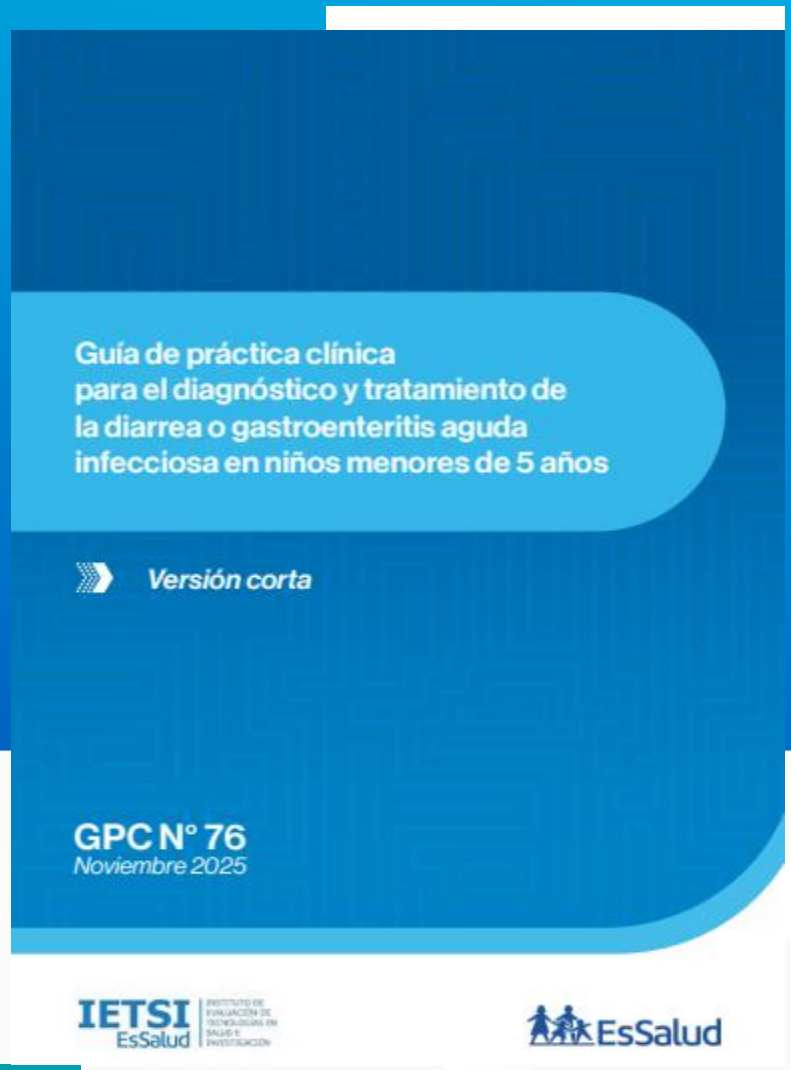
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA O GASTROENTERITIS AGUDA INFECCIOSA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, IETSI.
2025

EsSalud

¿Qué es diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa?

Diarrea aguda infecciosa

≥3 deposiciones líquidas en **24 h**, **<14 días**; causada por **virus, bacterias o parásitos** (1,2).

Gastroenteritis aguda

Presencia de diarrea, náuseas o vómitos durante 24 horas con una duración de < de 14 días (1, 2).

La guía usa el término **“diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa”** para **abarcar todas las etiologías.**

1. World Health Organization. Geneva: WHO. 2024 [citado 9 de marzo de 2025]. Diarrhoeal disease. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease
2. Florez ID, Niño-Serna LF, Beltrán-Arroyave CP. Acute Infectious Diarrhea and Gastroenteritis in Children. Curr Infect Dis Rep. 28 de enero de 2020;22(2):4.

Diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa en niños menores de 5 años

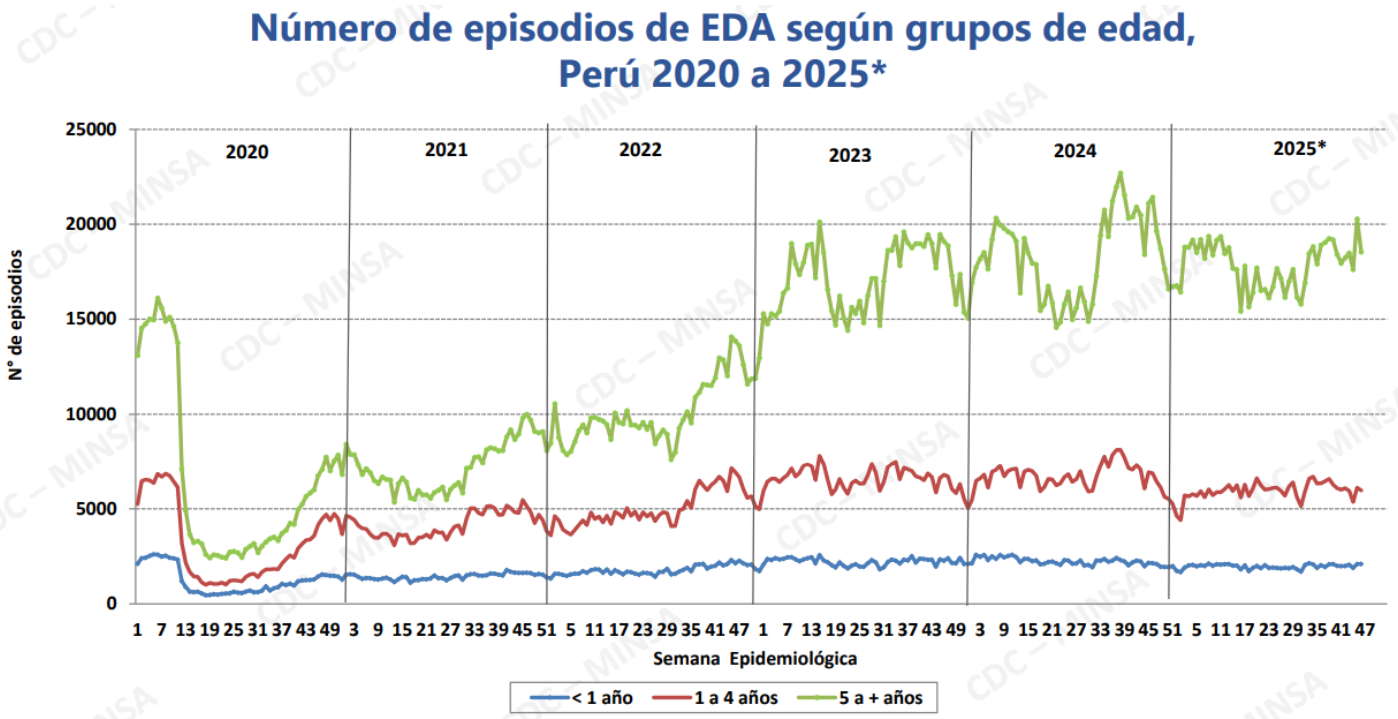
Magnitud del problema

- La diarrea continúa siendo una de las **causas de mortalidad infantil**, con aprox. 500 000 muertes anuales en menores de 5 años (3).
- Representa la **tercera causa de muerte** prevenible en este grupo etario (3).
- Aunque existen múltiples causas, las causas infecciosas son las más frecuentes (4).
- El **Rotavirus** sigue siendo el principal patógeno asociado a mortalidad por diarrea (4, 5).
- A pesar de ello, la cobertura de la vacuna contra rotavirus alcanza hasta un 89.2% (6).

3. World Health Organization. Geneva: WHO. 2024. Diarrhoeal disease. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease
4. United Nations Children's Fund. Diarrhoea [Internet]. UNICEF DATA. 2024 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/
5. Reiner RC, Graetz N, Casey DC, Troeger C, Garcia GM, Mosser JF, et al. Local variation in childhood diarrheal morbidity and mortality in Africa, 2000-2015. N Engl J Med. 20 de septiembre de 2018;279(12):1128–38.
6.Ministerio de Salud. Lima, Peru: MINSA. 2025. Tablero esquema regular de vacunación. Disponible en: https://public.tableau.com/views/Tableroesquemaregularregiones/Esquema_Regular

Diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa en niños menores de 5 años

