



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

| **SALUD**

| **SEDENA**

| **SEMAR**

**GPC**  
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

# REFERENCIA RÁPIDA

ACTUALIZACIÓN  
2024

Prevención, diagnóstico y tratamiento  
de la **Diarrea aguda**  
en pacientes de  
2 meses a 5 años de edad

Catálogo Maestro de Guías de Práctica  
Clínica GPC-SS-156-24



Marina Nacional 60, piso 11, ala "B"  
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,  
C. P. 11410, Ciudad de México.  
[www.gob.mx/salud/cenetec](http://www.gob.mx/salud/cenetec)

Publicado por CENETEC  
© Copyright **Secretaría de Salud**, "Derechos Reservados". Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DIARREA AGUDA en pacientes de 2 meses a 5 años de edad.**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-156-2024/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DIARREA AGUDA en pacientes de 2 meses a 5 años de edad.** Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida. México, CENETEC; 2023.  
Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-156-2024/RR.pdf>

ISBN en trámite

# 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Diagrama 1. Etiología de la Diarrea Aguda en pediatría

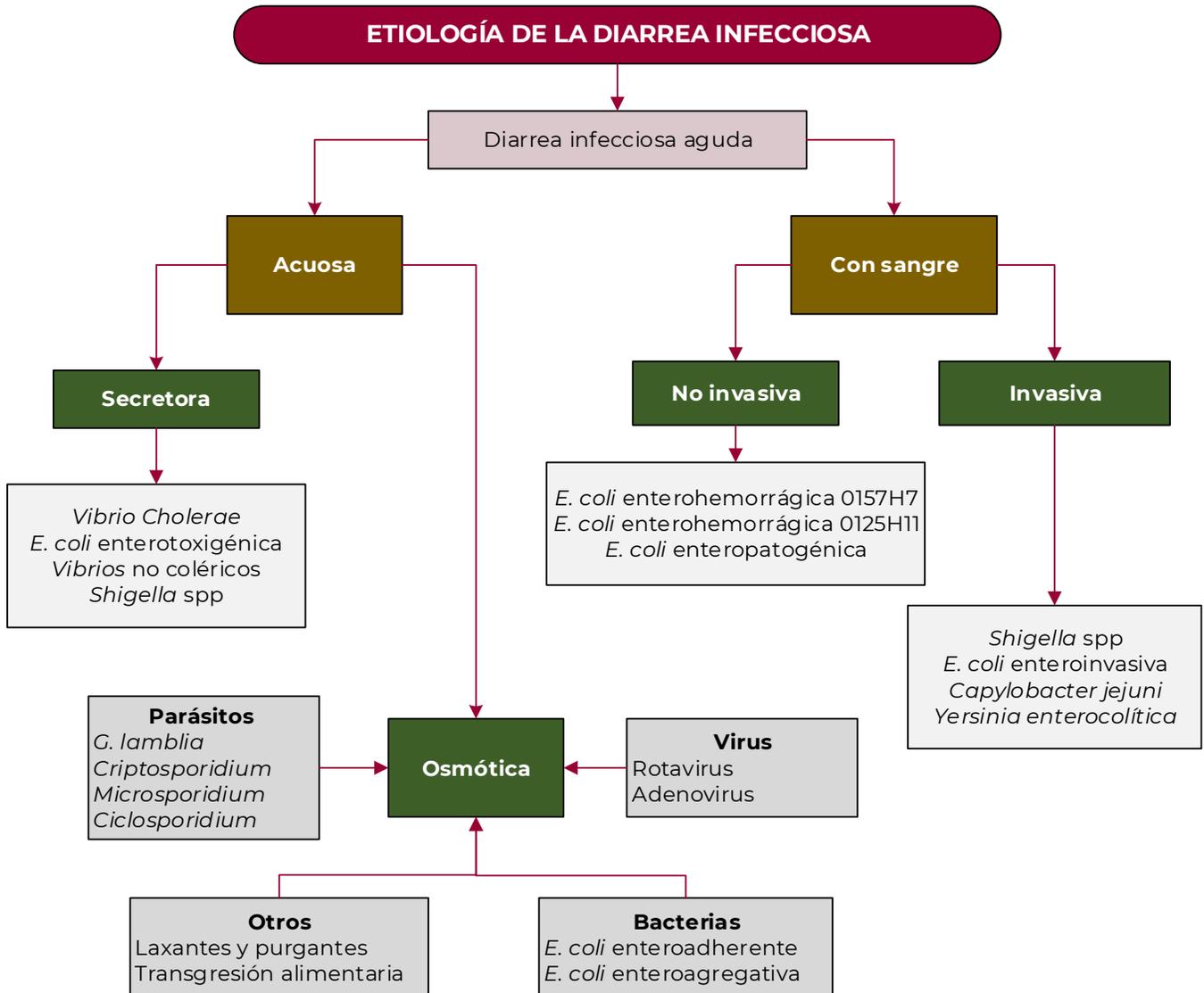
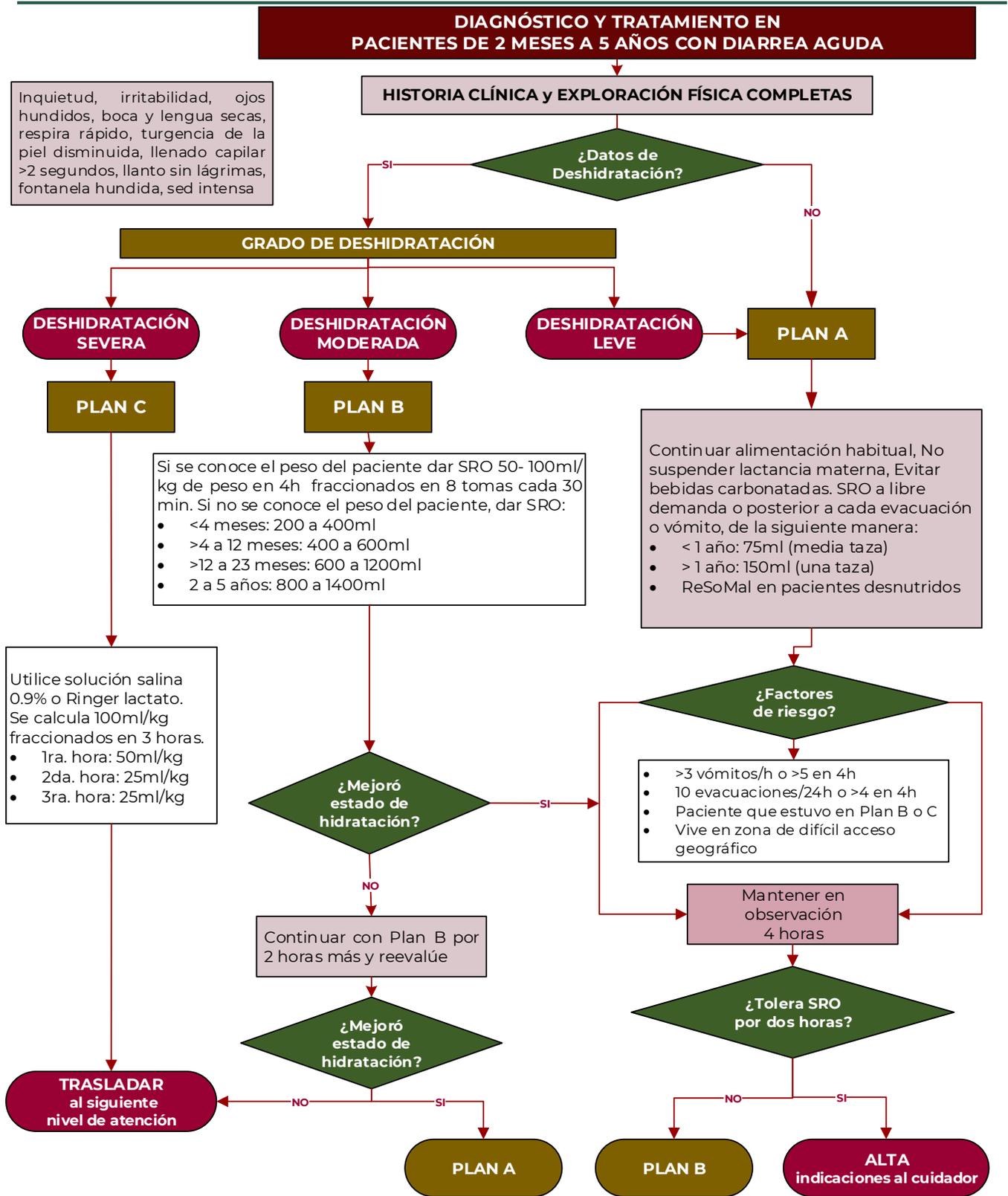


