terapia se prolonga por 4 o más meses con una dosis mayor: TMP 10 días, luego se sigue con la mitad de la dosis, es decir, la misma dosis que en el inmunocompetente.

TABLA 5. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS - PARASITOSIS DEL TUBO DIGESTIVO - HELMINTOS TREMATODOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
FASCILOPSIASIS <i>Fasciolopsis buski</i>	Praziquantel	Tabletas de 150, 500 y 600mg	20mg	1.4g	2 veces al día	Oral	1 solo día	
HETEROFIASIS <i>Heterophyes heterophyes</i>	Praziquantel	Ya indicada	10-15mg		Dosis única	Oral	1 solo día	
METAGONIMIASIS <i>Metagonimus yokogawai</i>	Praziquantel	Ya indicada	10-15mg		Dosis única	Oral	1 solo día	
GASTRODISCIASIS <i>Gastroduoiletes hominis</i>	Praziquantel	Ya indicada	10mg		Dosis única	Oral	1 solo día	
ECHINOSTOMIASIS <i>Echinostoma spp</i>	Praziquantel	Ya indicada	10-25mg		Dosis única	Oral	1 solo día	
NANOFIETASIS <i>Nanophyetus salmincola</i> <i>Nanophyetus spp</i>	Praziquantel	Ya indicada	10-25mg		Dosis única	Oral	1 solo día	
WATSONIASIS <i>Watsonius watsoni</i>	Praziquantel	Ya indicada	10-25mg		Dosis única	Oral	1 solo día	
FISCHOEDERIASIS <i>Fischoederius elongatus</i>	Praziquantel	Ya indicada	10-25mg		Dosis única	Oral	1 solo día	

TABLA 6. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS - PARASITOSIS DEL TUBO DIGESTIVO - HELMINTOS CESTODOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
TENIASIS (<i>Lombrices solitarias</i>) <i>Taenia solium</i> <i>T. saginata</i> <i>T. asiática</i>	Niclosamida	Comprimidos de 500mg	Niños: 2 tabletas por 2 veces	2g	2 veces al día 8:00 y 9:00 am	Oral	1 día	
	0		Adultos: 4 tabletas por 2 veces al día	4g			1 día	
Diphyllobothrium latum <i>D. pacificum</i> <i>Dipylidium caninum</i> <i>Hymenolepis diminuta</i> <i>Taenia taeniformis</i> (sin <i>T. infantis</i>)	Praziquantel	Tabletas de 150mg, 500mg y 600mg	100mg		Dosis única	Oral	1 día	
HYMENOLEPIASIS Por <i>Hymenolepis nana</i>	Niclosamida 0	Comprimidos de 500mg	Niños: 11 a 34 kg: 2 tabletas Más de 34 kg: 3 tabletas	1g	2 veces al día	Oral	5 días	
			Adultos: 4g	1.5g				
				4g	2 veces al día			
	Praziquantel	Tabletas de 150mg, 500mg y 600mg	25mg		Dosis única	Oral	1 día	
INERMICAPSIFIasis Y RAILLIETINIASIS <i>Inermicapsifer madagascariensis</i> <i>Raillettina spp</i>	Praziquantel	Ya indicada	10mg		Dosis única	Oral	1 día	
BERTELLIASIS <i>Bertella studeri</i> <i>B. mucronata</i>	Praziquantel	Tabletas de 150mg, 500mg y 600mg	10mg		Dosis única	Oral	1 día	

TABLA 7. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS - PARASITOSIS DEL TUBO DIGESTIVO - HELMINTOS NEMATODOS

ENFERMEDAD Y PARASITOIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/ DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
ASCARIASIS <i>Ascaris lumbricoides</i>	Albendazol 0	Jarabe de 200mg por cada 5cc Comprimidos de 200mg y 400mg	400mg	Dosis única	Oral	1 día		No debe administrarse a embarazadas, ya que ha demostrado ser teratógeno en animales.
	Flubendazol 0	Jarabe de 200mg cada 5cc y Comprimidos de 400mg	400mg	Dosis única	Oral	1 día		Fármaco útil en casos de obstrucción intestinal por áscaris, ya que origina una parálisis flácida lo que facilita la expulsión de los vermes.
	Mebendazol 0	Suspensión de 100mg por cada 5cc	500mg	2 veces al día	Oral	1 día		No debe administrarse a embarazadas ya que ha demostrado ser teratógeno en animales.
	Pamoato de Pirantel 0	Suspensión de 250mg por cada 5cc. Comprimidos de 250mg	Máxima 1g	Dosis única	Oral	1 día		No debe administrarse a embarazadas ya que ha demostrado ser teratógeno en animales.
	Piperazina 0	Jarabe al 10%, 500mg cada 5cc	Máxima 3g	3 veces al día	Oral	5-7 días		También es útil en embarazadas.
OXYURIASIS <i>Enterobius vermicularis</i>	Albendazol 0	Jarabe de 200mg por 5cc Comprimidos de 200mg y 400mg	400mg		Oral	Repetir la terapia a los 15 días		Debe tratarse todo el grupo familiar. Para evitar reinfección se deben tomar medidas de higiene personal y conta la contaminación ambiental, único medio de eliminar el ambiente oxyuríctico que rodea a las personas infectadas.
	Flubendazol 0	Indicada anteriormente	400mg	Dosis única	Oral	1 día		"
	Mebendazol 0	Suspensión de 100mg por cada 5cc Comprimidos de 100mg	500mg	Dosis única	Oral	Repetir la terapia a los 15 días		"