Situación en Perú

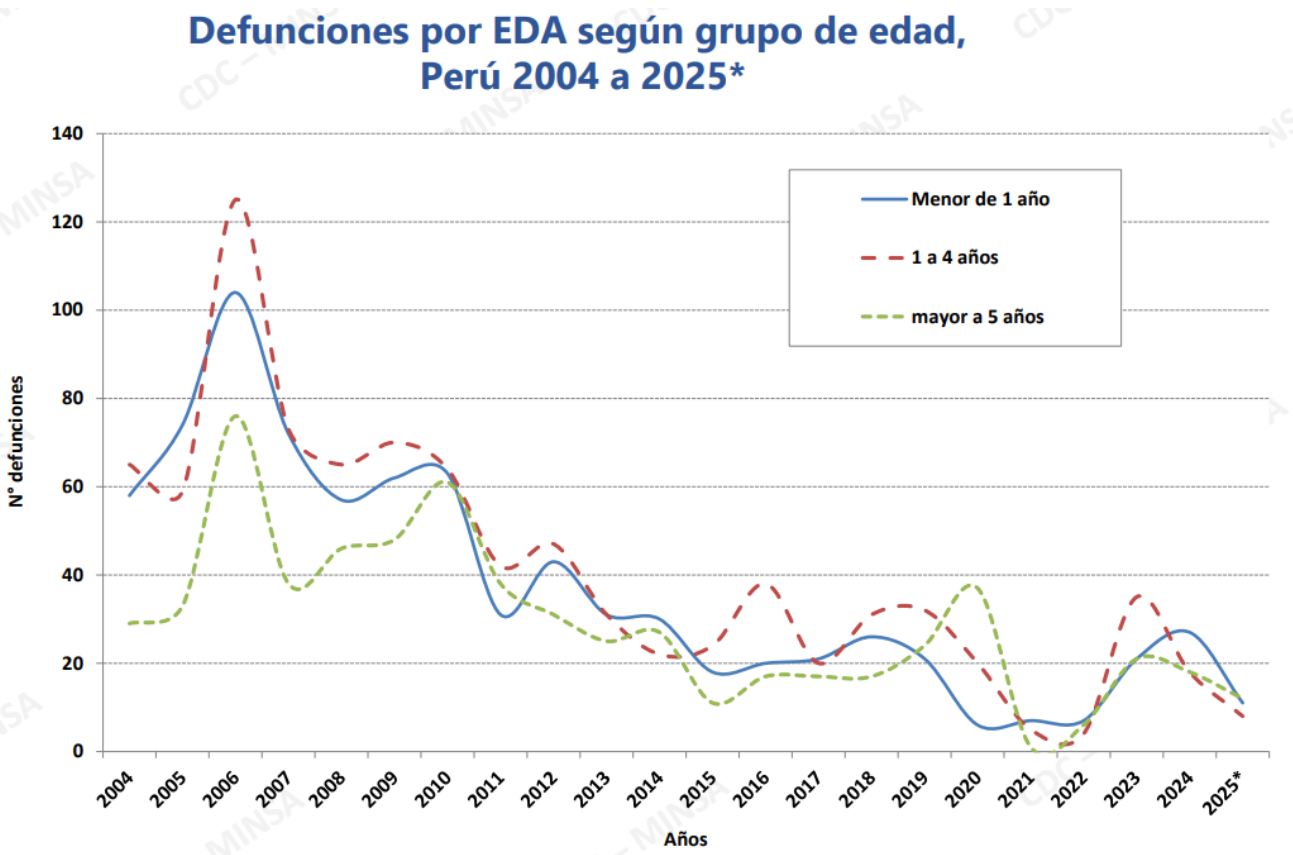


- El **69.2%** de los casos se reportaron en las personas **de 5 años a más**, seguido del grupo de **1-4 años (23.1%)**.
- El **98.4%** de los casos de diarrea aguda fueron de tipo **acuoso**; solo el **1.6%** correspondió a **diarrea disentérica**.

Fuente : Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 46 - 2025

Diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa en niños menores de 5 años

Situación en Perú



- Se reportaron 31 muertes por diarrea aguda.
- La **mayor incidencia** se presentó en la **Amazonía y zonas rurales**, asociada a factores ambientales y sociales.

Fuente : Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 46 - 2025

Diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa en niños menores de 5 años

Relevancia clínica

- La **deshidratación aguda** es la **principal causa de muerte**, puede llevar a shock hipovolémico y alteraciones metabólicas severas (1).

- La **evaluación temprana y la rehidratación inmediata son esenciales** para **reducir morbimortalidad.**

1. World Health Organization. Geneva: WHO. 2024 [citado 9 de marzo de 2025]. Diarrhoeal disease. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease

¿Por qué se hizo esta guía?

Alta carga de enfermedad



2024 (3.7 aprox. episodios por cada 100) vs. **2025** (4 aprox. episodios por cada 100)

Mortalidad prevenible



Brechas de acceso al manejo oportuno



Limitaciones geográficas, disponibilidad insuficiente de insumos esenciales y baja capacidad resolutiva del primer nivel.

Fortalecer el diagnóstico y manejo adecuado de la diarrea aguda en menores de 5 años.



¿Qué es una guía de práctica clínica?



¿?

PREGUNTA

En este escenario ¿qué opción de tratamiento brindar: A, B o C?

RESPUESTA

Recomendación
Buena práctica clínica
Consideración

Adaptada de: Evans, I., Thornton, H., Chalmers, I., & Glasziou, P. (2011). Los tratamientos, a prueba: Mejor investigación para mejorar la salud (2.ª ed.). Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano.

EsSalud

¿Qué es una guía de práctica clínica (GPC)?

Es un documento que reúne un conjunto de **recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica** disponible.

Ayuda a los profesionales de salud a tomar decisiones sustentadas en ***evidencia científica***.

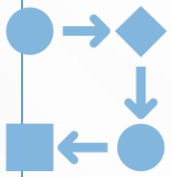
Ministerio de Salud. NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [consultado el 27 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/194791-302-2015-minsa

EsSalud

¿Por qué es importante usar esta guía?



Tomar mejores decisiones clínicas.



Estandarizar la atención de salud.



Mejorar los resultados en salud.



Optimizar los recursos en salud.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Grupo Elaborador de Guía (GEG)

Hospital III Suarez Angamos, EsSalud, Lima, Perú

Líder

- Briceño Lazo, Héctor Manuel

Hospital Nacional Guillermo Almenara Ingoyen, EsSalud, Lima, Perú

- Cabrera Enríquez, John Alexis
- Saénz Naranjo, María del Pilar

Hospital III de Emergencias Grau, EsSalud, Lima, Perú

- Campos Noriega, Cecilia Ruth

Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Lima, Perú

- Miyashiro Kamimoto, Ana María

CAP III Luis Negreiros Vega, EsSalud, Lima, Perú

- Ballón Loayza, Petronila Cristina

Hospital de Alta Complejidad de la Libertad "Virgen de la Puerta", EsSalud, La Libertad, Perú

- Aguilera Ávila, Óscar Alonso
- Venturo Reyna, Claudia Patricia



Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud, Cusco, Perú

- Dorado Núñez, Remy Danilo

Hospital II Pucallpa, EsSalud, Lima, Perú

- Landauro Panay, Jeff Daniel

IETSI, Lima, EsSalud

- Alcántara Díaz, Ana Lucía
- Bráñez Condorena, Ana Lidia
- Caballero Luna, Joan
- Huaroto Ramirez, Fabiola Mercedes

Hospital I Edmundo Escomel, EsSalud, Arequipa, Perú

- Araníbar Machaca, Jorge Saúl

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

¿Qué preguntas responde esta guía?

Diagnóstico

Pregunta 1: En niños menores de 5 años con diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa con sospecha de etiología viral, **¿se debería realizar pruebas rápidas de antígeno de rotavirus y/o adenovirus?**

Pregunta 2: En niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda infecciosa o diarrea disentérica con sospecha de etiología bacteriana, **¿se debería realizar la reacción inflamatoria en heces?**

EsSalud

¿Qué preguntas responde esta guía?

Tratamiento

Pregunta 3: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar sulfato de zinc como tratamiento adyuvante por vía oral?**

Pregunta 4: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería continuar con la alimentación completa apropiada para su edad?**

Pregunta 5: En niños menores de 5 años con diagnóstico de gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar antieméticos (dimenhidrinato)?**

Pregunta 6: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar antidiarreicos (loperamida)?**

Pregunta 7: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar antibioticoterapia empírica?**

EsSalud

Número de enunciados por preguntas de la GPC

Área temática	Preguntas	Recomendaciones y BPC
Diagnóstico	Pregunta 1	1 BPC
	Pregunta 2	1 recomendación
Tratamiento	Pregunta 3	2 recomendaciones
	Pregunta 4	1 recomendación
	Pregunta 5	1 BPC
	Pregunta 6	1 recomendación
	Pregunta 7	1 recomendación – 3 BPC

GPC: guía de práctica clínica; BPC: buena práctica clínica.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Se buscaron GPC previas y evidencia para cada pregunta.

Se evaluó el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia **(Metodología GRADE)**.

GPC: guía de práctica clínica; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation.

EsSalud

¿Qué es la metodología GRADE?

- **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

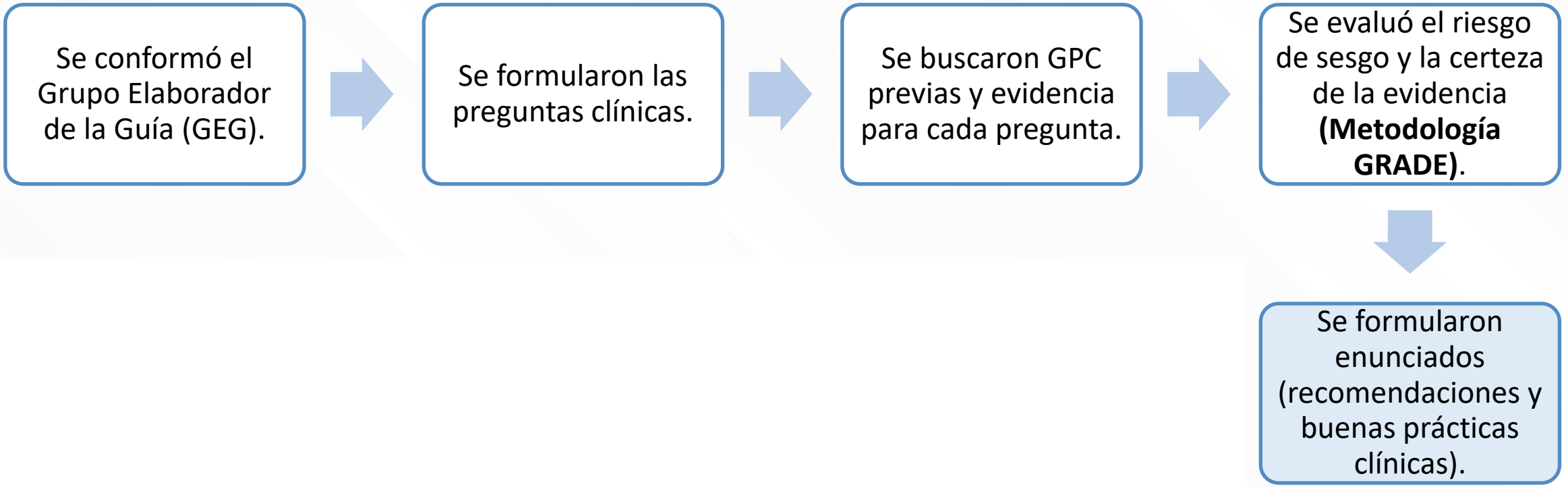
- Herramienta que permite **evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza** de las recomendaciones en el proceso de elaboración de una guía de práctica clínica.

