

Antiparasitarios en Pediatría

Andrés Efraín Muy Pérez^a, Eva De Lamo Gonzalez^a, Milagros García López Hortelano^b.

^a Residente de Pediatría. Rotante Externo en la Unidad de Pediatría Tropical. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

^b Pediatra. Unidad de Pediatría Tropical. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Fecha de actualización: 31/03/2022

Cita sugerida: Muy Pérez AE, De Lamo González E, García López-Hortelano M. Antiparasitarios en Pediatría. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>

Introducción / puntos clave

El objetivo de esta guía es ofrecer al profesional que atiende a la población infantil una visión general y actualizada de los distintos grupos de fármacos antiparasitarios disponibles, con información esquemática sobre su clasificación, indicaciones, posología, reacciones adversas e interacciones con otros fármacos.

Se incluye además una tabla con datos acerca de nombres comerciales y dispensación de los distintos fármacos antiparasitarios, especificando la opción si fuera necesario de obtenerlo a través de farmacia de medicamentos extranjeros (ME)

Aunque varios de estos fármacos tienen indicaciones para enfermedades diferentes a las parasitarias, no las hemos incluido en esta guía ya que se salen del contexto o finalidad de la misma, así como hemos incluido algún fármaco con indicación antiparasitaria pero que principalmente son utilizados para otros microorganismos.

Clasificación de los principales grupos de antiparasitarios:

1. Antiprotozoarios:
 - A. Fármacos con acción frente a ameba, giardia y tricomona.
 - B. Antitripanosómicos.
 - C. Antileishmánicos.
 - D. Antitoxoplásmicos.
 - E. Antimaláricos.
2. Antihelmínticos
3. Ectoparasitocidas

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: no existen versiones previas.

Clasificación de los fármacos antiparasitarios por grupo y nombres comerciales

Antiparasitario	Grupo	Nombres comerciales
Albendazol	Antihelmíntico	Eskazole® comp 400mg
Anfotericina B liposomal ⁶	Antiprotozoario	AmBisome® amp 50mg

Antimoniato de meglumina ⁶	Antiprotozoario	Glucantime® 1500 mg/5 ml, (81 mg/ml de antimonio pentavalente)
Artesunato ⁶	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Atovacuona - Proguanil	Antiprotozoario	Malarone® comp 250-100mg. Malarone pediátrico® comp 62.5-25mg. Malaway® comp 250-100mg
Benznidazol	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Cloroquina Hidroxiclороquina	Antiprotozoario	Resochin® comp 250 mg (155mg cloroquina base) Dolquine® comp 200 mg (155mg hidroxiclороquina base)
Dietilcarbamazina	Antihelmíntico	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Eflornitina ⁶	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Ivermectina	Antihelmíntico	Ivergalen® comp 3 mg
Mebendazol	Antihelmíntico	Lomper® susp 20 mg/ml (30ml), comp 100 mg
Mefloquina	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Melarsoprol	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Metronidazol	Antiprotozoario	Flagyl®: susp 125 mg/5ml, comp 250 y 500 mg, amp 5mg/ml.
Miltefosina	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Niclosamida	Antihelmíntico	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Nifurtimox	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Nitazoxanida	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Pamoato de pirantel	Antihelmíntico	Trilombrin® comp 250mg c/6, sups 250mg/5 ml (30ml)
Paromomicina	Antiprotozoario	Humatin® cápsulas 250 mg, suspensión 25mg/ml.
Pentamidina ⁶	Antiprotozoario	Pentacarinat, vial 300 mg
Permetrina	Ectoparasitocida	Permetrina 5% OTC, Sarcop®, crema al 5%, Filvit®, champú al 1%
Pirimetamina-sulfadoxina	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Praziquantel	Antihelmíntico	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Primaquina	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Quinacrina / Mepacrina	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Quinina ⁶	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Suramina	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Tinidazol	Antiprotozoario	Tricolam comp 500 mg
Triclabendazol	Antihelmíntico	Farmacia de medicamentos extranjeros ³
Yodoquinol (diyodohidroxiquinoleína)	Antiprotozoario	Farmacia de medicamentos extranjeros ³

1. Antiprotozoarios

Fármaco	Indicaciones	Posología	RAM	Comentarios
A. Fármacos con acción frente a ameba, giardia y tricomona				
Metronidazol ⁵	Amebiasis intestinal y extraintestinal (absceso hepático) por <i>Entamoeba histolytica</i> (inclusive en infección asintomática)	35-50 mg/kg/día, VO o IV, cada 8h (máx. 500-750 mg/dosis), 7-10 días, seguido de paromomicina o yodoquinol.	Gastrointestinales ⁸ , urticaria, fiebre, confusión, depresión, alucinaciones, diplopía, miopía.	En tratamientos prolongados o con dosis altas vigilar leucopenia o neuropatía.
	Tratamiento de giardiasis /lamblisis (<i>Giardia lamblia</i>)	15 mg/kg/día, VO, cada 8h (máx. 250 mg/dosis), 5-7 días.	Síndrome miccional, orina oscura.	En caso de tricomoniasis tratar a la pareja sexual con síntomas o sin ellos, y evitar coito sin preservativo hasta terminar tratamiento.
	Tratamiento de tricomoniasis (<i>Trichomona vaginalis</i>) en la mujer (vulvitis, vaginitis) y el varón (uretritis, epididimitis, prostatitis).	500 mg (15 mg/kg/día), VO, cada 12 horas, 7 días; ó 2g VO (DU).	Neuropatía central o periférica (parestias, ataxia, vértigos, convulsiones).	
	Tratamiento de la infección sintomática por Blastocystis hominis ⁷ Tratamiento de la infección sintomática por Dientamoeba fragilis (único patógeno y clínica >7 días) ⁷	35-50 mg/kg/día, VO, cada 8h (máx. 500-750 mg/dosis), 10 días.		
	Tratamiento de balantidiasis (<i>Balantidium coli</i>) ⁷	35-50 mg/kg/día, VO, cada 8h (máx. 750 mg/dosis), 5 días.		
Nitazoxanida	Tratamiento de la diarrea por Ascaris lumbricoides, Cryptosporidium parvum o por Giardia lamblia en >1 año. Tratamiento alternativo frente a Fasciola hepatica ⁷ . Tratamiento alternativo frente a Hymenolepis nana, balantidiasis, Blastocystis hominis ⁷ .	<i>F. hepática</i> (7 días) / resto de infecciones (3 días): - 1-3 años: 5 mL (100 mg)/12h. - 4-11 años: 10 mL (200 mg)/12h. - ≥12 años: 25 mL o 500 mg/12h.	Gastrointestinales ⁸ , cefalea. Elevación de transaminasas y creatinina, orina decolorada, esclerótica de color amarillo.	Monitorizar el tiempo de protrombina en pacientes con anticoagulantes orales. Contraindicada en alergia a salicilatos.
Paromomicina	Tratamiento de amebiasis intestinal aguda y crónica.	25-35 mg/kg/día, VO, cada 8h, 5-10 días.	Gastrointestinales ⁸ , malabsorción, cefalea, vértigos, mucositis, ototoxicidad y nefrotoxicidad.	Contraindicada en obstrucción o lesiones intestinales.
	Tratamiento de infección por Dientamoeba fragilis ⁷ . Tratamiento alternativo para giardiasis ⁷ .			
	Tratamiento alternativo para teniasis y otros cestodos. Tratamiento de la diarrea por Cristosporidium parvum en déficit nutricional o inmunodeprimidos ⁷	VO (DU): <15 kg: 1,5 g; 15-30 kg: 2 g; 30-50 kg: 3 g. 25-35 mg/kg/día, VO, en 2-4 dosis, 14 días. En adolescentes con VIH: 500 mg c/6h, 14-21 días.		

