

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN A NIÑOS
Y NIÑAS CON ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica, motivo frecuente de consulta, es la segunda causa de morbilidad a nivel mundial. Ocasiona anualmente 760,000 muertes de niños y niñas menores de cinco años. En República Dominicana, ocupa el tercer lugar (9.10%) como razón de consulta y el segundo lugar como motivo de fallecimiento en menores de cinco años, con un 2.4 %, según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013.

En promedio, los niños menores de tres años en países en desarrollo experimentan de uno a tres episodios de diarrea al año. En el país, la etiología es infecciosa, predominantemente viral y, en segundo lugar, bacteriana.

1. OBJETIVO

Reducir la incidencia de complicaciones y mortalidad por diarrea en niños y niñas mediante un diagnóstico oportuno, orientado a la prevención de las posibles complicaciones

2. EVIDENCIA

- Sandoval AM et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años. Disponible en: http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA_EN_NINOS/RER_Diarrea_Aguda.pdf

- Guía de práctica clínica para prevención diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años SGSS- 2013 Guía No8, ISBN: 978-958-8838-23- 6 Bogotá, Colombia Abril de 2013

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos Especialista en Pediatría, en Gastroenterología, Medicina Interna Pediátrica, Infectología Pediátrica, medicina Familiar y Enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Niños y niñas menores de 5 años con evacuaciones diarreicas.

5. DEFINICIÓN

Enfermedad diarreica Aguda (EDA) es la presencia de heces líquidas o acuosas, asociada a un aumento de la frecuencia (al menos 3 en 24 horas) que puede ir acompañada de vómito y fiebre. La duración debe ser menos de 14 días

6. CLASIFICACIÓN CIE-10

De acuerdo al tiempo de evolución:

- Enfermedad diarreica aguda: menos de 14 días.
- Enfermedad diarreica prolongada: entre 14 y 28 días.
- Enfermedad diarreica crónica: más de 28 días.

De acuerdo a la etiología:

- Infecciosa. De origen viral, bacteriano o parasitario
- No infecciosa.

7. DIAGNÓSTICO

7.1 Historia clínica

- a. Historia de la enfermedad actual
- b. Antecedentes patológicos
- c. Antecedentes familiares

7.1.1 Anamnesis

- Signos de deshidratación de leve a grave.
- Cambio en la consistencia de las evacuaciones.
- Cambio en la frecuencia y número de las evacuaciones.
- Presencia de evacuaciones con moco y sangre.
- Náuseas, vómitos y cólico abdominal.
- Pérdida de peso.
- Tiempo de evolución.

7.1.2 Signos y síntomas

El cuadro diarreico puede presentar diversas manifestaciones:

- Aumento del número de evacuaciones en un niño, niña con patrón conocido.
- Evacuaciones líquida, mucosa y-o sanguinolenta
- Anorexia
- Náuseas y Vómitos
- Distensión abdominal.
- Dolor abdominal.
- Fiebre.
- Afección del estado general.
- Somnolencia
- Irritabilidad
- Hipo actividad
- Irritabilidad,

- Bebe con sed
- Llanto sin lagrimas
- Mucosa oral seca
- Signo de pliegue cutáneo
- Pérdida de peso
- Presencia de sangre o mucus en la heces
- Aumento del número de evacuaciones en un niño, niña con patrón conocido.

a. Signos de deshidratación

- Disminución en la consistencia de las heces en un niño, niña con patrón conocido.
- Fontanela anterior deprimida en niños menores de un año.
- Extremidades frías.
- Tiempo de llenado capilar.
- Patrón respiratorio.
- Turgencia de la piel.
- Ausencia de lágrimas.
- Estado de conciencia.

b. Examen físico

- Peso, temperatura,
- Ojos hundido
- Mucosa oral seca
- Llantos sin lagrimas
- Irritable
- Hipo activo
- Bebe con sed
- Estas somnoliento o difícil de despertar
- Signos de pliegue cutáneo menor de 2 segundo, (Algunos signos de deshidratación).