Sanabria AJ, Rigau D, Rotaeche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. Atención Primaria. el 1 de enero de 2015;47(1):48–55.

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?



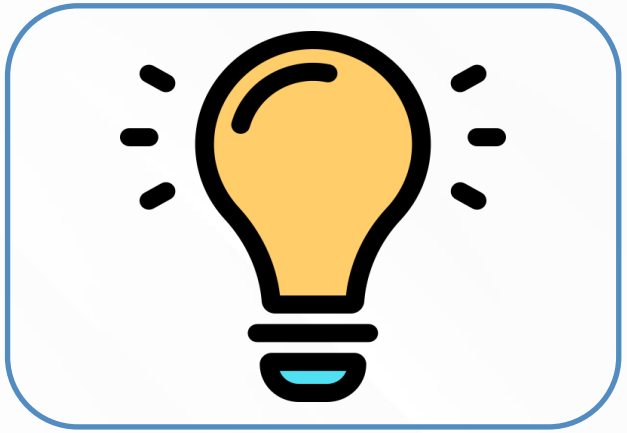
GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation.

EsSalud

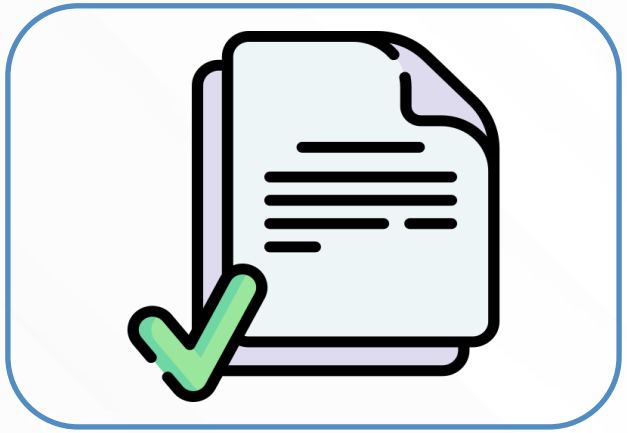
¿Qué tipos de enunciados tiene una GPC?



Recomendación



Buena práctica clínica (BPC)



Consideración

GPC: guía de práctica clínica; BPC: buena práctica clínica.

EsSalud

Recomendación

Premisa accionable (indicación práctica) sobre la **elección entre dos o más opciones** en una población específica y en un entorno específico.

PREGUNTA

Pregunta 3: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda Infecciosa, **¿se debería brindar sulfato de zinc como tratamiento adyuvante por vía oral?**



RECOMENDACIÓN

En **niños de 6 a 59 meses** con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **sugerimos brindar sulfato de zinc por vía oral como tratamiento adyuvante**

Fuerza de la recomendación:
Condicional

Certeza de la evidencia:
Baja ⊕⊕◯◯

EsSalud

Fuerza de la recomendación

Grado de confianza del GEG en que:

Los **beneficios de una intervención:**

- Superan los efectos adversos (A FAVOR),
  o
- Viceversa (EN CONTRA).

Fuerza y dirección de una recomendación

Fuerte

La recomendación se sigue en todos los casos.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Recomendamos"**

Condicional

La recomendación se sigue en la gran mayoría de casos, salvo situaciones justificadas.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Sugerimos"**

GEG: grupo elaborador de la guía.

EsSalud

Certeza de la recomendación

(⊕⊕⊕⊕) Alta	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **alta.**
(⊕⊕⊕◯) Moderada	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **moderada.**
(⊕⊕◯◯) Baja	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **baja.**
(⊕◯◯◯) Muy baja	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **muy baja.**

GEG: grupo elaborador de la guía.

EsSalud

Buena práctica clínica (BPC)

Enunciado accionable que brinda **orientación acerca de una práctica** cuyos **beneficios superan** ampliamente a los **potenciales daños.**

Sólo existe **evidencia indirecta** disponible para respaldarla.

PREGUNTA

Pregunta 5: En niños menores de 5 años con diagnóstico de gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar antieméticos (dimenhidrinato)?**



BPC

En niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda infecciosa, vómitos persistentes y signos de deshidratación, **el uso rutinario de antieméticos (dimenhidrinato) no está indicado**.

BPC: buena práctica clínica.

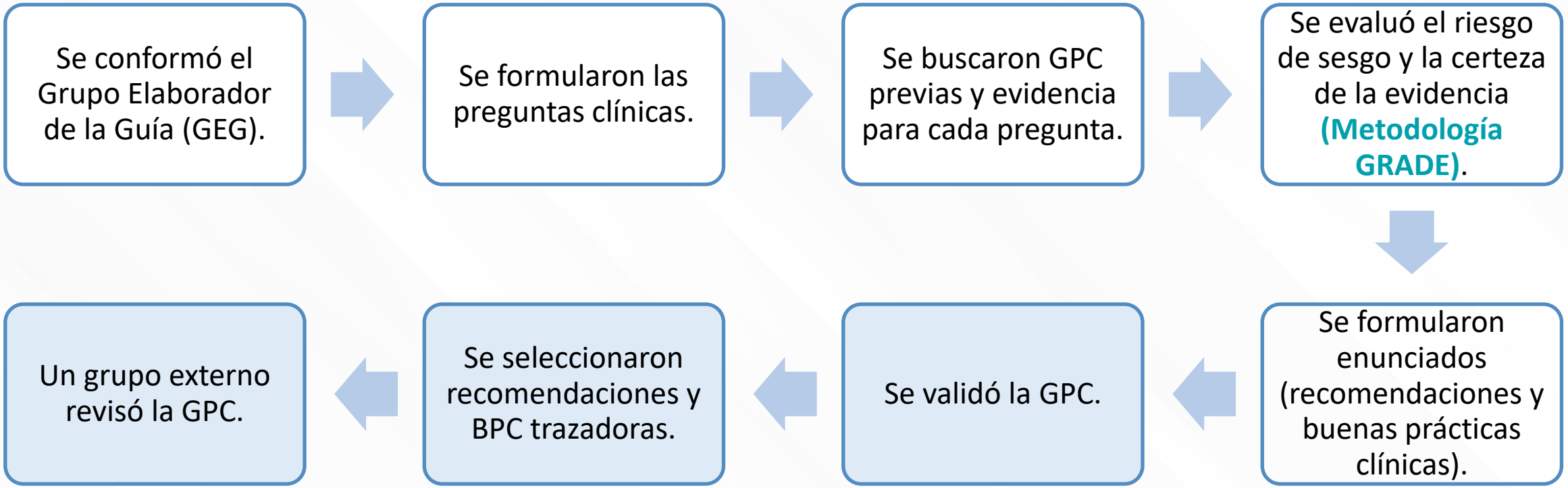
EsSalud

Consideración

Nota o comentario adicional que **complementa** una **recomendación** o una **buena práctica clínica.**

Objetivo → Aclarar el contexto, resaltar aspectos importantes o proporcionar detalles específicos.

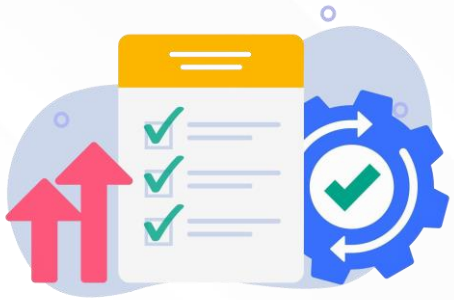
¿Cómo se elaboró esta guía?



GEG: grupo elaborador clínica; GPC: guía de práctica clínica; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation.

EsSalud

¿Qué son recomendaciones y BPC trazadoras?



- Son enunciados priorizados de la GPC que permiten valorar el mayor impacto potencial de la guía.
- Expertos clínicos y de gestión participaron en el proceso de priorización.
- Los criterios de priorización fueron:

Impacto clínico en el paciente.	Impacto en el proceso de atención.	Costos de la atención.	Tipo de enunciado.

BPC: buena práctica clínica; GPC: guía de práctica clínica; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation.

EsSalud

Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa en niños menores de 5 años

EsSalud

¿Cuál es el objetivo de esta GPC?

- Brindar recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa en niños menores de 5 años, con el fin de **optimizar el manejo clínico y contribuir a la reducción de complicaciones y mortalidad en estos pacientes**.

GPC: guía de práctica clínica.

EsSalud

¿Qué población se beneficiará de la GPC?

- Niños menores 5 años inmunocompetentes, con sospecha o diagnóstico de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa.

GPC: guía de práctica clínica.

EsSalud

¿A quién está dirigida esta guía?

- Esta GPC está dirigida al **personal médico y no médico**, que participa en la **atención multidisciplinaria de niños menores de 5 años, con sospecha o diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa.**

- El ámbito asistencial de la presente guía comprende los **establecimientos de salud que manejan pacientes con sospecha o diagnóstico de diarreas o gastroenteritis aguda infecciosa (ámbito nacional)**.

GPC: guía de práctica clínica.

EsSalud



Diagnóstico

Pregunta 1: En niños menores de 5 años con diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa con sospecha de etiología viral, **¿se debería realizar pruebas rápidas de antígeno de rotavirus y/o adenovirus?**



BPC

En niños menores de 5 años con **diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa** con sospecha de etiología viral.

No está indicado el uso de forma rutinaria de pruebas rápidas de detección de antígeno para rotavirus y/o adenovirus.

El uso de pruebas rápidas se puede considerar en situaciones específicas.

BPC (buena práctica clínica): Enunciado accionable que brinda orientación acerca de una práctica cuyos beneficios superan ampliamente a los potenciales daños. Sólo existe evidencia indirecta disponible para respaldarla.

EsSalud

¿En qué situaciones específicas?



- En casos que requieren hospitalización:

  - Diarrea acuosa profusa o de alto flujo (10 ml/kg/hora)
  - Vómitos persistentes (>3 episodios en 12 horas)
  - Progresión de la deshidratación pese a una rehidratación adecuada, o presencia de otras complicaciones asociadas a diarrea complicada

- En situaciones de brotes.