Diagrama 2. Diarrea Aguda en pediatría



## PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS

### DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se debe realizar un adecuado interrogatorio y exploración física para clasificar el grado de deshidratación.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se debe calcular la pérdida de peso corporal para diagnosticar el porcentaje de la deshidratación, siempre y cuando se conozca el peso previo al cuadro de diarrea.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se debe clasificar el grado de deshidratación en función de los signos y síntomas para elegir el plan adecuado de tratamiento, cuando no se conoce el peso previo al cuadro de diarrea.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomienda utilizar el Método Dhaka para evaluar y clasificar los grados de deshidratación en diarrea aguda en menores de cinco años, y con base en ella elegir el plan de hidratación a utilizar para corregir el estado de deshidratación.  Ver Cuadro 1.	<b>DÉBIL GRADE</b>
La evidencia demuestra que ninguna de las tres escalas evaluadas es predictor para todos los tipos de deshidratación, si bien la Escala Clínica de Deshidratación es la más confiable en países de ingresos económicos altos, ante las características económicas de México y de su población, esta escala no es aplicable en todos los entornos, por lo que como punto de buena práctica se recomienda utilizar el Método Dhaka, que permite elegir el plan de hidratación que será utilizado para corregir el estado de deshidratación. Además, es de fácil comprensión y puede aplicarse en todos los entornos del país.	<b>PBP</b>
Se debe solicitar los estudios de laboratorio correspondientes en pacientes con sospecha de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones del equilibrio ácido base</li> <li>• Alteraciones hidroelectrolíticas</li> <li>• Uremia</li> <li>• Desnutridos graves</li> <li>• Pacientes con fracaso de la hidratación</li> </ul>	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomienda que en pacientes inmunocomprometidos, neonatos, cuadros disintéricos y ante sospecha de bacteriemia o infección diseminada, se realice el aislamiento bacteriano del microorganismo y la sensibilidad antibiótica para adecuar el tratamiento.	<b>DÉBIL GRADE</b>

<p>Se debe realizar la investigación microbiológica en casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuaciones con sangre, moco y/ o pus</li> <li>• Diarrea por más de siete días</li> <li>• Paciente con inmunosupresión, desnutrición moderada o grave y lactante mayor a tres meses</li> <li>• Enfermedades crónicas concomitantes</li> <li>• Antecedente reciente de viaje al extranjero</li> <li>• En presencia de brote epidemiológico de diarrea</li> </ul>	<b>DÉBIL GRADE</b>
--	------------------------

## TRATAMIENTO – PLAN DE HIDRATACIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se debe utilizar en pacientes con diarrea aguda SRO hipotónicas (Na de 50 a 60 mmol/l) y SRO de baja osmolaridad (Na 75 mmol/l), ya que estas son más efectivas que las de osmolaridad estándar para reducir el gasto fecal, los vómitos y la necesidad de terapia de rehidratación intravenosa suplementaria.</p> <p style="text-align: right;">Ver Cuadro 2.</p>	<b>FUERTE GRADE</b>
<p>Se recomienda en pacientes con desnutrición el uso de ReSoMal (solución de rehidratación oral para el paciente desnutrido) el cual tiene menor aporte de sodio, mayor aporte de potasio y glucosa y mayor osmolaridad.</p> <p style="text-align: right;">Ver Cuadro 3.</p>	<b>FUERTE GRADE</b>
<p>En caso de no tener éxito con la administración por jeringa o cuchara se podrá valorar el uso de sonda nasogástrica para rehidratación enteral.</p>	<b>FUERTE GRADE</b>
<p>Se debe intentar siempre la rehidratación enteral ya sea vía oral o por sonda nasogástrica ya que ha demostrado tener menos efectos adversos y menor estancia hospitalaria en comparación con la terapia endovenosa.</p>	<b>FUERTE GRADE</b>