Quinacrina ⁴	Tratamiento de <i>Giardia lamblia</i> resistente a metronidazol .	6 mg/kg/día, VO, cada 8h (máx 100 mg/dosis), 5 días.	Coloración amarillo-naranja de la piel, gastrointestinales ⁸ , eccema, cefalea, convulsiones, psicosis, alteraciones visuales y de coagulación, hemólisis en déficit de G6PD.	Precaución en pacientes con déficit de G6PD, trastornos psiquiátricos, discrasias sanguíneas, psoriasis, porfiria.
	Tratamiento de 2ª elección en <i>Taenia solium</i> , <i>T. Saginata</i> y <i>Diphyllobothrium latum</i> .	200 mg cada 6h, VO, 1 día (dosis total 800 mg).		
Tinidazol	Tratamiento de la amebiasis intestinal y absceso hepático por <i>E. histolytica</i> .	50 mg/kg/día (máx 2 g), VO, DUD, 3 días; 5 días si es grave o extraintestinal.	Gastrointestinales ⁸ , urticaria, neuropatía periférica, mareo, ataxia, crisis comiciales, pancitopenia.	Indicaciones para ≥3 años. Contraindicado en pacientes con trastornos neurológicos orgánicos o discrasias sanguíneas. En tratamientos >7 días realizar controles analíticos.
	Tratamiento alternativo de la tricomoniasis urogenital (<i>T. vaginalis</i>).	50-75 mg/kg/día (máx 2 g), VO, (DU). En >12 años: 2 g (DU). Tratar a la pareja sexual.		
	Tratamiento de la giardiasis. Tratamiento de <i>B. hominis</i> ⁷ .	50 mg/kg/día (máx 2 g), VO, (DU).		
Yodoquinol	Tratamiento alternativo en ≥12 años: - Infección asintomática por <i>Entamoeba histolytica</i> ⁷ . - Erradicación de quistes intestinales tras terapia con amebicidas sistémicos ⁷ . - Dientamoebiasis, balantidiasis.	30-40 mg/kg/día (máx 650mg) VO, cada 8h, 20 días. Valorar repetir ciclo en 2-3 semanas.	Gastrointestinales ⁸ , los más frecuentes. Si uso prolongado: atrofia o neuritis óptica, neuropatía periférica, ataxia, miopatía, bocio.	No hay datos de seguridad en niños. Interfiere con las pruebas de función tiroidea. Monitorizar la agudeza visual durante su uso. Contraindicado en neuropatía óptica, hepatopatía o insuficiencia renal.
B. Antitripanosómicos				
Benznidazol	Tratamiento de Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana, infección por <i>Trypanosoma cruzi</i>)	Tratamiento VO durante 60 días: - <12 años: 5-10 mg/kg/día cada 12 horas. - >12 años: 5-7 mg/kg/día cada 12 horas (máx. 400 mg/día).	Rash cutáneo leve-moderado y náuseas primeras 2 semanas. Parestesias, polineuropatía periférica. Leucopenia, trombopenia.	Realizar hemograma, función hepática y renal antes del tratamiento. Vigilar neutropenia y trombopenia a los 15 días del inicio y de forma regular. Interrumpir tratamiento si rash severo acompañado de fiebre, púrpura o polineuritis.
Eflornitina ⁴	Tratamiento de tripanosomiasis africana (Enfermedad del sueño) producida por <i>Trypanosoma brucei gambiense</i> en fase hemolinfática y meningoencefálica	En combinación con nifurtimox (régimen NECT): 200 mg/kg/dosis IV cada 12h durante 7 días. Monoterapia: - <12 años: 150 mg/kg/dosis IV cada 6h, 14 días. - ≥12 años: 100 mg/kg/dosis IV cada 6h, 14 días.	Pancitopenia, convulsiones, mareo, alteraciones auditivas. Reversibles tras retirada de fármaco. Cefalea, artralgias, gastrointestinales ⁸ , edema facial, alopecia.	Régimen NECT es preferido a la monoterapia con eflornitina (más seguro y fácil de administrar). Se recomienda realizar audiometrías seriadas.

