Uso adecuado de macrólidos. Cuando y por qué no se deben utilizar.

Rosa Albañil
Pediatra
CS Cuzco
Noviembre 2026

Qué son los macrólidos

- Mecanismo acción
  - Espectro
  - Seguridad
  - Resistencias
- Consumo

¿Cuándo prescribimos antibiótico?

Criterios a tener en cuenta

Procesos infecciosos comunitarios

- Amigdalitis
- OMA/sinusitis
- Neumonía
- Bronquitis
- ITU
- Infecciones cutáneas
- GEA
- ITS

Macrólidos: eritromicina, claritromicina, roxitromicina (14 átomos); azitromicina (15 átomos); espiramicina; josamicina; midecamicina (16 átomos)*; fidaxomicina.

* No comercializados

Modo de acción	Inhiben la síntesis proteica bacteriana por fijación a la subunidad 50S de los ribosomas. Pueden ser bacteriostáticos o bactericidas.
Espectro	Es similar al de las penicilinas + *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis* y algunas Rickettsias y Clamidias. Fidaxomicina autorizado para el tratamiento de infecciones por *C. difficile* (no actúa contra otras bacterias anaerobias ni contra los aerobios gramnegativos)

Espectro eritromicina

Bordetella

S. Aureus meticilín sensible (SAMS)

S. pneumoniae (no SPRP)

S. Pyogenes

Ureaplasma

Salmonella, enterobacterias

Espectro claritromicina y azitromicina

= eritromicina

Haemophilus influenzae B

Micobacterias atípicas

Bartonella

Gonococo y *Chlamydia*


macrólidos
Antibióticos de amplio espectro

seguridad

- buena tolerancia, efectos adversos más frecuentes digestivos

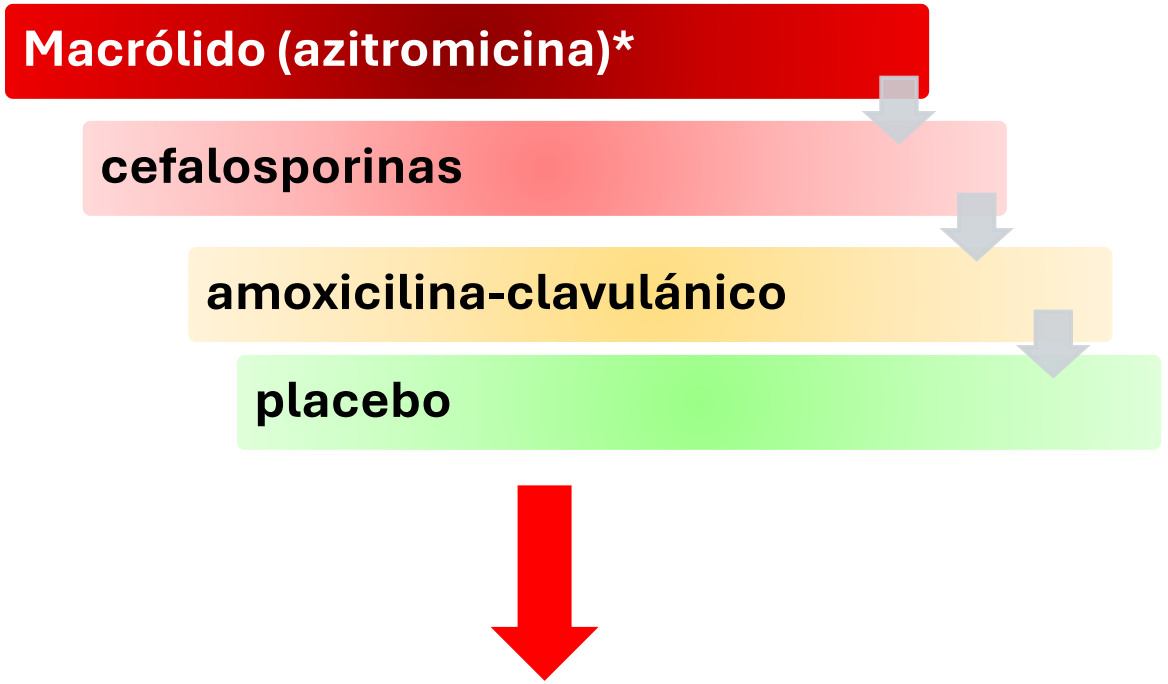
- **Agencia Americana del Medicamento** (FDA) (2013): azitromicina puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Precaución en pacientes con QT largo, niveles bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.

