

Caso clinico

FICHA DE IDENTIFICACIÓN



- Interrogatorio indirecto: Madre
- NOMBRE: T.B.N.R
EDAD: 1 AÑO 2/12
FECHA DE NACIMIENTO: 02/MAYO/2013
LUGAR DE NACIMIENTO: Delegación Miguel Hidalgo, D.F. LUGAR DE RESIDENCIA: Distrito Federal
- MADRE: A.R.T. EDAD: 30 años Ama de casa
PADRE: J.L.N.H. EDAD: 33 años Gerente de mueblería

Antecedentes

- **ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**

- Abuelo materno vivo padece desde hace 5 años DM tipo 2
- Abuela materna viva aparentemente sana
- Abuelo paterno finado por Ca pulmonar
- Abuela paterna viva con insuficiencia venosa periférica
- Padre y Madre vivos aparentemente sanos

- **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

- VIVIENDA: casa propia construida de materiales,perdurables cuenta con todos los servicios de urbanización.Cuenta con 4 habitaciones,convive con 4 personas,zoonosis positiva por 2 perros y 1 gato
- HIGIENE: baño diario con cambio de ropa varias veces al día,aseo dental aún no se practica
- ALIMENTACIÓN: verduras 7/7,frutas 7/7,carne 4/7, pollo 3/7,pescado 1/15,leguminosas 4/7,huevo 2/7,leche 7/7,agua 250 ml

Antecedentes personales patológicos

- Nacimiento por cesárea a las 38sdg programada, con llanto inmediato, APGAR 9/10,Silverman 1. Hitos del desarrollo psicomotor normales. Peso 3.200 kg Talla : 47 cm
- Vacunación: Esquema completo para su edad
- Exantemáticas: negadas
- Alergias: Negadas
- Lactancia a base de seno materno hasta los 12 meses
- Ablactación: 6 meses sin anormalidades y complemento con fórmula de crecimiento
- Hospitalizaciones,Quirúrgicos,Traumáticos,Transfusionales: negados Enfermedades previas: Negadas

Padecimiento actual

- Lactante femenino de 1 2/12 años de edad inicia su padecimiento actual hace 7 días por presentar un episodio de **convulsión tónico-clónica generalizada**, con menos de un minuto de duración, que tuvo las siguientes características; brazos extendidos, miembros inferiores flexionados, retroversión ocular, relajación de esfínteres y somnolencia parcial. No presenta cuadro febril al momento del episodio.
- En los 3 días previos, la paciente se muestra inquieta y **presenta vómitos en 4 ocasiones y fiebre de 39°C nocturna en una sola oportunidad** la cual remitió espontáneamente y no volvió a suceder. Al siguiente día se agregan **depositiones líquidas, abundantes sin moco y sin sangre en aproximadamente 12 oportunidades, las cuales persisten** y es llevada al hospital Rubén Leñero donde se da tratamiento mediante hidratación intravenosa y medicamentoso a base de Paracetamol. Queda a disposición de manejo por 3 días con remisión del cuadro, sin presentar convulsiones ni complicaciones neurológicas por lo que es enviada a su Unidad de Centro de Salud para vigilancia.

Exploración física

- TALLA: 76 CM (dentro del percentil 50)
- PESO: 11.5 KG (dentro del percentil 50) FC: 109X' FR: 28X' TEMP: 36.6°C
- **SISTEMA NERVIOSO:** Despierta, irritable con tendencia al llanto, glasgow 15. Función de pares craneales conservados, sin alteraciones. No presenta datos de focalización, Reflejos conservados, sin datos meníngeos. Extremidades con reflejos osteotendinosos presentes sin alteraciones, moviliza los 4 miembros sin limitación

- **CRANEO/CARA:** cráneo normocéfalo sin hundimientos ni endostosis con cierre de fontanelas. Adecuada implantación de oídos y cabello. Cara con ojos simétricos, pupilas isocóricas normorreflécticas; nariz simétrica sin desviaciones con narinas permeables y presencia de secreción acuosa transparente. Boca con mucosas con adecuada coloración y regular hidratación, dentición sin alteraciones, faringe sin alteraciones con úvula y velo del paladar sin alteraciones
- **TÓRAX:** simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación presentes, no se palpa fremito, se percute claro pulmonar; adecuada entrada y salida de aire, sin estertores ni sibilancias. Ruidos cardíacos sincrónicos, sin presencia de soplos o fenómenos agregados

- **ABDOMEN:** globoso, sin datos de hiperbarelgesia ni hiperestesia; normoperistalsis, blando, depresible; no se pudo valorar si había dolor a la palpación profunda por llanto espontáneo, no se palpan megalias.
- **EXTREMIDADES:** superiores Fuerza 5/5, eutróficas, adecuado tono muscular, reflejos osteotendinosos presentes sin alteraciones; pulsos simétricos de buena intensidad, sin plejias ni movimientos anormales inferiores fuerza 5/5, eutróficas, adecuado tono, reflejos osteotendinosos presentes sin alteraciones, pulsos presentes simétricos de adecuada intensidad; sin plejias ni movimientos anormales
- **GENITALES:** Acorde a edad y sexo