ENFERMEDAD Y PARASITOSES	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/ DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
	Pamoato de Pirantel	Suspensión de 250mg por cada 5cc Comprimidos de 250mg	10mg	Máxima 1g	Dosis única	Oral	En caso de fracaso, la terapia debe repetirse a los 15 días	Debe tratarse todo el grupo familiar. Para evitar reinfección se deben tomar medidas de higiene personal y contra la contaminación ambiental, único medio de eliminación el ambiente oxyuriótico que rodea a las personas infectadas.
	Piperazina 0	Indicada anteriormente	50mg	3g	2-3 veces al día	Oral	5-7 días	
TRICHURIASIS o TRICOCEFALOSIS <i>Trichuris trichiura</i>	Mebendazol 0	Indicada anteriormente		200mg	2 veces al día	Oral	3 días	Ya indicada
	Albendazol 0			400mg	2 veces al día	Oral	3 días	Ya indicada
	Flubendazol	Indicada anteriormente		400mg	2 veces al día	Oral	3 días	
STRONGILOIDIASIS <i>Strongyloides stercoralis</i>	Ivermectina	Solución al 0.6% Tabletas de 6mg 200ug (0.2mg)	1 gota		Dosis única	Oral	2 días	En inmunosuprimidos la terapia se debe prolongar por 7 o más días.
	Tiabendazol	Jarabe con 500mg por cada 5cc Tabletas de 500mg	25-50 mg	Máximo 3g	3 veces al día	Oral	3 días	En casos diseminados la terapia debe aplicarse por un mínimo de 10 días.
TRICOSTRONGILIASIS <i>Trichostrongylus spp</i> <i>T. orientalis</i> <i>T. axei</i> <i>T. capricola</i> <i>T. columbriformis</i> <i>T. vitrinus</i>	Tiabendazol	Ya indicado	25-50 mg	Máximo 3g	3 veces al día	Oral	3 días	
UNCINARIASIS <i>Necator americanus</i> <i>Ancylostoma duodenale</i>	Albendazol 0	Indicada anteriormente				Dosis única	3 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/ DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
UNCINARIASIS <i>Necator americanus</i> <i>Ancylostoma duodenale</i>	Fluobendazol 0	Indicada anteriormente		400mg	Dosis única		3 días	
	Pamoato de Pirantel	Indicada anteriormente		10mg		2 veces al día	3 días	
ANISAKIDIASIS <i>Anisakis simplex</i> <i>Pseudoterranova decipiens</i> <i>Contracaecum oculatum</i>	Albendazol 0	Indicada anteriormente			Dosis única	Oral	1 día	
CAPILARIASIS <i>Capillaria philippinensis</i>	Mebendazol 0	Indicada anteriormente		200ug (0.2mg)	Dosis única	Oral	1 día	
FISALOPTERIASIS <i>Physaloptera caucásica</i> <i>P. transfuga</i>	Albendazol	Indicada anteriormente		400mg	2 veces al día	Oral	20 días	
ESOFAGOSTOMOSIS <i>Oesophagostomum spp</i>	Albendazol 0	Indicada		400mg	1 vez al día	Oral	10-15 días	
HAE MONCHIASIS <i>Haemonchus contortus</i>	Ivermectina	Ya indicada		400mg	1 vez al día	Oral	1 día	Los granulomas se tratan quirúrgicamente.
MACROCANTORINCOISIS* <i>Macrocanthorhynchus hirudinaceus</i>	Levamisol	Tabletas de 25mg y 50mg		2.5mg	Niños: 40-80mg	Oral	1 día	En caso de perforación intestinal, la terapia es quirúrgica
MONILIFORMIASIS* <i>Moniliformis moniliformis</i>	Levamisol	Tabletas de 25mg y 50mg			Adultos: 150mg	Oral	1 día	

* Acantoéfalos

TABLA 8. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS PARASITOSES DE LOS TEJIDOS, SANGRE, VÍAS URINARIAS Y OTRAS LOCALIZACIONES PROTOZOOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
TOXOPLASMOSIS* <i>Toxoplasma gondii</i>	Prímetamina más 0	Comprimidos de 25mg Tabletas de 500mg	Niños: 2mg por 2 a 3 días, luego 1mg hasta completar la terapia Adultos: 2 tabletas de 25mg por 2 a 3 días, luego 1 tableta al día	Máxima 50mg Niños: 0.1-0.2mg Adultos: 4 tabletas al día (2g)	1 a 2 veces al día por 3-4 semanas (la dosis total de la cura no debe sobrepasar los 750mg)	Oral	21 a 30 días	Puede provocar depresión medular y anemia por déficit de ácido fólico. Por este motivo es necesario efectuar controles hematológicos semanales durante la terapia. Los efectos hematológicos colaterales del fármaco se neutralizan administrando ácido fólico (leucovorina) 100mg al día por 3 días. Puede provocar alteraciones gastrointestinales: náuseas, vómito y diarrea. No se debe administrar el fármaco en el primer trimestre de la gestación. Frecuentemente provocan reacciones alérgicas (erupciones, foto sensibilidad y fiebre).
Sulfadiazina	0	Tabletas de 500mg		Niños: 0.1-0.2mg Adultos: 4 tabletas al día (2g)	3 a 4 veces al día	Oral	3 a 4 semanas	
Trimetoprim (TMP) más Sulfametoazol (SMZ)	Ya indicada			10-50mg (15-75mg)** 7.5-37.5mg	3 veces al día	Endovenosa u oral	3-5 días	Indicado en pacientes con SIDA y encefalitis por T. gondii. En pacientes en coma se administran 15-75mg/kg/día EV, y después se continúa con 7.5-37.5mg/kg/día por vía oral por 4-6 semanas.
Alternativo: Espiramicina 0	Comprimidos de 500mg			Niños: 50-100 mg Adultos:	2 a 4g	3-4 veces al día	Oral	3 a 4 semanas
Azitromicina	0	Suspensión 200mg por cada 5cc Cápsulas de 250mg Comprimidos de 500mg		Niños: 15mg Adultos:	500mg	1 vez al día	Oral	3 a 4 semanas

* En toxoplasmosis ocular o cardíaca, a la terapia combinada de Prímetamina y "sulfá" o de Espiramicina y sulfá o de Azitromicina, debe agregarse corticoides. Vg: betametasona 0.5mg/kg/día por 10-15 días. En los cuadros oculares el tratamiento se debe prolongar por 6 semanas o más.

** Dosis inicial de pacientes en coma. Se administra por vía EV durante 3-5 días y después se continúa con 7.5-37.5 mg/kg/día por vía oral. En pacientes que no están en coma se inicia el tratamiento con TMP+SMZ por vía oral 10-50mg/kg/día por 3-5 días y se continúa con 7.5-37.5mg/kg/día hasta completar 4 semanas. Por último se administra una tableta de TMP+SMZ al día como profilaxis secundaria.

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/ DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VIA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
TOXOPLASMOSIS* <i>Toxoplasma gondii</i>	Clindamicina *** 0	Cápsulas de 300mg Ampollas de 150mg de 300mg por cada 2cc y de 600mg por cada 4cc	Adultos: 32-40mg	2 a 4g	4 veces al día	Oral	2 meses	30% de los pacientes presentan colitis pseudomembranosa por <i>C. difficile</i> . Náuseas, vómitos, rash, urticaria.
	Clarithromicina *** 0	Tableta de 250 y 500mg	Adultos: 15mg	1-2g	2 veces al día	Oral	2 meses	Efectos secundarios: rash, urticaria.
	Doxicilina *** 0	Comprimidos de 100mg y 200mg		400mg	2 veces al día	Oral	2 meses	Efectos secundarios: rash, urticaria.
	Atovaquone***	Suspensión oral de 750mg por cada 5cc Tabletas de 250mg		3g	4 veces al día	Oral	4 meses	Efectos secundarios: rash, prurito, cefalea, náuseas.
ABSCESSO HEPÁTICO AMEBIANO <i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol más	Suspensión de 125mg por cada 5cc Comprimidos de 250mg y 500mg Ampollas de 500mg	Niños: 25-50mg Adultos: 750mg por 3 veces al día		3 veces al día	Oral Endovenosa	10 días	Indicadas anteriormente.
	Emetina Clorhidrato 0	Ampollas de 1cc, dos concentraciones 0.02 y 0.04g	1mg	Máximo 60mg	2 inyecciones diarias	Subcutánea profunda	6-8 días (dosis total: 0.01g, por kg/peso	Efectos tóxicos cardiovasculares y neuromusculares. Lo ideal es hospitalizar al paciente. Si se ha completado el tratamiento y persiste sintomatología, debe continuarse con Cloroquina.
	Dehidroemetina	Ya señalada	1-1.5mg	Máximo 60mg	2 inyecciones diarias	Intramuscular	5-10 días	Indicada anteriormente.

*** En pacientes con toxoplasmosis y SIDA que no toleren la "sulfà", se pueden reemplazar éstas por clindamicina o clavotomicina o doxicilina o atovaquone.