Melarsoprol ⁴	Tratamiento de tripanosomiasis africana producida por <i>Trypanosoma brucei gambiense</i> y <i>Trypanosoma brucei rhodesiense</i> en fase meningoencefálica	2,2 mg/kg/día, IV lenta, 10 días.	Daño tisular si se extravasa. Gastrointestinales ⁸ , fiebre, flebitis, dermatitis, urticaria, neurológicos ¹⁰ , hemólisis en déficit de G6PD.	El aumento de leucocitos, proteínas o presencia de tripanosomas en el LCR se asocian a un elevado riesgo de encefalopatía. Monitorizar función renal.
Nifurtimox ^{4,5}	Tratamiento de Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana, infección por <i>Trypanosoma cruzi</i>)	VO durante 60-90 días: - <40 kg: 15-20 mg/kg/día, cada 6-8h. - 40-60 kg: 12,5-15 mg/kg/día, cada 6-8h. - >60 kg: 8-10 mg/kg/día, cada 6-8h.	Gastrointestinales ⁸ , vértigo, pérdida de peso, neurológicos, insomnio, desorientación, leucopenia, hemólisis en déficit de G6PD.	Precisa controles analíticos previo y durante su uso. Contraindicado en porfiria e insuficiencia hepática grave. Precaución en enfermedades neurológicas, crisis, patología renal, hepática o pulmonar.
	Tratamiento de la fase tardía de la tripanosomiasis africana (<i>T. brucei gambiense</i>).	15 mg/kg/día, VO, 30 días.		
Suramina	Tratamiento de la fase precoz o hemolinfática de la tripanosomiasis africana . Tratamiento de primera elección en <i>T. brucei rhodesiense</i> y de segunda elección en <i>T. brucei gambiense</i> ⁷ .	Pauta progresiva: iniciar 2 mg/kg IV lenta (máx 100 mg). Si es tolerado seguir una de las dos pautas IV: - Día 1: 5 mg/kg; día 3: 10mg/Kg; Días 5, 11, 17, 23 y 30: 20 mg/Kg (Max 1 g). - 20 mg/Kg los días 1, 3, 7, 14 y 21.	Citopenias, nefro y neurotoxicidad, (parálisis flácida, polineuritis), hepatotoxicidad, insuficiencia suprarrenal. Reacción de Mazzotti ¹ , fiebre, urticaria.	No indicado en tripanosomiasis con afectación del SNC. Evitar en insuficiencia renal y hepática graves. Realizar determinación de proteinuria previa a cada dosis, modificando dosis según grado de proteinuria.
C. Antileishmánicos				
Anfotericina B liposomal ⁴	Tratamiento de leishmaniasis visceral (kala-azar), cutánea o de mucosas en inmunocompetentes	3 mg/kg/día, IV, los días 1 a 5, 14 y 21 (dosis total 21 mg/kg).	Relacionados con la infusión: fiebre, hipotensión, mialgias, vómitos.	Durante las 2-3 semanas de tratamiento puede provocar un aumento paradójico de las lesiones que no indica un fallo terapéutico.
	Tratamiento de leishmaniasis visceral (kala-azar) en inmunodeprimidos	4 mg/kg/día, IV, los días 1 a 5, 10, 17, 24, 31 y 38 (dosis total 40 mg/kg).	Gastrointestinales ⁸ , elevación de transaminasas, cefalea, disnea, hipopotasemia, urticaria, pancitopenia.	Vigilar recidivas en pacientes con SIDA o inmunodepresión al menos 1 año o de por vida. Evitar uso concomitante con fármacos nefrotóxicos.
Antimoniato de meglumina ^{4,5}	Tratamiento alternativo de leishmaniasis visceral (kala-azar) y mucocutánea.	20 mg/kg/día de antimonio (75 mg/kg/día de antimoniato de meglumina), IV o IM, 20-28 días.	Fiebre, leucopenia, anemia, mialgias, cefalea, gastrointestinales ⁸ .	Niños >18 meses. Fármaco con menor eficacia en la leishmaniasis.
	Tratamiento alternativo de leishmaniasis cutánea difusa.	20 mg/kg/día de antimonio (75 mg/kg/día de antimoniato de meglumina), IV o IM, 20 días.	Prolongación QT. Raros: elevación transaminasas, urea, creatinina, lipasa y amilasa.	Para administrar vía IV diluir en 50 mL de SG5% e infundir en al menos 10 minutos. Máx 850 mg de antimonio/día
	Tratamiento de leishmaniasis cutánea localizada (botón de Oriente).	Infiltración intralesional de 0,5 a 2 mL de la ampolla de 81 mg/mL, cada 3 a 7 días hasta que cure (tratar hasta 3 semanas), en combinación con crioterapia.		Monitorizar ECG, hemograma, función renal y hepática, amilasa y lipasa.

				Contraindicado en insuficiencia renal, cardíaca o hepática.
Miltefosina	Tratamiento de la leishmaniasis cutánea, mucosa o visceral.	Tratamiento oral durante 28 días: - 30-44 kg: 50 mg dos veces al día. - ≥45 kg: 50 mg tres veces al día.	Gastrointestinales ⁸ , elevación creatinina y transaminasas, urticaria, vértigo, trombopenia, lesión epitelio retiniano pigmentario.	Niños ≥12 años y ≥30 kg. Monitorización de función renal y hepática semanal. Control oftalmológico antes y tras tratamiento.
Pentamidina	Tratamiento alternativo de la leishmaniasis cutánea.	2-4 mg/kg/día o cada 2 días, IV o IM, un total de 4-7 dosis.	Tos, broncoespasmo, gastrointestinales ⁸ , hipotensión, alteración renal, metabólica, hepática o hematológica.	Contraindicada si QT prolongado, hipomagnesemia o hipocalcemia. Precisa controles de hemograma, bioquímica y ECG periódicos.
	Fase aguda de la enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana) producida por <i>T. brucei gambiense</i> .	4 mg/kg, DUD cada 2 días, hasta completar 7-10 dosis. IV o IM.		
D. Antitoxoplásmicos				
Pirimetamina-sulfadoxina/sulfadiazina ^{4,5}	Tratamiento de malaria no complicada por cepas con sensibilidad demostrada de <i>P. falciparum</i> (en combinación con otro antimalárico) en ≥2 meses o ≥5 kg.	Dosis de pirimetamina: 5-10 kg: 12,5 mg (DU). 11-20 kg: 25 mg (DU). 21-30 kg: 37,5 mg (DU). 31-45 kg: 50 mg (DU). >45 kg: 50-75 mg (DU).	Gastrointestinales ⁸ , anemia megaloblástica, neutropenia, trombocitopenia, cefalea, vértigo, urticaria, rash.	Todos los pacientes que reciban pirimetamina deben recibir un suplemento de ácido folínico (reduce riesgo de depresión medular), precaución en leucemia. Realizar hemograma semanalmente durante la terapia y 2 semanas después de terminar el tratamiento. Interrumpir tratamiento si aparición de signos de déficit de folato o si aparece reacción cutánea. Administrar con precaución en déficit de G6PD, anemia megaloblástica, epilepsia. En niños inmunodeprimidos no están definidas las pautas posológicas.
	Toxoplasmosis congénita y adquirida (la clindamicina puede ser alternativa de la sulfadiazina).	- <3 meses (T. congénita): pirimetamina 2 mg/kg/día, 2 días; 1 mg/kg/día durante 2-6 meses, y 1 mg/kg/día 3 veces por semana hasta completar 1 año de terapia. - 3-9 meses: pirimetamina 6.25 mg/día junto con sulfadiazina (100 mg/kg/día, máx 1 g) en 4 dosis divididas. - 10 meses-2 años: pirimetamina 1 mg/kg/día, junto con sulfadiazina (150 mg/kg/día, máx 1.5 g) en 4 dosis divididas. - 3-6 años: dosis de carga de pirimetamina de 2 mg/kg (máx 50 mg), luego 1 mg/kg/día (máx 25 mg); junto con sulfadiazina (150 mg/kg/día, máx 2 g) en 4 dosis divididas. - >6 años: pirimetamina 100 mg inicial, seguido de 25-50 mg/día.		
	Tratamiento alternativo en criptosporidiasis en pacientes VIH positivos.	Dosis de pirimetamina: 1 mg/kg/día (máx 25 mg), DU, en combinación con otros fármacos.		
E. Antimaláricos ²				
Artesunato	Tratamiento de la malaria grave .	<20 kg: 3 mg/kg, IV o IM, a las 0, 12 y 24h, luego cada 24 h (máx. 7 días) hasta tolerancia VO.	Gastrointestinales ⁸ , cefaleas, tinnitus, prurito, fiebre, hemólisis, bloqueo AV, prolongación QT neutropenia.	Siempre administrar un mínimo de 3 dosis vía IV, con paso a VO si mejoría y parasitemia <1%. Controlar potasio y ECG.

