Cuándo no prescribir amoxicilina clavulánico

Rosa Albañil
Pediatra
CS Cuzco
Noviembre 2026

Qué es amoxicilina clavulánico

¿Qué es amoxicilina clavulánico?

Mecanismo acción

Espectro

Resistencias

Consumo

¿Cuándo prescribimos antibiótico?

Criterios a tener en cuenta

Procesos infecciosos comunitarios

Amigdalitis

OMA/sinusitis

Neumonía

Bronquitis

ITU

Infecciones cutáneas

GEA

ITS

Amoxicilina clavulánico (A/C)

Modo de acción	Inhibidor de algunas betalactamasas (bloquea uno de los principales mecanismos de resistencia que desarrollan las bacterias) No revierte todos los mecanismos de resistencias Uso asociado a los betalactámicos .

Amoxicilina clavulánico

Espectro antibacteriano	organismos inicialmente susceptibles a los betalactámicos y que han dejado de serlo por producción de betalactamasas (Staphylococcus aureus e incluso Klebsiella spp. y Bacteroides fragilis)

Amoxicilina clavulánico, seguridad

Efectos secundarios más frecuentes:

- diarrea, náuseas, vómitos
- exantemas cutáneos
- elevación transitoria de transaminasas.
  - la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) alertó sobre el riesgo de hepatotoxicidad de amoxicilina/ácido clavulánico
  - Causa más frecuente de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos
  - Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

amoxicilina clavulánico

antibiótico de amplio espectro

Clasificación AWaRe de antibióticos OMS:

Según capacidad de inducción de resistencias y con recomendaciones de uso.

Clasificación antibióticos OMS



(A) acceso

Primera o segunda línea para infecciones comunes

(W) bajo vigilancia

Mayor impacto en la selección de resistencias

Uso **monitorizado y restringido** a indicaciones específicas

(R) reserva

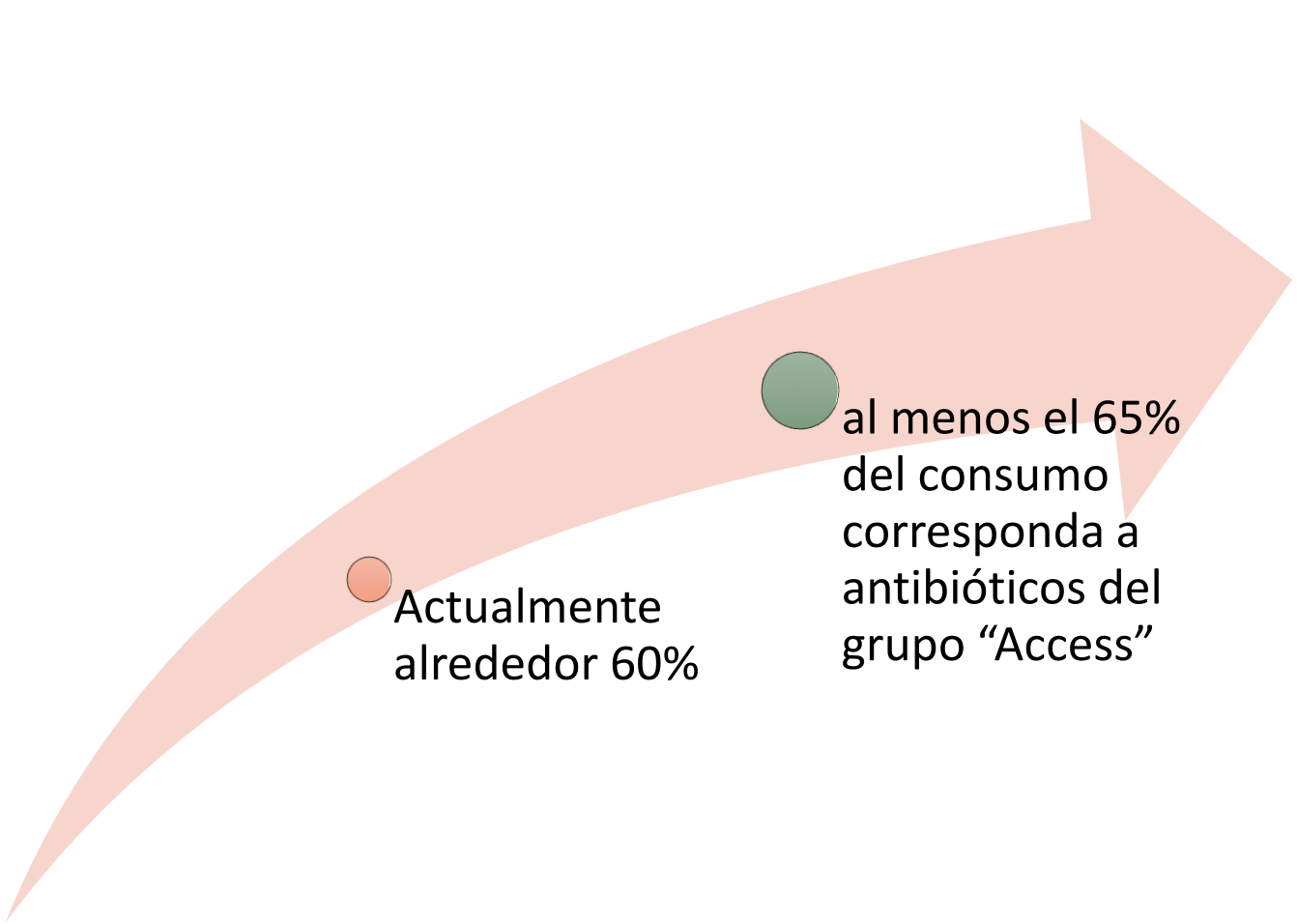
Último recurso frente a bacterias multirresistentes

Uso con máxima precaución

(A) acceso	Amoxicilina, cefalexina, cefadroxilo, fosfomicina*, trimetoprim-sulfametoxazol, doxiciclina, fenoximetilpenicilina, clindamicina
(W) bajo vigilancia	**Amoxicilina/ácido clavulánico***, cefalosporinas de 2G y 3G (cefuroxima, cefixima, ceftriaxona), macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina), fluoroquinolonas, vancomicina
(R) reserva	Colistina, ceftazidima-avibactam, cefiderocol (uso exclusivamente hospitalario)