- En el marco de vigilancia epidemiológica nacional.

EsSalud

Luego de descartar otras causas, estas características pueden **orientar hacia una etiología viral:**

Tabla 1. Características que sugieren una etiología viral*

Dimensión	Elementos
Clínica	• Diarrea acuosa abundante, sin sangre. • Inicio súbito acompañado de vómitos frecuentes. • Fiebre cuantificada, habitualmente no persistente. • Síntomas asociados menos frecuentes: irritabilidad, anorexia, o síntomas respiratorios altos (p. ej. rinorrea, antecedente de adenopatías).
Evolución	• Generalmente curso autolimitado. • Duración habitual de 3 a 7 días. • Resolución con hidratación y medidas de soporte.
Contexto epidemiológico	• Edad menor de 5 años (especialmente menores de 2 años). • Mayor incidencia durante los meses de invierno y comienzo de primavera. • Presencia de casos similares en el entorno familiar, guardería, escuela u hospital. • Antecedente de contacto reciente con otros niños con diarrea y/o vómitos. • Esquema de vacunación incompleto contra rotavirus.

*La presencia de estas características aumenta la probabilidad de una etiología viral, pero no constituye un criterio diagnóstico único ni excluyente.

EsSalud

Pregunta 2: En niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda infecciosa o diarrea disentérica con sospecha de etiología bacteriana, **¿se debería realizar la reacción inflamatoria en heces?**



Recomendación

En niños menores de 5 años con **gastroenteritis aguda infecciosa o diarrea disentérica** con sospecha de etiología bacteriana

Se sugiere no realizar reacción inflamatoria en heces como prueba de diagnóstica de etiología bacteriana.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

Recomendación: Premisa accionable (indicación práctica) sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico.

Carreazo Y, Ugarte K, Huicho L. Fecal leukocytes in children with acute diarrhea: time to reconsider the clinical usefulness of the test? Rev Gastroenterol Perú Órgano Of Soc Gastroenterol Perú. 1 de julio de 2011;31:216–23.

EsSalud

¿Cuándo sospechar de una diarrea disentérica (con sangre)?

Luego de descartar otras causas infecciosas, estas características pueden orientarle a sospechar de una **diarrea disentérica**:

Tabla 2. Características que sugieren una diarrea disentérica (con sangre) *

Dimensión	Elementos
Clínica	• Diarrea con sangre, con o sin moco. • Fiebre cuantificada y persistente. • Dolor abdominal intenso, a veces localizado. Tenesmo rectal. • Síntomas asociados menos frecuentes: somnolencia, rechazo a la vía oral, irritabilidad marcada.
Evolución	• Generalmente curso más prolongado, con recaídas o empeoramiento. • Duración habitual mayor de 7 días. • Puede requerir antibioticoterapia**, según agente y la gravedad del cuadro. • Complicaciones posibles: deshidratación moderada o severa, bacteriemia (p. ej., Salmonella entérica no tifoidea), o síndrome urémico hemolítico (SUH) (en infecciones por E. coli enterohemorrágico [EHEC/STEC], especialmente serotipo O157:H7).
Contexto epidemiológico	• Agentes bacterianos más frecuentes: Shigella spp., Salmonella entérica no tifoidea, Campylobacter jejuni, E. coli enterohemorrágico (EHEC/STEC, especialmente serotipo O157:H7) y E. coli enteroinvasiva (EIEC). • Exposición a alimentos de riesgo (lácteos no pasteurizados, carnes mal cocidas, huevos crudos, alimentos preparados en condiciones de insalubridad). • Consumo de agua no segura o exposición a fuentes contaminadas (transmisión fecaloral). • Brotes familiares o institucionales (guarderías, escuelas), especialmente asociados a Shigella spp.. • Antecedente de viaje recientes o a zonas con condiciones sanitarias deficientes. • Contacto con animales domésticos o de granja (aves, cerdos), asociado a infecciones por Salmonella entérica no tifoidea o Campylobacter jejuni.

*La presencia de estas características aumenta la probabilidad de una diarrea disentérica de etiología bacteriana, pero no constituye un criterio diagnóstico único ni excluyente.

** En algunos casos de infección bacteriana, no se brinda el uso de antibiótico, como en infecciones por *E. coli* enterohemorrágico (EHEC/STEC, especialmente serotipo O157:H7), debido al riesgo de desarrollar SUH.

EsSalud



Tratamiento

Pregunta 3: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar sulfato de zinc como tratamiento adyuvante por vía oral?**



Recomendación

En niños de 6 a 59 meses con diagnóstico de **diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa**

Se sugiere brindar sulfato de zinc por vía oral como tratamiento adyuvante

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

En niños < 6 meses:

- **NO se recomienda su uso** como tratamiento adyuvante por la **incertidumbre en la evidencia** sobre eficacia y seguridad en este grupo de edad.

Recomendación: Premisa accionable (indicación práctica) sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico.

Lazzerini M, Wanzira H. Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database Syst Rev. 20 de diciembre de 2016;12(12):CD005436.

Ali AA, Naqvi SK, Hasnain Z, Zubairi MBA, Sharif A, Salam RA, et al. Zinc supplementation for acute and persistent watery diarrhoea in children: A systematic review and meta-analysis. J Glob Health. 2024;14:04212.

EsSalud

¿Cómo indico el sulfato de Zinc?

Se sugiere administrar 5 o 10 mg/día de sulfato de zinc por vía oral como tratamiento adyuvante durante 14 días

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕◯

Considere preferentemente dosis de 5 mg/día:

Presentación	Dosis	Duración
Jarabe: equivalente 10 mg Zn/ 5 ml	5 mg/día = 2.5 ml (½ cucharadita de medida) por vía oral	14 días
Tableta: equivalente 20 mg Zn	10 mg/día= ½ tableta diluida en 5 – 10 ml de agua o leche materna por vía oral	14 días



Recomendación: Premisa accionable (indicación práctica) sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico.

Dhingra U, Kisenge R, Sudfeld CR, Dhingra P, Somji S, Dutta A, et al. Lower dose zinc for childhood diarrhea: a randomized, multicenter trial. N Engl J Med. 24 de septiembre de 2020;383(13):1231–41.

EsSalud

Pregunta 4: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería continuar con la alimentación completa apropiada para su edad?**



Recomendación

En niños de 6 a 59 meses con diagnóstico de **diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa**

Se sugiere continuar o reintroducir tempranamente la alimentación habitual, tan pronto el niño tolere la vía oral.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

Recomendación: Premisa accionable (indicación práctica) sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico.

Gregorio GV, Dans LF, Silvestre MA. Early versus Delayed Refeeding for Children with Acute Diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 6 de julio de 2011;2011(7):CD007296.

EsSalud

Considere reintroducir alimentos **durante o inmediatamente después de la rehidratación oral**, o desde el inicio si no hay deshidratación.

< 6 meses:

Mantener lactancia materna exclusiva.

6 meses a < 2 años:

Continuar lactancia materna + alimentos adecuados para la edad.

2 a 5 años:

Mantener lactancia si corresponde + dieta habitual apropiada para la edad.



Evite cambios innecesarios en la dieta, a menos que exista una indicación médica específica

EsSalud

Pregunta 5: En niños menores de 5 años con diagnóstico de gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar antieméticos (dimenhidrinato)?**





En niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda infecciosa, **vómitos persistentes y signos de deshidratación**

NO está indicado el uso rutinario de antieméticos (dimenhidrinato)

Recuerda:

La elección del tratamiento varía según la **evaluación clínica integral**, considerando severidad, vómitos, diarrea y respuesta a la rehidratación inicial.

BPC (buena práctica clínica): Enunciado accionable que brinda orientación acerca de una práctica cuyos beneficios superan ampliamente a los potenciales daños. Sólo existe evidencia indirecta disponible para respaldarla.

Gheini S, Ameli S, Hoseini J. Effect of Oral Dimenhydrinate in Children with Acute Gastroenteritis: A Clinical Trial. Oman Med J. enero de 2016;31(1):18–21.
Gouin S, Vo TT, Roy M, Lebel D, Gravel J. Oral Dimenhydrinate Versus Placebo in Children With Gastroenteritis: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics. 1 de junio de 2012;129(6):1050–5.
Uhlig U, Pfeil N, Gelbrich G, Spranger C, Syrbe S, Huegle B, et al. Dimenhydrinate in Children With Infectious Gastroenteritis: A Prospective, RCT. Pediatrics. 1 de octubre de 2009;124(4):e622–32.

EsSalud

¿Cómo hidrato al paciente?



Si hay tolerancia oral:

- Mantener **rehidratación oral supervisada** con SRO en pequeños volúmenes (5–15 mL cada 3–5 min).
- Si hay **vómitos persistentes**, dar **reposo gástrico 20–30 min** y reiniciar SRO fraccionada.



Si hay deshidratación moderada/severa y no tolera vía oral:

- Considerar **SNG/SOG** para administrar SRO.
- Si hay **shock, alteración del estado mental o íleo**, iniciar **hidratación IV**.

SRO: solución de rehidratación oral; SNG: sonda nasogástrica; SOG: sonda orogástrica; IV: intravenosa

EsSalud

Pregunta 6: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar antidiarreicos (loperamida)?**



Recomendación

En niños menores de 5 años con diagnóstico de **diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa**

No se recomienda brindar antidiarreicos (loperamida)

Fuerza de la recomendación: Fuerte
Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕◯

Recuerde:

La **terapia de rehidratación** siempre debe ser **priorizada**.

Recomendación: Premisa accionable (indicación práctica) sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico.

Florez ID, Veroniki AA, Al Khalifah R, Yepes-Nuñez JJ, Sierra JM, Vernooij RWM, et al. Comparative effectiveness and safety of interventions for acute diarrhea and gastroenteritis in children: A systematic review and network meta-analysis. PloS One. 2018;13(12):e0207701.
Li STT, Grossman DC, Cummings P. Loperamide Therapy for Acute Diarrhea in Children: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med. marzo de 2007;4(3):e98.