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
ENFERMEDAD DE CHAGAS <i>Trypanosoma cruzi</i>	Nifurtimox o	Comprimidos de 120mg 0	RN y lactantes: 12-15mg Adultos: 8mg	3-4 veces al día Máximo 70mg	Oral	60 días	En los niños debe asociarse a la terapia barbitúricos en dosis sedante durante los primeros 15 días, ya que el nifurtimox tiene cierto efecto convulsivante. Es recomendable efectuar cada 15 días controles de hemograma, test de diagnóstico diferencial de las ictericias y exámenes de orina. Frecuentemente produce anemia hemolítica en personas con deficiencia de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa. Ocasionalmente produce neutropenia y trastornos gastrointestinales. Provoca efectos colaterales en 1/3 de los casos, especialmente en adultos: alteraciones cutáneas y/o del SNC.	
	Benznidazol	Comprimidos de 100mg	Niños: 7.5mg Adultos: 5mg	3 a 4 veces al día	Oral	60 días	El benznidazol origina efectos colaterales en el 30% de los casos; rash cutáneo, náuseas y compromiso del SNC. Ocasionalmente exantema petequial. Excepcionalmente en terapias prolongadas y a mayores dosis que las prescritas se observan paresias y neuritis. Tanto el exantema como el compromiso del SNC obliga a suspender la terapia. Es recomendable efectuar los mismos controles de laboratorio que para el nifurtimox. Al igual que éste no debe administrarse a embarazadas.	
	Alternativo: Primaquina	Comprimidos de 26.3mg (15mg de base)	Niños: 0.3mg de base Adultos: El primer día (30mg de base), seguido de 1 comprimido (15mg de base al día)	1 vez al día	Oral	21 días		

ENFERMEDAD Y PARASITO(S)	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	ADMINISTRACIÓN	RITMO DE TERAPIA	VIA	PROLONGACIÓN	OBSERVACIONES
TRIPANOSOMIASIS AFRICANA (Enfermedad del sueño) <i>Trypanosoma brucei-gambiense</i> <i>T. brucei rhodesiense</i>	Tb gambiense Estadio I Pentamidina	Frasco con 200 y 300mg	4-6mg		Diaro o día por medio	Intramuscular	7-20 días		Debe monitorizarse el pulso y la presión arterial después de administrar el fármaco. Efectos secundarios: hipotensión, taquicardia, shock. Ocasionalmente disfunción hepática y pancreática. Neurotoxicidad. Polineuropatía periférica. Depresión médula ósea.
	Alternativos: Suramin 0	Frascos con 1.5g/5cc	20mg	Máximo 1g	1 ^{er} día, 3, 10, 17, 24 y 31 día	Intramuscular		Después de la dosis inicial y 3er dia, se administra c/7 días hasta completar 6 dosis. Total: 31 días	Efectos secundarios: pirexia, reacciones de hipersensibilidad precoz, shock, náuseas de hipersensibilidad tardía, dermatitis exfoliatriz, anemia hemolítica.
	Melarsoprol	Solución para inyección al 3.6% en propilen glicol		2.2mg	Diarío	Intramuscular	10 días		Efectos adversos; encefalopatía, pirexia, neutrotoxicidad, polineuropatía sensorial o motora. Reacciones dermatológicas: prurito, urticaria, dermatitis exfoliativa, cardiotoxicidad.
	Estadio II Efloritina	Envase con 20.000mg en 100cc(*) solución madre		100mg	4 veces al día	Endovenosa	14 días		Reacciones adversas: náuseas, diarrea, vómitos. Efectos tóxicos sobre médula ósea: anemia, leucopenia, trombocitopenia*). Antes de su aplicación se toman 25cc de la solución madre que se diluyen en 10cc de suero fisiológico. En total se tiene 4 frascos con 5.000mg en 125cc.
	Alternativo: Melarsoprol más	Ya indicado			Ya indicado		10 días		Por lo general los pacientes presentan dolores abdominales y vomitos. Compromiso neurológico: polineuropatía, convulsiones, alteraciones de la función del cerebro. Reacciones cutáneas.
	Nifurtimox	Ya indicado		5mg		3 veces al día	Oral	30 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
T. b. rhodesiense Estadio I Suramin	Ya indicado	20mg	Máx. 1g	1 ^{er} día, 3, 10, 17, 24 y 31 días	Ya indicado	Después de la dosis inicial y la del 3er día, el fármaco se administra cada 7 días hasta completar 6 dosis en total en 31 días		Ya indicado
Alternativo: Melarsoprol	Ya indicado	2.2mg				10 días		
Estadio II Melarsoprol	Ya indicado	2.2mg				10 días		
Alternativo: Melarsoprol más	Ya indicado	2.2mg				10 días		
Nifurtimox	Ya indicado	5mg		3 veces al día		30 días		
LEISHMANIASIS VISCERAL Complejo <i>Leishmania donovani</i> (<i>L. donovani</i> , <i>L. infantum</i> , <i>L. chagasi</i>) <i>L. tropica</i> , <i>L. mexicana</i> , <i>L. amazonensis</i>	Antimoniales Pentavalentes N-metilglucamina Miltefosina 0	Frascos con 1.5g por cada 5cc Cápsulas de 50mg	20mg	2 a 3 veces al día	Endovenosa 0 intramuscular	28 días	Por los efectos secundarios del antimonial es necesario monitorizar las funciones cardíacas, renales y hepáticas durante la terapia.	
Arfotericina B-liposomal			100mg	Niños: 2.5mg Adultos: 0	Oral			En EUA se administra 3mg/kg/día por 5 días. Se repite la dosis a los 14 y 21 días. En pacientes con SIDA se administra la misma dosis por 7 días que se repite a los 10, 17, 24, 31 y 28 días.
		Frasco con 50mg de polvo base para disolver	3-4mg	2 a 3 veces al día	endovenosa	10-21 días		

ENFERMEDAD Y PARASITOS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA Y LEISHMANIASIS CUTÁNEA DEL VIEJO MUNDO	Antimoniales Pentavalentes N-metilglucamina o	Ya indicado	20mg		Intramuscular o endovenosa	20 días		Si las lesiones persisten a los 6 meses se debe repetir la dosis.
	Estibogluconato sódico o	Frascos con 100mg por cada cc	20mg		Intramuscular o endovenosa	28 días (cutáneo mucosa)		
	Pentamidina o	Ya indicada	4mg		Intramuscular	15 días		La dosis se puede administrar día por medio, siempre que se completen 15 dosis. Se debe realizar monitoreo permanente por la posibilidad de inducción de una diabetes mellitus.
	Paramomicina al 15% más Metilbencetonio al 12%				Dérmica	20-30 días		Ha sido útil en lesiones cutáneas por L. major en Israel.
MALARIA <i>Plasmodium falciparum</i>	Cloroquina fosfato	Tabletas de 250mg (150mg base) Tabletas 500mg (250mg base)			1er día 600mg (base) Inicio: 300mg base y a las 6 horas 300mg 2do y 3er dia: 300mg (base) 4to dia: 10mg/kg 5to dia: 10mg/kg 6to dia: 5mg/kg	Oral	6 días	
No complicada. Acceso malárlico en zonas sensibles (América Central, Haití, Medio Oriente)	Artemeter + Lumefantrina o	Tabletas con: Artemeter 20mg Lumefantrina 120mg			4 tabletas al efectuar el diagnóstico. Seguir 8 horas después con otras 4 tabletas. Después 4 tabletas c/12 hrs. por dos días. Total: 24 tabletas	Oral	3 días	
No complicada en zonas resistentes a Cloroquina o multiresistente	Artesunato más	Artesunato: tabletas de 50mg	Artesunato: 4mg más		1 vez al día	Oral	3 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
Mefloquina 0	Mefloquina: tabletas con 250mg de base	Mefloquina: tabletas con 25mg	1000mg	750mg al inicio y 8 hrs. después 250mg				
Artesunato más 0	Tabletas de 50mg	4mg		1 vez al día	Oral	3 días		
Amodiaquina 0	Tabletas con 155mg de base	10mg				3 días		
Artesunato más	Tabletas de 50mg	4mg		2 veces al día	Oral	3 días		
Sulfadoxina/Primetamina	Tabletas de 500mg Tabletas de 25mg	25mg 1.25mg		Dosis única		1 día		
Alternativo: Quinina sulfato más	Tabletas de 120, 200 y 300mg		1800mg	3 veces al día	Oral	7 días		
Doxicilina	Comprimidos de 100 y 200mg		1000mg	1 veces al día	Oral	7 días		