- **Agencia Europea del Medicamento** (EMA) (2025) alerta sobre el riesgo de favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas.

Macrólidos y capacidad de inducir resistencias

Superior a otros antibióticos

Dagan. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:981



*Debido a los niveles decrecientes prolongados en el plasma y los tejidos una vez finalizado el tratamiento

Se han identificado 3 mecanismos de resistencia adquirida a los macrólidos:

- modificaciones estructurales en el lugar de unión del macrólido al ribosoma
- existencia de bombas de expulsión activa
- desarrollo de enzimas inactivantes (muy raro).

Macrólidos y alta capacidad de inducir resistencias



Revisión de las indicaciones de azitromicina EMA 2025, conclusiones:

- Indicaciones que se deben suspender: el Comité recomendó suspender el uso de azitromicina tomada por vía oral para:
    - acné vulgar moderado
    - erradicación de *Helicobacter pylori*
    - prevención de exacerbaciones de asma eosinofílica y no eosinofílica

Revisión de las indicaciones de azitromicina EMA 2025, conclusiones

la azitromicina solo debe iniciarse tras:

- una cuidadosa evaluación de los beneficios y los riesgos
- teniendo en cuenta la prevalencia local de resistencia
- cuando no estén indicadas las pautas de tratamiento preferidas

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

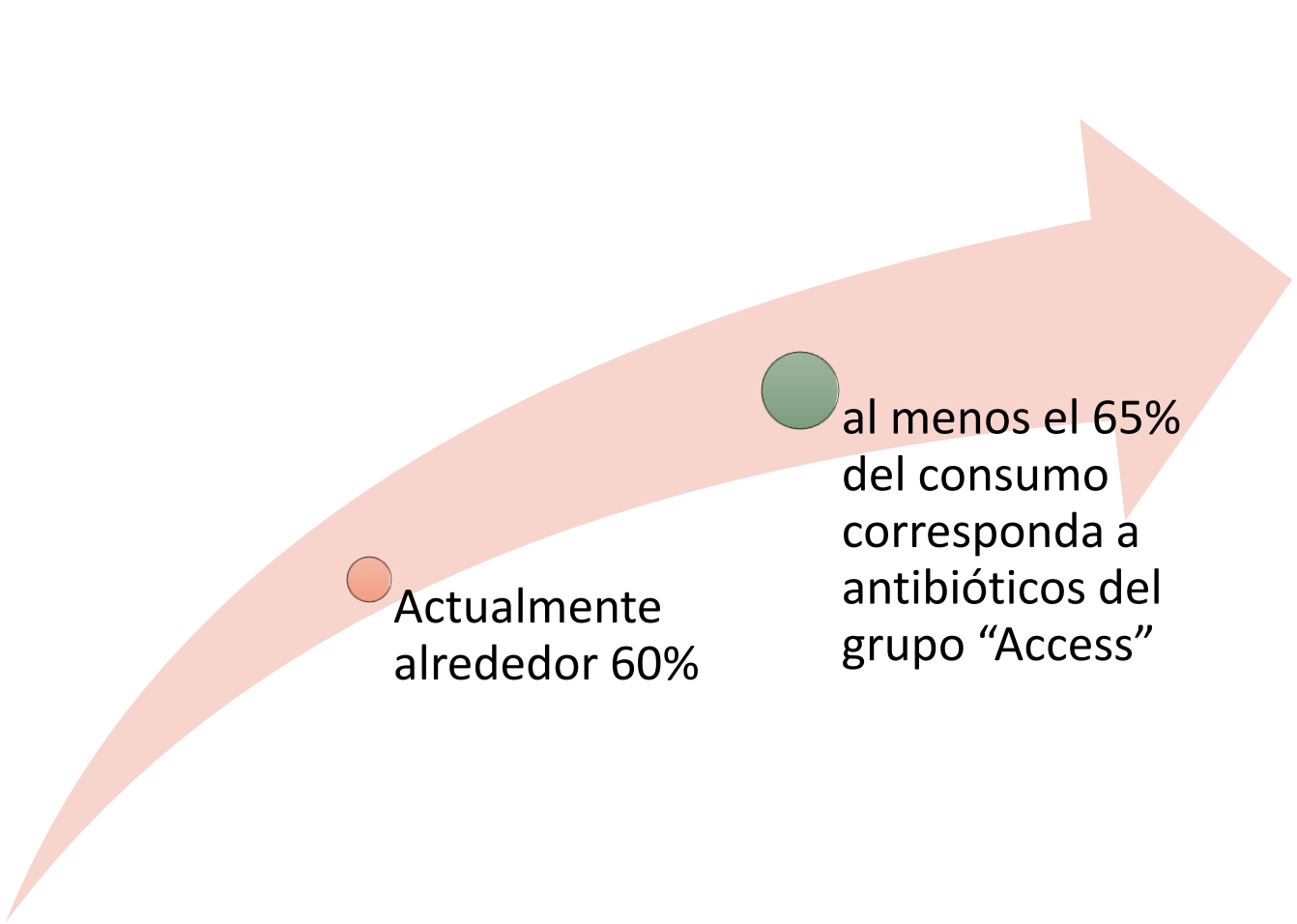
Último recurso frente a bacterias multirresistentes