EsSalud

Pregunta 7: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, **¿se debería brindar antibioticoterapia empírica?**



¿Brindo antibioticoterapia empírica en diarrea aguda acuosa?



Recomendación

En niños menores de 5 años con diagnóstico de **diarrea aguda acuosa,** independientemente de la deshidratación.





No se recomienda brindar antibioticoterapia empírica de forma rutinaria.

Fuerza de la recomendación: Fuerte

Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

Recomendación: Premisa accionable (indicación práctica) sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico.

Pavlinac PB, Platts-Mills JA, Liu J, Atlas HE, Gratz J, Operario D, et al. Azithromycin for Bacterial Watery Diarrhea: A Reanalysis of the AntiBiotics for Children With Severe Diarrhea (ABCD) Trial Incorporating Molecular Diagnostics. J Infect Dis. 5 de julio de 2023;229(4):988–98.

Ahmed T, Chisti MJ, Rahman MW, Alam T, Ahmed D, Parvin I, et al. Effect of 3 Days of Oral Azithromycin on Young Children With Acute Diarrhea in Low-Resource Settings. JAMA Netw Open. 16 de diciembre de 2021;4(12):e2136726..

EsSalud

¿Brindo antibioticoterapia empírica en diarrea aguda infecciosa disentérica?



BPC

En niños menores de 5 años con diagnóstico de **diarrea aguda infecciosa disentérica** con **sospecha de etiología bacteriana.**

Iniciar antibioticoterapia empírica





BPC

Si sospecha origen bacteriano

Solicite coprocultivo con antibiograma antes de iniciar antibióticos (siempre que el estado clínico lo permita).

Si sospecha amebiasis

Solicite examen parasitológico seriado en heces

BPC (buena práctica clínica): Enunciado accionable que brinda orientación acerca de una práctica cuyos beneficios superan ampliamente a los potenciales daños. Sólo existe evidencia indirecta disponible para respaldarla.

EsSalud

¿Qué antibióticos puedo brindar?



Ante sospecha bacteriana, puede iniciar con estos antibióticos según severidad clínica y contexto epidemiológico:

Primera línea

Azitromicina:
10 mg/kg/día c/24 horas durante 3 días, por VO.
Dosis máxima: La dosis total no debe exceder de 500 mg.

Ceftriaxona:
Indique en casos de intolerancia a la VO, vómitos persistentes o signos de compromiso general.
50 mg/kg/día c/24 horas durante 3 días, por vía IM o IV.
Dosis máxima: 2 g al día.

Segunda línea

Ciprofloxacino:
10 a 20 mg/kg/día c/12 horas durante 3 a 5 días, por VO.
Dosis máxima: 750 mg por dosis.

Furazolidona:
6 mg/kg/día cada 6 horas durante 5-7 días, por VO.
Dosis máxima: 400 mg por día.

VO: vía oral; IM: intramuscular; IV: intravenoso.

EsSalud

Sobre la administración de los antibióticos, tome en cuenta esto:



Ajuste el tratamiento según los resultados del coprocultivo y antibiograma.

Si inició terapia IV, **cambiar a VO** cuando:

- Haya recuperado el estado de hidratación.
- No presenta compromiso general.
- Tolera vía oral.

El cambio oportuno favorece:

alta precoz, reducir los costos asociados a ala vía IV y promover el uso racional de antibióticos.



IV: Intravenosa; VO: vía oral

EsSalud

¿Brindo terapia antimicrobiana empírica en sospecha de amebiasis?



BPC

En niños menores de 5 años con **diarrea aguda infecciosa disentérica con sospecha de amebiasis** (*Entamoeba histolytica*)

Brinde terapia antimicrobiana empírica.

Si el niño **tolera vía oral**:

Primera línea

Metronidazol

30 mg/kg/día c/8 horas durante 7 a 10 días, por vía oral.

Dosis máxima: 2.25 g al día

VO: Vía oral

BPC (buena práctica clínica): Enunciado accionable que brinda orientación acerca de una práctica cuyos beneficios superan ampliamente a los potenciales daños. Sólo existe evidencia indirecta disponible para respaldarla.

EsSalud



Casos clínicos

EsSalud

CASO 1

Paciente: Niño de 18 meses, previamente sano, no cumplió con vacunas contra rotavirus.

Cuadro clínico

- Inicio súbito de vómitos hace 12 horas.
- Diarrea acuosa, abundante, sin sangre.
- Fiebre de 38.3°C, que cede con paracetamol.
- Buena aceptación de líquidos inicialmente, pero algo irritable.
- No hay sangre, moco ni tenesmo.
- No hay dolor abdominal localizado.

Antecedentes

- Dos primos con diarrea similar en la misma casa.

Contexto epidemiológico

- Inicio del invierno.
- Guardería con varios casos similares.



Ilustración de Freepik

¿Debe solicitarse la prueba rápida de antígeno para rotavirus/adenovirus?

◯ Si ⊗ No

No corresponde a una situación especial que amerita la prueba:

- Cuadros que requieren hospitalización.
- Brotes.
- Vigilancia epidemiológica nacional.

CASO 2

Paciente: Niño de 4 años.

Antecedentes

Sin comorbilidades.

Cuadro clínico

- Diarrea disentérica (con sangre) desde hace 2 días.
- Fiebre persistente de 39–39.5°C, a pesar de medicación.
- Dolor abdominal tipo cólico, intenso.
- Tenesmo rectal.
- Somnolencia y rechazo a la vía oral.
- Abdomen levemente distendido, ruidos presentes.

Contexto epidemiológico

- Contacto con animales de granja durante un paseo (riesgo de Salmonella/*Campylobacter*).
- Agua almacenada en casa sin hervir.
- Zona con brotes de *Shigella* en guardería local.



Ilustración de Freepik

¿Se recomienda hacer reacción inflamatoria en heces?

◯ Si ⊗ No

La guía no recomienda su uso para diagnóstico de diarrea bacteriana invasiva.
La sospecha se establece por:

- Diarrea con sangre
- Fiebre persistente
- Tenesmo
- Contexto epidemiológico compatible

(Revise tabla 2)

CASO 3

Paciente: Niño de 18 meses, previamente sano, no cumplió con vacunas contra rotavirus.

Cuadro clínico

- Inicio súbito de vómitos hace 12 horas.
- Diarrea acuosa, abundante, sin sangre.
- Fiebre de 38.3°C, que cede con paracetamol.
- Buena aceptación de líquidos inicialmente, pero algo irritable.
- No hay sangre, moco ni tenesmo.
- No hay dolor abdominal localizado.

Antecedentes

- Dos primos con diarrea similar en la misma casa.

Contexto epidemiológico

- Inicio del invierno.
- Guardería con varios casos similares.



Ilustración de Freepik

¿Cuál debe ser el tratamiento de primera línea para este niño con diarrea aguda probablemente viral?

- ○ Iniciar inmediatamente antibióticos orales de forma empírica.
- ⊗ Rehidratación oral con solución de rehidratación oral (SRO)
- ○ Administrar antidiarreicos como loperamida.
- ○ Solicitar pruebas de antígeno y esperar resultados antes de iniciar tratamiento.

La rehidratación oral con SRO es la base del tratamiento.
No usar antidiarreicos.
En diarrea acuosa no se debe brindar antibioticoterapia empírica de forma rutinaria.

¿Cuál de los siguientes no forma parte del tratamiento recomendado en una diarrea viral no complicada?

- ○ Sales de rehidratación oral
- ○ Zinc por 10–14 días
- ○ Continuación de la alimentación habitual
- ⊗ Suspender alimentación y lactancia materna durante el episodio

Se debe continuar o reintroducir de forma temprana (tan pronto como se tolere la vía oral) la alimentación habitual apropiada para la edad.

CASO 4

Paciente: Niño de 4 años.

Antecedentes

Sin comorbilidades.

Cuadro clínico

- Diarrea disentérica (con sangre) desde hace 2 días.
- Fiebre persistente de 39–39.5°C, a pesar de medicación.
- Dolor abdominal tipo cólico, intenso.
- Tenesmo rectal.
- Somnolencia y rechazo a la vía oral.
- Abdomen levemente distendido, ruidos presentes.

Contexto epidemiológico

- Contacto con animales de granja durante un paseo (riesgo de Salmonella/Campylobacter).
- Agua almacenada en casa sin hervir.
- Zona con brotes de Shigella en guardería local.



Ilustración de Freepik

En este niño con diarrea disentérica y fiebre persistente, ¿cuál es el tratamiento más apropiado?

- ○ No administrar antibióticos porque podría prolongar la enfermedad.
- ⊗ Iniciar antibioticoterapia con azitromicina.
- ○ Usar antidiarreicos como loperamida para controlar el sangrado.
- ○ Iniciar tratamiento con furazolidona por vía oral.

En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa disentérica con sospecha de etiología bacteriana, se sugiere iniciar antibioticoterapia empírica. La azitromicina es el antibiótico de primera línea.

¿Con relación a la azitromicina?

¿Cuál es la vía de administración? Vía oral.

¿Cuál es la dosis? 10 mg/kg/día c/24 horas.
La dosis total no debe exceder de 500 mg

¿Por cuántos días? 3 días.



Recomendaciones y BPC trazadoras

EsSalud

Recomendaciones y BPC trazadoras

1.2. En niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda infecciosa o diarrea disentérica con sospecha de etiología bacteriana.

sugerimos →

NO realizar la reacción inflamatoria en heces como prueba diagnóstica de etiología bacteriana.

3.2. En niños de 6 a 59 meses con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa

sugerimos →

Administrar 5 o 10 mg/día de sulfato de zinc por vía oral como tratamiento adyuvante durante 14 días

Recomendaciones y BPC trazadoras
Tratamiento

[BPC] 5.1. En niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda infecciosa, vómitos persistentes y signos de deshidratación → NO está indicado el uso rutinario de antieméticos (dimenhidrinato).