		>20 kg: 2,4 mg/kg, IV o IM, a las 0, 12 y 24h, luego cada 24 h (máx. 7 días) hasta tolerancia VO.		Monitorización semanal durante 4 semanas para descartar anemia hemolítica.
Atovacuona-Proguanil	Profilaxis para malaria por <i>P. falciparum</i> (>11 kg de peso) de elección en áreas de resistencia a cloroquina para <i>P. falciparum</i> y <i>P. vivax</i> .	1 dosis diaria: 24h antes del viaje, durante toda la estancia y 7 días posteriores al regreso. 5-8 kg: ½ comp pediátrico 9-10 kg: ¾ comp pediátrico 11-20 kg: 1 comp pediátrico 21-30 kg: 2 comp pediátrico 31-40 kg: 3 comp pediátrico 40 kg: 1 comp adulto	Gastrointestinales ⁸ , cefalea, fiebre, tos, mareos, astenia, exantema, prurito, insomnio, depresión. Elevación de transaminasas, pancitopenia, hiponatremia.	La seguridad y eficacia para la profilaxis de la malaria con peso <11 kg no ha sido establecida, aunque la Academia Americana de Pediatría (AAP) y los CDC lo recomiendan como opción para profilaxis con peso ≥5 kg.
	Tratamiento de malaria no complicada por <i>P. falciparum</i> (≥5 kg de peso). Tratamiento malaria por <i>P. falciparum</i> resistente a cloroquina. Tratamiento de <i>Plasmodium sp.</i> sin especie documentada.	1 dosis diaria durante 3 días: 5-8 kg: 2 comp pediátricos 9-10 kg: 3 comp pediátrico 11-20 kg: 1 comp adulto 21-30 kg: 2 comp adulto 31-40 kg: 3 comp adulto 40 kg: 4 comp adulto		
Cloroquina Hidroxicloroquina	Profilaxis de malaria en zonas con <i>Plasmodium spp.</i> sensibles.	5 mg/kg de cloroquina base (máx 300mg base), VO una vez a la semana. Iniciar una semana antes de la exposición, mantenerlo durante el viaje y hasta 4 semanas tras regreso.	Más graves y frecuentes con cloroquina que con hidroxicloroquina: Gastrointestinales ⁸ , cefalea, mareo, prurito, insomnio, opacidad corneal, retinopatía, visión borrosa. Prolongación QT. Hemólisis en déficit G6PD. Hipoglucemia. Puede exacerbar psoriasis y miastenia gravis.	Apenas usada como profilaxis debido a alta resistencia para <i>P. falciparum</i> . Regiones con sensibilidad a cloroquina: América Central al oeste del Canal de Panamá, Haití y República Dominicana En tratamientos prolongados realizar exploración oftalmológica y hematológica al iniciar y cada 2-3 meses. Contraindicado en psoriasis, porfiria, déficit G6PD, epilepsia, insuficiencia cardíaca, miastenia gravis. Evitar el uso concomitante con fármacos hepatotóxicos.
	Tratamiento de malaria no complicada con cepa sensible.	Esquema 1: 25 mg/kg VO de cloroquina base en total repartido en 4 dosis: dosis inicial 10 mg/kg, seguida de 5 mg/kg/dosis a las 6, 24 y 48 horas. Esquema 2: 25 mg/kg VO de cloroquina base en total repartido en 3 días: 10 mg/kg/día (máx: 600 mg/dosis) 2 días, y 5 mg/kg/día (máx. 300 mg/dosis) el tercer día.		
	Tratamiento alternativo de amebiasis extraintestinal (absceso hepático por <i>E. histolytica</i> en la embarazada).	10 mg/kg de cloroquina base (DUD), VO por 2 días, seguido de 5 mg/kg de base por 2-4 semanas.		
Mefloquina	Profilaxis para malaria por <i>P. falciparum</i> y ocasionalmente <i>P. vivax</i> .	5 mg/kg/dosis semanal (máx. 250 mg/dosis), o según peso: 5-9 kg: 1/8 comp >9-19 kg: ¼ comp >19-30 kg: ½ comp >30-45 kg: ¾ comp >45 kg: 1 comp Inicio 2-3 semanas antes del viaje, mantenerlo durante el viaje y hasta 4 semanas tras el regreso.	Gastrointestinales ⁸ , cefalea, trastorno visión, opacificación corneal, alargamiento QT, síntomas neuropsiquiátricos, trombopenia, leucopenia.	No recomendado en <3 meses o <5 kg. Contraindicado en epilepsia y trastornos psiquiátricos graves. No recomendado en niños procedentes del sudeste asiático (resistencias).
	Tratamiento de malaria por <i>P. falciparum</i> , <i>P. vivax</i> o formas	25 mg/kg (máx 750 mg) repartido en 2 dosis separadas 6-8 h.		