- Signos de pliegues cutáneos mayor de 2 segundo, (deshidratación Grave)
- Fontanela anterior deprimida en niños menores de un año
- Extremidades frías.
- Tiempo de llenado capilar.
- Patrón respiratorio

7.1.3 Análisis de laboratorio, exámenes complementarios y de imágenes

De acuerdo a la sospecha clínica y a los diagnósticos diferenciales:

- Hemograma
- Orina (densidad)
- Urea., Creatinina. Electrolitos séricos y bicarbonato

En caso de :

- deshidratación grave,
- algún grado de deshidratación
- si hay sospecha de hipernatremia, si hay un diagnóstico poco claro
- otros factores de comorbilidad
- anuria de aproximadamente 12 horas
- Coprológico seriado.
- Coprocultivo (en casos de sospecha o presencia de bacteriemia o septicemia, si hay mocos y- o sangre en las evacuaciones , si el niño estas inmunocomprometido , si la diarrea no has mejorado en 7 días)
- Evaluar el estado inmunológico de los pacientes con inmunodeficiencia primaria o secundaria (desnutridos).

8. **DIAGNOSTICO**

- Diarrea sin deshidratación: Hay evacuación diarreica aguda pero el niño no tiene ningún signo de deshidratación.
- Diarrea persistente con algún signos deshidratación: el niño / a presenta 2 de los siguientes signos (irritabilidad, ojos hundidos, bebe ávidamente con sed o sedientos, llanto sin lágrimas, signos de pliegue cutáneos lento, tarda menor de 2 segundos en volver a su estado normal.
- Diarrea persistente con deshidratación grave: uno de los siguientes signos (somnoliento o no puede despertar, signos de pliegue cutáneos muy lento) (tarda más de 2 segundos en volver a su estado normal).

9. **INGRESO Y MANEJO**

Según el área de atención en la que será admitido el usuario: emergencia, hospitalización en servicio de baja complejidad (sala común), servicio de alta complejidad (UCI), sala de recuperación.

9.1 **Acciones en área de urgencia/emergencia:**

- a) Si solo hay diarrea sin deshidratación, se trata con plan A (tratar en casa).
 - Administre sales de hidratación oral (SRO) de baja osmolaridad.
 - Dar más liquido.
 - Orientar a la madre sobre los signos de peligros y cuando regresar al centro de salud inmediatamente.

- b) **Un niño o niña con algún signo de deshidratación:**
- c) Trate con plan B SRO a 50 a 100 ml/ kg, por 4 horas o a 25 ml/ kg/h.
- d) Reevaluar cada hora, si el niño /a tolera y se ha corregido la deshidratación pasar al plan A, si no tolera y empeora pasar al plan C.
- c) **Todos niño/a que se le ha administrado plan B y que ha empeorado, que presenten signos de deshidratación grave, se administre Plan C con solución salino o Hartmann.**
- Administrar líquido EV en 3 horas a
 - 50 ml/kg durante la primera hora luego
 - 25 ml/ kg durante la 2da hora y
 - 25 ml/kg durante la tercera hora
 - Se reevalúa luego y si el niño/a tolera pasar a vía oral
 - Administre Zinc a dosis de 10 mg/día/V.O. para niños menores de 6 meses y 20 mg/día/V. O. en niños entre 6 meses a 5 años, durante 10 a 14 días.
 - Si el niño /a tiene alguna patología o comorbilidad, tratar según norma.
 - Si el niño/a no puede ser canalizado y tiene signos de deshidratación grave, colocar sonda nasogástrica a 20 ml /hg/hora.
 - **Estabilidad:** cardiorrespiratoria, hemodinámica y neurológica.
 - Iniciar la prueba de tolerancia oral de acuerdo al protocolo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
 - En niños con deshidratación de leve a moderada secundaria y gastroenteritis aguda, el déficit estimado es de 3 % a 8 %. La reposición de líquidos con sales de rehidratación oral (SRO) debe ser de 30-80 ml/kg.