* Modificación en España, según el PRAN (Plan Nacional frente a resistencia a antibióticos)

Objetivo europeo y del PRAN para 2030



Actualmente alrededor 60%

al menos el 65% del consumo corresponda a antibióticos del grupo “Access”

área de mejora prioritaria y urgente en pediatría

disminuir el exceso de prescripción de antibióticos del grupo “watch”:macrólidos, cefalosporinas y amoxicilina-clavulánico

Patógenos a tener en cuenta en infecciones comunitarias pediátricas

Neumococo	• No produce betalactamasas • No precisa clavulánico
Haemophilus	• En España producen betalactamasas entre 15-20% • Entre 80-85% no precisan clavulánico
S. Pyogenes	• No produce betalactamasas • No precisa clavulánico
Staphylococcus aureus	• Produce betalactamasas • Son sensibles a penicilinas antiestafilocócicas y cefalosporinas de 1ª y 2ª generación
E. coli	. Producen betalactamasas . Cifras variables de resistencia a amoxicilina-clavulánico

Resistencias de patógenos en infecciones comunitarias pediátricas

Haemophilus	En España producen betalactamasas entre 15-20%. Hospital Severo Ochoa (HSO)* 2025: 23,68% Resistencias A/C, HSO* 2025: 2,63%
Staphylococcus aureus	Produce betalactamasas Son sensibles a penicilinas antiestafilocócicas y cefalosporinas de 1ª y 2ª generación
E. coli	Producen betalactamasas Cifras variables de resistencia a amoxicilina-clavulánico. HSO* 2025: 26,6%

* Laboratorio de referencia del centro de trabajo de la autora

Servicio de Microbiología Hospital Universitario Severo Ochoa	SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA	AÑO: 2025
	Fecha: 01/02/2026	Página 1 de 3

* Hospital Severo Ochoa: laboratorio de referencia de zona de trabajo de la autora

MICROORGANISMOS G-	MUESTRA	AMP	A/C	CXM	CTX	CIP	FOS	FD	SXT
Escherichia coli	Orina	50.17	73.74	89.93	90.91	81.83	92.12	99.65	74.10
E. coli BLEE	Orina	-	52.27	-	0	20.00	84.96	100	39.23
Klebsiella pneumoniae	Orina	-	77.57	89.86	91.43	90.42	-	-	86.68
K. pneumoniae BLEE	Orina	-	38.24	-	0	33.33	-	-	20.59
Proteus mirablis	Orina	58.06	88.17	89.25	91.40	78.49	-	-	61.96
		AMP	A/C		CRO	LEV			
Haemophilus influenzae	Tracto respiratorio	76.32	97.37		100	100			

MICROORGANISMO	MUESTRA	Nº AISLADOS	Nº AISLADOS RESISTENTES	% AISLADOS RESISTENTES
E. coli resistente a A/C	Orina	1504	395	26.26
H. influenzae resistente a A/C	Tracto respiratorio	38	1	2.63

Algunos datos sobre consumo de macrólidos

distintos indicadores:

- DDD
- DHD
- DOT
- % antibiótico respecto al total
- % antibiótico respecto a otro
- %procesos tratados con un determinado antibiótico



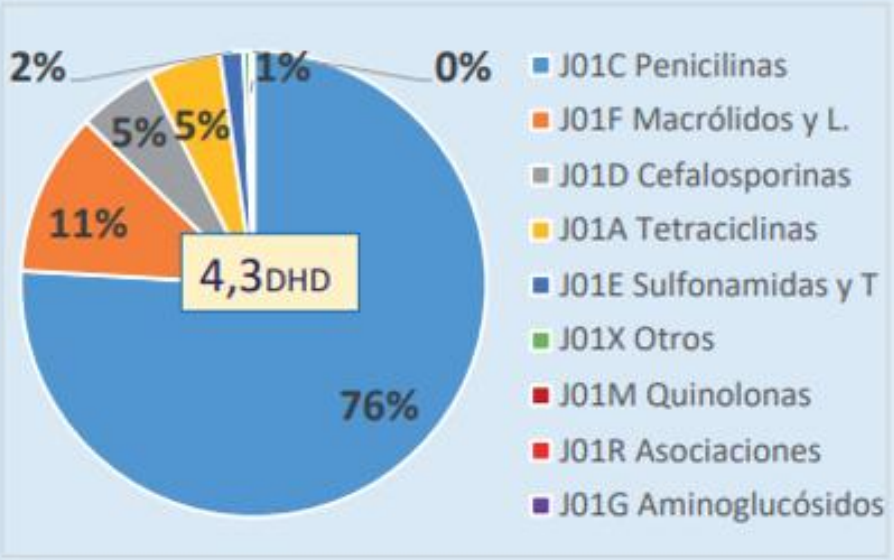
datos no comparables

pueden sobre o infraestimar el uso

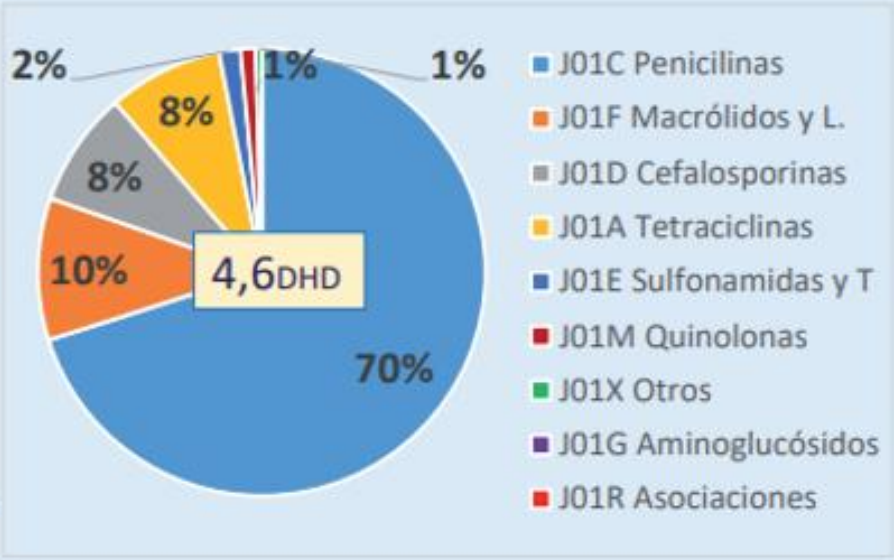
Distribución del consumo de antibióticos en cada grupo de edad y sexo (%)