Paraclinicos

- **Hemograma**: Predominio linfocitario. **Electrolitos séricos**: Normal.
- **Coprocultivo**: No se observó leucocitos, se observa flora mixta bacteriana.
- **Prueba de látex para rotavirus**: Positivo.
Tomografía axial computarizada (TAC): Ausencia de lesiones
- focalizadas parenquimales y extra-axiales intracraneales.
- **Electroencefalograma (EEG)**: En sueño inducido, de características normales para edad.
- **Punción lumbar (PL)**: No se realizó, por evolución favorable.

Impresión Diagnóstica

- **1. Crisis convulsiva:**
 - Asociado a trastorno metabólico por gastroenteritis.
- **2. Deshidratación moderada**
- **3. Gastroenteritis**

Manejo

1.-Iniciar vía oral en 3 horas, y observar hasta el día siguiente, sobre todo, si muestra signos de compromiso de conciencia.

2.- De haber mayores signos de alarma neurológica

- a) Crisis convulsiva; iniciar fenitoína 10mg/Kg/día en 3dosis endovenoso.
- b) Trastorno de conciencia intermitente: iniciar antibiótico (ceftriaxona) y luego punción lumbar.

- **Durante su estancia no presentó fiebre ni nueva crisis convulsiva, dos días después, cesaron vómitos y gradualmente deposiciones disminuyeron en frecuencia y volumen.**
- **Paciente no volvió a presentar convulsiones hasta la actualidad y no hay deterioro en su desarrollo psicomotor.**

Definición

DIARREA

Incremento en el número o frecuencia de las deposiciones, con disminución de la consistencia.

- **Mas de tres deposiciones en 24 horas, por más de un día.**
- Si hay sangre: Disentería
- Frecuente entre los 6 m y 2 años
- **Diarrea aguda:** duración menor a 14días.
- **Diarrea cronica:** mayor a 14 días

Epidemiología

- En países en desarrollo: 3 a 5 episodios por año en niños menores de 5 años
 - La diarrea sigue siendo la primera causa de desnutrición y muerte en niños pequeños en países en vías de desarrollo
- Es la tercera causa de muerte a nivel mundial
- 2da causa de mortalidad en nuestro medio en < 5 años 2da causa de mortalidad en nuestro medio en < 5 años
- Segunda causa de consulta más frecuente

Etiología

- Hay **múltiples causas** de diarrea
- **Son Autolimitadas** en la mayoría de los casos de diarrea (70%).
- La mayoría de las veces es imposible e innecesario el **diagnóstico etiológico**

Clasificación según causa etiologica:

- **Virales : 70 - 80 %**
- **Bacterianas: 20 %**
- **Protozoarios: 10%**

Fisiopatología

Mecanismos básicos que alteran el movimiento de líquidos y electrolitos en la luz intestinal

- **Diarreas inflamatorias**
- **Diarreas osmóticas**
- **Diarreas secretorias**
- **Diarrea malabsortiva**
- **Alteración de la motilidad gastrointestinal**

Diarreas inflamatorias

- **Daño del epitelio absortivo**
- Liberación de citocinas (leucotrienos, prostaglandinas, histamina)
- **Fiebre, dolor, hemorragia digestiva**
- Ej: shigellosis, hipogammaglobulinemia (según •Giardia),
gastroenteritis eosinofílica

Diarreas osmóticas

- Ciertos solutos (lactulosa, antiacidos, laxantes) no se absorben y provocan retención de agua en la luz intestinal.
- Aumento del contenido de la luz intestinal
- Mejora con el ayuno

Diarreas secretorias

- **Aumento de la secreción intestinal activa de líquidos y electrolitos**
- Las criptas intestinales pueden ser estimuladas por agentes endógenos o exógenos
- **Voluminosas, acuosas e indoloras**
- Ejem: toxinas del colera
- No mejora con el ayuno

Diarrea mala absortiva

- Alteraciones en el proceso de transporte
- Enfermedades de la mucosa del intestino delgado que provocan cambios estructurales
- Resecciones intestinales amplias
- Pérdida de peso, déficit nutricional
- Esteatorrea

Alteración de la motilidad gastrointestinal

- **Modificación del tránsito intestinal Aumento**
- **Disminución -sobre crecimiento bacteriano - malabsorción**
- Diabetes, hipertiroidismo, gastrectomías, fármacos(procinéticos, prostaglandinas)
- Síndrome del intestino irritable

Datos clínicos orientadores: Inflamatoria

- **No cede con el ayuno.**
- Volumen variable, dependiendo de la superficie mucosa afectada. En casos leves, las deposiciones son de pequeño volumen, **con escasa cantidad de moco, sangre o exudado**, mientras que cuando se afecta una gran superficie, se altera también la absorción de iones, solutos y agua, siendo las deposiciones de gran volumen.
- **Presencia de sangre, pus o moco en las heces.**

Datos clínicos orientadores: Osmótica

- Cede con el ayuno o cuando se suspende la ingesta del alimento causante.
- Heces poco voluminosas (volumen inferior a 1 litro/día).
- Sin productos patológicos en heces.