	mixtas procedentes de zonas con resistencia a cloroquina.	Opción poco utilizada por su alta toxicidad		
Primaquina⁹	Profilaxis terminal tras exposición prolongada y al regreso de área endémica para <i>P. vivax</i> y <i>P. ovale</i> .	0.5 mg/kg/día, adultos 15-30 mg/día, durante 14 días.	Gastrointestinales ⁸ , hemólisis en déficit G6PD, agranulocitosis, prolongación QT, cefalea.	Lactantes ≥6 meses que pesan ≥5 kg (datos limitados disponibles). Descartar déficit G6PD antes de iniciar el tratamiento. Contraindicado en artritis reumatoide, LES, QT prolongado.
	Tratamiento de malaria no complicada por <i>P. vivax</i> y <i>P. ovale</i> (cura radical).	0.5 mg/kg/día durante 14 días, adultos 15-30 mg/día (tras completar pauta con cloroquina o hidroxiclороquina).		
Quinina⁴	Tratamiento de malaria por <i>P. falciparum</i> resistente a cloroquina. Tratamiento de malaria por <i>P. vivax</i> resistente a cloroquina ⁷ .	VO: 10 mg/kg/dosis (sulfato de quinina) cada 8 h, 3-7 días. (máx 650 mg/dosis).	Gastrointestinales ⁸ , ictericia, elevación de transaminasas, cefalea, vértigo, tinnitus, hemólisis, prolongación del QT, trastornos visuales, discrasias hemáticas, CID, hipoglucemias, nefrotoxicidad.	Datos limitados en <16 años. Asociar doxiciclina (>8a) o clindamicina (<8a). Evitar uso concomitante con mefloquina y fármacos que alargan el QT. Riesgo de arritmias (controlar signos vitales durante su uso). Contraindicada en déficit de G6PD, neuritis óptica, miastenia gravis, PTT, insuficiencia hepática grave.
	Tratamiento alternativo para malaria grave ⁷ .	IV: dosis de carga de 20 mg/Kg, luego 10 mg/Kg cada 8h (máx 700 mg) hasta que pueda pasar a VO.		
	Tratamiento de la babesiosis (<i>Babesia spp.</i>) ⁷ .	VO: 8 mg/kg cada 6-8 h (máx 650 mg/dosis) combinado con clindamicina durante 7-10 días.		

2. Antihelmínticos

Fármaco	Indicaciones	Posología	RAM	Comentarios
Albendazol	Tratamiento de la neurocisticercosis	15 mg/kg/día (máx 800 mg/día), VO, cada 12h, 7-30 días, valorar combinación con praziquantel.	Gastrointestinales ⁸ , cefalea, vértigo, elevación de transaminasas, fiebre, alopecia reversible. Raramente toxicidad medular. Hepatitis poco frecuente.	Seguridad no establecida en menores de 2 años. Solo vía oral, bien tolerado. Monitorizar hemograma y enzimas hepáticas en tratamientos prolongados. Neurocisticercosis: fondo de ojo previo al tratamiento, valorando corticoterapia y anticonvulsivantes antes del inicio del tratamiento.
	Tratamiento de equinococosis/ hidatidosis (<i>Echinococcus granulosus</i>)	15 mg/kg/día (máx 800 mg/día) VO, cada 12h, 28 días. Repetir al menos tres ciclos dejando un descanso de 14 días entre ellos.		
	Tratamiento alternativo en ascariasis (<i>Ascaris lumbricoides</i>) ⁷	- 1-2 años: 200 mg (DU) o 100 mg/12h, VO. - >2 años: 400 mg (DU) o 200 mg/12h, VO.		
	Tratamiento alternativo en tricuriasis (<i>Trichuris trichiura</i>) ⁷	400 mg (DU), VO; 3 días si hay infestación severa. Repetir en 2 semanas.		
	Tratamiento alternativo de anquilostomiasis (<i>Ancylostoma duodenale</i> y <i>Necator americanus</i>) ⁷	400 mg (DU) o 200 mg/12 h, VO.		
	Tratamiento alternativo en enterobiasis (oxiuriasis) ⁷	DU, VO, repetir en dos semanas. - ≤2 años: 200 mg. - >2 años: 400 mg.		
	Tratamiento alternativo para estrengiloidosis ⁷	400 mg/día, VO, cada 12h, 3-7 días.		

	Tratamiento toxocariasis (larva migrans visceral, <i>Toxocara cati</i> , <i>canis</i>) ⁷	400 mg/12h, VO, 5 días.		
	Tratamiento de larva migrans cutánea (<i>Ancylostoma braziliense</i> , <i>A. caninum</i> , <i>A. ceylanicum</i> , <i>Uncinaria stenocephala</i>) ⁷	>2 años: 15 mg/kg/día, VO, DUD (máx 400 mg/día), durante 3 días.		
	Tratamiento de la triquinosis (<i>Trichinella spiralis</i>) ⁷	400 mg/12h, VO, 8-14 días.		
	Tratamiento alternativo en filariasis visceral por <i>Mansonella perstans</i> ⁷	400 mg/12h, VO, 10 días.		
	Tratamiento alternativo de gnatostomiasis (<i>Gnathostoma spinigerum</i>) ⁷	400 mg/12h, VO, 21 días.		
Dietilcarbamazina ⁴	Tratamiento filariasis linfática (<i>Wuchereria bancrofti</i> , <i>Brugia malayi</i> , <i>B. timori</i>).	6 mg/kg/día que puede darse en DUD o repartido en 3 dosis, durante 12 días. En presencia de microfilarias en la sangre algunos autores recomiendan tratamiento escalonado: Día 1: 1 mg/kg/día. Día 2: 1 mg/kg/8 h. Día 3: 2 mg/kg/8 h. Días 4-21: 6 mg/kg/día.	Gastrointestinales ⁸ . Reacción de Mazzoti ¹ . Lesión nervio óptico. Encefalopatía aguda grave (loiasis).	Recomendado en niños ≥18 meses para filariasis linfática. Valorar asociar corticoides y antihistamínicos, sobre todo al inicio y si hay filaremia intensa para evitar reacción de Mazzoti ¹ . En Loiasis con ≥8000 microfilarias/mL valorar realizar aféresis o tratamiento con albendazol antes de utilizar dietilcarbamazina. Descartar oncocercosis antes de iniciar tratamiento para filariasis linfática y loiasis.
	Tratamiento loiasis sintomática (filaria <i>Loa loa</i>).	8-10 mg/kg/día cada 8h, 21 días. En presencia de microfilarias en la sangre algunos autores recomiendan tratamiento escalonado: Día 1: 1 mg/kg/día. Día 2: 1 mg/kg/8 h. Día 3: 2 mg/kg/8 h. Días 4-21: 9 mg/kg/día.		
	Tratamiento de la eosinofilia pulmonar tropical (filariasis oculta).	6 mg/kg/día cada 8h durante 14-21 días.		
Ivermectina	Tratamiento strongiloidiasis intestinal	200 µg/kg, VO (DUD), 1-2 días. Según peso (comp 3 mg): 15-24 kg: 1 comp 25-35 kg: 2 comp 35-50 kg: 3 comp 51-65 kg: 4 comp	Leves y transitorias. Gastrointestinales ⁸ , adenopatías, vértigo, mareos, temblor, somnolencia, urticaria, anorexia. Elevación transaminasas, leucopenia. Uveítis, conjuntivitis, hemorragia conjuntival, limbitis, queratitis y coriorretinitis.	No se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes de <15 kg o <2 años. No existen estudios clínicos adecuados que establezcan la eficacia y posología en el tratamiento de pacientes inmunodeprimidos con strongiloidosis intestinal, se han descrito casos de persistencia de la infestación después de una DU de ivermectina.
	Tratamiento oncocercosis (filaria <i>Onchocerca volvulus</i>)	150-200 µg/kg, VO (DU) cada 6 meses.		
	Tratamiento microfilaremia por <i>Wuchereria bancrofti</i>	Según peso (comp 3 mg): 15-24 kg: 1 comp 25-44 kg: 2 comp 45-64 kg: 3 comp 65-84 kg: 4 comp		
	Tratamiento escabiosis clásica (sarna común o clásica)	200 µg/kg, VO (DU).		