6.1. En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa → **recomendamos**

- NO brindar antidiarreicos (loperamida).
- Priorice la terapia de rehidratación.

BPC: buena práctica clínica.



Flujogramas

EsSalud

Flujograma 1. Evaluación diagnóstica ante sospecha etiológica de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa

Niño < 5 años con sospecha de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa

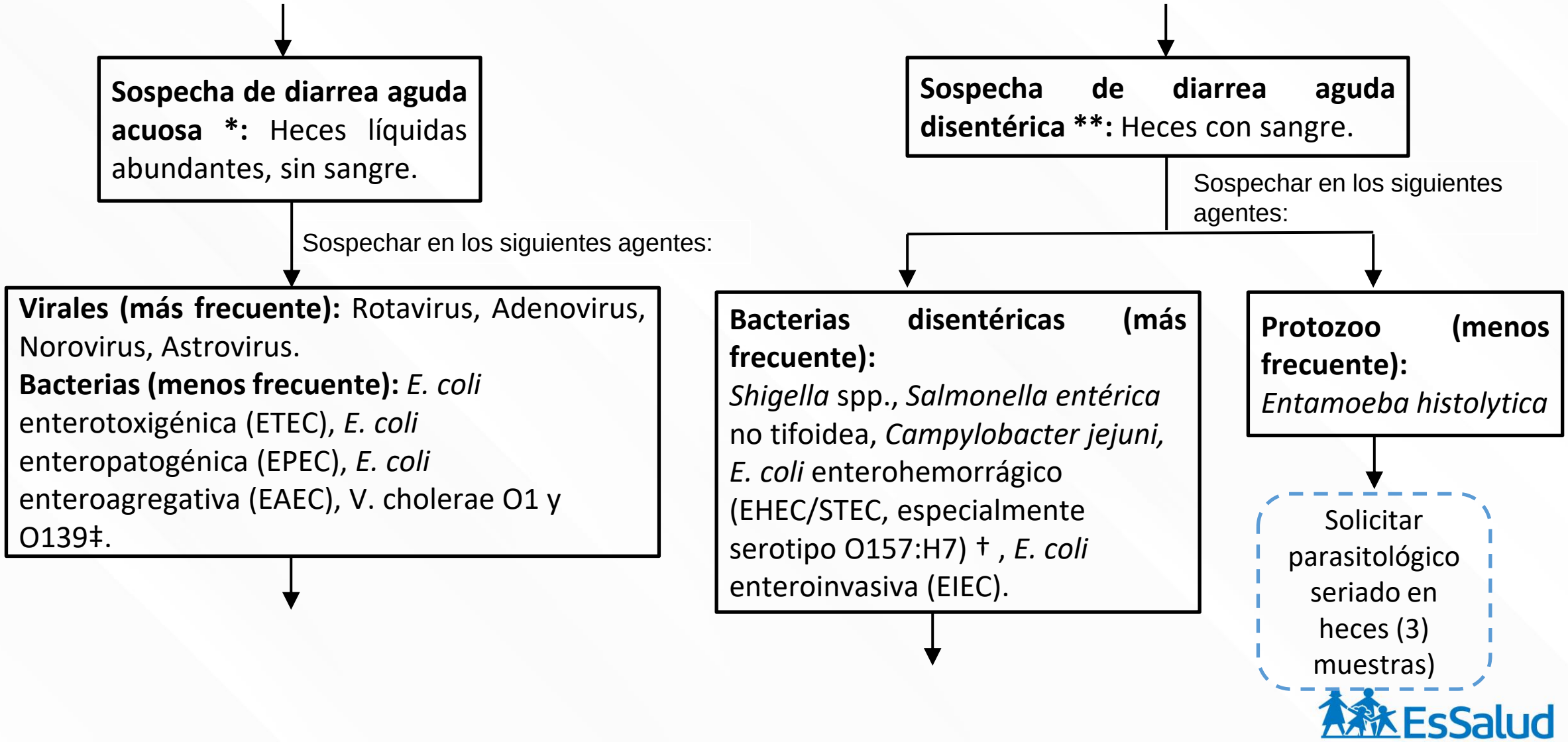
Diarrea: ≥ 3 deposiciones blandas o liquidas en un periodo de 24 horas.
Gastroenteritis: presencia de diarrea, náuseas o vómitos durante 24 horas con una duración de < de 14 días.

Evaluación inicial

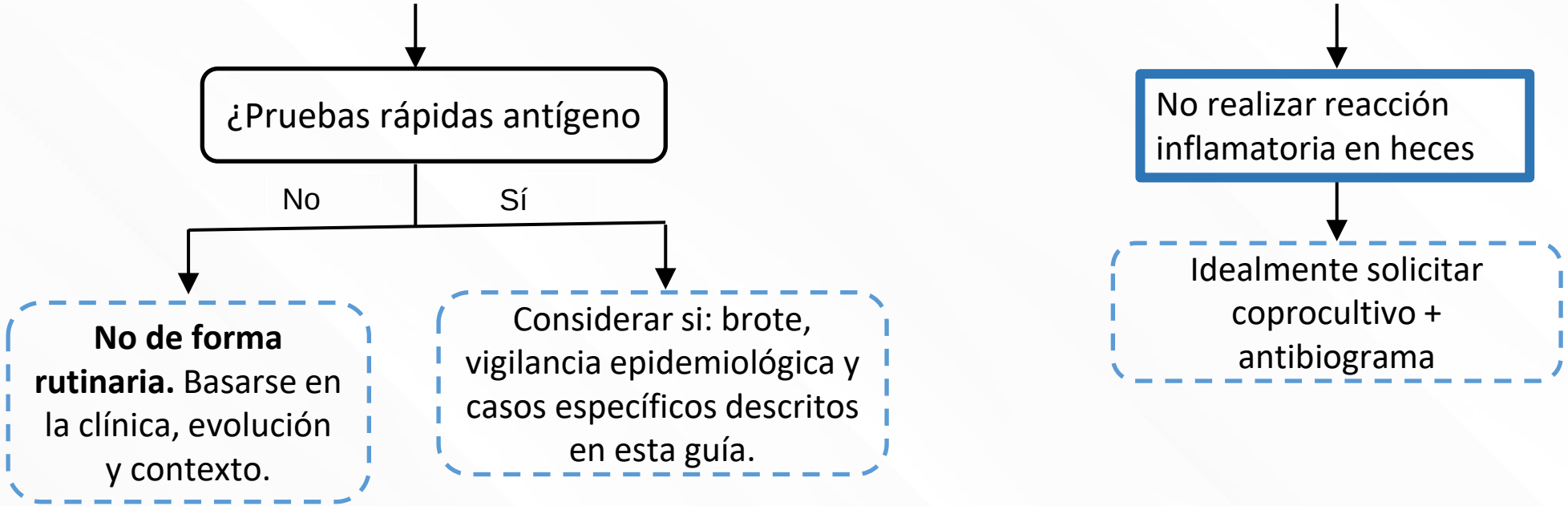
1. Anamnesis: duración, características de las heces (acuosa, con sangre, con/sin moco), fiebre, vómitos, ingesta de líquidos, estado de vacunación, antecedentes de contacto, viajes durante las dos últimas semanas.

2. Examen físico: estado de hidratación (signos de deshidratación leve, moderada o severa), peso, temperatura, exploración abdominal, signos de compromiso sistémico (letargia, irritabilidad, shock).

Flujograma 1. Evaluación diagnóstica ante sospecha etiológica de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa



Flujograma 1. Evaluación diagnóstica ante sospecha etiológica de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa



Notas aclaratorias:

*En diarrea aguda acuosa, la etiología más frecuente es viral, especialmente en lactantes y niños menores de 5 años. El diagnóstico debe basarse principalmente en la clínica, evolución del cuadro y contexto epidemiológico. Las pruebas antigénicas para rotavirus/adenovirus solo se consideran en los casos específicos definidos en la presente GPC.

** En diarrea aguda disentérica, ante la sospecha de etiología bacteriana, idealmente solicitar coprocultivo. Cuando exista sospecha de infección por *Entamoeba histolytica,* solicitar parasitológico seriado en heces (3 muestras).

† Está contraindicado el uso de antibióticos, pues podría incrementarse el riesgo de síndrome urémico hemolítico (SUH).

‡ En casos confirmados o altamente sospechosos de infección por *V. cholerae* O1 u O139 (cólera), se recomienda antibioticoterapia específica según la sensibilidad local, como complemento a la rehidratación.

El uso de pruebas diagnósticas debe restringirse a los escenarios clínicos descritos en esta GPC y no indicarse de forma rutinaria.