- Las SRO pueden ser administradas en dosis de 5 ml/kg cada 15 minutos.
- Si son bien toleradas y no hay vómitos, la cantidad de las dosis puede ser incrementada con disminución de la frecuencia.
- Volúmenes adicionales de SRO no son necesarios para reemplazar las pérdidas si el niño está tolerando los líquidos y su estado clínico es revisado frecuentemente.
- En niños con deshidratación clínica, incluyendo deshidratación hipernatrémica, se recomienda:
 - Uso de sales de hidratación oral de baja osmolaridad (240-250 Osm/L) para la rehidratación oral.
 - Suministrar 50 ml/kg de SRO para reponer el déficit de líquidos durante cuatro horas, así como los líquidos de mantenimiento.
 - Dar SRO frecuentemente y en pequeñas cantidades.
 - Considerar la sustitución con líquidos habituales (incluyendo alimentos lácteos o agua, pero no jugos de frutas o bebidas carbonatadas) si se rehúsa a tomar cantidades suficientes de SRO y no tiene síntomas o signos de alarma.
 - Considerar dar SRO vía sonda nasogástrica si están incapacitados para beber o si tienen vómito persistente.
 - Monitorear la respuesta a la terapia de rehidratación oral con valoraciones clínicas regulares.
 - Se recomienda en los niños con síntomas y signos de alarma revaloraciones frecuentes durante la rehidratación con el ajuste del déficit de líquidos dependiendo de la evaluación.

- Si un niño es inhábil o esta indispuerto para aceptar los líquidos por vía oral (VO) durante una hora aproximadamente, o su estado de hidratación empeora durante este periodo, usar la rehidratación por sonda nasogástrica (SNG).
- En niños con deshidratación moderada, los líquidos intravenosos están indicados solamente si es inhábil para tolerar la rehidratación nasogástrica o falla ésta, por ejemplo, por vómito persistente o empeoramiento de la deshidratación.
- Canalizar una vía periférica para el manejo de fluidos de acuerdo al grado de deshidratación del paciente.
- En el choque hipovolémico por gastroenteritis, la recuperación rápida es esperada en muchos niños, tras la administración de un bolo de 20 ml/kg de solución salina (SS) al 0.9%.
- Si no ocurre una respuesta inmediata, debe ser administrado un bolo ulterior de 20 ml/kg.

En ausencia de una pronta respuesta, es importante considerar otros factores de hipovolemia, como septicemia. En estos casos, puede ser necesario el manejo del paciente por un pediatra especialista en cuidados intensivos pediátricos.

En niños con choque debido a deshidratación por gastroenteritis, la SS al 0.9 % es una solución apropiada y rápidamente disponible para la administración en bolo.

- Tratar el choque sospechado o confirmado con una infusión intravenosa (IV) rápida de SS al 0.9 % a 20 ml/kg;

- Cuando los síntomas y/o signos de choque son resueltos después de una infusión por vía IV rápida, iniciar la rehidratación con líquidos intravenosos.
- Si el niño permanece en choque después de la primera infusión rápida:
 - o Inmediatamente dar otra infusión por vía IV rápida de SS al 0.9 % a 20 ml/kg.
 - o Considerar causas posibles de choque diferentes a la deshidratación.
- Considere consultar al pediatra intensivista si el niño permanece chocado después de la segunda infusión rápida.
- Si la terapia IV es requerida para la rehidratación y el niño no está hipernatrémico a la presentación:
 - o Use una solución isotónica como la SS al 0.9 % o SS al 0.9 %, con solución dextrosa (SG) al 5% para reponer y mantener el déficit de líquidos.
 - o Para aquellos que requirieron un bolo rápido de líquidos por vía IV por sospecha o confirmación de choque, adicionar 100 ml/kg para reponer el déficit de líquidos de mantenimiento y monitorear la respuesta clínica.
 - o Para aquellos que a su ingreso no estaban chocados, adicionar 50 ml/kg para reponer el déficit a los líquidos de mantenimiento y monitorear la respuesta clínica.
 - o Medir sodio, potasio, urea, creatinina y glucosa al principio, monitorear regularmente y, si es necesario, modificar la composición de los líquidos y la velocidad de administración.