		Valorar 2ª dosis a las 2 semanas si se observan nuevas lesiones o si el examen parasitológico es positivo en esa fecha.	Exacerbación de prurito en sarna. Reacción de Mazzoti ¹ .	En caso de oncocercosis descartar coinfección por <i>Loa loa</i> antes de iniciar el tratamiento (predispone a reacciones adversas graves).
	Tratamiento escabiosis profusa y costrosa (sarna noruega):	200 µg/kg, VO (DU), repetir dosis a los 7-14 días. Valorar 2ª dosis a los 8-15 días y/o tratamiento tópico concomitante.		
Mebendazol	Tratamiento de enterobiasis (oxiuriasis)	100 mg, VO, (DU). Valorar repetir en 2-3 semanas. Tratar también a convivientes.	Gastrointestinales ⁸ , cefalea, vértigo, convulsiones, elevación de transaminasas, fiebre, alopecia, urticaria. Raramente toxicidad medular.	Seguridad no establecida en menores de 2 años. Solo por VO, bien tolerado. Monitorizar hemograma y enzimas hepáticas en tratamientos prolongados.
	Tratamiento de trichiuriasis, ascariasis, anquilostomiasis e infecciones mixtas como primera elección.	100 mg/12h, 3 días. En ascariasis podría utilizarse 500 mg (DU). Valorar repetir en 3 semanas si persistencia.		
	Tratamiento de capilariasis ⁷	200 mg cada 12h, 20 días.		
	Tratamiento de angiostrongiliasis (<i>Angiostrongylus cantonensis</i> , <i>costaricensis</i>) ⁷	100 mg/12h 5 días (200-400 mg/8h 10 días en <i>costaricensis</i>).		
	Tratamiento de la triquinosis (<i>Trichinella spiralis</i>) ⁷	200-400 mg cada 8h durante 3 días, seguido de 400-500 mg cada 8h durante 10 días.		
	Tratamiento de mansonelosis (<i>M. perstans</i>) ⁷	100 mg/12 horas 30 días.		
Niclosamida	Tratamiento alternativo para teniasis (<i>T. saginata</i> , <i>T. solium</i>) y para <i>Diphyllobothrium latum</i> .	50 mg/kg (máx 2 g), VO (DU).	Gastrointestinales ⁸ (poco frecuentes). Prurito ocasional.	Evitar consumo de alcohol durante el tratamiento.
	Tratamiento 2ª línea para <i>Hymenolepis nana</i> (1ª línea en <6 años).	11-34 kg: 1g (DU) el día 1; luego 500 mg/día, VO, 6 días. >34 kg: 1,5 g, (DU) el día 1; luego 1 g/día, VO, 6 días.		
Pamoato de pirantel	Tratamiento de infestaciones en niños >6 meses por: - <i>Enterobius vermicularis</i> . - <i>Ascaris lumbricoides</i> . - <i>Ancylostoma duodenale</i> y <i>Necator americanus</i> . - <i>Trichostrongylus colubriformis</i> y <i>orientalis</i> .	11 mg/kg/día (máx 1 g), VO (1 día; 3 días en Ascariasis). En oxiuros, uncinarias y <i>Trichostrongylus</i> : repetir 1 dosis en 2 semanas.	Poco frecuentes. Trastornos gastrointestinales ⁸ . Otros: somnolencia, mareo, cefalea, insomnio, fiebre, exantema.	Uso con precaución si hepatopatía, niños <2 años, anemia o malnutrición. Puede no ser eficaz en salpingitis por oxiuros o invasión de vías biliares y pancreáticas por <i>Ascaris</i> .
Praziquantel	Tratamiento esquistosomiasis (<i>Schistosoma mansoni</i> , <i>S. intercalatum</i> , <i>S. haematobium</i> ,	40 mg/kg/día, VO, cada 12h, 1 día.	Suelen ser leves y transitorios: Gastrointestinales ⁸ , cefalea, mareos, somnolencia, fatiga, arritmias, mialgias, eosinofilia, hiperglucemia.	Aprobado por la FDA en edades ≥1 año y adultos. En neurocisticercosis está indicado si hay presencia de más de 2 lesiones quísticas intraparenquimatosas. Valorar inicio de corticoides
	Tratamiento esquistosomiasis (<i>Schistosoma japonicum</i> y <i>S. mekongi</i>).	60 mg/kg/día, VO, cada 8h, 1 día.		
	Tratamiento de clonorchiasis, opisthorchiasis.	25 mg/kg/8h, VO, 1-2 días.		

	Tratamiento de elección para teniasis intestinal (<i>T. saginata</i> , <i>T. solium</i>) y para <i>D. latum</i> ⁷	5-10 mg/kg, VO (DU).		antes de comenzar el tratamiento. En caso de esquistosomiasis aguda (síndrome de Katayama), asociar corticoides y repetir praziquantel en 3 meses. Contraindicado en cisticercosis ocular, y cisticercosis espinal. Los comprimidos pueden triturarse o desintegrarse y mezclarse con alimentos o líquidos semisólidos.
	Tratamiento neurocisticercosis (<i>T. solium</i>) ⁷	50 mg/kg/día, VO, cada 8h, 10-14 días, en combinación con albendazol.		
	Tratamiento de elección para Hymenolepsis nana en >6 años ⁷	25 mg/kg, VO (DU). Repetir dosis en 10 días.		
	Tratamiento Paragonomiasis ⁷	25 mg/kg/8h, VO, 2-3 días.		
Triclabendazol	Tratamiento de la fasciolosis en ≥6 años.	10 mg/kg/dosis, VO, cada 12 horas, total 2 dosis.	Gastrointestinales ⁸ , cefalea, urticaria, hiperhidrosis, elevación bilirrubina y transaminasas, dolor torácico.	Puede prolongar intervalo QT. Usar con precaución en déficit de G6PD (riesgo de hemólisis).
	Tratamiento alternativo de paragonimiasis en ≥6 años ⁷ .	10 mg/kg, VO, (DU). Valorar administrar otra dosis a las 12h.		