ENFERMEDAD Y PARASITOS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
MALARIA GRAVE (*) <i>P. falciparum</i>	Quinina, sulfato más Doxicilina 0	Ya indicada Comprimidos de 100 y 200mg.	20mg/kg en las primeras 4 hrs, después 10mg/kg al día	Cada 8 horas 200mg	7-10 días	Si la parasitemia desciende al 3er o 4to día, se puede suspender la terapia por 1 día y reiniciarlo con el esquema Mefloquina a dosis habituales. Seguir con el fármaco vía oral a partir del 4to día si las condiciones del paciente lo permiten.		
	Artemeter	Niños:	3.2mg/Kg el 1er dia Seguir 1.6mg/ Kg	Cada 12 hrs.	Intramuscular	5 días	(*) En la malaria grave después de la administración de fármacos por vía parenteral, se debe siempre completar la terapia con tratamiento oral de Quinina+Doxicilina o derivados de la Artemeter+Amodiaquina.	
	Artesunato	Ampollas con 60mg de ácido Artesunico(**)	4mg		Endovenosa, intramuscular o por vía rectal	3 días	(**) El ácido artesunico debe disolverse en 1ml de solución de bicarbonato al 5% inmediatamente antes de su aplicación (así se produce el artesunato de sodio).	
MALARIA POR <i>Plasmodium vivax</i> (***) <i>P. malariae</i> <i>P. ovale</i>	Cloroquina Alternativo: (<i>P. vivax</i> resistente, Oceanía y Sudamérica) Quinina más Doxicilina 0	Tabletas de 250mg (con 150mg de base)		Dosis inicial 10mg/kg (base), seguido a las 6, 24 hrs. Por 5mg/kg, 10mg/kg 2 días y 5mg/kg el 3er día	Oral	3 días	(***) Para evitar recidivas en <i>P. vivax</i> y <i>P. ovale</i> , se debe administrar primaquina 1 tableta diaria para los adultos con 5mg de base y en niños 0.25mg de base(kg peso/día) durante 14 días. La primaquina viene en tabletas con 15mg de base (26.3mg) o 45mg de base (79mg).	Antes de prescribir primaquina, es importante determinar que los pacientes con malaria no tengan un déficit de la G6PDH (glucosa 6 fosfato deshidrogenasa).
					2-3 veces al día	Oral	3 a 7 días	
					1 vez al día		3 a 7 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	ADMINISTRACIÓN	RITMO DE	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
	Doxicilina más	Ya indicada		100mg		1 vez al día			
	Mefloquina	Ya indicada				750mg al inicio y 8 hrs. Después 250mg	Oral	3 días	
BABEBIOSIS O PIROPLASMOISIS	Azitromicina más Atovaquone	Ya indicada Ya indicada		2000mg el 1er dia, seguido de 250mg 4 veces al dia 750mg		500mg 4 veces al dia, el 1er dia, seguido de 250mg, 4 veces al dia	Oral	7 a 10 días	En casos graves con parasitismo sobre el 10%, se debe efectuar exanguinotransfusión.
<i>Babesia microti</i> <i>B. bovis</i> <i>B. divergens</i> <i>B. spp</i>	Alternativo: Clindamicina más	Ya indicada		1200mg		2 veces al dia	Oral		
	Quinina 0	Ya indicada		1950mg		3 veces al dia	Endovenosa	7 días	
	Azitromicina más	Ya indicada		2000mg el 1er dia seguido de 1000mg los días siguientes		4 veces al dia	Oral		
	Quinina	Ya indicada		1950mg		3 veces al dia	Oral		

ENFERMEDAD Y PARASITOIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
AMEBAS DE VIDA LIBRE <i>Meningitis amebiana</i> <i>Primaria (MAP)</i> <i>Naegleria fowleri</i> <i>N. spp</i>	Anfotericina B más Miconazol más Rifampicina	Ya señalada Cápsulas de 150mg	0.7-1.5mg Niños: 10-20mg Adultos: 8-12mg	Cada 8 horas Oral	Endovenosa intratecal Oral	10 días Oral	No se ha comprobado la eficacia de la terapia.	
Encefalitis Amebiana <i>Granulomatosa (EAG)</i> <i>Acanthamoeba castellani</i> <i>A. spp</i> <i>Balamuthia mandrillaris</i> <i>B. spp</i>	Ketoconazol 0 Rifampicina 0 Sulfametoxazol Trimetoprim	Comprimidos de 200mg Ya indicada Ya indicada Ya indicada	Niños: 3mg Adultos: 200-400mg	Cada 12 o 24 hrs. Oral	Oral	10 días Oral	No se ha comprobado la eficacia de esta terapia.	
Queratitis por <i>Acanthamoeba castellani</i> <i>A. spp</i>	Polihexametil-biguanida (PHMB) más Isotianato de pro-pamidina 0 Clorohexidina más Pentamidina	Solución al 0.2% Solución al 0.1% Solución al 0.02% Ya indicada			Tópica	10-15 días	Alto porcentaje de curación cuando la terapia se aplica precozmente.	
MICROSPORIDIASIS <i>Encephalitozoon cuniculi</i> <i>E. intestinalis</i> (sin Septata intestinal)	Albendazol	Ya indicada	12-15mg Adultos: 800mg	2-3 veces al día	Oral	21 días	En pacientes con SIDA la terapia diaria de 800mg debe prolongarse por 2-4 meses, hasta que los linfocitos CD4 estén sobre 200 células por cm ³ por la triple terapia retroviral. Después se puede discontinuar el tratamiento. Rendimiento 100%.	
<i>Enterocytozoon bieneusi</i>	Fumagilina	Comprimidos o cápsulas con 5mg y con 100mg	60mg 3 veces al día (20mg por 3)	Oral	15 días	Es necesario monitorizar la terapia por los efectos secundarios del fármaco.		
<i>Encephalitozoon helen</i>	Albendazol	Ya indicada	12-15mg Adultos: 800mg	2 a 3 veces al día	Oral	21 días		