## PLAN A DE HIDRATACIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se debe continuar la lactancia materna junto con la rehidratación oral con cantidades pequeñas de SRO con jeringa o cuchara, en los casos que no haya deshidratación.</p>	<b>FUERTE GRADE</b>
<p>Se debe monitorizar el estado de hidratación y la respuesta a la terapia de rehidratación oral cada una a dos horas, y en los casos en los cuales se identifiquen los factores de mal pronóstico o de riesgo, observar por cuatro horas.</p>	<b>FUERTE GRADE</b>

Se recomienda pasar a Plan B de hidratación en los casos de intolerancia a la vía oral o la presencia de datos de deshidratación después de dos horas de observación.	<b>FUERTE GRADE</b>
Se deben dar las siguientes indicaciones a los tutores de un paciente con diarrea y sin signos de deshidratación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la ingesta de líquidos apropiados en mayor cantidad de lo habitual</li> <li>• Continuar con la alimentación habitual, (adecuada en frecuencia, cantidad y consistencia, según la edad del paciente) sobre todo con lactancia materna</li> <li>• Identificar los signos de alarma y de deshidratación</li> <li>• Enseñar a evitar futuros episodios de diarrea (medidas higiénicas y preventivas)</li> </ul>	<b>FUERTE GRADE</b>

## PLAN B DE HIDRATACIÓN

<b>RECOMENDACIÓN CLAVE</b>	<b>GR*</b>
Se recomienda administrar SRO, en pacientes con deshidratación moderada, cuando no se conoce el peso del paciente, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;4 meses o &lt;5 kg dar 200cc a 400cc</li> <li>• 4 a 11 meses o 5 kg - 7.9 kg dar 400cc a 600cc</li> <li>• 12 meses a 23 meses o 8-10.9 kg dar 600cc-800cc</li> <li>• 2 años a 4 años o 11-15.9 kg dar 800cc-1200cc</li> <li>• 5 años a 12 años o 16 a 29.9 kg dar 1200cc-2200cc</li> </ul>	<b>FUERTE GRADE</b>
Se debe continuar la alimentación de seno materno ya que reduce las enfermedades diarreicas.	<b>FUERTE GRADE</b>
Se debe monitorizar continuamente la respuesta al tratamiento durante la rehidratación.	<b>FUERTE GRADE</b>
Se debe estimar el porcentaje de pérdida de peso corporal para estimar el grado de deshidratación, en los casos que se conoce el peso previo.	<b>FUERTE GRADE</b>
Se recomienda la rehidratación por sonda de alimentación nasogástrica en pacientes con deshidratación severa sin vena permeable para infusión de solución endovenosa.	<b>FUERTE GRADE</b>

Se debe realizar referencia inmediata al siguiente nivel de atención a pacientes que fracasaron en Plan B de hidratación.	<b>FUERTE GRADE</b>
Como punto de buena práctica se enfatiza la importancia de estabilizar al paciente (mejorar las condiciones clínicas), previo a su referencia al siguiente nivel de atención, ponderando el riesgo beneficio del traslado, así como los medios para su envío (ambulancia, personal de salud acompañante, familiar responsable, etc.).	<b>FUERTE GRADE</b>