- Considerar la reposición de potasio por vía IV, una vez que el nivel plasmático de este mineral sea conocido.
- Si la terapia de líquidos por vía IV es requerida en un niño con deshidratación hipernatrémica (sodio >150mmol/l):
- Usar solución salina como SS al 0.9 % o SS al 0.9 % con SG al 5 %, para remplazar el déficit de líquidos y los de mantenimiento.
- Reponer el déficit de líquidos lentamente, típicamente en 48 horas.
- Monitorear el sodio plasmático frecuentemente, con el objetivo de reducir a una tasa de menos de 0.5 mOsm/L por hora.

9.2 Criterios de hospitalización

- Alteración cardiorrespiratoria, hemodinámica y neurológica.
- Niños con deshidratación grave o con signos de choque (alteración de la conciencia, piel pálida o moteada, extremidades fría, taquicardia, taquipnea, tiempo de llenado capilar prolongado y- o hipotensión.
- Los niños con algún grado de deshidratación deben ser observados en el hospital durante un periodo no menor de seis horas, para asegurar una rehidratación exitosa (tres o cuatro horas) y el mantenimiento de la hidratación (dos a tres horas).
- Niños con mayor riesgo de deshidratación de acuerdo a su edad (lactantes <6 meses), evacuaciones líquidas frecuentes (> de ocho en 24 horas) o vómitos (>4 en 24 horas) deben ser vigilados en un hospital durante un período mínimo de cuatro a seis horas, para asegurar el mantenimiento adecuado de la hidratación.

Fallos en respuesta a la tolerancia oral: incapacidad para deglutir o vómitos incoercibles, entre otros.

- Niño con sospecha de deshidratación hipernatremica (Presencia de movimientos de mandíbula, incremento del tono muscular, hiperreflexia, convulsiones y coma).
- Niño que vuelven a consultar por deshidratación durante el mismo episodio diarreico
- Niños con sospecha de hipernatremia
- Anormalidades neurológicas (letargia, crisis convulsivas, etc.).
- Comorbilidades: diabetes y desnutrición, neumonía, sepsis entre otras.
- Sospecha de complicaciones tales como íleo adinámico, obstrucción intestinal.

9.3 Manejo en sala de hospitalización

- Reposo gástrico durante un periodo de cuatro a seis horas.
- Cálculo de soluciones endovenosas de acuerdo al grado de deshidratación y la superficie corporal del niño o la niña.
- Protección gástrica con inhibidor de la secreción gástrica.
- Manejo antimicrobiano específico de acuerdo al reporte de pruebas complementarias.
- Interconsulta con Gastroenterología Pediátrica según criterio médico.
- Usar antibióticos para el tratamiento de la diarrea invasiva: de inicio agudo, sanguinolenta, mucosa (con leucocitos polimorfo nucleares en heces cuando esté disponible el estudio) y acompañada de fiebre alta (ver anexo).

- Los niveles de sodio plasmático deben ser monitoreados al menos cada cuatro horas hasta su normalización por rehidratación antes del egreso del paciente.
- Una vez restaurado en el niño o la niña con deshidratación el volumen circulante mediante el suministro de líquidos IV y esté recibiendo rehidratación de mantenimiento por la misma vía, debe alentársele a aceptar líquidos orales.
- Administrar probióticos como adyuvantes para reducir la duración de la diarrea y restaurar la flora intestinal.
- Administrar Zinc vía oral : 10 mg para niños menores de 6 meses y 20 mg en niños entre 6 meses y 5 años , durante 10 a 14 días.

10. INFORMACIÓN PARA FAMILIARES O ACOMPAÑANTES

Para evitar una complicación aguda como la deshidratación, se recomienda:

- Continuar en los lactantes la alimentación con leche materna.
- Dar terapia con rehidratación oral en casa, al inicio del cuadro enteral.
- En niños con datos de alarma, no dar líquidos que no sean SRO.
- Considerar en el niños la suplementación con líquidos habituales (fórmula o agua) si rehúsan constantemente la SRO.
- No prescribir jugos o bebidas carbonatadas.