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
<i>Vittafora corneae</i>	Fumagilina tópica	Gotas con 0.001-3%	1-2 gotas	Cada 4 horas	Ocular, tópica	2 a 3 meses	Cuando existe compromiso ocular es necesario efectuar queratoplastia.	
<i>Pleitophora ronneafiei</i>							Hasta la fecha no existe tratamiento.	
MICROSPORIDIASIS <i>Trachipleistophora hominis</i> <i>T. anthropophthora</i>							Hasta la fecha no existe tratamiento.	
<i>Anncalilia algerae</i> (antes <i>Nosema algerare</i> y <i>Brachiola algerae</i>)							Hasta la fecha no existe tratamiento etiológico.	
<i>A. Connori</i> (antes <i>Nosema connori</i>)							Hasta la fecha no existe tratamiento etiológico.	
<i>A. vesicularum</i> (antes <i>Brachiola vesicularum</i>)	Trimetoprim más	Ya indicada	(TMP) 20mg (SMZ) 100mg	4 veces al día	Oral o endovenosa	12-14 días	En pacientes con SIDA la terapia debe prolongarse.	
PNEUMOCISTOSIS <i>Pneumocystis jirovecii</i> (<i>Hongo?</i>)	Sulfametoxazol	Ya indicada	Frasco con 200 y 300mg	1 vez al día	Intramuscular	12-14 días	En pacientes con SIDA la terapia debe prolongarse. (***) Agregar 3cc de agua desnaturalizada estéril para la inyección IM de los frascos con 300mg.	
TRICOMONIASIS	Metronidazol	Ya indicada	10mg			10 días	Indicada anteriormente. Debe tratarse a la pareja. En la mujer se agrega a la terapia 1 comprimido vaginal de metronidazol (500mg) al día.	
	Tinidazol	Tabletas de 500mg y de 100mg	2g	Dosis única	Oral			

TABLA 9. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS PARASITOSIS DE LOS TEJIDOS, SANGRE, VÍAS URINARIAS Y OTRAS LOCALIZACIONES HELMINTOS TREMATODOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	Vía	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
FASCIOLIASIS o DISTOMATOSIS HEPATICA <i>Fasciola hepatica</i>	Triclabendazol	Tabletas de 250mg	20mg	1.4gr	2 curas de 10mg/kg con el desayuno y el almuerzo	Oral	1 solo día	Se debe realizar control de bilirrubinemia, fosfatases alcalinas y transaminas, ya que el TBZ se metaboliza en el hígado.
CLONORQUIASIS <i>Clonorchis sinensis</i>	Praziquantel	Tabletas de 150, 500 y 600mg	20-25mg		2-3 veces al día	Oral	1 solo día	El fármaco puede originar náuseas, vómitos y vértigo. En pacientes que además presentan neurocisticercosis se debe tener cuidado con las reacciones post destrucción de los cisticercos que pueden originar síntomas cerebrales serios.
OPISTORCHIASIS <i>Opisthorchis viverrini</i> <i>Opisthorchis felineus</i>	Praziquantel		25mg o 40-50mg		3 veces al día	Oral	1 solo día	La dosis alta se utiliza con éxito en terapias de masas.
DRICOCELIASIS <i>Dicrocoelium dendriticum</i>	Praziquantel		25mg	1.8gr	3 veces al día	Oral	Por 3 días	Ya indicado.
PARAGONIMIASIS <i>Paragonimus westermani</i> <i>P. miyakaii</i> <i>P. heterotremus</i> <i>P. skrjabini</i> <i>P. africanus</i> <i>P. uterobilateralis</i> <i>P. spp</i>	Praziquantel	Ya indicada	25-30 mg		Dosis única	Oral	2-4 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
ESQUISTOSOMIASIS (Bilharziasis) <i>Schistosoma mansoni</i>	Oxamiquina	Cápsulas de 250mg	Niños: 20mg Adultos: 15mg	Dosis única	Oral	1 solo día	Lo ideal es dar el fármaco después de cenar. Efectos adversos: cefalea, temblores, somnolencia, náuseas. Un 0,5% de los paciente presentan alucinaciones y/o convulsiones, por este motivo el reposo en casa es importante por lo menos durante 48 hrs. La curación es de 80-85% en adultos y 65-70% en niños. La terapia puede repetirse al 3er mes si ha fracasado el primer tratamiento.	
<i>S. japonicum</i> <i>S. mekongi</i> <i>S. intercalatum</i>	Praziquantel	Ya indicada	Niños: 65mg Adultos: 50mg	Dosis única	Oral	1 solo día	En terapias masivas se utilizan dosis de 40mg/kg/peso.	
<i>S. haematobium</i>	Praziquantel		60mg	Dosis única	Oral	1 solo día		

TABLA 10. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS PARASITOSIS DE LOS TEJIDOS, SANGRE, VÍAS URINARIAS Y OTRAS LOCALIZACIONES HELMINTOS CESTODOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	Vía	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
CISTICERCOSIS <i>Cysticercus cellulosae</i>	Albendazol o	Tabletas de 200mg y 400mg Jarabe de 200mg por cada 5cc	10-15mg	3 veces al día	Oral	14-21 días		Existen trabajos con curas de 8 días con buenos resultados. Es importante hospitalizar a los pacientes durante 3-5 días y ver la necesidad de asociar corticosteroides. Si hay buena tolerancia se puede continuar la terapia en forma ambulatoria.
	Praziquantel	Tabletas de 500mg	50mg	3 veces al día	Oral	14 días		
	Alternativo: Cirugía							
HIDATIDOSIS UNILOCULARIS <i>(Larva de Echinococcus granulosus)</i>	Cirugía o Terapia farmacológica con Albendazol o	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Oral			En pacientes fuera del alcance quirúrgico o con hidatidosis múltiple o para evitar hidatidosis secundarias por rotura de quistes durante la operación, se puede aplicar terapia con albendazol a dosis 10mg/kg/día por 30 días. Puede repetirse la dosis 2-3 veces con períodos de descanso de 15-30 días entre cada una.
	PAIR (PA)							(Punción y aspiración). Sólo se utiliza en quistes hidatídicos visibles bajo laparoscopia con pantalla. El paciente recibe ABZ 3 días antes de hacer laparoscopia y a las 48-72 hrs. se va a su casa. Se continúa con ABZ por 3 meses (cada cura de 1 mes con 15-30 días de descanso entre cada dosis).
HIDATIDOSIS ALVEOLAR o MULTILOCULARIS <i>(Larva de E. alveolaris)</i>	Cirugía o							Se extirpa todo el parásito.
	Terapia farmacológica con Albendazol	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Oral			

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
HIDATIDOSIS POLIQUÍSTICA (Larva de <i>E. vogeli</i>)	Cirugía o	Terapia farmacológica con Albendazol	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Oral		Señalada anteriormente.
HIDATIDOSIS por Larva de <i>E. oligarthrus</i>	Cirugía o terapia farmacológica con Albendazol	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Oral		Señalada anteriormente.
ESPARGANOSIS								En el síndrome de larva migrante cutánea por espartanos, la terapia es quirúrgica. Se puede congelar a las larvas con cloruro de etilo o nitrógeno líquido y luego extraerla.
<i>Spirometra mansoni</i>								
<i>Spirometra erenacei</i>								
<i>D. pacificum</i>								
<i>Diphyllobothrium dendriticum</i>								