Datos clínicos orientadores: Secretora

- **Persiste tras el ayuno**
- **Heces voluminosas, en cantidad superior a 1 litro/día.**
- Sin productos patológicos.
- Tendencia a la hipopotasemia y alcalosis metabólica por pérdidas excesivas de potasio y bicarbonato.

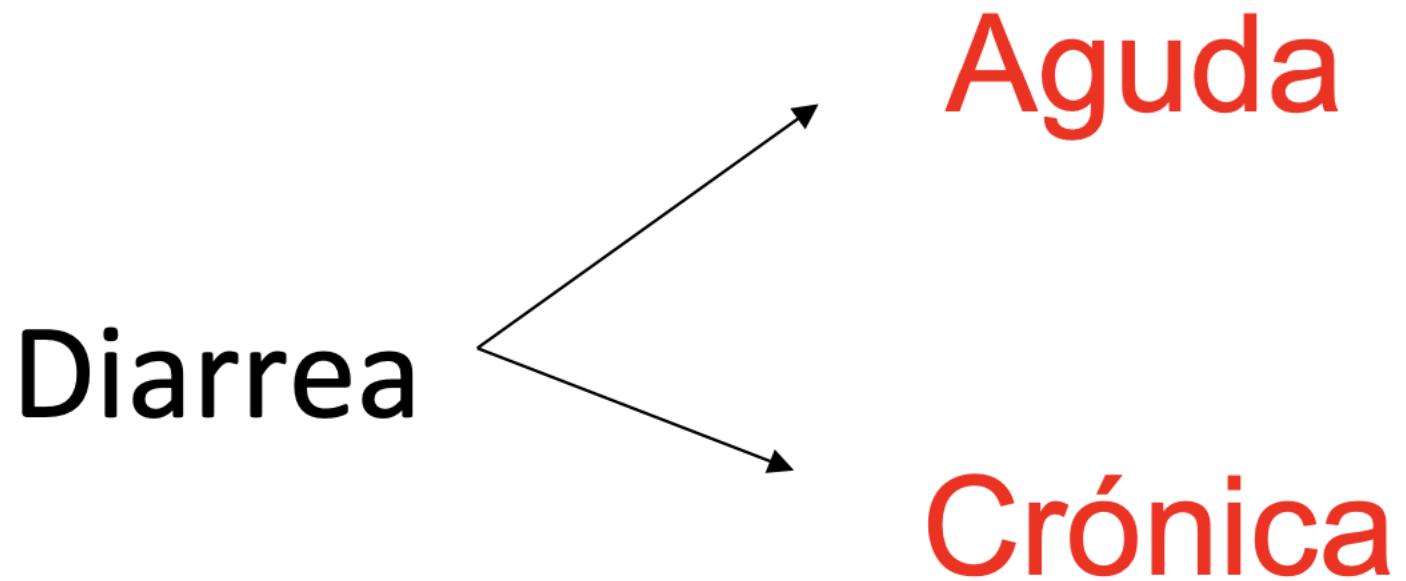
Datos clínicos orientadores: Malabsortiva

- **Anemia**
- **Esteatorrea**
- **Déficit nutricional**

Datos clínicos orientadores: Motilidad

- **No cede con el ayuno.**
- Volumen y características de las heces variables (líquidas, acintadas, caprinas...).
- Cuando una diarrea no cumple criterios de diarrea osmótica, secretora o exudativa, debe sospecharse la existencia de un trastorno de la motilidad intestinal.