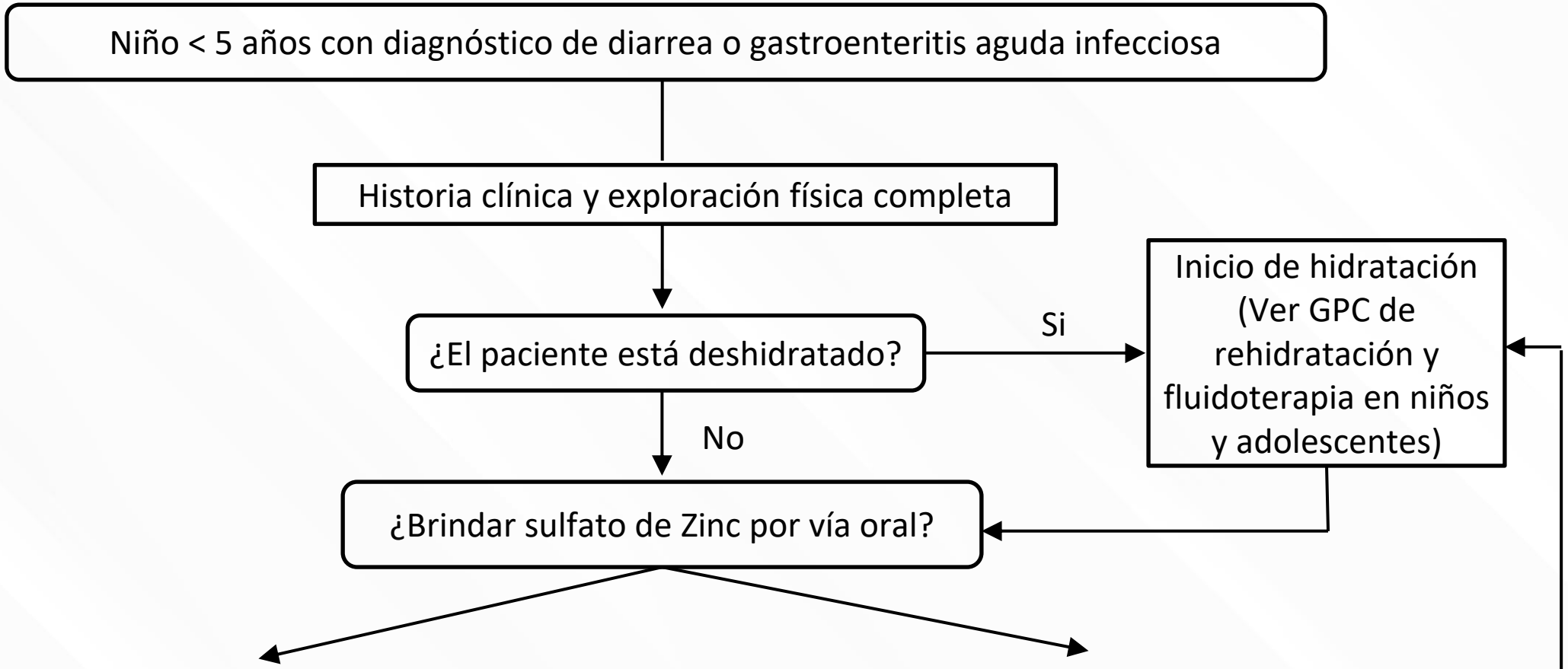
Recomendaciones fuertes

Recomendaciones condicionales

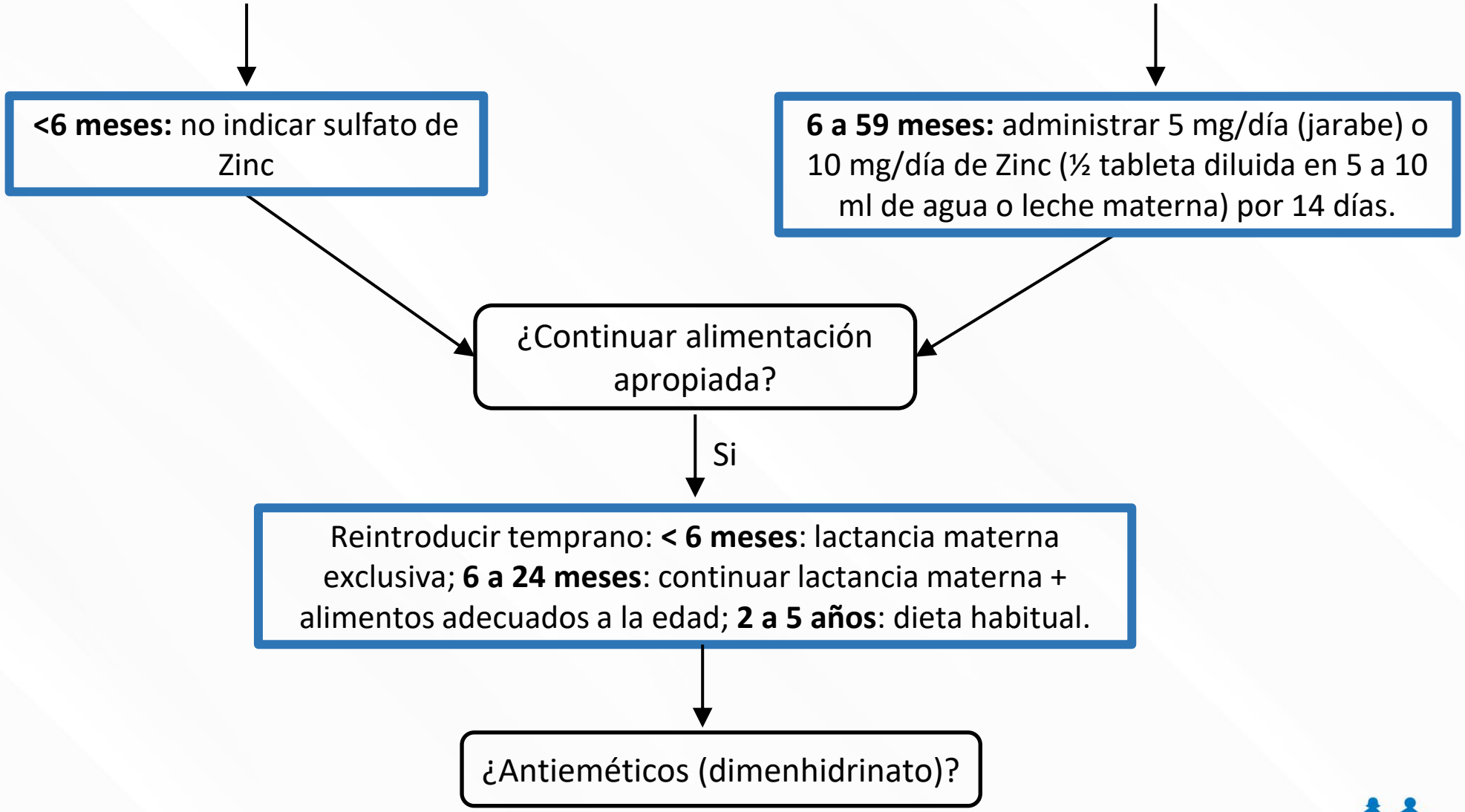
Buena práctica clínica (BPC)

EsSalud

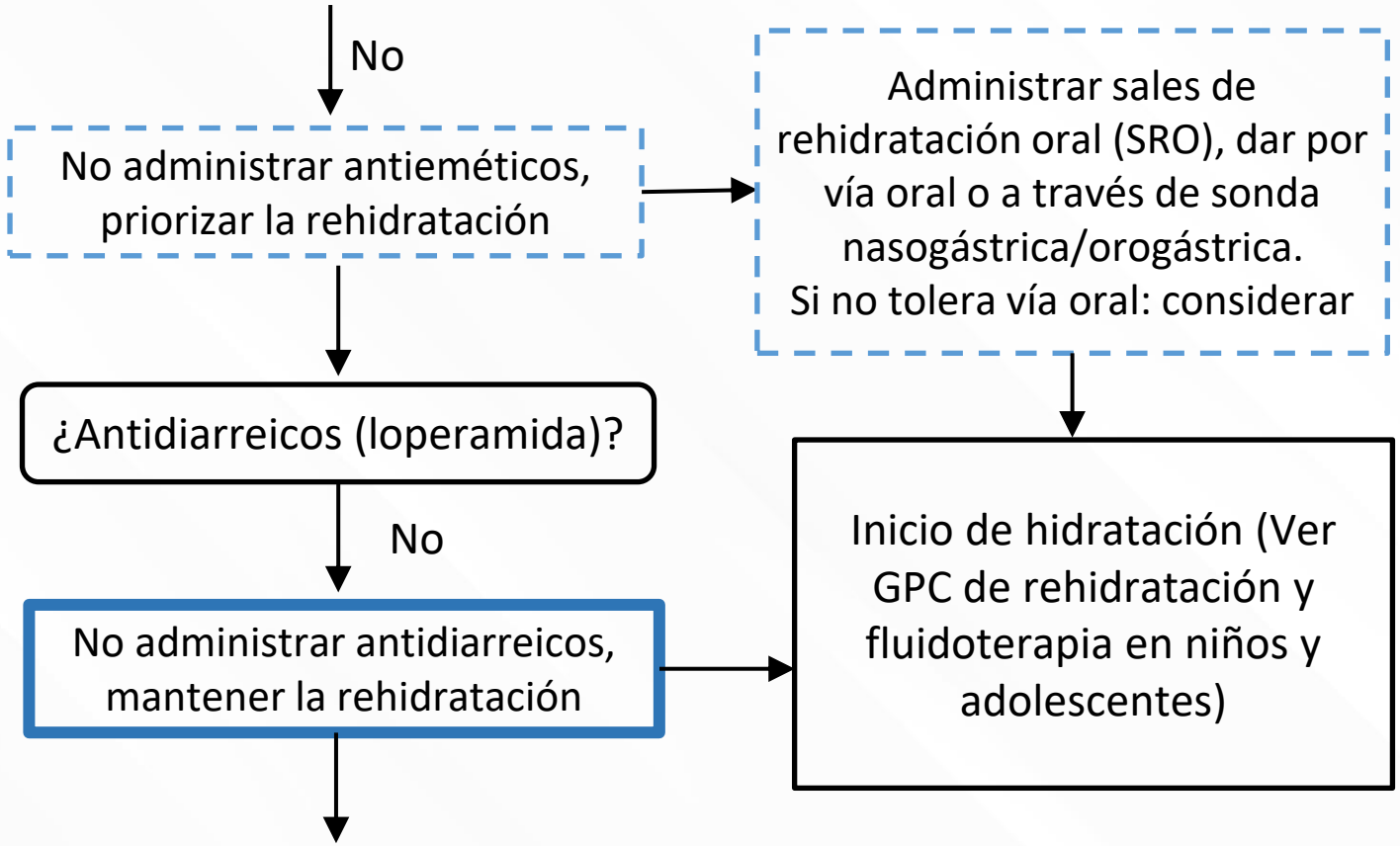
Flujograma 2. Manejo terapéutico de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa



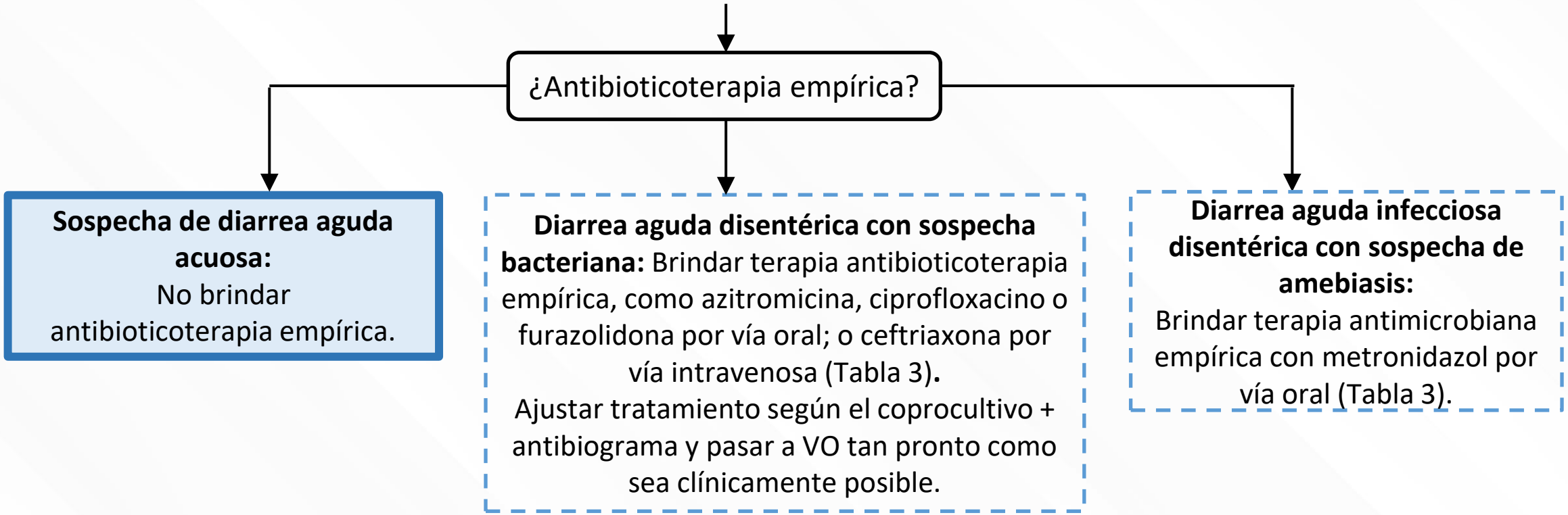
Flujograma 2. Manejo terapéutico de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa



Flujograma 2. Manejo terapéutico de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa



Flujograma 2. Manejo terapéutico de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa



Recomendaciones fuertes

Recomendaciones condicionales

Buena práctica clínica (BPC)

EsSalud

Tabla 3. Fármacos indicados como antibioticoterapia empírica en diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa disentérica.

Grupo farmacológico	Nombre del fármaco	Presentación	Dosis y duración de tratamiento	Dosis máxima	Efectos adversos frecuentes	Contraindicaciones
Macrólido	Azitromicina *	Suspensión oral de 200 mg/ 5mL x 30 mL (frasco)	10 mg/kg/día c/24 horas durante 3 días, por vía oral	La dosis total no debe exceder de 500 mg	Diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos	Hipersensibilidad a la azitromicina o a otros macrólidos
Cefalosporina de Tercera Generación	Ceftriaxona **	1 g (ampolla)	50 mg/kg/día c/24 horas durante 3 días, por vía intramuscular o intravenosa.	No exceder de 2 g al día	Dolor en el sitio de inyección, diarrea y erupciones cutáneas	Hipersensibilidad a las cefalosporinas o a cualquier antibiótico betalactámico. No debe usarse en neonatos con hiperbilirrubinemia
Fluoroquinolona	Ciprofloxacino (segunda línea) †	Suspensión oral de 250 mg/ 5mL (frasco)	10 a 20 mg/kg/día c/12 horas durante 3 a 5 días, por vía oral	No exceder de 750 mg por dosis	Náuseas, diarrea, mareos y dolor de cabeza	Hipersensibilidad a las quinolonas
Nitrofuranos	Furazolidona (segunda línea) **	Suspensión oral de 50 mg/ 5 mL x 120 mL (frasco)	6 mg/kg/día cada 6 horas durante 5–7 días, por vía oral	No exceder 400 mg por día	Náuseas, vómitos, cefalea, erupciones cutáneas	Hipersensibilidad a nitrofuranos, insuficiencia renal grave
Nitroimidazol	Metronidazol ‡	Suspensión oral de 250 mg / 5mL x 120mL (frasco)	30 mg/kg/día c/8 horas durante 7 a 10 días, por vía oral	No exceder de 2.25 g al día	Sabor metálico en la boca, náuseas, vómitos y dolor de cabeza	Hipersensibilidad al metronidazol o derivados nitroimidazólicos.

* Tratamiento como primera línea como antibioticoterapia empírica cuando exista sospecha de etiología bacteriana.

** Considerar idealmente en lactantes < 3 meses, o ante sospecha de bacteriemia y/o sepsis.

† Tratamiento como segunda línea a considerar según patrones de resistencia antimicrobiana y disponibilidad local.

‡ Considerar como tratamiento empírico disponible en el petitorio de EsSalud cuando se sospeche infección por *Entamoeba hystolitica.*

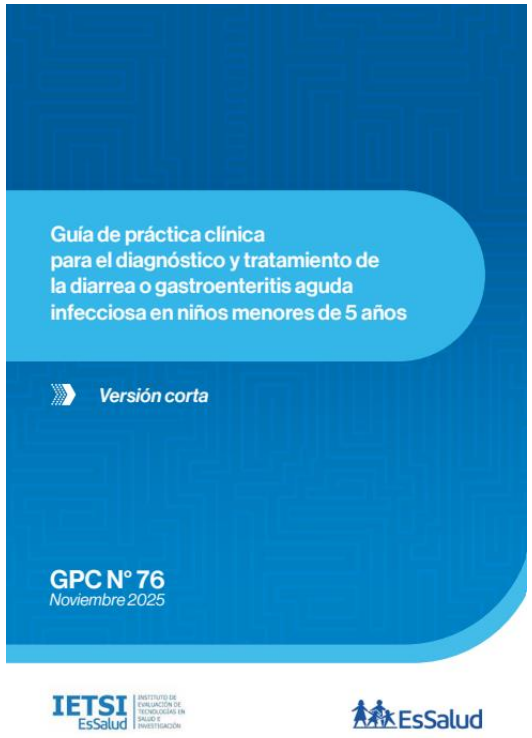
Fuente: *Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2025.*

Consideraciones finales

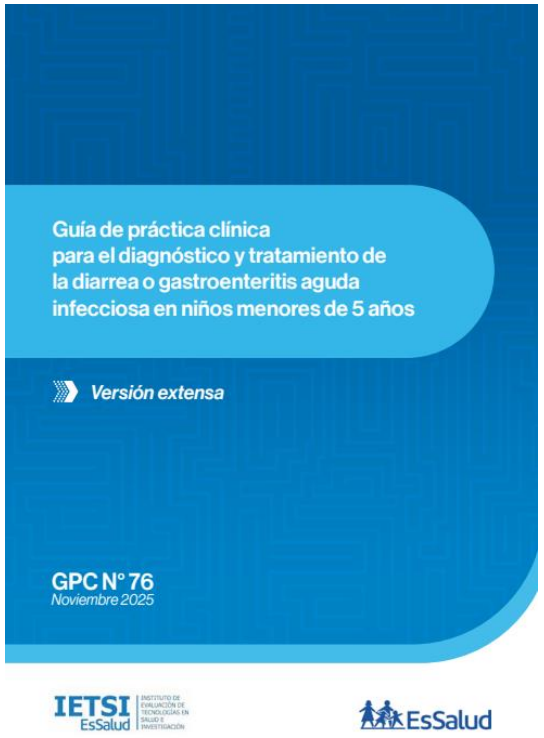
- El diagnóstico de diarrea y gastroenteritis aguda en menores de 5 años es principalmente clínico, considerando evolución y contexto epidemiológico.
- No se recomiendan pruebas rápidas de rotavirus/adenovirus de forma rutinaria, excepto en situaciones específicas, como requerir hospitalización, brotes o vigilancia epidemiológica nacional.
- La reacción inflamatoria en heces no debe usarse para diagnosticar diarrea bacteriana, pues no cambia decisiones clínicas ni manejo.
- El tratamiento inicial siempre prioriza la hidratación, con solución de rehidratación oral (SRO) o vía intravenosa según el grado de deshidratación.
- Los antibióticos solo se indican ante sospecha de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa disentérica, con sospecha de etiología bacteriana, debiendo evitarse su uso innecesario para prevenir resistencia antimicrobiana.

EsSalud

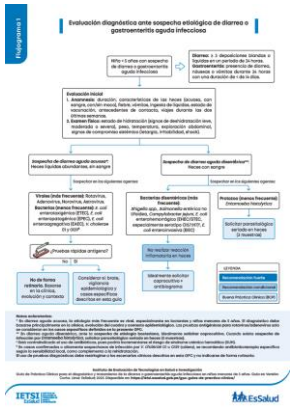
Accede a las guías de práctica clínica de IETSI



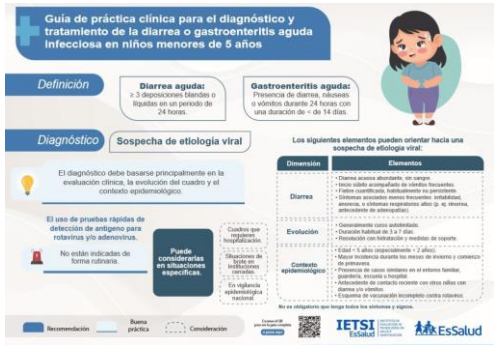
Versión corta



Versión extensa



Flujogramas



Resumen visual



Fichas técnicas de indicadores de adherencia



Versión para pacientes y cuidadores de pacientes



www.gob.pe/**essalud**