3. Ectoparasitcidas

Fármaco	Indicaciones	Posología	RAM	Comentarios
Permetrina	Tratamiento de la escabiosis o sarna (infección por <i>Sarcoptes scabiei</i>).	Aplicar crema al 5% en toda la superficie corporal y mantener durante 8-12 h. Después aclarar. Se puede repetir mismo proceso a los 14 días. En inmunodeprimidos y niños <2 años incluir cuero cabelludo.	Generalmente bien tolerado. Pueden producir irritación o prurito transitorios.	Evitar su uso en <2 meses. No aplicar sobre heridas ni mucosas. Pueden inducir broncoespasmo en pacientes asmáticos.
	Tratamiento de la pediculosis (infección por <i>P. humanus capitis</i> y <i>Demodex spp.</i>).	Aplicar loción al 1% y mantener durante 10-20 min, o crema al 1% y mantener durante la noche bajo un gorro de baño. Después aclarar. Se puede repetir mismo proceso a los 7-9 días.		

Interacciones farmacológicas más importantes por medicamento antiparasitario	
Nombre	Interacción
Albendazol	Aumentan sus niveles plasmáticos: cimetidina, praziquantel y dexametasona. Reducen sus niveles plasmáticos: ritonavir, fenitoína, carbamacepina y fenobarbital.
Anfotericina B liposomal	Aumentan riesgo hipopotasemia: corticoides, corticotropina y diuréticos (de asa y tiazidas).
Antimoniato de meglumina	Fármacos cardiotoxicos (que prolonguen QT), hepatotóxicos, pancreotóxicos o neurotóxicos.
Artesunato	Antiarrítmicos (amiodarona, procainamida, flecainida), macrólidos, quinolonas, quinina.

Atovacuona - Proguanil	Reducen sus niveles plasmáticos: paracetamol, rifampicina, rifabutina, tetraciclina y ritonavir. Aumenta la concentración sérica de zidovudina y rifampicina.
Benznidazol	Alcohol (reacciones tipo disulfiram).
Cloroquina, Hidroxicloroquina	Antiácidos (disminución absorción), corticoides (pueden acentuar las miopatías y miocardiopatías), mefloquina (riesgo de convulsiones y prolongación del QT), digoxina (toxicidad digitálica), insulina y antidiabéticos orales (potencia efecto hipoglucemiante).
Dietilcarbamazina	No se conocen interacciones significativas.
Eflornitina	Medicaciones medulosupresoras, fármacos ototóxicos.
Ivermectina	Escasa capacidad de interacción (se excreta casi exclusivamente por las heces, menos del 1% en orina).
Mebendazol	Metronidazol (síndrome de Stevens-Johnson o NET), insulina y antidiabéticos orales (potencia efecto hipoglucemiante). Aumentan sus niveles plasmáticos: cimetidina. Reducen sus niveles plasmáticos: carbamacepina y fenitoína.
Mefloquina	β -bloqueantes, bloqueadores canales de calcio, digitálicos o amiodarona (alteraciones del ritmo y/o conducción cardíaca). Vacuna de fiebre tifoidea viva atenuada (disminuye su eficacia). Puede disminuir los niveles plasmáticos de ácido valproico, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital. Uso concomitante con quinina o cloroquina aumenta el riesgo de convulsiones.
Melarsoprol	No se conocen interacciones significativas.
Metronidazol	Disulfiram, alcohol (efecto antabus), warfarina, micofenolato, fenitoína, fenobarbital, busulfán.
Miltefosina	No se conocen interacciones significativas.
Niclosamida	Alcohol (aumenta su absorción). Colistina (actividad sinérgica).
Nifurtimox	Alcohol (efecto disulfiram)
Nitazoxanida	Albendazol, Oseltamivir (efecto sinérgico).
Pamoato de pirantel	Piperazina (efecto antagónico).
Paromomicina	Colistimetato de sodio (depresión respiratoria), foscarnet (nefrotoxicidad), lixisenatida y antibióticos orales (retraso en el efecto terapéutico), torasemida y aminoglucósidos (ototoxicidad). Digoxina (disminuye niveles), anticoagulantes orales (incrementa su efecto).
Pentamidina	Fármacos que prolongan el QT. Didanosina, aminoglucósidos, anfotericina B, foscarnet (aumenta su toxicidad). Vacuna BCG y la vacuna de fiebre tifoidea viva atenuada (disminuye la eficacia de las mismas).
Permetrina	No se conocen interacciones significativas.
Pirimetamina-sulfadoxina	Dapsona (crisis hemolíticas). Ciclosporina (disminuye los niveles de ésta). Fenobarbital o fenitoína (aumenta el nivel de estos en sangre). Trimetopim o sulfamidas (pueden aparecer reacciones hematológicas). Sales de oro (discrasia hemática). Metotrexato (riesgo de convulsiones, depresión medular). Vacuna BCG y la vacuna de fiebre tifoidea viva atenuada (disminuye la eficacia de las mismas).
Praziquantel	Rifampicina, dexametasona, cloroquina, inductores del citocromo P450, rifampicina (disminuyen su concentración plasmática). Inhibidores de citocromo P450 (aumentan su concentración). Albendazol (potencia sus efectos adversos).
Primaquina	Mepaquina (puede potenciar su toxicidad). Evitar con fármacos que producen hemólisis o deprimen la médula ósea. Mefloquina (aumenta su concentración plasmática).
Quinacrina / Mepacrina	Amniosalicilato sódico, alginato sódico, penicilina, carboximetilcelulosa sódica y laurilsulfato. Incompatible con primaquina. Alcohol (efecto disulfiram).

Quinina	Amiodarona, dronedarona, eritromicina, moxifloxacin, astemizol, ketoconazol, cisaprida, metadona, primozida (prolongación del QT y arritmias ventriculares). Fármacos que actúan sobre el citocromo CYP450 (aumentan o disminuyen su concentración). Acetazolamida, bicarbonato (disminuyen la absorción de quinina). Sales de oro (discrasia sanguínea). Mefloquina (convulsiones y alteraciones electrocardiográficas). Rifampicina (disminuye los niveles). Succinilcolina (riesgo de toxicidad). Ciclosporina (disminuye la concentración de ciclosporina). Hipoglucemiantes (potencian su efecto).
Suramina	No se conocen interacciones significativas.
Tinidazol	Fármacos que inhiben el CYP3A4, anticoagulantes orales tipo warfarina (potencia efecto anticoagulante). Alcohol (efecto antabus). Vacuna tifoidea y anticolera (puede disminuir la eficacia de las mismas).
Triclabendazol	Cisaprida, pirimozina, quinidina (aumenta riesgo de arritmias). Ergotamínicos (riesgo de necrosis de extremidades).
Yodoquinol	No se conocen interacciones significativas.