Criterios Diagnósticos



Diarrea aguda

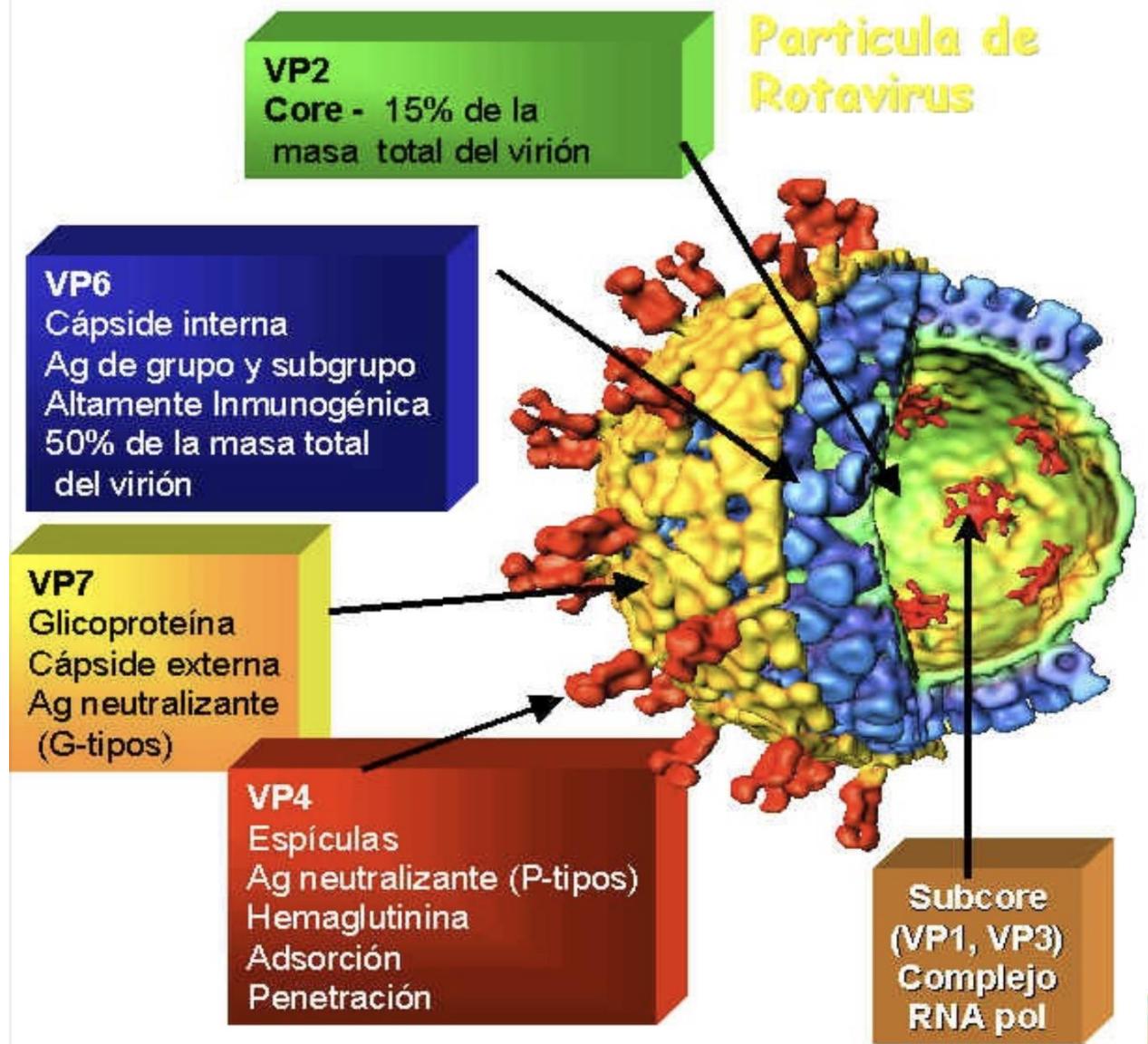
- Duración menor a cuatro semanas
- **5% no tienen etiología definida**
- **80% causa infecciosa:**
 - **70% Virales**
 - 20% Bacterianas
 - 10% Parasitarias 15% Toxinas y Drogas

Etiología viral

- Virus:
 - **Rotavirus**
 - Astrovirus
 - Calcivirus
 - **Coronavirus**
 - CMV
 - **Adenovirus**
 - **Enterovirus**
 - **Norwalk**
 - Paratovirus
 - Picornavirus
 - HSV
 - Hepatitis
 - VIH

Rotavirus

- Los **Rotavirus** son la principal causa de **diarrea grave** en los **niños menores de 5 años**.
- Si bien la morbilidad no difiere entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, la mortalidad se produce principalmente en estos últimos, con más del **80% de muertes**.



- Estables a temperatura ambiente y resistentes a tratamientos con detergente, pH extremos y congelación.

Transmisión feco-oral o respiratoria, en la diarrea se liberan grandes cantidades de virus

- Causa Gastroenteritis
- 48 horas de incubación
- Sobrevivencia en el ácido estomacal posterior a una comida
- Puede ser mortal en lactantes con desnutrición
- **Acción citolítica y tóxica sobre el epitelio intestinal ---Perdida de electrolitos y agua**

- **Tipo A:**
 - Lactantes de 24 meses de edad: gastroenteritis con deshidratación
 - Niños y adultos: Diarrea leve
 - Individuos desnutridos: Diarrea, deshidratación y muerte
- **Tipo B:**
 - China

Coronavirus

Cuadro clínico:

- Adolescentes y niños: Diarrea aguda y gastroenteritis
- Lactantes: Enterocolitis necrosante

Proteínas	Localización	Funciones
E2	Proyecciones de la envoltura	Unión a las células anfitrionas
H1 (hemaglutinina)	Peplómero	Hemaglutinación
N (nucleoproteina)	Centro virico	Ribonucleoproteina
E1	Envoltura	Proteína transmembrana
L (polimerasa)	Celula infectada	Actividad de polimerasa
Corona glicoproteica		Favorece la supervivencia en tubo digestivo

BACTERIAS

Bacterias Invasivas

- Campylobacter
- Shigella
- Salmonella
- Clostridium ECEI
- Vibrio vulnificus
- Vibrio parahemolyticus
- Yersinia
- Aeromonas

Toxinas bacterianas:

- S. aureus
- Bacillus cereus
- C. Botulinum
- C. Perfringens
- ECEH
- ECET
- V. Cholerae

ENTEROBACTERIAS

Bacilos gramnegativos

- Factores de virulencia:
 - Cápsula
 - Endotoxina
 - Variación de fase antigénica
 - Secuestro de factores de crecimiento
 - Resistencia al efecto bactericida del suero
 - Resistencia antimicrobiana

Escherichia Coli

Microorganismo	Lugar de acción	Enfermedad	Patogenia
<i>E. COLI</i> ENTEROPATÓGENA	Intestino delgado	Diarrea infantil: Acuosa y con vómito.	Histopatología U/B → Malabsorción y diarrea
<i>E. COLI</i> ENTEROTOXÍGENA	Intestino delgado	Diarrea del viajero e infantil: Acuosa, vómitos, espasmos abdominales, nausea y febrícula	Enterotoxinas termoestables y termolábiles → hipersecreción de líquidos y electrolitos
<i>E. COLI</i> ENTERHEMORRAGICA	Intestino grueso	Diarrea acuosa seguida de sanguinolenta con espasmos abdominales, sin fiebre.	Toxinas Shiga, interrumpen la síntesis de proteínas, lesiones U/B
<i>E. COLI</i> ENTEROINVASIVA	Intestino grueso	Fiebre, espasmos, diarrea acuosa o sanguinolenta	Plásmido → invasión y destrucción del colon
<i>E. COLI</i> ENTEROBACTERIAL	Intestino grueso	Diarrea infantil: acuosa	Adhesión a la pared intestinal (fimbrias)

Shigella

- Gastroenteritis (Shigellosis):
- Espasmos abdominales, tenesmo, diarrea, fiebre y heces sanguinolentas.

Salmonella

- Tolerancia a los ácidos en las vesículas fagocíticas
- Sobrevivencia en macrófagos
- Enfermedades:
 - Gastroenteritis:
 - Síntomas 6-48 horas posterior a la ingestión.
 - **Nausea, vómito, diarrea no sanguinolenta, fiebre, espasmos abdominales, mialgias y cefalea**
 - Fiebre entérica
 - Colonizaciónasintomática
 - Septisemia

Vibrio Cholerae

Factor de virulencia

Toxina del cólera

Pilus

Enterotoxina accesoria

Toxina de la zónula *occludens*

Sideróforos

Neuraminidasa

Efecto biológico

Hipersecreción de electrolitos y agua

Adherencia a mucosa intestinal

Incrementa la secreción de líquidos intestinales

Incrementa la permeabilidad intestinal

Factor adhesina

Modifica la superficie celular

- Enfermedades:

- Colonización asintomática
- Enfermedad diarrea leve
- **Enfermedad diarrea grave rápidamente mortal**
- 2-3 días después de la infección: Heces incoloras, inodoras, libres de proteínas y moteadas de mucosidades (“agua de arroz”)

PARASITOS

- **Giardia lamblia**
- **Entamoeba histolytica**
- **Blastocystis homonis**
- **Cryptosporidium**
- **Isospora belli**
- **Ascaris lumbricoides**
- **Entorobius vermicularis**
- **Trichinella spiralis**
- **Trichuris trichuria**
- **Tenias**

Giardia Lambia

- **Trasmisión fecal-oral**
- Protozoo. Reside y se multiplica en la superficie del intestino delgado, a un pH ligeramente alcalino
- dos formas: **trofozoíto y quiste.**
- **Mecanismos de patogenicidad:**
- –Ahdesinas, disco suctorio, proteínas contractiles y el movimiento flagelar, -----**Daño y atrofia en vellosidades**

Cuadro clínico:

- Portador asintomático
- y Enfermedades aguda y crónica.
- Incubación: 1 y 3 semanas.
 - **Infecciones asintomáticas:** Mal absorción intestinal imperceptible.
 - **Enfermedad aguda:** **diarrea acuosa o pastosa, esteatorrea (evacuaciones generalmente explosivas, grasosas y fétidas), dolor epigástrico postprandial, anorexia, distensión abdominal, flatulencia y ocasionalmente, cefalea, febrícula, manifestaciones alérgicas (artralgias, mialgias, urticaria).**
 - **Parasitosis crónica:** Diarrea recurrente, esteatorrea, mal absorción de grasas, lactosa y otros disacáridos, vitamina A y vitamina B12, disminución de peso y deficiencias en el crecimiento y desarrollo infantil.