## PLAN C DE HIDRATACIÓN

<b>RECOMENDACIÓN CLAVE</b>	<b>GR*</b>
<p>Se debe dar tratamiento en un segundo o tercer nivel de atención a todo paciente con diarrea aguda que presente deshidratación grave con o sin choque y que además presenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sospecha o confirmación de bacteriemia o sepsis</li> <li>• Alteraciones neurológicas (letargo, crisis convulsivas, entre otras)</li> <li>• Vómitos persistentes (más de tres vómitos en una hora) o de contenido biliar</li> <li>• Fracaso del tratamiento con SRO</li> <li>• Sospecha de patología quirúrgica</li> <li>• Enfermedad de base relevante (malnutrición, enfermedad renal, diabetes, inmunosupresión)</li> <li>• Edad menor de dos meses</li> <li>• Enfermedad concomitante como neumonía, malaria, meningitis</li> <li>• Paciente con gasto fecal elevado</li> <li>• Familiares no aptos para cuidar al paciente</li> </ul>	<b>FUERTE GRADE</b>
El uso de soluciones intravenosas se recomienda en el paciente con deshidratación grave con evaluación cada una a dos horas del estado clínico.	<b>FUERTE GRADE</b>
En cuanto el paciente esté bien hidratado se debe iniciar tolerancia a la vía oral con SRO a libre demanda y ofreciéndola después de cada evacuación o vómito; si tolera en dos horas la SRO se alternará con la ingesta de los alimentos de acuerdo con la edad.	<b>FUERTE GRADE</b>

## TRATAMIENTO - ADYUVANTE

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se recomienda el uso de ondansetrón para disminuir los síntomas de náusea y vómito como dosis única previo al inicio de la TRO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8-15 kg: 2 mg</li> <li>• 15-30 kg: 4 mg</li> <li>• &gt;30 kg: 8 mg</li> </ul>	<b>FUERTE GRADE</b>
<p>Se recomienda el tratamiento coadyuvante con racecadotril en la diarrea aguda a dosis de 1.5 mg/kg, administrados por vía oral tres veces al día.</p>	<b>DÉBIL GRADE</b>

## TRATAMIENTO - ANTIBIOTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se recomienda el tratamiento antibiótico empírico, en aquellos cuadros que se sospeche etiología bacteriana y tengan riesgo de infección grave como en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de tres meses</li> <li>• Inmunodeprimidos, asplenia (anatómica o funcional)</li> <li>• Enfermedad crónica grave o desnutrición grave</li> </ul> <p style="text-align: right;">Ver Cuadro 4.</p>	<b>DÉBIL GRADE</b>
<p>Se debe identificar la diarrea por <i>E. coli</i> no complicada ya que no está indicada la antibioterapia de inicio, pero si se trata de una diarrea grave o prolongada hay que tener en cuenta el tipo de <i>E. coli</i> para considerar el inicio de antibiótico.</p>	<b>DÉBIL GRADE</b>
<p>Se recomienda iniciar tratamiento con azitromicina o ciprofloxacino en diarrea disintérica, posiblemente causada por <i>Shigella</i>, <i>Yersinia</i> y <i>Campylobacter</i>.</p>	<b>DÉBIL GRADE</b>
<p>Se recomienda iniciar tratamiento con ceftriaxona en pacientes con diarrea y estado tóxico posiblemente causada por enterobacterias, <i>Clostridioides difficile</i>.</p>	<b>DÉBIL GRADE</b>
<p>Como punto de buena práctica se enfatiza que el pilar del tratamiento de la diarrea aguda es la hidratación oral. El uso de antibióticos queda limitado a casos particulares mencionados en la presente guía.</p>	<b>PBP</b>

## TRATAMIENTO – LACTOSA Y ZINC

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda continuar con seno materno a libre demanda y fórmulas sin lactosa en pacientes con diarrea aguda.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomiendan los productos sin lactosa ya que reducen la duración de la diarrea.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomienda fórmula sin lactosa en la dieta de lactantes con diarrea aguda ya que ha demostrado reducir la frecuencia de las evacuaciones (disminución del gasto fecal y/o tiempo de resolución del cuadro).	<b>DÉBIL GRADE</b>
En niños menores de cinco años con diarrea aguda que reciben leche materna (ambulatorios u hospitalizados), se recomienda continuar con la lactancia. Durante la terapia de rehidratación oral, se recomienda continuar con la lactancia materna.	<b>DÉBIL GRADE</b>
En los niños menores de cinco años con diarrea aguda hospitalizados, la modificación de la dieta a productos libres de lactosa puede mostrar una diferencia significativa en el tiempo de egreso, por lo que se recomienda realizar esta modificación en el contexto hospitalario.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomienda evaluar cada caso en particular, ya que la evidencia actual sobre la modificación de la dieta durante la diarrea aguda a productos libres de lactosa no representa diferencias significativas en contextos socioeconómicos medio-bajos. Los profesionales de la salud deberán tomar a consideración el costo de los productos libres de lactosa y el beneficio que se obtiene con esta intervención.	<b>PBP</b>
Se recomienda la administración de zinc a dosis de 5 mg ya que muestra efectividad en la reducción de la duración de la diarrea, el número de evacuaciones y disminuye los episodios de vómito.	<b>DÉBIL GRADE</b>