HOMBRES



MUJERES



0 a 14 años

Tres cuartas partes de los antibióticos son penicilinas. Los macrólidos constituyen el 10-13% del consumo en todos los grupos de edad y sexo

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/11_Antibioticos.pdf

Estudio realizado en AP, desde Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

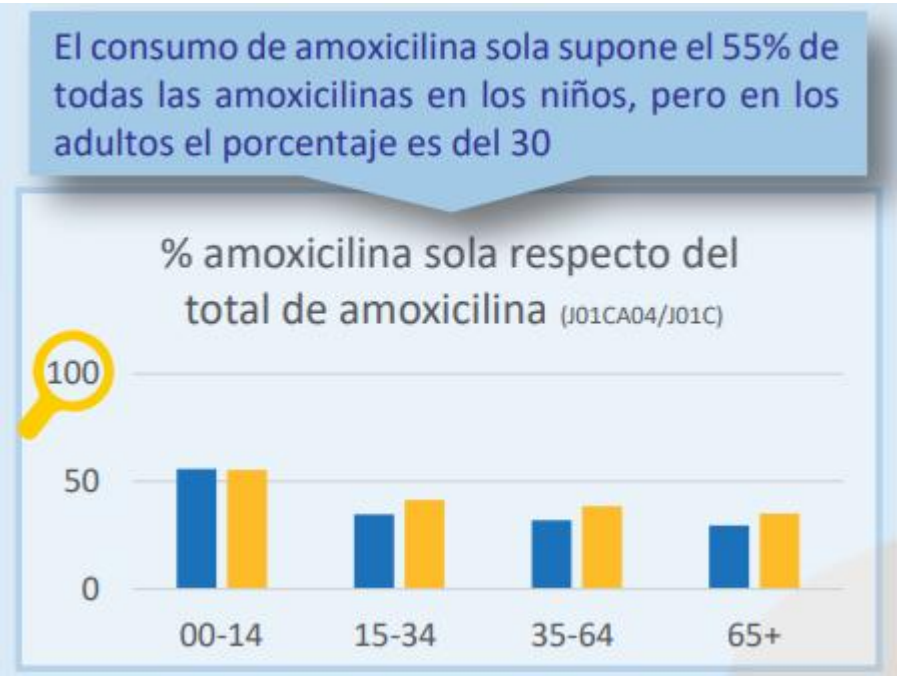
Información obtenida del sistema de Información de AP del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Muestra: niños del área que, entre enero de 2017 a diciembre de 2019 recibieron la prescripción de al menos un antibiótico.

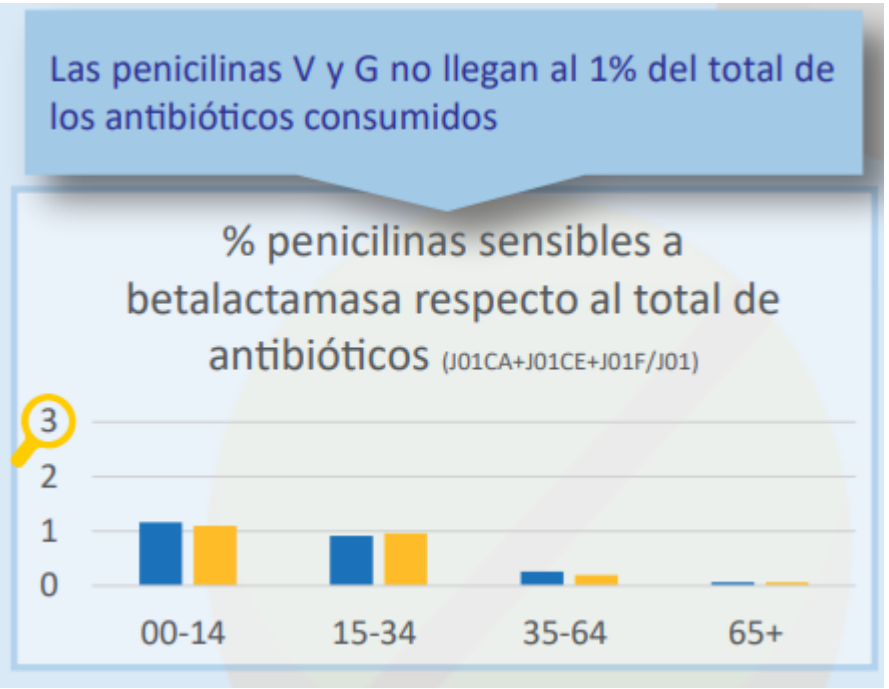
		2017	2018	2019
Consumo de amoxicilina/ clavulánico respecto al total (%)	Total	24,3	24,6	23,2
	0-4 años	19,8	19,6	19,1
	5-9 años	26,8	28,4	25,9
	10-14 años	31,2	31,2	28,7

Utilización de antibióticos en la población menor de 14 años. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:137-47.

El consumo de amoxicilina sola supone el 55% de todas las amoxicilinas en los niños, pero en los adultos el porcentaje es del 30