Entamoeba histolytica

- Protozoario.
- **Factores de virulencia:**
 - **Lectina:** Adhesión a mucinas, eritrocitos, neutrófilos, bacterias y células epiteliales. ☐ Previene el ensamblaje del complejo de ataque del complemento C5b-9.
 - **Péptidos formadores de poros (A, B, C):** **Lisis celular, permiten el paso de agua, iones y pequeñas moléculas.**
 - **Hospedero:** Las células epiteliales reaccionan produciendo citocinas ---- reacción inflamatoria.

Cuadro Clínico:

- **Estado de portador:** Subclínico.
- **Colitis invasiva aguda:** **Diarrea simple, con moco, síndrome disentérico, dolor abdominal.**
- **Colitis invasiva crónica** - Periodos alternados de constipación y diarrea, con meteorismo y flatulencia y dolor abdominal de tipo cólico.

- **Colitis fulminante:** Perforación en colon. Úlceras y necrosis, fiebre elevada, abdomen distendido y doloroso, síndrome disentérico y ataque al estado general severos
- **Ameboma:** Masa granulomatosa
- **Apéndicitis.**

FACTORES PREDISPONENTES

- 1. Diseminación de microorganismos** (virus, bacterias o parásitos) por mala higiene con utensilios, manos, moscas.
- 2. Manejo inadecuado de excreciones.** Favorece el contacto físico
- 3. Alimentos sin refrigeración que permiten la proliferación.**
- 4. Lactancia inadecuada:**
 - No cumplir con la lactancia exclusiva en los primeros 4-6 meses
 - Descontinuarla antes del año
 - Uso inadecuado de biberones
- 5. Educación insuficiente**
- 6. Factores del hospedero**
 - Inmunosupresión
 - Infecciones agudas (p.ej., sarampión)
 - Desnutrición

SINDROME DIARREICO

Clasificación clínica:

1. DIARREA SIMPLE
2. SÍNDROME DISENTÉRICO
3. DIARREA PERSISTENTE
4. VOMITOS ACOMPAÑANTES DE POCA O NINGUNA DIARREA
5. PERDIDA INTENSA DE HECES LIQUIDAS CON ASPECTO DE AGUA DE ARROZ

CARACTERÍSTICAS

DIARREAS NO INFLAMATORIAS

DIARREAS INFLAMATORIAS

EUCOCITOS FECALES

ausentes

presentes

FISIOPATOLOGÍA

sin daño del epitelio intestinal el trastorno es funcional, provocado por enterotoxinas.

inflamación y lesión de la mucosa los gérmenes invaden la mucosa o la dañan por producción de citotoxinas.

ETIOLOGÍA

Vibrio cholerae, E.coli enterotoxigénico, S. aureus, C. perfringens, Cryptosporidium spp., Giardia lamblia, Isospora belli, Rotavirus, Adenovirus

Shigella spp, Salmonella spp, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, Escherichia coli enteroinvasor, Clostridium difficile, Aeromonas, Entamoeba histolytica.

CLÍNICA

SINDROME COLERIFORME
diarrea acuosa abundante, poco dolor abdominal, deshidratación. No fiebre.

SINDROME DISENTERICIFORME
diarrea de poco volumen con mucus y sangre, dolor abdominal, tenesmo.
Fiebre.

MANEJO DEL PACIENTE CON SX DIARREICO

Semiología

- **Forma de presentación y curso:**
 - **Inicio:** gradual o abrupto (generalmente por una infección intestinal).
 - **Patrón:** continuo o intermitente. **Duración:** semanas, meses o años.
 - **Datos epidemiológicos:** viajes recientes, ingesta de agua no potable.
- **Síntomas acompañantes (¿dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos?)**

INTERROGATORIO

- **Características de las heces:**

- Consistencia: líquidas (generalmente diarréicas o secretoras), pastosas.
- Presencia de productos patológicos: sangre, moco opus.
- Aspecto oleoso: supresión es indicativa de la existencia de mala digestión/mala absorción.