## TRATAMIENTO – COADYUVANTE

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda el uso de plátano verde cocido como coadyuvante al tratamiento estándar de la diarrea aguda, ya que disminuye la duración del cuadro clínico y reduce el número de hospitalizaciones.	<b>DÉBIL GRADE</b>

*Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DIARREA AGUDA  
en pacientes de 2 meses a 5 años de edad.*

Se recomienda el uso de <i>Saccharomyces boulardii</i> y <i>Lactobacillus Rhamnus</i> en diarrea acuosa aguda y en diarrea asociada a antibióticos.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomienda el uso de zinc, ondansetron y racecadotril, en niños con diarrea aguda.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se sugiere el uso de racecadotril en niños mayores de tres meses con diarrea acuosa moderada o grave como adyuvante a la rehidratación oral.	<b>DÉBIL GRADE</b>
No se recomienda el uso de antibióticos cuando se utilizan lactobacilos ya que estos pierden su efectividad.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomienda reanudar la alimentación lo antes posible después de la rehidratación oral o la rehidratación intravenosa.	<b>DÉBIL GRADE</b>
Se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La TRO es el tratamiento inicial</li> <li>• En conjunto con la TRO otorgar zinc</li> <li>• No se debe de interrumpir la alimentación del seno materno</li> <li>• Se debe de otorgar alimentación en un lapso no mayor de seis horas de haber iniciado el episodio</li> <li>• En caso de fracasar la TRO, se debe de iniciar la administración de SRO por sonda nasogástrica o endovenosa, tratando de evitar la segunda opción</li> </ul>	<b>DÉBIL GRADE</b>

## 2. CUADROS O FIGURAS

**Cuadro 1.** Método DHAKA

Método DHAKA			
ESTADO DE HIDRATACIÓN	CARACTERÍSTICAS		TRATAMIENTO
<b>SIN DESHIDRATACIÓN</b>	Estado general alerta Ojos normales Boca y lengua húmedas Respiración normal Sed normal	Elasticidad de la piel normal Pulso normal Llenado capilar < 2 segundos Fontanela normal (lactantes)	<b>PLAN A</b> ABC manejo en el hogar
<b>CON DESHIDRATACIÓN</b>	Estado general inquieto o irritable Ojos hundidos, sin lágrimas Boca y lengua secas, saliva espesa Respiración rápida Sed aumentada, bebe con avidez	Elasticidad de la piel $\geq 2$ segundos Pulso normal Llenado capilar <2 segundos Fontanela hundida (lactantes)	<b>PLAN B</b> Terapia de hidratación oral
<b>CHOQUE HIPOVOLÉMICO</b>	Estado general consciente o hipotónico No puede beber	Pulso débil o ausente Llenado capilar >2 segundos	<b>PLAN C</b> Terapia intravenosa