TABLA 11. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSES HUMANAS PARASITOSES DE LOS TEJIDOS, SANGRE, VÍAS URINARIAS Y OTRAS LOCALIZACIONES HELMINTOS NEMATODOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
TRICHINELLOSIS o TRIQUINOSIS <i>Trichinella spiralis</i> <i>T. nativa</i> <i>T. britovi</i> <i>T. nelsoni</i> <i>T. murreli</i> <i>T. pseudospiralis</i> <i>T. papuae</i> <i>T. spp</i>	Albendazol	Ya indicada	400mg	Dosis única	Oral	5-7 días	Útil en la fase intestinal. Podría ser eficaz al comienzo de la penetración de las larvas en la musculatura. No se ha demostrado que sirve en las formas ya enquistadas.
	Mebendazol	Ya indicada	600-1200mg	2 veces al día		5-7 días	Solo sirve en la fase intestinal, ya que el fármaco se absorbe poco.
						3-5 días	
	Alternativo: Ácido acetil salicílico o	Tabletas de 100 y 500mg		1-2 veces al día	Oral		
	AINES, Vg: Meloxicam o	Comprimidos de 7.5 y 15mg	7.5-15mg	1 vez al día	Oral	3-5 días	Sirven para aliviar las molestias y el síndrome toxicológico, vale tanto para meloxicam como para prednisona.
	Prednisona	Tabletas de 5mg	1mg	2 o 3 veces al día	Oral	3 – 5 días	
ANGIOSTRONGILIASIS ABDOMINAL <i>Angiostrongylus costaricensis</i>	Mebendazol	Ya indicada					Tratamiento quirúrgico. No es recomendable la terapia medicamentosa.
ANGIOSTRONGILIASIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (<i>Meningitis eosinofílica</i>) (<i>Angiostrongylus cantonensis</i>)	o	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Oral	5 días	Algunos pacientes curan espontáneamente. Por lo general la terapia es sintomática.
	Albendazol	Ya indicada			Oral	3 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/ DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
FILARIASIS LINFÁTICAS <i>(Wuchereria bancroftii, Brugia malayi, Brugia timori)</i>	Metrifonato Tabletas y cápsulas de 250mg 0	Metrifonato Tabletas y cápsulas de 250mg 0	7.5mg	3 veces al día	Oral	Cada 2 semanas (en total 3 dosis)	Ocasionalmente origina cefaleas, vértigo y náuseas. Disminuye la actividad colinesterásica del plasma, por este motivo no debe ser utilizado en personas que trabajen en ambientes con insecticidas orgánico-fosforados.	
	Ivermectina más	Ivermectina más	Solución al 0.6% indicada Tabletas 6mg	200ug (0.2mg)	14-20mg	Dosis única	Oral	
	Albendazol	Albendazol	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	No debe utilizarse en países donde existe oncocercosis.
	Alternativo: Albendazol más	Alternativo: Albendazol más	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	Ya indicada	
	Dietilcarbamazina (DEC)	Dietilcarbamazina (DEC)	Tabletas de 50mg	2mg	2 veces al día	Oral	Cada 3 meses por 2 años	
FILARIASIS CUTÁNEAS <i>Oncocerca volvulus</i>	Ivermectina más Doxicilina	Ivermectina más Doxicilina	Ya indicada Ya indicada	200ug (0.2mg)	14-20mg	Dosis única	Oral	Se debe administrar la dosis cada 6 meses hasta los 8 años, periodo en el cual se eliminan los vermes adultos. La doxicilina elimina la wolbachia, simbiote indispensable para las filarias adultas. Se administra solo una vez.
<i>Dracunculus medinensis</i>								Extracción quirúrgica del verme adulto. Extracción mecánica manual, pasando un palito debajo del gusano y por torsión extraerlo.
<i>Loa loa</i>	Dietilcarbamazina (DEC) más	Dietilcarbamazina (DEC) más	Tabletas de 50mg	2mg	2 veces al día	Oral	Cada 3 meses durante dos años	Extracción quirúrgica cuando el helmito está en el ojo.
<i>Mansonella streptocerca</i>	Ivermectina	Ivermectina	Ya indicada	0.2ug	Dosis única	Oral		
FILARIASIS DE SEROSAS <i>Mansonella ozzardi</i> <i>Mansonella perstans</i>	Ivermectina	Ivermectina	Ya indicada	200ug (0.2mg)	14-20mg	Dosis única		Una dosis de ivermectina suprime la microfilariasis por 1 año.

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/ DÍA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
FILARIASIS DE ANIMALES QUE INFECTAN AL HOMBRE <i>Dirofilaria immitis</i> <i>D. repens</i>							La mayoría de los casos son hallazgos radiológicos (formas pulmonares) o quirúrgicas (oculares).
SINDROME LARVA MIGRANS CUTANEA por: <i>Anqylostoma brasiliensis</i>	Albendazol 0	Niños: 20mg Adultos:	800mg 2 veces al día	Oral	3-5 días	Se puede agregar terapia local congelando larvas con spray de cloruro de etilo o nitrógeno líquido.	
Anqylostoma caninum	Ivermectina		200ug (0.2mg)	Dosis única	Oral	1 solo día	
POR ESPARGANOS O PLEOCERCOIDES DE: <i>Spironetra mansoni</i> <i>S. mansonioides</i> <i>S. erinacei</i> <i>Diphyllobothrium latum</i> <i>D. pacificum</i> <i>D. dentriticum</i>							Terapia ya indicada en esparganosis.
POR FORMAS ADULTAS DE: <i>Dracunculus medinensis</i>							Tratamiento señalado en las filarias cutáneas.
SINDROME LARVA MIGRANTE VISCERAL por: <i>Toxocara canis</i> <i>Toxocara cati,</i> <i>Bailliascaris procyonis</i>	Albendazol 0 Ivermectina	Ya indicada 0 Ya indicada	Niños: 20mg Adultos: 800mg 200ug (0.2mg)	2 veces al día Oral Dosis única	Oral	5 días	

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/ DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
CAPILARIASIS <i>Capillaria hepatica</i>	Tiabendazol 0	Ya indicada				Oral	15 días	Los mejores resultados se han obtenido utilizando dos fármacos.
	Albendazol 0	Ya indicada				Oral	15 días	
	Ivermectina	Ya indicada	200ug (0.2mg)	14-20mg	Dosis única	Oral	1 día	La mayor eficacia se obtiene con ivermectina más tiabendazol o albendazol junto a corticoesteroides para disminuir los procesos inflamatorios originados por la desintegración de los gusanos.
Capillaria aerophila	Tiabendazol 0	Ya indicada						
	Albendazol 0	Ya indicada						
	Ivermectina	Ya indicada	200ug (0.2mg)	14-20mg	Dosis única	Oral	1 día	
GNASTOSTOMIASIS <i>Gnathostoma spinigerum</i>	Albendazol 0	Ya indicada	Ya indicada Niños: 10mg Adultos 400mg	Ya indicada Niños: 10mg Adultos 400mg		Oral	7-21 días	La terapia definitiva es la extirpación de la larva, pero esto sólo se puede realizar en muy pocos casos.
	Ivermectina	Ya indicada	200ug (0.2mg)	1 vez al día	Oral	1 solo día	Ya indicada.	
LAGOCHEILASCARIASIS <i>Lagochilascaris minor</i>	Albendazol 0	Ya indicada	Niños: 100mg Adultos:	400mg	2 veces al día	Oral	30-36 días	Impide la embriogénesis de los huevos, pero no actúa sobre los embriones dentro de los huevos.
	Ivermectina	Ya indicada	200ug	4 veces por semana (1 dosis en la mañana y en la tarde)				Después de la dosis semanal inicial, se descansa 1 mes sin terapia y posteriormente se administra una dosis mensual durante 6 meses. La resección quirúrgica del tejido fibroso es un complemento de la terapia. Ni el albendazol ni la ivermectina evitan las recidivas, ya que no son fármacos con los que se obtiene una curación parasitológica.