- **Datos que sugieren origen funcional:**

- Historia de diarrea que alterna con períodos de estreñimiento.
- Sin pérdida de peso.
- Respeto al descanso nocturno
- Buen estado general

Anamnesis

Preguntar sobre:

Fiebre, cólicos, tenesmo,
heces sanguinolentas,
Dolor abdominal y fiebre, símil apendicitis



Tto anterior o actual con ATB



Casos múltiples y simultáneos y un alimento
en común



Ingestión de mariscos y pescado mal cocidos



Sarampión reciente, desnutrición severa, SIDA
otras causas de inmuno supresión



Que sugiere:

Colitis inflamatoria o ileitis
Shigelia, ECEI, amebiasis, otras bact.
Yersinia enterocolitica

Enteritis asociada con ATB o colitis
psedomembranosa

incubación< 6 hs; *S. aureus*, *B. cereus*
incubación>6hs; *C. perfringens*

Especies de Vibrio

Bacteriana (*Salmonella*), viral (rotavirus)
o parásitaria (*Isosporiasis*, *cryptosporidium*)

EXPLORACION FISICA

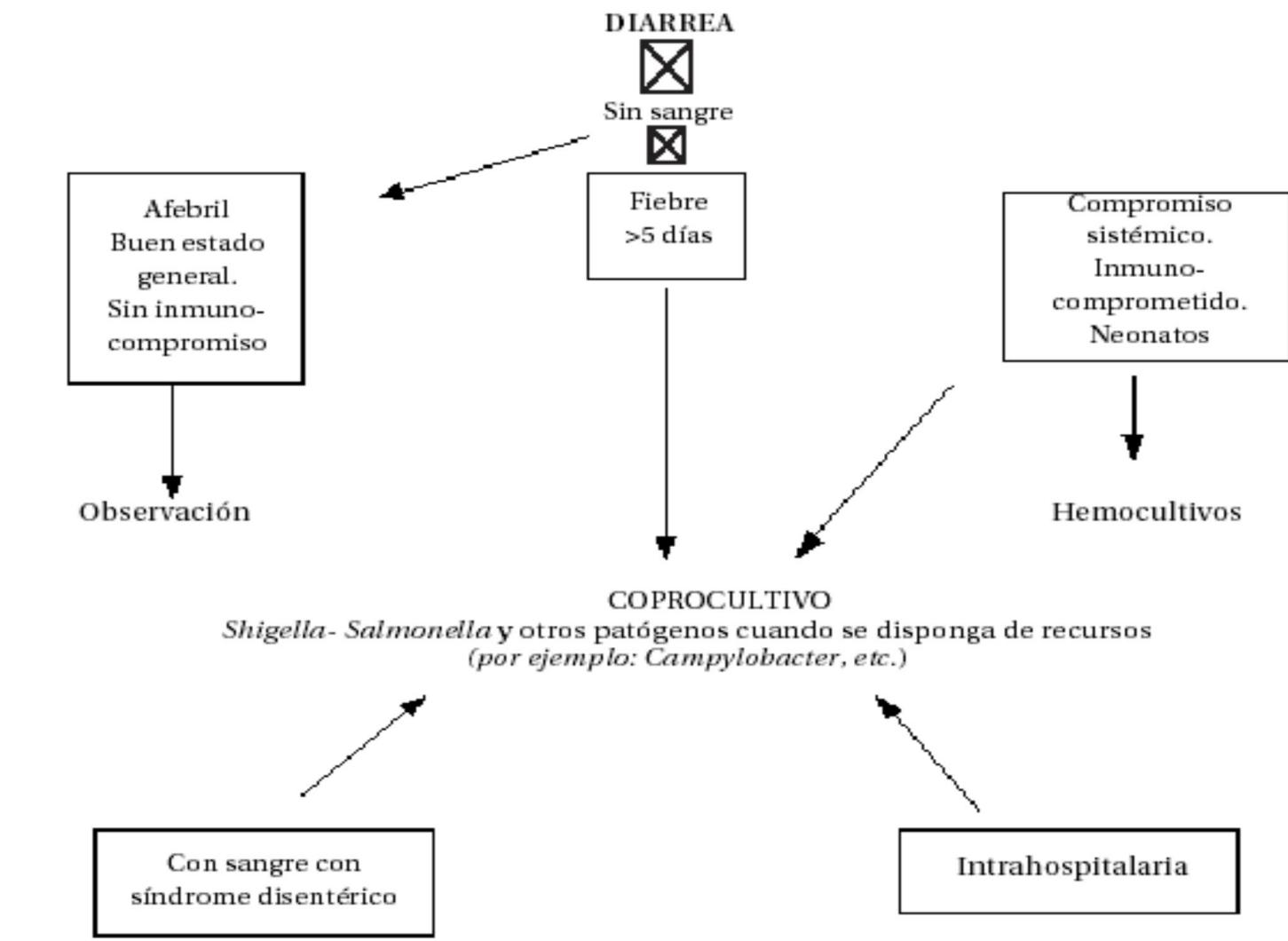
- Valrolación general: temperatura, sequedad de la piel y mucosas, FC y PA. **“SIGNOS DE DESHIDRATACION”**
- Niños: exploración ORL
- Abdomen: palpación y auscultación
- Valorar tacto rectal (diarrea grave, VIH o diarrea asociada a síntomas anales)

Diagnostico

Exámenes auxiliares

- **Examen de Heces en Fresco**
- Coprocultivo
- Prueba Latex para Rotavirus
- Azul de Metileno y Tinción de Gram (campylobacter)
- Electrolitos
- Parásitos en heces
- Reacción inflamatoria en heces

CUADRO 4. Algoritmo de diagnóstico.