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

resistencia a eritromicina (=macrólidos)

Neumococo

- 21,8% en OMA y 26,3% en sanos*
- *colonización neumocócica en niños de 6 a 60 meses sanos y con OMA (estudio nacional)

Streptococcus pyogenes

- 22% a 9,3% de (2005 a 2015)
- 4%, (HSO 2025)

HSO: hospital Severo Ochoa, laboratorio de referencia del área de trabajo de la autora

S. aureus

- 20-30%
- SAMS inv. 28,9% en 2020, SAMR inv. 61,8%
- SAMS: 32,2%, MRSA: 73,1% (HSO 2025)

Colonización neumocócica y análisis de resistencias en tiempos de cambio vacunal: estudio nacional en niños de 6 a 60 meses sanos y con otitis media aguda
22º Congreso de Actualización en Pediatría 2026. www.aepap.org/revista-aepap-publica Pag. 65
EARS-Net Spain (2004–2020). Front. Microbiol. 14:1220286. doi: 10.3389/fmicb.2023.1220286
Cambios evolutivos en las tasas y fenotipos de resistencia de Streptococcus pyogenes en una población pediátrica de Asturias, España (2005-2015)

SAMS: *S. Aureus* meticilín sensible
SAMR: *S. Aureus* meticilín resistente

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

HSO: hospital Severo Ochoa, laboratorio de referencia del área de trabajo de la autora

MICROORGANISMOS G+	MUESTRA	OXA	ERI	CD	MUP	CIP	FOS	FD	SXT
***S. aureus* S meticilina**	Todas	100	67.80	65.83	-	92.31	99.14	100	98.28
***S. aureus* R meticilina**	Todas	0	26.90	39.29	-	37.04	92.59	100	100
Streptococcus pyogenes	Ex. faríngeo	-	95.83	95.83	-	-	-	-	-