Las penicilinas V y G no llegan al 1% del total de los antibióticos consumidos



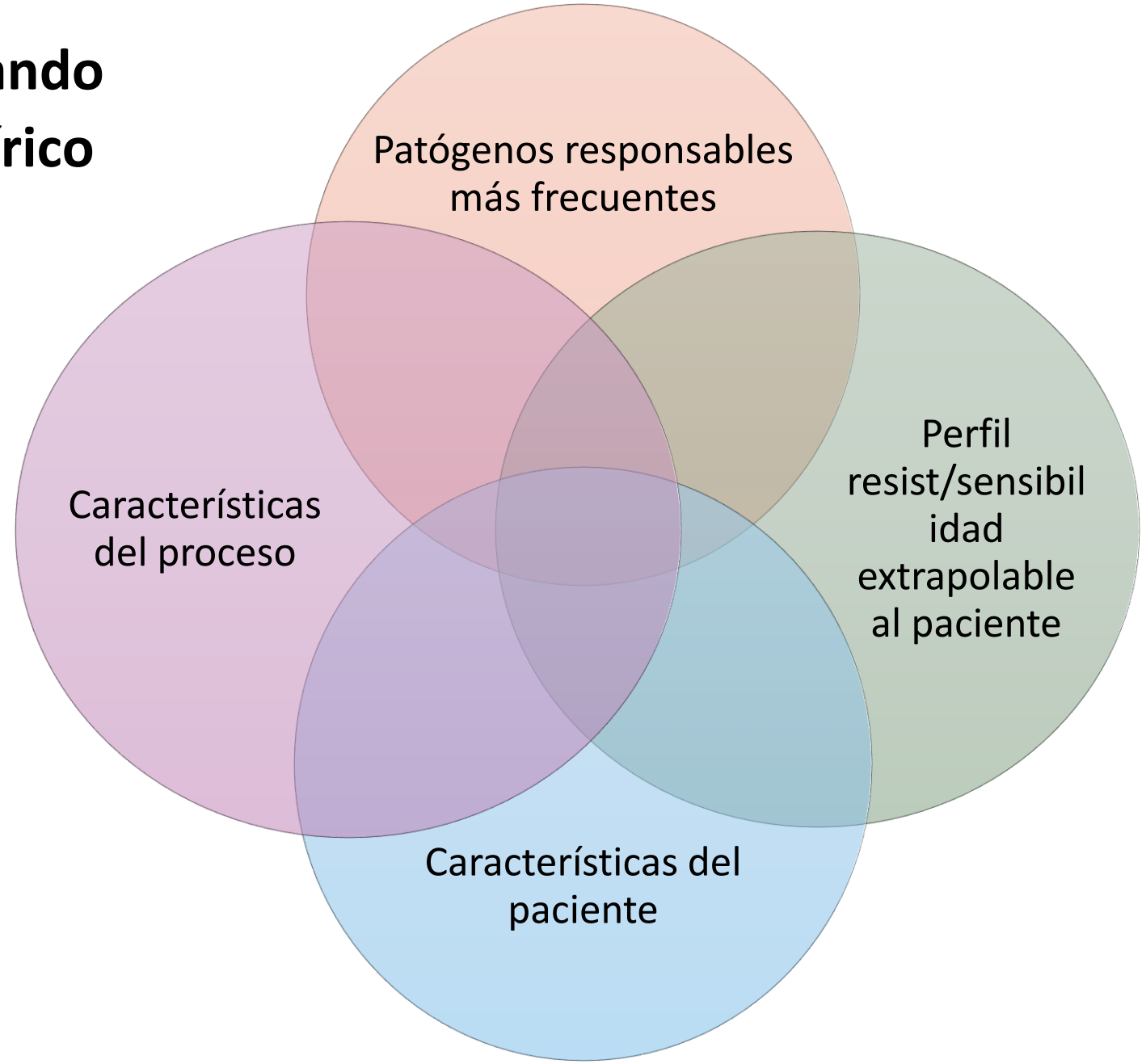
Antes de prescribir antibióticos:

1º ¿Es un proceso bacteriano que se beneficiará del mismo?

Criterios a tener en cuenta cuando prescribimos antibiótico

- Dirigido: según antibiograma
- Empírico:

Criterios a tener en cuenta cuando prescribimos antibiótico empírico



Criterios a tener en cuenta cuando prescribimos antibiótico

Eficaz de menor espectro

Programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) en pediatría de atención primaria. Anales de Pediatría, 2023; 98: 136.e1-136.e11

