

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la **GIARDIASIS**

en Niños y Adolescentes de 1 a 18 Años en el
Primer y Segundo Nivel de Atención

Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **ISSSTE-252-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

CIE-10: AO-B99, Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. A07.1, Giardiasis (lamblisis) Infección por *Giardia lamblia*

GPC: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Giardiasis en Niños y Adolescentes de 1 a 18 años en el Primer y Segundo Nivel de Atención

DEFINICIONES

La giardiasis es una enfermedad parasitaria de distribución geográfica cosmopolita causada por *Giardia lamblia*, frecuentemente ocurre en los niños, se caracteriza por cuadros enterales agudos y crónicos, de intensidad variable, puede ocasionar síndrome de mala absorción intestinal. En los adultos comúnmente es asintomática.

FACTORES DE RIESGO

Las personas con riesgo incrementado de padecer infección por *Giardia lamblia* son:

- 1) Viajeros a zonas endémicas de giardiasis
- 2) Niños en estancias de cuidado infantil
- 3) Contactos cercanos de personas infectadas (personas de la misma familia, personas en el mismo centro de cuidados o niños en estancias de cuidados infantiles)
- 4) Personas que ingieren agua contaminada (lagos, ríos y albercas)
- 5) Personas que ingieren agua de beber contaminada
- 6) Personas que participan en actividades al aire libre (campamentos) que consumen agua sin filtrar, agua sin tratar o que no llevan a cabo medidas básicas de higiene (lavado de manos)
- 7) Personas en contacto con animales infectados
- 8) Hombres que tienen sexo con hombres

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La giardiasis puede tener un curso clínico asintomático en una proporción variable de la población infectada, desde un 9.7% a 50%.

Los síntomas digestivos más comunes son la diarrea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, meteorismo, distensión abdominal, disminución del apetito. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente debido a infección por *Giardia lamblia*, puede presentarse solo o asociado a otros síntomas. En el paciente con dolor abdominal recurrente, la infección por giardiasis es una de sus principales causas.

La diarrea es uno de los principales síntomas frecuentemente asociado, tanto en su forma aguda como persistente. La giardiasis tiene un impacto adverso sobre el estado nutricional de los niños. Se ha observado un mayor retardo en el crecimiento en el 2º año de vida en niños con giardiasis adquirida en etapas tempranas de la vida y además la infección por giardiasis se asocia con una pobre función cognitiva.

A nivel ocular se puede observar un tipo de lesión en retina descrito como degeneración en “sal y pimienta”, el cual ha sido poco reportado. Igualmente se han reportado casos de giardiasis y artritis reactiva o sinovitis, así como dermatitis alérgica, prurito y urticaria. La fiebre asociada a giardiasis tiene una presentación variable, y se ha observado con mayor frecuencia asociada a la diarrea persistente.

DIAGNÓSTICO PARACLÍNICO

La examinación rutinaria de muestras de heces fecales (coproparasitológico) es el procedimiento de laboratorio más conocido y usado a nivel mundial en el cual todos los parásitos intestinales se pueden detectar al mismo tiempo.

Aunque el examen microscópico de las heces es el método más práctico y efectivo para establecer la presencia de infección en el hombre, la eliminación de quistes puede ser intermitente, lo que puede llevar a falsos negativos. Es sumamente importante realizar exámenes seriados con el fin de aumentar la posibilidad de identificar al parásito, por lo que en casos de alta sospecha clínica de giardiasis se debe realizar coproparasitológico en serie de tres.

En casos de alta sospecha clínica, en los que los exámenes seriados sean negativos, se puede realizar panendoscopia con aspiración de líquido duodenal y toma de biopsia.

La eosinofilia se encuentra con mayor frecuencia asociada a otras parasitosis, principalmente a helmintos, en la giardiasis, no hay una asociación bien establecida, sin embargo, hay reportes de su participación clínica en los pacientes con giardiasis y su probable relación con el desarrollo de manifestaciones alérgicas.

Los hallazgos endoscópicos descritos son la presencia de gastritis antral, duodenitis e incluso úlcera duodenal, aunque también una proporción variable de los pacientes con giardiasis pueden tener un estudio endoscópico normal.

Algunas técnicas de anticuerpos fluorescentes y ensayos inmunoenzimáticos sobre fase sólida han sido desarrollados para la detección de antígenos de *Giardia lamblia* en heces. Estos han demostrado una sensibilidad y especificidad comparables a los exámenes coproparasitológicos.

TRATAMIENTO

Se recomienda dar tratamiento a todos los casos asintomáticos o sintomáticos. Existe una gran lista de sustancias farmacológicas utilizadas en el tratamiento de la giardiasis, los fármacos incluidos son:

metronidazol, tinidazol, secnidazol, ornidazol, quinacrina, albendazol, mebendazol, furazolidona, paramomicina, y nitazoxanida entre otros.

El metronidazol ha sido ampliamente utilizado en la práctica clínica y es todavía el pilar de tratamiento en la giardiasis.

Existe amplia evidencia que muestra que el tinidazol es un medicamento eficaz y seguro en el tratamiento de la giardiasis y tiene una mediana de eficacia del 89%. En casos en los que el metronidazol no sea tolerado por el paciente y éste tenga que ser discontinuado, puede tomarse como primera alternativa la prescripción del tinidazol en monodosis.

El albendazol, es una alternativa de tratamiento para la giardiasis, con eficacia comparables al metronidazol y posibilidad de tener menos efectos adversos que éste, y sobre todo en aquellos casos donde exista coinfección por *Giardia lamblia* y helmintos. Así mismo, en el caso de mebendazol, hay estudios que muestran una eficacia promedio para erradicación de *Giardia lamblia* de 80% cuando se emplea durante 3-5 días y su eficacia para eliminar el parásito es similar al metronidazol.

El uso de nitazoxanida por 3 días es tan efectiva como un tratamiento de 5 días con metronidazol, observándose una cura parasitológica de 71% vs. 75% respectivamente.

Es importante evaluar de manera rutinaria la cura parasitológica con nuevas muestras fecales y hacer la diferenciación entre resistencia y reinfección, por lo que se debe tomar otra muestra de coproparasitoscópico de 3 días de haber concluido el tratamiento. Si el paciente se encuentra con una reinfección, un segundo tratamiento con el mismo fármaco es una buena opción terapéutica.

En caso de que exista resistencia al tratamiento, se puede utilizar tratamiento combinado con:

1. Metronidazol y quinacrina
2. Metronidazol y albendazol
3. Prazicuantel y albendazol

PREVENCIÓN

Las mejores medidas siempre están encaminadas a evitar la contaminación de agua y alimentos por excretas. Se tiene que evitar el riego de hortalizas con aguas negras.

La detección de portadores asintomáticos y en especial de aquellos que tienen contacto con alimentos y contacto con niños de estancias infantiles, es fundamental y estos individuos deberán de ser tratados para evitar que sigan transmitiendo las formas infectantes del parásito.

DIAGRAMA DE FLUJO 1.