**Cuadro 2.** Soluciones para hidratación en niños con diarrea aguda

<b>VIDA SUERO ORAL (VSO)</b>					
<b>Componentes</b>	<b>OMS 1975</b>	<b>OMS 2002</b>	<b>ESPGHAN</b>	<b>AAP</b>	<b>FRANCESA</b>
<b>Sodio (mEq/l)</b>	90	75	60	45	50
<b>Potasio (mEq/l)</b>	20	20	20	20	20
<b>Cloro (mEq/l)</b>	80	65	15 a 50	10	45
<b>Bicarbonato (mEq/l)</b>	30	30	-	-	26
<b>Citrato (mEq/l)</b>	-	-	10	-	-
<b>Glucosa (mmol/l)</b>	111	75	74 a 110	138	111
<b>Osmolaridad mOsm/l)</b>	330	245	200 a 250	250	238
<b>SOLUCIONES INTRAVENOSAS</b>					
<b>Solución Salina al 0.9%</b>					
Composición	Cloruro de Sodio	9 g por cada 1000 ml	Na <sup>+</sup> 154 mEq/l	Cl <sup>-</sup> 154 mEq/l	pH= 5.0
<b>Solución Hartman (Ringer - lactato)</b>					
Na <sup>+</sup> 130 mEq/l	K <sup>+</sup> 4 mEq/l	Cl <sup>-</sup> 109 mEq/l	Ca <sup>2+</sup> 3 mEq/l	lactato 28 mEq/l	pH= 5.0
<b>SOLUCIÓN POLIELECTROLÍTICA ESTÁNDAR</b>					
<b>Composición por cada 100 ml</b>					
Glucosa anhidra 2 g	Lactato de sodio 0.340 g	KCl 0.150 g	NaCl 0.350 g	Inyección c.s.p. 100 ml	Osmolaridad total 331 mOsmol/l
OMS: Organización Mundial de la Salud; AAP: Academia Americana de Pediatría; ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition					
Modificado de: An Pediatr Contin. 2011; 9:106-15 Vol. 9 Núm.2 y de: Gahart BL, Nazareno AR. 2017 Intravenous Medications, A Handbook for Nurses and Health Professionals. Mosby; 2016.					

### **Cuadro 3.** Solución ReSoMaL

#### **PREPARACIÓN DE SOLUCIÓN ReSoMaL**

Es una solución de rehidratación estándar de la Organización Mundial de la Salud modificada (SRO OMS modificada) para disminuir sodio y aumentar las concentraciones de potasio, magnesio, zinc y cobre, además contiene glucosa adicional para prevenir la hipoglucemia.

Si ReSoMaL no está disponible comercialmente, se puede hacer de la siguiente manera:

- 1.** Diluir un paquete de la SRO estándar en dos litros de agua (en lugar de un litro de agua utilizada para la dilución de la SRO estándar)
- 2.** Añadir 50 gramos de sacarosa (25 g/L)
- 3.** Añadir 40 ml (20 ml/L) de solución de mezcla mineral

En caso de no contar con solución de mezcla mineral, se puede ajustar la solución a recursos disponibles localmente, aunque la mezcla de micronutrientes final no sea la ideal. Se puede preparar de la siguiente forma:

- 1.** Diluir un paquete de la SRO estándar en dos litros de agua (en lugar de un litro de agua utilizada para la dilución de la SRO estándar)
- 2.** Añadir 50 gramos de sacarosa (25 g/L)
- 3.** Añadir 50 mEq de solución intravenosa de cloruro de potasio (ya sea 40 ml de cloruro de potasio al 10%, o 50 ml de cloruro de potasio al 7.5%). De esta manera, se mejora el aporte de potasio, manteniendo un menor aporte de sodio.