Procesos comunitarios

amigdalitis

OMA/sinusitis

neumonía

ITU

inf cutáneas

GEA

ITS

amigdalitis

Etiología

mayoritariamente viral

La causa bacteriana más frecuente es SBHGA

Sensibilidad /resistencia SBHGA

Sensibilidad 100% penicilina

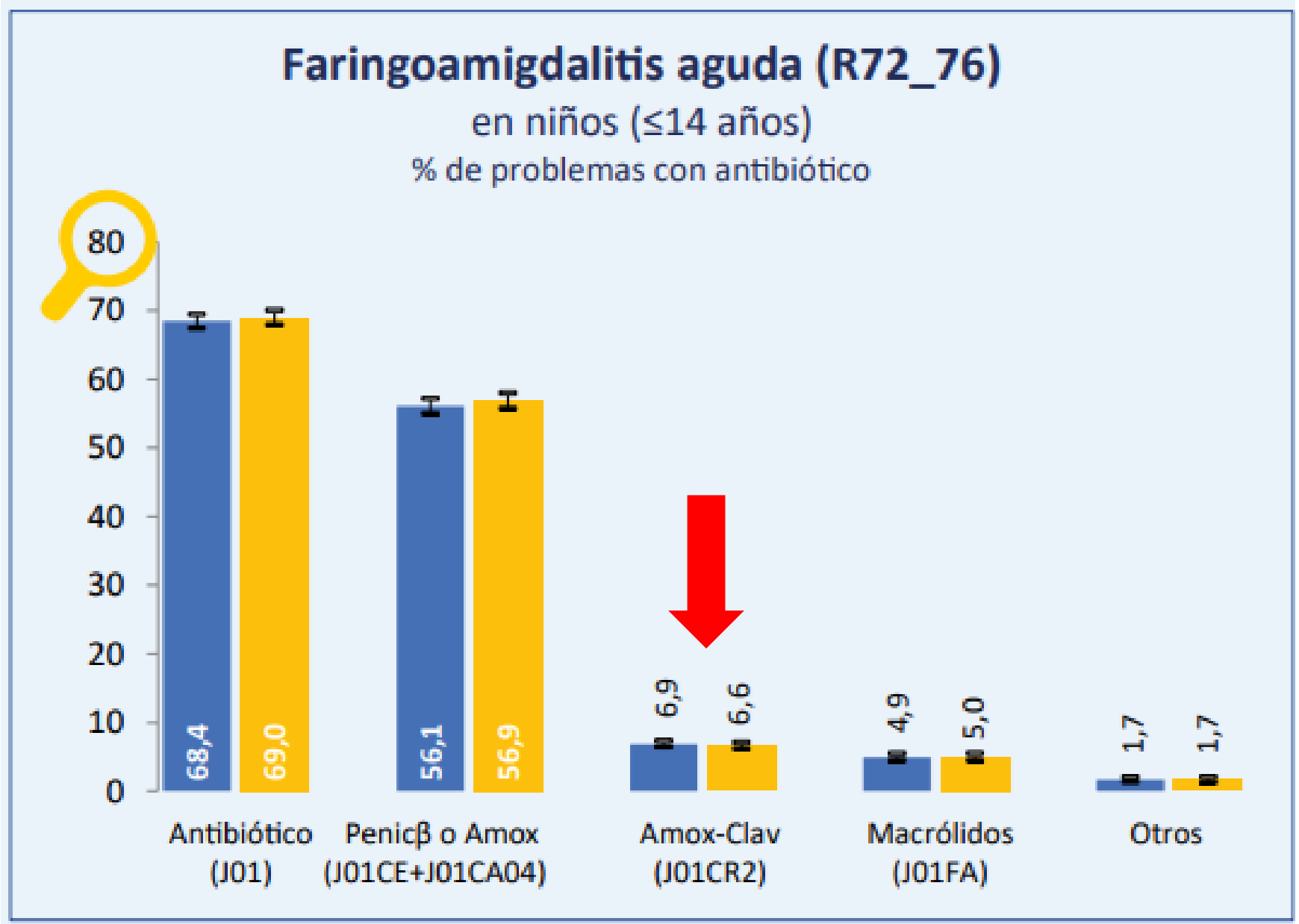
NO produce betalactamasas

Indicación tratamiento

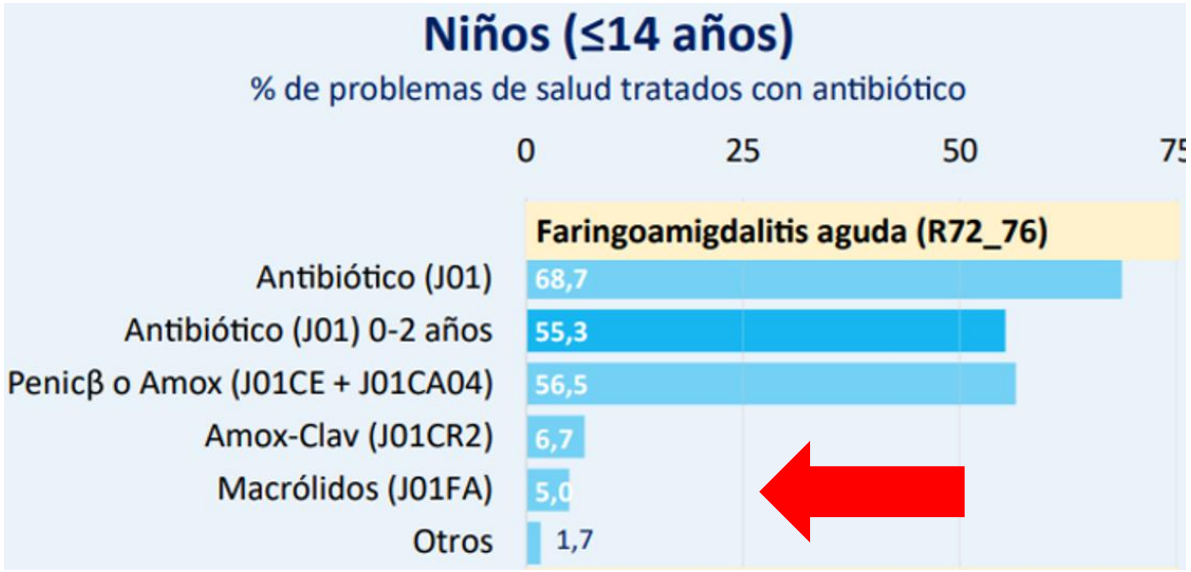
Primera elección:

Penicilina

Indicación de A/C:
recurrencia*



https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sistInfSanit/atPrimariaUrgExtraH/bdcap/micropildoras/docs/19_Indicadores_PRAN.pdf



https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sistInfSanit/atPrimariaUrgExtraH/bdcap/micropildoras/docs/19_Indicadores_PRAN.pdf

Atención Primaria, Albacete, niños (0-14 años), datos del sistema de Información de AP del SESCAM

Proceso Infeccioso	Indicador	Valor 2017	Valor 2018	Valor 2019
Faringoamigdalitis aguda (FAA)	% pacientes tratados con antibiótico (J01)	37,6%	27,3%	27,3%
	% pacientes menores de 3 años con antibiótico (J01)	41,3%	33%	23,8%
	% pacientes tratados con penicilinas sensibles a betalactamasas o amoxicilina (J01CE + J01CA04)	60,3%	60,9%	66,8%
	% pacientes tratados con amoxicilina-clavulánico (J01CR2)	18,2%	17,7%	16,6%
	% pacientes tratados con macrólidos (J01FA)	14,2%	11,5%	8,2%
	% recetas amoxicilina/recetas (amoxicilina+ amoxicilina-clavulánico) (J01CA04 + J01CR2)	73,1%	73,1%	74,9%

Utilización de antibióticos en la población menor de 14 años. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:137-47.

prescripciones antibióticas globales en receta y en los diagnósticos seleccionados, en población de 0-14 años, área sanitaria de Guadalajara entre enero y septiembre 2022

- En FAA, los pediatras seleccionan penicilina/amoxicilina (96%)
- MF 60%
- PEAC 74%
- Amoxicilina-clavulánico se prescribe más que penicilina por MF y PEAC
- MF receta azitromicina al 28% de FAA frente al 2% de Pediatría

FAA: faringoamigdalitis aguda, MF: médico de familia, PEAC: Puntos de atención continuada

Uso racional de antibióticos en Pediatría de Atención Primaria: ¿hay diferencias entre el pediatra y otros profesionales que atienden a la población infantil? . Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;(32):e79-e80.