TABLA 12. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS PARASITOSIS DE LOS TEJIDOS, SANGRE, VÍAS URINARIAS Y OTRAS LOCALIZACIONES ANÉLIDOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
HIRUDINIASIS <i>Hirudo medicinalis</i> <i>H. tractina</i>								Las formas adultas se extraen con pinzas, previa colocación de alcohol, sal, calor o vinagre, para evitar que la boca del parásito quede incrustada. Las formas juveniles se extraen con pinzas quirúrgicas, previa anestesia (Halzoun).
PENTASTOMIASIS VISCERAL <i>Armillifer armillatus</i> <i>y Linguatula serrata</i>								Por lo general son hallazgos de autopsias.
PENTASTOMIASIS ORO-NASOFARINGEA <i>Linguatula serrata</i>								La terapia consiste en la extracción quirúrgica.

TABLA 13. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS. ARTRÓPODOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
Myiasis Primarias Secundarias Accidentales Forunculoide (<i>Dermatobia hominis</i>)							Extracción cuidadosa de las larvas, previo aseo local. Eliminar las larvas por arrastre líquido o con pinzas, evitando romperlas. Extracción mecánica manual de la larva, precedido de occlusión del orificio respiratorio para obligarla a salir en búsqueda de oxígeno.
Myiasis subcutáneas							Igual que en el recuadro anterior.
Myiasis lineal rampante	Albendazol 0	Ya indicada	5-6mg	400mg	Dosis única	Oral 3 días	Se puede repetir la dosis a los 7 días.
	Ivermectina	Ya indicada	200ug (0.2mg)	4mg	Dosis única	Oral 1 solo día	Se puede repetir la dosis a los 7 días.
PEDICULOSIS	Lindano	Shampoo al 1% Loción al 1% Crema al 1%		Dosis única	Tópica (cuero cabelludo)		El fármaco debe permanecer en el pelo por 12 horas (loción o crema). Shampoo: 4 minutos. Se debe repetir la terapia a los 7 días. Es necesario remover mecánicamente la mayoría de las liendres con un peine fino (liendrera). No debe aplicarse a personas que tengan soluciones de continuidad en la piel ni a embarazadas ni a menores de 2 años. En EUA y varios países del mundo está prohibido.
Del cuero cabelludo (<i>Pediculus capitis</i>)	Permetrina 0 Piretrina 0	Loción al 2% Loción, Shampoo o gel al 3%			Tópica (cuero Cabelludo)		Se debe dejar el producto durante 10 minutos, lavar. La terapia se repite a los 7 días. Las liendres muertas deben extraerse con un peine fino (liendrera). No debe administrarse a niños menores de 2 años, a mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
	Decametrina 0	Loción o Shampoo al 0.02%			Tópica (cuero cabelludo)		Frictionar el cuero cabelludo con la loción la primera noche, lavar con shampoo a la mañana siguiente.
	Malathion	Loción al 0.5% en alcohol isopropílico al 78%					

ENFERMEDAD Y PARASITOIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
Del cuero cabelludo (<i>Pediculus capitis</i>)	Alternativo: Benzoto de Benicio 0	Loción o shampoo al 20%	400ug (0.4mg)	28mg	Dosis única	Tópica (cuero cabelludo)	1 solo día
	Ivermectina	Loción y shampoo al 0.8%	200ug (0.2mg)	14 mg	Dosis única	Oral	1 solo día
		Tabletas con 6mg Solución con 6mg cc	1 gota			Ropa de vestir y de cama	Dejar el producto por 10 minutos o más (hasta 12 horas), se lava. Se puede repetir a los 10 días.
Pediculosis del cuerpo <i>Pediculus corporis vestimenti</i>	Malathion 0	Polvo al 1%				1 sola vez	Se puede utilizar en niños <1 año. No tiene contraindicaciones.
	Permetrina 0	Polvo al 0.5%					
	Temefos 0	Polvo al 2%					
	Yodofentós 0	Polvo al 5%					
	Propoxur 0	Polvo al 1%					
	Carbanilo 0	Polvo al 5%					
	Ivermectina	Tabletas de 6mg Gotas con 6mg/cc	200ug (0.2mg) 1 gota	14mg	Dosis única	Oral	1 sola vez
Pediculosis de las pestañas	Permetrina 0 Vaselina	Pomada al 5% Vaselina estéril de 5, 10 y 20cc		Aplicación 4 veces al día	Tópica	8-10 días	En caso de epidemia de tifus exantemático se debe hacer terapia en masa.
Pediculosis del pubis (<i>Phthirus pubis</i>)							La terapia es idéntica que la del piojo del cuero cabelludo. Rasurar el vello pubiano ayuda a la terapia. Se deben tratar los contactos.

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
SARNA <i>Sarcop巒 scabiei</i>	Lindano 0	Loción al 1% Loción al 0.3%		Dosis única	Cutánea		Se aplica desde el mentón hasta los pies. El fármaco debe permanecer durante 12 horas sobre la piel EUA: 12-18 horas después la persona se puede bañar. Chile: El baño se efectúa al quinto día. Se puede repetir la terapia utilizando lindano al 0.3% diariamente por 3 días o lindano al 1% a los 7 días. En lactantes, niños menores y embarazadas, es recomendable utilizar otros fármacos. Se deben tratar todos los contactos. En muchos países está proscrito.
	Crotamiton 0	Loción y crema al 10%		Aplicar desde el mentón a los pies	Diariamente	Cutánea	5 días
	Vaselina azufriada 0	al 6%			Diariamente	Cutánea	3 días
	Decametrina 0	Loción al 0.02%			Diariamente	Cutánea	2 días
	Ivermectina	Loción al 0.8%	400ug (0.4mg)	Aplicar desde el mentón a los pies	Dosis única	Tópica cutánea	No tiene contraindicaciones importantes. Se deben tratar todos los contactos.
					14-28 mg	Dosis única	Oral
		Tabletas de 6mg					No tiene contraindicaciones importantes. Se deben tratar todos los contactos.
		Solución con 6mg/cc	200ug (0.2mg)			Tópica cutánea	Se deben tratar todos los contactos.
	Fármacos alternativos: Benzoato de bencilo al 10 o 20%	Principio activo del bálsamo del Perú en solución acuosa que tiene como dispersante al twin 80 al 4% complementado con benzocaina al 3% (ovicida)				Tópica cutánea	Se aplica sobre toda la piel por 12 horas y se repite a los 14 días. No es recomendable en niños por su acción irritante.