**Cuadro 4.** Tratamiento de diarrea aguda bacteriana

RECOMENDACIONES JUSTIFICADAS DE ANTIBIÓTICOS				
GERMEN	ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN	DOSIS Y DÍAS DE TRATAMIENTO	ANTIBIÓTICO ALTERNO	DOSIS Y DÍAS DE TRATAMIENTO
<b>Shigella</b>	Azitromicina	12 mg/kg el día 1, seguido de 6 mg/kg V.O. por 4 días más.	Cefixima Ciprofloxacino Trimetoprima/ sulfametoxazol Ampicilina	8 mg/kg/día c/24 h por 5 días 20 a 30mg/kg/día c/12h por 5 días 8 mg/kg/día c/12h por 5 días 100 mg/kg/día c/6 h u 8 h por 5 días 55 mg/kg/día c/8 h por 5 días
	Ceftriaxona	50 mg/kg/día c/24 h, I.M. por 2 a 5 días	Ácido nalidíxico Rifaximina	≥ 12 años: 600 mg/día por 5 días < 12 años: 12 mg/kg/día c/12 h por 5 días
<b>Salmonella no typhi</b>	Ceftriaxona	50 mg/kg/día, I.M. por 2 a 5 días	Azitromicina Ciprofloxacino TMP/SMX	12 mg/kg, el día 1, seguido de 6 mg/kg por 4 días más 20 a 30mg/kg/día c/12h por 5 días 8 mg/kg/día c/12 h por 5 días
<b>Campylobacter spp.</b>	Azitromicina	10 mg/kg/día. V.O. por 3 días contra 30 mg/kg, V.O. por 1 día	Doxiciclina Ciprofloxacino TMP/SMX	>8 años: 4mg/kg/día c/12h por 5 a 7días 20 a 30 mg/kg/día c/12 h por 5 a 7días 8 mg/kg/día c/12h por 5 a 7 días
<b>E. coli Enterotoxigenica (ETEC)</b>	Azitromicina	10 mg/kg/día, V.O. por 3 días	Cefixima TMP/SMX Ciprofloxacino Rifaximina	8 mg/kg/día c/24h por 5 a 7 días 8 mg/kg/día c/12h por 5 a 7 días 20 a 30 mg/kg/día c/12h por 5 a 7 días ≥12 años: 600 mg/día por 5 días <12 años: 12 mg/Kg/día c/12 h por 5 días
<b>Vibrio cholerae</b>	Azitromicina	10 mg/kg/día V.O. por 3 días contra 20 mg/kg V.O. por 1 día	Doxiciclina Ciprofloxacino TMP/SMX	>8 años: 4 mg/kg/día c/12h pot 5 a 7 días 20 a 30 mg/kg/día c/12 h por 3 días 8 mg/kg/día c/12 h por 3 días
<b>Clostridioides difficile</b>	Metronidazol	30 mg/kg/día V.O. por 10 días	Vancomicina	40 mg/kg/día, V.O. por 10 días (diluir Sol. Glucosada 5% o jugo)
POSIBLES RECOMENDACIONES DE ANTIBIÓTICOS				
<b>E.coli productora de toxina Shiga; Enteroinvasiva, Enterohemorrágica, Enterotoxigenica y Entero agregativa</b>	Si son productoras de toxina Shiga: NO SE RECOMIENDAN <i>E. coli enteroagregativa</i> a pesar de no ser productora de toxina: NO SE RECOMIENDAN. En el caso de que se requiera el uso de antibióticos por un cuadro causado por ECEH se recomienda emplear: cefixime o azitromicina a las dosis recomendadas por 5-7 días. Y como alternativas: ceftriaxona o ciprofloxacino a las dosis previamente señaladas por 5 días.			
<b>E. coli Enteropatogena</b>	TMP/SMX	8 mg/kg/día c/12 h por 5 a 7 días	Neomicina	100 mg/kg/día c/6 h u 8 h por 5 a 7 días
	Rifaximina	≥ 12 años: 600 mg/día por 3 días < 12 años: 12mg/kg/día c/12 h por 3d	Gentamicina	6 mg/kg/día c/24 h por 5 a 7 días
<b>E. coli EI no productora de toxina Shiga</b>	Ceftriaxona	50 mg/kg/día, I.M. c/24 h por 5 a 7días 8 mg/kg/día c/12 h por 5 a 7 días	Cefixime Ceftibuten Ampicillina	8 mg/kg/día c/24 h por 5 a 7 días 9 mg/kg/día c/24 h por 5 a 7 días 100 mg/kg/día c/6 h a 8 h por 5 a 7 días
	TMP/SMX			
<b>Yersinia spp</b>	No hay tratamiento recomendado para casos de diarrea aguda			
<b>Plesiomonas spp shigelloides spp o Aeromonas spp</b>	Cefixime	8 mg/kg/día c/12 h por 5 a 7 días	Ciprofloxacino	20 a 30 mg/kg/día c/12 h por 3 días
	TMP/SMZ	8 mg/kg/día c/12 h por 5 a 7 días		

Modificado de: Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Vecchio AL, Shamir R and Szajewska H, 2014; JPGN. 59(1): 132-52. Clinical Guidelines European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014; y de Coria LJJ, Villalpando SC, Gómez D, Treviño AM. Aspectos microbiológicos y epidemiológicos para el uso racional de antibióticos en niños con gastroenteritis bacteriana aguda. Rev Mex -Pediatr. 2001; 68(5); 200-215.

*Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DIARREA AGUDA  
en pacientes de 2 meses a 5 años de edad.*