Caso 1



- Niño de 10 años con:
  - Odinofagia
  - Fiebre de 38,7 Ax
  - Adenopatía cervical de 2x2,5 cm
  - 24 horas de evolución



- Exploración: Faringe hiperémica con amígdalas hipertróficas, hiperémicas y con exudado
- Diagnóstico: amigdalitis “estreptocócica”

- Amigdalitis aparentemente bacteriana:
  - Clínica recortada
  - No participación de otros órganos ni sistemas
  - Inicio brusco
  - Edad

Tratamiento instaurado: Fenoximetilpenicilina

500 mg cada 12 horas, 10 días

Consulta 3 días después por persistencia de fiebre y dolor abdominal:

- Complicación: búsqueda de abscesos, adenitis…
  - No se objetivan datos de complicación
- Amigdalitis estreptocócica y mal cumplimiento del tratamiento
  - Se ha realizado un buen cumplimiento
- Se pauta amoxicilina clavulánico
- **¿Es una decisión correcta?**
- **¿Qué aporta amoxicilina clavulánico en amigdalitis?**

Amigdalitis, mensajes:

- principal agente bacteriano responsable: S pyogenes
- antes de pautar tto antibiótico debe confirmarse etiología estreptocócica
- S pyogenes no produce betalactamasas
  - No indicación amoxicilina clavulánico
- Puede tratarse de otra etiología: Mononucleosis infecciosa, por ejemplo.

OMA/sinusitis

Etiología

NMC, Hi, SBHGA

Sensibilidad /resistencia

NMC: no produce betalactamasas

HI - produce beta lactamasas en alrededor del 20% de las cepas

Tratamiento elección

1ª elección: amoxicilina a altas dosis

Indicación A/C:

riesgo complicaciones

mala respuesta amoxicilina

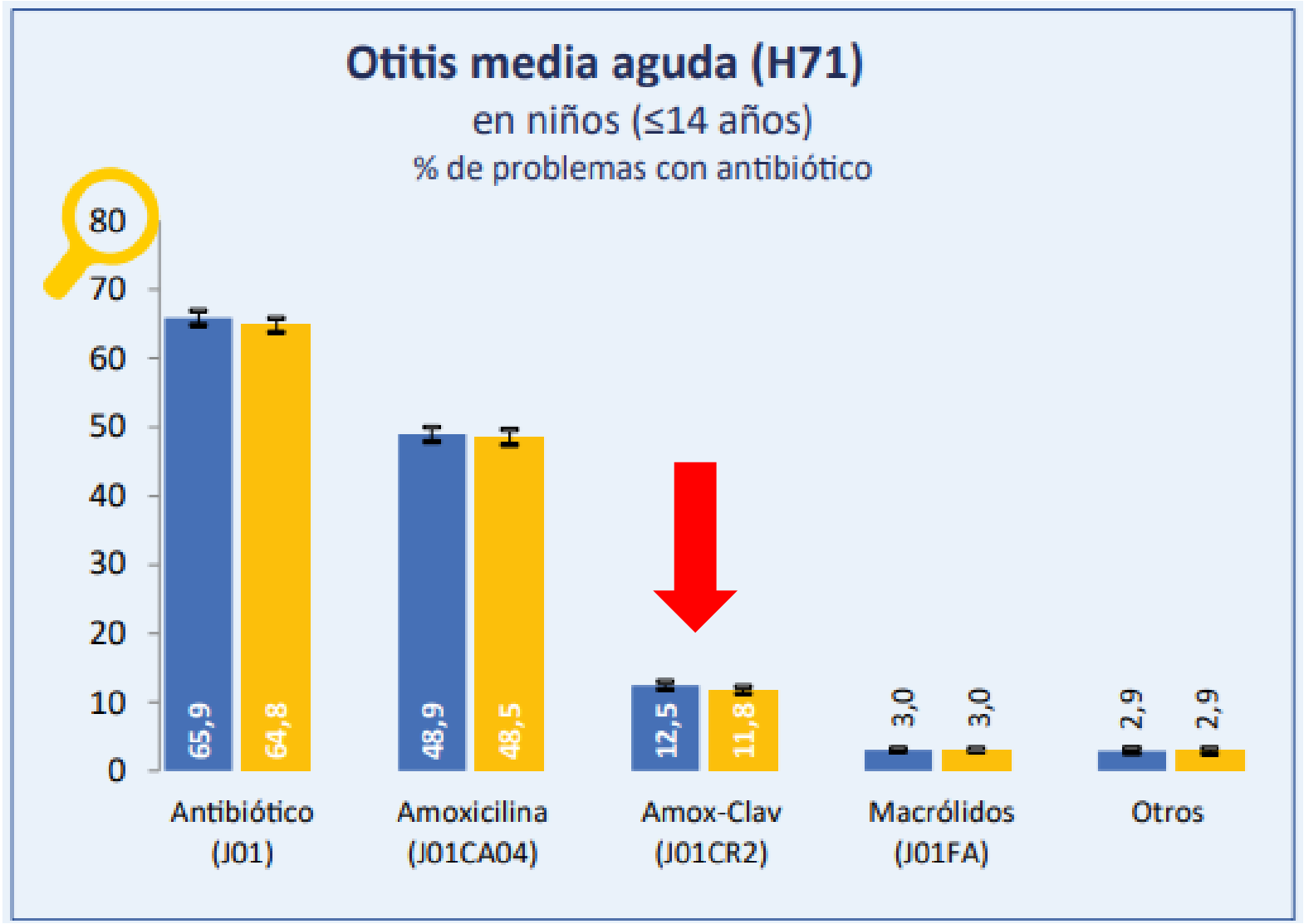
recurrente (< 14 días)