Recomendar que la suplementación con líquidos orales inicie en casa, ofreciendo una cantidad adecuada (más de 250 ml) para reducir el riesgo de deshidratación.

Los niños alimentados con leche materna deberán continuar así durante las fases del tratamiento de rehidratación y estabilización de la gastroenteritis.

En los casos de diarrea aguda infantil, se recomienda continuar con:

- Alimentación con leche materna o la leche habitual.
- Ingesta suficiente de líquidos.
- Sales de rehidratación oral de baja osmolaridad como suplemento de líquidos en aquellos niños con riesgo aumentado de deshidratación, como los lactantes o los que presenten diarrea acuosa.

En el niño deshidratado con gastroenteritis que normalmente es alimentado con fórmula, la alimentación deberá ser detenida durante la rehidratación y ser reiniciada tan pronto como el niño esté rehidratado.

Si es necesaria la prescripción de fármacos de manera ambulatoria, el médico tiene la obligación de instruir a los familiares del paciente acerca de la forma de administración y de sus posibles efectos secundarios. Igualmente, las personas al cuidado del menor deben:

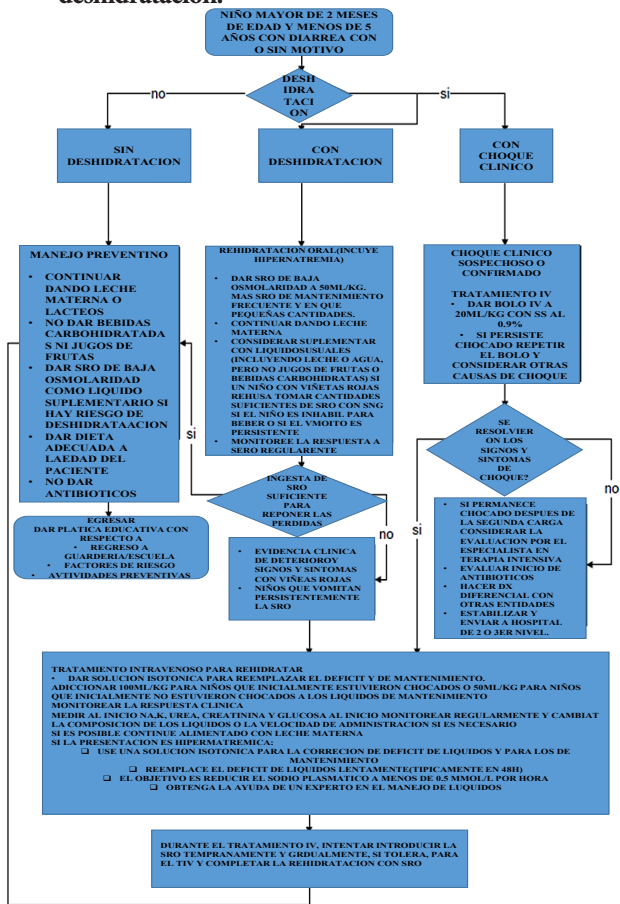
- Regresarle a la emergencia si se presentan signos de alarma.
- Enseñar a preparar correctamente las sales de rehidratación oral y como administrarla.
- Recibir educación nutricional y sobre la prevención de reinfecciones.
- Acudir con el paciente a su cita de seguimiento por consulta de Pediatría.

11. CRITERIOS EGRESO

- Buena tolerancia oral.
- Paciente hidratado.
- Estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y neurológica.
- Remisión o disminución de la sintomatología al momento del ingreso y otras comorbilidades que hayan motivado el ingreso estén controladas.
- Tener un cuidador responsables que haya sido debidamente instruido en cuantos a los signos de alarma, cuando volver de inmediatos y que sea capaz de continuar el manejo en el hogar.