Tratamiento

Evaluar grado de deshidratación (signos clínicos)

- Leve
- Moderada
- Grave

**Plan de
hidratación
(signos clínicos)**

- Plan A
- Plan B
- Plan C

**Tratamiento
farmacológico**

**No se
recomienda**

Medicamentos

1) Antidiarreicos

- 1) Loperamida

2) Reconstituyentes de la flora.

1) Probióticos:

- 1) Lactobacillus
- 2) Perenteryl(ScharamusisBoulardii)/Biolactus

3) Antibióticos

4) Antieméticos o Antiespasmódicos 5) Otros ??

SUSTANCIAS ANTISECRETORAS

- **SALICILATO DE BISMUTO:**
- No está recomendado porque produce toxicidad.
- **RACECADOTRILO: ??????**

Actua inhibiendo las encefalinas intestinales.

Efectos sobre la dirrea:

- Disminuye el volumen y el numero de desposiciones.
- Acorta la duración de la diarrea.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Objetivos:

- Reducción de mortalidad.
- Acortamiento de la duración de la enfermedad.
- Prevenir o reducir la transmisión de la enfermedad.
- Prevenir o reducir las complicaciones.

Organism	Drug of Choice	Alternative Drugs
<i>Campylobacter</i> Spp.	Azithromycin or erythromycin	Fluoroquinolone Tetracycline Gentamicin
<i>Clostridium difficile</i>	Metronidazole	Oral vancomycin
<i>Nontyphi Salmonella</i>	Cefotaxime Ceftriaxone Fluoroquinolone	Ampicillin TMP/SMX Chloramphenicol
<i>Shigella</i>	Fluoroquinolone Azithromycin	Nalidixic acid TMP/SMX Ceftriaxone
<i>Vibrio cholerae</i>	Doxycycline if >8 years of age TMP/SMX	Fluoroquinolone Chloramphenicol Furazolidone
<i>E. histolytica</i>	Metronidazole followed by Iodoquinol	Tinidazole Secnidazole Ornidazole Tinadazole Quinacrine Furazolidone
<i>G. lamblia</i>	Metronidazole	Paramomycin (pregnant women) Paramomycin + azithromycin
<i>Cryptosporidium parvum</i> <i>Isospora belli</i> <i>Cyclospora cavaetanensis</i>	Nitazoxanide TMP/SMX TMP/SMX	Semin Pediatr Infect Dis 16:125-136 © 2005 Elsevier Inc.

Colera

- - **FURAZOLIDONA 5-7mg/kg/día**
- - **BACTRIM : TMT 8-10mg/Kg/ día / SMT 40-50 mg /kg/ día**
- **DOXICICLINA:100MG/DÍA 5-9AÑOS dosis única
200 mg/día 10-14 años**

SHIGELOSIS :

Cuadros leves

- **ÁCIDO NALIDÍXICO 25-50 mg/kg/día**

Cuadros moderados y severos:

- **QUINOLONAS Ciprofloxacina QUINOLONAS**
Ciprofloxacina

10-20 mg/kg/día EV 3 a 5 días

En inmunodeprimidos: 5-7 días

- **CEFTRIAXONA : 50-80 MG/KG/DÍA - AZITROMICINA: 10-12 MG/kg/DÍA**

AMEBIASIS :

- **METRONIDAZOL 20 - 30 MG/Kg./día-**
- -DI HIDROEMETINA 1 – 1.5 MG/Kg. (5-10 días - TINIDAZOL (dosis única) 50mg

GIARDIASIS:

-METRONIDAZOL 15 – 20 mg/Kg/día 5días

-ALBENDAZOL 400mg/día dosis única

- TINIDAZOL 50mg dosis única

- FURAZOLIDONA 7 Mmg/Kg/día 5 días

- **FURAZOLIDONA (FLUOROQUINOLONAS):**
- Indicada en **diarrea bacteriana tipo disenteria y por *Giardia Lamblia*.**
- Dosis: 5 - 7 mg/ Kg/día cada 6hs 5-7 días

TRIMETROPIM SULFAMETOXAZOL (BACTRIM-SEPTRIN)

- **DOSIS :**

De: 8-10 MG./Kg./día C/12 hs - 5 días

Indicado en diarrea por:

Shigellosis

Salmonella tifhi

Escherichia coli entero patógena

**Estos gérmenes se han vuelto cada vez más
resistentes a este antibiótico**