amoxicilina en mes previo

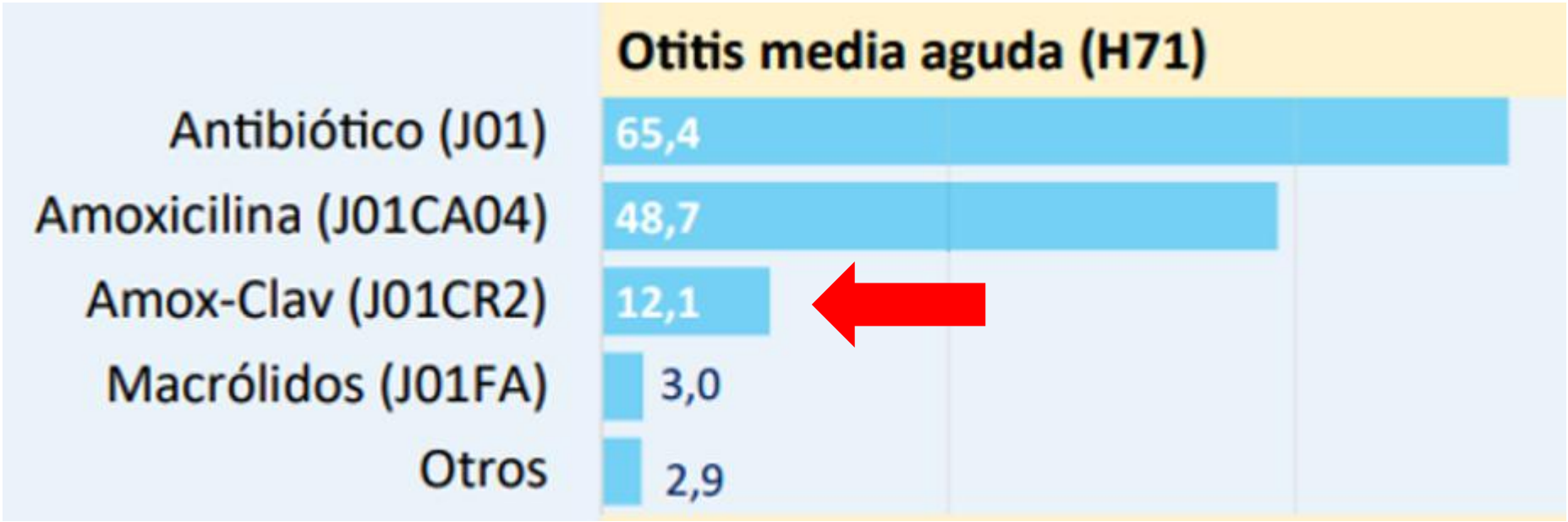
asociada a conjuntivitis purulenta (valorar)

Sinusitis: similar OMA, valorar factores de riesgo de resistencia a antibióticos

INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR EN PEDIATRÍA PRAN (Actualización 2025)



https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sistInfSanit/atPrimariaUrgExtraH/bdcap/micropildoras/docs/19_Indicadores_PRAN.pdf



https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sistInfSanit/atPrimariaUrgExtraH/bdcap/micropildoras/docs/19_Indicadores_PRAN.pdf

% pacientes tratados con antibiótico (J01)	15,7%	15,3%	15,1%
% pacientes tratados con amoxicilina (J01CA04)	42,2%	44,9%	45,7%
% pacientes tratados con macrólidos	8,1%	5,5%	4,9%
% pacientes tratados con amoxicilina-clavulánico	19,7%	22,9%	21,7%

Utilización de antibióticos en la población menor de 14 años. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:137-47.

prescripciones antibióticas globales en receta y en los diagnósticos seleccionados, en población de 0-14 años, área sanitaria de Guadalajara entre enero y septiembre 2022

- Para OMA:
- los pediatras seleccionan amoxicilina (88%) y AC (10%)
- MF/PEAC, amoxicilina-clavulánico en 21%/32%, en detrimento de la amoxicilina

A/C: amoxicilina clavulánico, OMA: otitis media aguda, MF: médico de familia, PEAC: Puntos de atención continuada

Uso racional de antibióticos en Pediatría de Atención Primaria: ¿hay diferencias entre el pediatra y otros profesionales que atienden a la población infantil? . Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;(32):e79-e80.

neumonía

Etiología

4 meses -5 años:

Virus respiratorios

*S. pneumoniae, S. pyogenes, M. pneumoniae, S. aure*us, M. tuberculosis, *H. influenzae B*, *Bordetella*.

5 años – 15 años:

M. pneumoniae, S. pneumoniae S. pyogenes, Virus respiratorios, *C. pneumoniae,* M. tuberculosis, *M. catarrhalis*, *H. influenzae B*, *Bordetella*.

Típica

Vacunado para *H. influenzae B*:

- Amoxicilina

Amoxicilina-clavulánico (8:1):

No vacunado *H. influenzae B* < 5 años

Otros: STAF, aspiración, enfermedades de base

bronquitis

Etiología

Vírica (95 %):

- *Influenza* A y B.
- *Parainfluenza*.
- Virus sincitial respiratorio.

Bacteriana:

- *Mycoplasma pneumoniae*.
- *Chlamydophila pneumoniae*.
- *Streptococcus pneumoniae*.
- *Haemophilus influenzae*.
- *Bordetella pertussis*

Otros:

- *TBC*
- *Aspergillus*.

Tosferina

Contacto tosferina:
Indicación: solo en contactos estrechos* que, además, pertenezcan a un grupo prioritario de actuación**

→ azitromicina

Bronquitis bacteriana prolongada (Excepcional)

→ amoxicilina clavulánico

Infecciones de piel y partes blandas (IPPB)

Etiología

S. Aureus meticilin sensible (SAMS)

S. Pyogenes

.....

S. Aureus meticilin resistente (SARM)*

.....

Mordeduras:

Pasteurella multocida

Anaerobios

.....

Heridas

Produce betalactamasas

Cefalosporinas: espectro más selectivo

Tratamiento primera elección

1ª elección: Cefadroxilo

Amoxicilina-clavulánico (4/1)
Cloxacilina

.....

SARM: Cotrimoxazol, Clindamicina

.....

mordeduras y heridas

Amoxicilina-clavulánico

Caso 2

Niño de 5 años previamente sano, que presenta varias lesiones en área naso y perioral, eritematosas, erosivas, exudativas y con costra melicérica

Tres lesiones más en antebrazo y ambas manos.

No datos de celulitis. Afebril.

Refiere que hace 20 días tuvo una única lesión similar.

Tto: amoxicilina clavulánico 50 mgxKg/día

¿Es correcto?

SAMS	*S. Pyogenes*
cloxacilina	Penicilina/ Amoxicilina
Cefalosporinas 1.ª - de 2.ª G	Cefalosporinas 1ªG
Amoxicilina-clavulánico)	Amoxicilina-clavulánico)
Clindamicina	Clindamicina
SMX-TMP	

Cobertura antibiótica frente a S. aureus MS y S. Pyogenes

Antibiótico eficaz de menor espectro

Pero tuvo una lesión similar hace un mes: ¿Y si se trata de un *S. aureus meticilin resistente* (SAMR)?