12. FLUJOGRAMA

1. Manejo del paciente pediátrico con diarrea, con y sin deshidratación.



13. BIBLIOGRAFIA

1. Sandoval AM et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA_EN_NINOS/RER_Diarrea_Aguda.pdf.
2. Farthing M et al. Acute diarrhea in adult and children: a global perspective. World Gastroenterology Organization Global Guidelines, February 2012. Disponible en http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/Acute%20Diarrhea_long_FINAL_120604.pdf.
3. Costa J, Polanco I, Gonzalo de Liria C. Guía de Práctica Clínica Gastroenteritis aguda en el niño. Guía Multidisciplinar SEGNHP-SEIP 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_464_Gastroenteritis.pdf.
4. Wittenberg DF Management guidelines for acute infective diarrhea/gastroenteritis in infants. SAMJ Vol. 102 No 2, Febrero 2012. <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/5243/3855>
5. Román E, Barrio J, López M. Diarrea Aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf.

ANEXOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DESHIDRATACIÓN EN NIÑOS DE DIARREA AGUDA

El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el **niño con diarrea aguda sin deshidratación clínicamente detectable**:

- Buena apariencia.
- Alerta y reactivo.
- Gasto urinario normal.
- Coloración de la piel sin cambios.
- Extremidades tibias.
- Tono ocular normal.
- Membranas mucosas húmedas.
- Frecuencia cardíaca normal.
- Patrón respiratorio normal.
- Pulsos periféricos normales.
- Tiempo de llenado capilar normal.
- Turgencia de la piel normal.
- Presión sanguínea normal.

El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el **niño con diarrea aguda con deshidratación sin choque**:

- ✓ Decaido o aspecto deteriorado.
- ✓ Respuesta alterada; irritable o letárgico.
- ✓ Ojos hundidos.
- ✓ Taquicardia.
- ✓ Taquipnea.
- ✓ Disminución de la turgencia de la piel.
- Gasto urinario disminuido.
- Coloración de la piel sin cambios.
- Extremidades tibias.
- Mucosas seca.
- Pulsos periféricos normales.
- Tiempo de llenado capilar normal.
- Presión sanguínea normal.

Las **vinetas rojas** identifican a niños con mayor riesgo de progresar a choque.

El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el **niño con diarrea aguda, deshidratación y datos clínicos de choque**:

- Disminución del nivel de conciencia: soporoso o comatoso.
- Piel pálida o marmórea.
- Extremidades frías.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Pulsos periféricos débiles.
- Tiempo de llenado capilar prolongado.
- Hipotensión (choque descompensado).

Fuente: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención.

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DESHIDRATACIÓN

SIN DESHIDRATACIÓN	DESHIDRATACIÓN LEVE-MODERADA	DESHIDRATACIÓN GRAVE
Pérdida de peso < 3%	Pérdida de peso del 3-8%	Pérdida de peso ≥ 9%
Sin signos.	<p>Ordenado por el incremento de la severidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membranas mucosas secas. • Ojos hundidos (mínimas o sin lágrimas). • Turgencia de la piel disminuida (prueba de pinchamiento 1-2 segundos). • Estado neurológico alterado (sommolencia, irritabilidad). • Respiración profunda (acidótica). 	<p>Incremento marcado de los signos del grupo leve a moderado más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfusión periférica disminuida(tría/mamímorea/palidez periférica; tiempo de llenado capilar > 2 segundos) • Colapso circulatorio.

Tabla 2: Clasificación de la severidad de la deshidratación.