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
Sarna Noruega o Costrosa	Ivermectina más Queratolíticos tópicos: urea al 40% o ácido salicílico al 5-10% más Antibióticos si hay infección secundaria.	Tabletas de 6mg Solución con 6mg/ml	200ug (0.2mg)	14mg	Dosis única	Oral		Se debe descontaminar la ropa de vestir y de cama, toallas, etc., lavarlas a máquina con ciclo caliente o limpieza en seco. Aislamiento del paciente. Uso de botas y guantes para el personal sanitario. Terapia de los contactos, visita y miembros de la familia. Al inicio se administran corticoides: prednisona 1mg/kg que se bajan paulatinamente. Antihistamínicos son útiles.
Sarna no humana por Cheyletiella spp y por Sarcoptes scabiei v. canis	Benzotio de benicio al 10 o 20%	Ya descrita			Tópica cutánea			Por lo general la infestación es autolimitada, ya que los ácaros si bien infestan al hombre, no se pueden reproducir.
Trombiculosis por Trombiculidae spp o por ácaros de plantas o de aves de corral	Benzotio de benicio al 10 o 20%	Ya descrita						Infestación autolimitada, ya que los ácaros no se reproducen en el hospedero humano.
PULCOSIS o PULCIASIS	Antihistamínicos: clorfenamina y clorferinamina 0	Jarabe con 2.5mg por cada 5cc Comprimidos de 4mg Ampollas de 10mg por 1cc	Máxima: Niños 2-5 años: 4mg, 6-12 años: 8mg Adultos: 12mg	3-4 veces al día	Oral			Se debe efectuar una buena higiene de la vivienda, desparasitación de los ambientes (incluyendo a animales domésticos) para controlar la infestación.

ENFERMEDAD Y PARASITOSIS	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DOSIS DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
Loratadina	Jarabe con 5mg por 5cc	Niños: <30 kgs: 5mg >30 kgs: 10mg Adultos: 10mg	40mg	1 vez al día	Oral			
0	Comprimidos de 10mg			1 vez al día	Oral			
Cetirizina	Solución oral con 1mg por cc Gotas con 10mg por cc	Niños: 2-5 años: 3mg 6-12 años: 6mg	1 vez al día	Oral				
más	Comprimidos de 10mg	Adultos: 10mg	1 vez al día	Oral				
Glucocorticoides Tópicos, Vg; Betametasona, dipropionato	Crema ungüento con 0,05g		2 veces al día	Tópico dérmico	5 días			
0								
Glucocorticoides sistémicos, Vg: Prednisona	Comprimidos de 5mg	0,2-5mg	Cada 8 o 12 hrs.	Oral	3-5 días			
PICADURA POR MOSQUITOS O ZANCUDOS (<i>Anopheles</i>, <i>Culex</i>, <i>Aedes</i>)	Antihistámicos más Glucocorticoides tópicos o sistémicos	Ya indicada		Ya indicada	3-5 días			
								Para el control de las larvas se preconiza aseo de los depósitos y cursos acuáticos que sirven de criadero (drenaje de pantanos, de colecciones de agua). En el caso de domiciliación de alguna especie (<i>Aedes aegypti</i>), que se cría en residuos acuáticos de piscinas, estanques, o acúmulo de agua en tarros, neumáticos, tinas, etc., es necesario limpiarlas y mantenerlas tapadas (estanques). La educación sanitaria es fundamental. Para el control de las formas adultas son útiles las rejillas en las ventanas, mosquitero impregnado de insecticida residual en las camas, aplicación de insecticidas residuales en las viviendas.

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONGACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
Picadura por <i>Phlebotomus</i>	Antihistamínicos más Glucocorticoides tópicos o sistémicos	Ya indicada			Ya indicada			Limpieza de oquedades y/o caverñas naturales donde la hembra coloca sus huevos. Aplicación de insecticidas residuales en las viviendas.
Picaduras por Simúlidos (lejenes)	Antihistamínicos más Glucocorticoides tópicos o sistémicos							Utilización de DEET (N, N-Dietil-m-toluidina) al 15-98% repelente de mosquitos, educación sanitaria.
Picaduras por tábanos	Antihistamínicos más Corticoides tópicos o sistémicos	Ya indicada			Ya indicada			
CIMIDIasis (<i>Chinchas de cama</i>) <i>Cimex lectularius</i>	Antihistamínicos más Corticoides tópicos o sistémicos	Ya indicada			Ya indicada			Educación sanitaria y empleo de insecticidas residuales en las viviendas y sitios de cría: grietas de paredes, mobiliario de dormitorio, catres, etc. Ocasionalmente gallineros y madrigueras de ratas y ratones.

TABLA 14. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PARASITOSIS HUMANAS. ARTRÓPODOS PONZOÑOSOS

ENFERMEDAD Y PARASITOsis	FÁRMACO A ELECCIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS KG/PESO/DÍA	DIARIA	RITMO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	PROLONgACIÓN TERAPIA	OBSERVACIONES
LATRODECTISMO <i>Latrodectus mactans</i> <i>Latrodectus spp</i>	Neostigmina metilsulfato	Ampollas de 1cc con 0.5mg	Máxima: 3mg	Cada 8 o 12 h	Intra-muscular	1-2 días		El suero antilatrodectus es útil si se aplica antes de 8-10 horas del inicio del cuadro. Tiene todos los riesgos de la sueroterapia heteróloga.
LOXOSCELISMO Cutáneo necrótico <i>Loxosceles laeta</i>	Antihistamínicos, Vg: clorfeniramina o clorfenamida	Comprimidos de 15mg	Máxima: 45mg	Cada 6-8 horas	Intra-muscular	2-3 días		Al 3 ^{er} o 4 ^{to} día se administran antihistamínicos orales 1 comprimido (4mg) cada 4 o 6 horas por 7-10 días, según su evolución. La administración de dapsona (4,4 difenil diamino sulfona), un anti-leucocitario, se ha aplicado en algunos casos, pero no se utiliza rutinariamente por sus efectos tóxicos sobre el hígado y medula ósea. Además, no existen estudios randomizados que demuestren su efectividad. En relación a la colchicina tampoco existen investigaciones randomizadas que demuestren su utilidad.
Loxoscelismo cutáneo eritematoso y Loxoscelismo edematoso	Antihistamínico Clorfeniramina 0	Ya indicada			Oral			Estas formas infrecuentes, se presentan en menos del 5% de las picaduras por <i>L. laeta</i> .
Loxoscelismo cutáneo visceral	Antihistamínico o Clofrenaramina 0 Clofrenamida 0 Loratadina 0 Cetirizina más	Ya indicada		Ya indicada	Intra-muscular			El paciente debe ser hospitalizado, tratar el shock y administrar antihistamínicos y corticoides parenterales. El suero anti loxoscelis puede ser útil si se utiliza antes de las 6 hrs. de ocurrir el accidente. Tiene los inconvenientes de ser un suero heterólogo (anafilaxia), etc.
	Corticoides, Vg: Betametasona + 0	Ampollas de 4mg en 1cc	0.025mg	Cada 6 hrs.	Endove-nosa	2 días		
	Hidrocortisona 0	Frasco ampollas con 100 y 500mg	400mg	Cada 6 horas	Endove-nosa	2 días		En casos muy graves: pacientes en coma, anemia severa e insuficiencia renal, es necesario recurrir a la diálisis: hemodiálisis y/o peritoneo diálisis, oxigenoterapia, transfusiones.
	Betametasona	Ampollas de 1 cc con 4mg en 1cc	0.02-0.2mg	Cada 6 horas	Endove-nosa	2 días		Se debe disminuir la terapia parenteral según evolución, por lo general a los 7-10 días se puede iniciar la terapia de corticoides por vía oral.