SAMS	S. Pyogenes	SAMR
cloxacilina	Penicilina/ Amoxicilina	
Cefalosporinas 1.ª - de 2.ª G	Cefalosporinas 1ªG	
Amoxicilina-clavulánico)	Amoxicilina-clavulánico)	
Clindamicina	Clindamicina	Clindamicina
SMX-TMP		SMX-TMP
		Rifampicina* Ác. Fusídico* Fosfomicina*

Cobertura antibiótica frente a S. aureus MR

Amoxicilina clavulánico no cubre S. aureus meticilin resistente

* No en monoterapia

Prescripciones antibióticas globales en receta y en los diagnósticos seleccionados, en población de 0-14 años, área sanitaria de Guadalajara entre enero y septiembre 2022

- En IPPB uso de cefadroxilo pediatras, 35%
- 0% PEAC
- 3% MF

IPPB: infecciones de partes blandas, MF: médico de familia, PEAC: Puntos de atención continuada

Uso racional de antibióticos en Pediatría de Atención Primaria: ¿hay diferencias entre el pediatra y otros profesionales que atienden a la población infantil? . Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;(32):e79-e80.

Impétigo, mensajes:

- No siempre está indicado el tratamiento sistémico
- A/C presenta buena cobertura pero no es la primera elección por ser de amplio espectro
- 1ª elección: cefadroxilo, cloxacilina
- A/C tampoco cubre SAMR

ITU

Etiología

E. Coli (>)

Proteus spp.

Klebsiella spp.

Enterococcus spp.

S. saprophyticus

Citrobacter spp.

Otros BGN

Otros cocos GP

Sensibilidad/resistencias

E Coli: R: A/C: 26,6%

A/C no es tto empírico de elección.

Dirigido por antibiograma

Elección:

Cefuroxima

Nitrofurantoína

Cefixima

Fosfomicina

Caso 3

- Lactante de 12 meses previamente sano, bien vacunado
- MC: fiebre máx de 39,3º de 48 horas de evolución y 2 vómitos
- EF: BEG, no se aprecia foco
- PPCC: Sistemático leucocituria
- Ante sospecha de ITU se recoge urocultivo y se pauta tto con amoxicilina clavulánico, 50 mgxkg/día

¿Es correcto?

El patógeno más frecuente a cubrir es *E. coli* y en general enterobacterias

Para el tto empírico hay que considerar las resistencias locales

Cifras de sensibilidad de enterobacterias en área de referencia: Hospital Severo Ochoa, año 2025

MICROORGANISMOS G-	MUESTRA	[redacted]	A/C	[redacted]
Escherichia coli	Orina		73.74	
E. coli BLEE	Orina		52.27	
Klebsiella pneumoniae	Orina		77.57	
K. pneumoniae BLEE	Orina		38.24	
Proteus mirablis	Orina		88.17	
			A/C	
Haemophilus influenzae	Tracto respiratorio		97.37	

MICROORGANISMO	MUESTRA	Nº AISLADOS	Nº AISLADOS RESISTENTES	% AISLADOS RESISTENTES
E. coli resistente a A/C	Orina	1504	395	26.26

En nuestro medio, no es correcto tratar empíricamente una sospecha de iTU con AC

ITU, mensajes:

- Ante sospecha de ITU, siempre recoger urocultivo
- Para el tto empírico hay que considerar las resistencias locales
- En nuestro medio, no es correcto tratar empíricamente una sospecha de ITU con A/C

GEA (excluidos parásitos)

La excepción es tratar con antibióticos

Etiología viral

Cuadros autolimitados

.....

Contraindicado:

Salmonella* no *tiphy

***Escherichia coli* productora de toxina Shiga**

Factores que indicarían tto antibiótico

Edad (<3-6 meses)

Enfermedades de base: inmunodeprimidos, asplénicos, enfermedad crónica grave, EII, drepanocitosis o malnutrición

Factores epidemiológicos

Patógenos específicos: posibilidad de exposición a cólera, sospecha Shigella spp., Salmonella typhi

sospecha clínica de sepsis

viaje internacional

Antibióticos

Empírico 1ª elección:

azitromicina vía oral

cefalosporinas de 3.ª G vp

A/C: no indicación

Salmonella non-typhi : alternativa

ITS

Entidades

Lúes

N. gonorrhoeae

C. trachomatis, U. urealyticum

M. genitalium, T. vaginalis, VHS

Chancroide

LGV

Granuloma inguinal

General (uretritis, cervicitis, faringitis) no GNC

Imposible resumir

Múltiples situaciones

Necesidad de estudio amplio y especializado

Poca experiencia

Múltiples pautas

Adherencia y embarazo

No indicación

Excepción: balanitis si sospecha de anaerobios

Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes – 2026

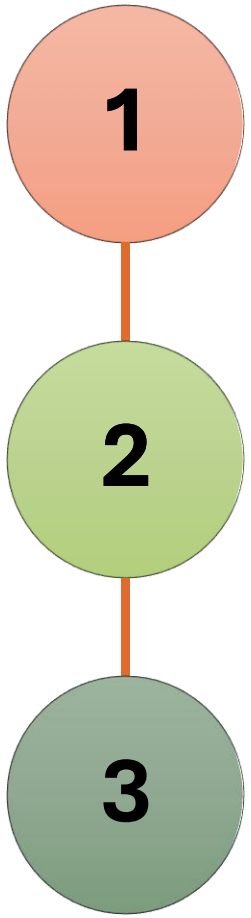
Infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Guía ABE. 2023

Conclusiones:

A/C como tratamiento de elección

- Recurrencia FAA
- OMA/sinusitis:
  - riesgo complicaciones
  - mala respuesta amoxicilina
  - recurrente (< 14 días)
- Neumonía:
  - en no vacunado *H. influenzae B* < 5 años
  - otros: STAF, aspiración, enfermedades de base
- IPPB: en mordeduras y heridas
- ITU según cifras de resistencias locales o antibiograma
- Balanitis por anaerobios

No utilizar amoxicilina clavulánico:



Para tratar patógenos que no producen betalactamasas

Si existe otro antibiótico eficaz de espectro más selectivo

Si el patógeno a tratar presenta cifras de resistencia local, no aceptables