Fuente: Armon *et al*

RECOMENDACIONES PARA LA TERAPIA CONTRA PATÓGENOS ESPECÍFICOS		
PATÓGENOS	PACIENTES INMUNOCOMPETENTES	PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS
<i>Shigella</i> sp	Trimetoprim-Sulfametoxazol [TMP-SMZ (si es susceptible ^a)] dosis pediátrica 5 y 25mg/kg respectivamente, 2 veces al día por 3 días (si es susceptible) ^a o fluoroquinolona ^b 2 veces al día por 3 días (v.g. ofloxacin, norfloxacin o ciprofloxacina).	7-10 d
<i>Salmonella</i> sp no typhi	No recomendado rutinariamente, pero si el paciente esta grave o es < 6 meses o >50 años de edad o tiene prótesis, enfermedad valvular cardiaca, malignidad o uremia, TMP-SMZ (si es susceptible) o fluoroquinolona ^b como anteriormente se señaló, 2 veces al día por 5-7 días, ceftriaxona 100 mg/kg/día en 1 o 2 dosis.	x 14 d o prolongar si hay recaída
<i>Campylobacter</i> sp	Eritromicina x 5 d ^c .	Igual, pero requiere prolongar el tratamiento
<i>Escherichia coli</i> sp Enterotoxigénica	TMP/SMZ, 2 veces al día por 3 días (si es susceptible) o fluoroquinolona ^b 2 veces al día por 3 días.	Igual
Enteropatógena	Igual que el anterior	Igual
Enteroinvasiva	Igual que el anterior	Igual
Enteropatógena	Desconocido	Considerar fluoroquinolona como para <i>E. coli</i> enterotoxigénica
Enterohemorrágica (STEC)	Evitar medicamentos antimotilidad: el papel de los antibióticos es poco claro y debe evitarse la administración ^d	Igual
<i>Aeromonas/Plesiomonas</i>	TMP/SMZ, 2 veces al día por 3 días (si es susceptible) o fluoroquinolona ^b 2 veces al día por 3 días.	Igual
<i>Yersinia</i> sp	Los antibióticos no son requeridos usualmente. Para infecciones graves o asociadas a bacteremia tratarlas como un huésped inmunocomprometido usando terapia combinada con doxicilina, aminoglicosido, TMP/SMZ o fluoroquinolona ^b .	Doxicilina, aminoglicosido (en combinación) o TMP/SMZ o fluoroquinolona ^b
<i>Vibrio cholerae</i> 01 o 0139	Doxicilina o tetraciclina o TMP/SMZ o fluoroquinolona ^b	Igual
<i>Clostridium difficile</i> toxigénico	Los antibióticos que lesionen deben ser evitados si es posible. Metronidazol por 10 días.	Igual

Tabla 8: Terapia contra patógenos específicos.

Fuente: IDSA GUIDELINES CID

RECOMENDACIONES PARA LA TERAPIA CONTRA PATÓGENOS ESPECÍFICOS		
PATÓGENOS	PACIENTES INMUNOCOMPETENTES	PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS
PARÁSITOS <i>Giardia</i>	Metronidazol 7 a 10 días.	Igual.
<i>Cryptosporidium sp</i>	Si es grave, considerar paromomicina por 7 días como para los huéspedes inmunocomprometidos	Paromomicina 14 a 28 días, altamente activo en la terapia antiretroviral, incluyendo inhibidores de la proteasa es garantizado para pacientes con SIDA.
<i>Isospora sp</i>	TMP/SMZ por 7 a 10 días.	TMP/SMZ por 10 días, seguido por TMP/SMZ 3 veces a la semana o semanalmente sulfadoxine y pirimetamina indefinidamente para pacientes con SIDA.
<i>Cyclospora sp</i>	TMP/SMZ por 7 días.	TMP/SMZ por 10 días seguido de TMP/SMZ 3 veces a la semana indefinidamente.
<i>Microsporidium sp</i>	No determinado.	Albendazol por 3 semanas, altamente activo en la terapia antiretroviral, incluyendo inhibidores de la proteasa es garantizado para pacientes con SIDA.
<i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol por 5 a 10 días más diiodohidroxiquinoleina por 20 días o paromomicina por 7 días.	Igual.

^a Porque arriba del 20% de los aislamientos en viajeros foráneos son resistentes a TMP/SMZ y la resistencia a quinolonas es raro, la fluoroquinolona es preferida como terapia inicial en shigelosis relacionada a viajes.

^b Las fluoroquinolonas no están aprobadas para el tratamiento en niños en los Estados Unidos.

^c Los antibióticos son más efectivos si son dados tempranamente en el curso de la enfermedad.

^d La fofomicina, no está autorizada en los Estados Unidos en 1999, puede ser segura y posiblemente efectiva pero requiere estudios ulteriores.

Tabla 8: Terapia contra patógenos específicos.

Fuente: IDSA GUIDELINES CID