Agradecimientos: a Cecilia Gimeno Alberdi, responsable del Área de Medicamentos Extranjeros de la Consejería de Sanidad del Servicio Madrileño de Salud por su colaboración y resolución de dudas.

Ver otros temas relacionados en Guía ABE:

- Prevención del paludismo en el niño viajero. [https://guia-abe.es/temas-clinicos-paludismo-\(profilaxis-en-ninos-viajeros\)](https://guia-abe.es/temas-clinicos-paludismo-(profilaxis-en-ninos-viajeros))
- Parasitosis intestinales. <https://guia-abe.es/temas-clinicos-parasitosis-intestinales>
- Parasitosis intestinales; entidades menos frecuentes. <https://guia-abe.es/temas-clinicos-parasitosis-intestinales-entidades-menos-frecuentes>
- Antiparasitarios en mujeres gestantes. <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-parasitosis-intestinales;-farmacos-antiparasitarios-en-mujeres-gestantes>

- Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal (v.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Actualizado el 3-mayo-2021. Disponible en: <https://guia-abe.es/temas-clinicos-parasitosis-intestinales>
- Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinales; entidades menos frecuentes (v.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Actualizado en 14-abril-2021. Disponible en: <https://guia-abe.es/temas-clinicos-parasitosis-intestinales-entidades-menos-frecuentes>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC); alphabetical index of parasitic diseases. [base de datos en Internet]. Page last reviewed: January 4, 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/parasites/az/index.html>

- Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. [base de datos en Internet]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum>.
- Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
- García-Boyano M, García López-Hortelano M. Prevención del paludismo en el niño viajero. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Disponible en: [https://guia-abe.es/temas-clinicos-paludismo-\(profilaxis-en-ninos-viajeros\)](https://guia-abe.es/temas-clinicos-paludismo-(profilaxis-en-ninos-viajeros))
- Mensa J, Soriano A, García-Sánchez J et al. Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2021. 31ª Edición. Antares; 2021.
- Red Book 2021: Report of the Committee on Infectious Diseases 32 Ed. 2021-2024. Kimberlin, D. Barnett, E., Lynfield, R., Sawyer, M.: AAP (American Academy Of Pediatrics). ISBN 9781610025218.
- The European Medicines Agency (EMA) [base de datos en Internet]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines>
- UpToDate (Pediatric drug information). [base de datos en Internet]. Waltham, MA: Wolters Kluwer Health Clinical Solutions 2012. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/drug-information/pediatric-drug-information>
- Multiple-dose versus single-dose ivermectin for Strongyloides stercoralis infection (Strong Treat 1 to 4): a multicentre, open-label, phase 3, randomised controlled superiority trial. Lancet 2019
- Buonfrate D, Salas-Coronas J, Muñoz J, Maruri BT, Rodari P, Castelli F, et al. Multiple-dose versus single-dose ivermectin for Strongyloides stercoralis infection (Strong Treat 1 to 4): a multicentre, open-label, phase 3, randomised controlled superiority trial. Lancet Infect Dis. 2019 Nov;19(11):1181-1190. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30289-0. Epub 2019 Sep 23. PMID: 31558376.

Abreviaturas: **Amp:** ampollas. **BCG:** Bacilo de Calmette-Guérin. **Caps:** cápsulas. **Comp:** comprimidos. **DU:** dosis única. **DUD:** dosis única diaria. **ECG:** electrocardiograma. **G6PD:** glucosa-6 fosfato deshidrogenasa. **IM:** vía intramuscular. **LCR:** líquido cefalorraquídeo. **LES:** lupus eritematoso sistémico. **Máx:** máximo. **NECT:** nifurtimox-eflornithine combination therapy. **NET:** necrólisis epidérmica tóxica. **PTT:** púrpura trombocitopénica trombótica. **SG5%:** suero glucosado al 5%. **SIDA:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida. **Susp:** suspensión oral. **IV:** vía intravenosa. **VO:** vía oral.

Notas aclaratorias

1. Reacción de Mazzoti: secundaria a la destrucción rápida de las filarias. A las pocas horas de la primera dosis pueden aparecer fiebre, mareo, anorexia, taquicardia, exantema, prurito, cefalea, crisis asmáticas, artralgias, aumento de eosinofilia, mialgias, linfadenopatías, que por lo general desaparecen hacia el quinto día del tratamiento. Es menos frecuente y menos grave con ivermectina a comparación con dietilcarbamazina.

2. Los fármacos antimaláricos por vía oral deben administrarse con alimentos o bebida láctea, a la misma hora del día. Los comprimidos deben tragarse enteros (solo si cubierta entérica). Atovaquona-proguanil o mefloquina pueden fraccionarse o machacarse.

3. Medicamentos antiparasitarios que pueden conseguirse a través de “Farmacia de Medicamentos Extranjeros” en cada servicio regional de salud. Dirección en Madrid: C/ Sagasta Nº 6 - Planta Baja, teléfono: 913387692, 913387697.

4. Ajustar en caso de insuficiencia renal.

5. Ajustar en caso de insuficiencia hepática.

6. Fármaco de uso hospitalario exclusivo.

7. Indicación de uso off-label. **Uso** fuera de ficha técnica. Son fármacos que están autorizados para un tratamiento concreto y se emplean para otras patologías diferentes. El **uso “off label”** se puede dar cuando se modifica la indicación, la población o la pauta posológica.

8. Reacciones adversas gastrointestinales más frecuentes: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, hiporexia, anorexia.

9. Único antimalárico que actúa sobre formas latentes intrahepáticas (hipnozoitos) por *P. vivax* y *P. ovale*.

10. Ocurre en un 5-10% de los pacientes (el riesgo disminuye si se premedica con corticoides) caracterizado por convulsiones repetidas o prolongadas, coma o trastornos psiquiátricos, entre el 5º y el 8º día de tratamiento. La neuropatía periférica (9%) ocurre en las 2-5 semanas tras la administración.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:

el gipi



[©] Guía_ABE, 2020. ISSN 2174-3568