		AMP	A/C		CRO	LEV
Haemophilus influenzae	Tracto respiratorio	76.32	97.37		100	100

		PENI	ERI	CD	CTX	LEV			
Streptococcus pneumoniae	Tracto respiratorio	-	-	-	-	-			

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

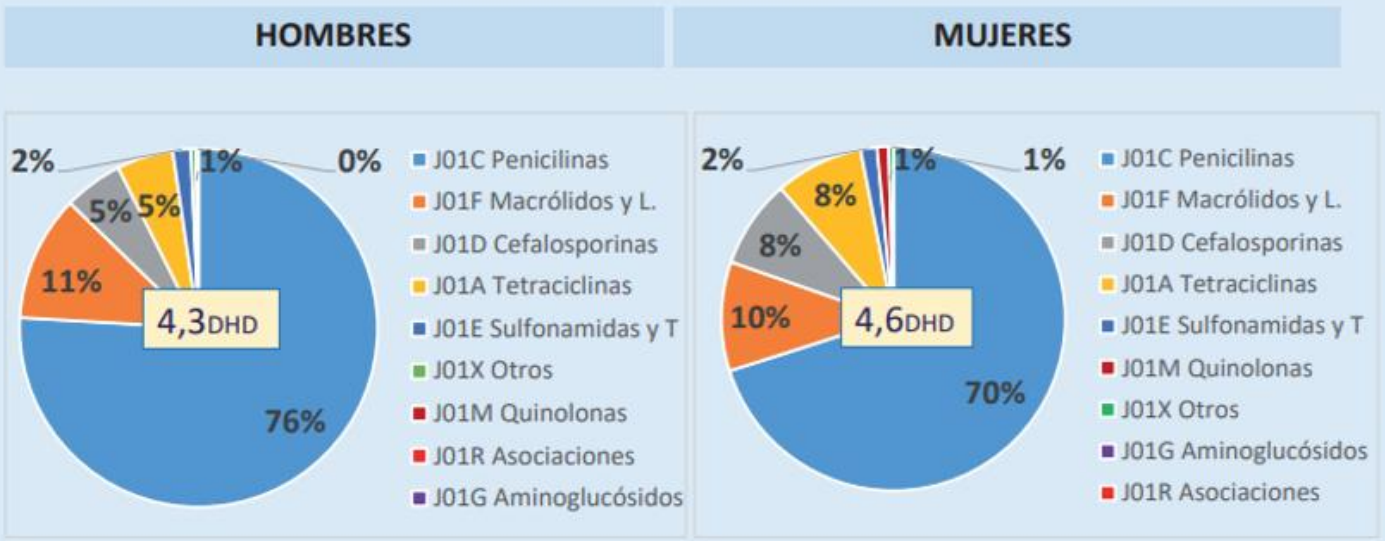


datos no comparables

pueden sobre o infraestimar

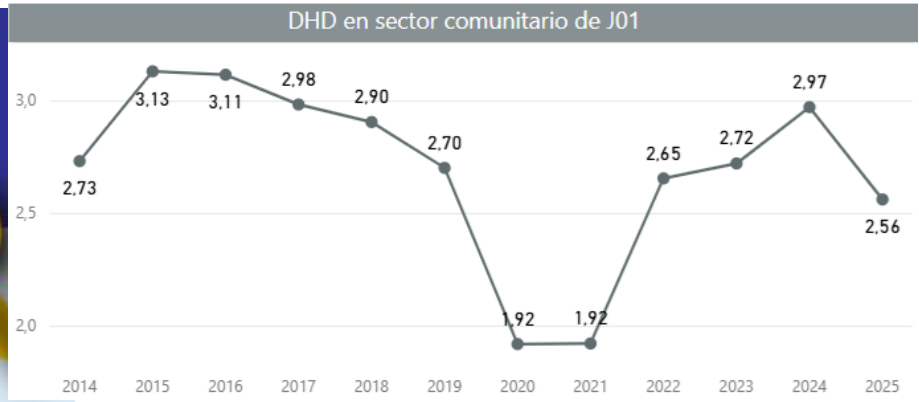
Distribución del consumo de antibióticos en cada grupo de edad y sexo (%)

2021



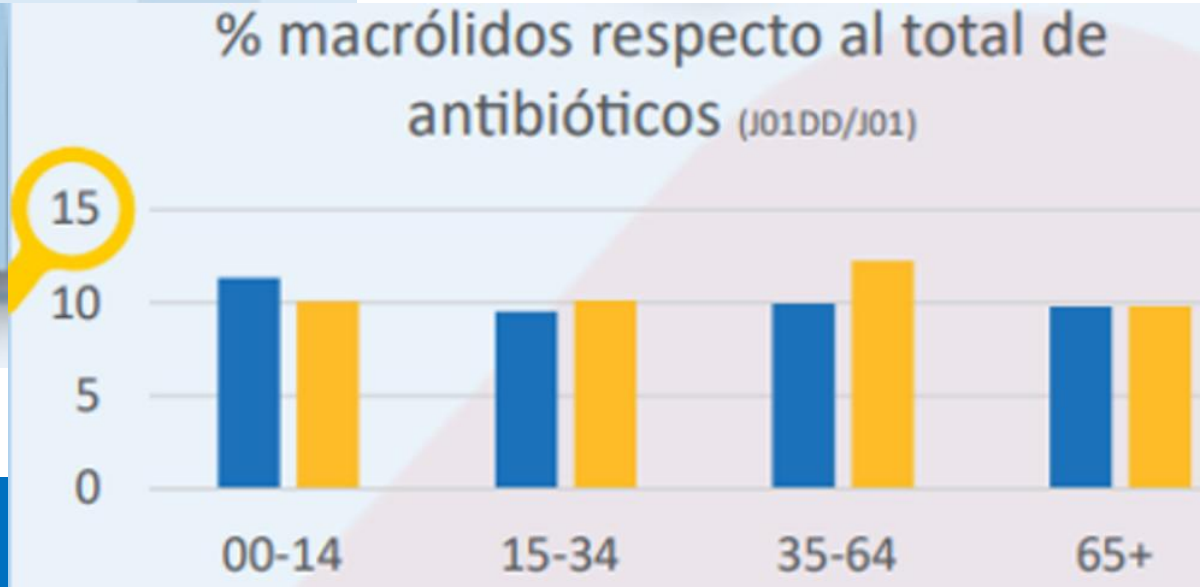
0 a 14 años

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



PRAN

Los macrólidos constituyen el 10% de los antibióticos en todos los grupos de edad



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

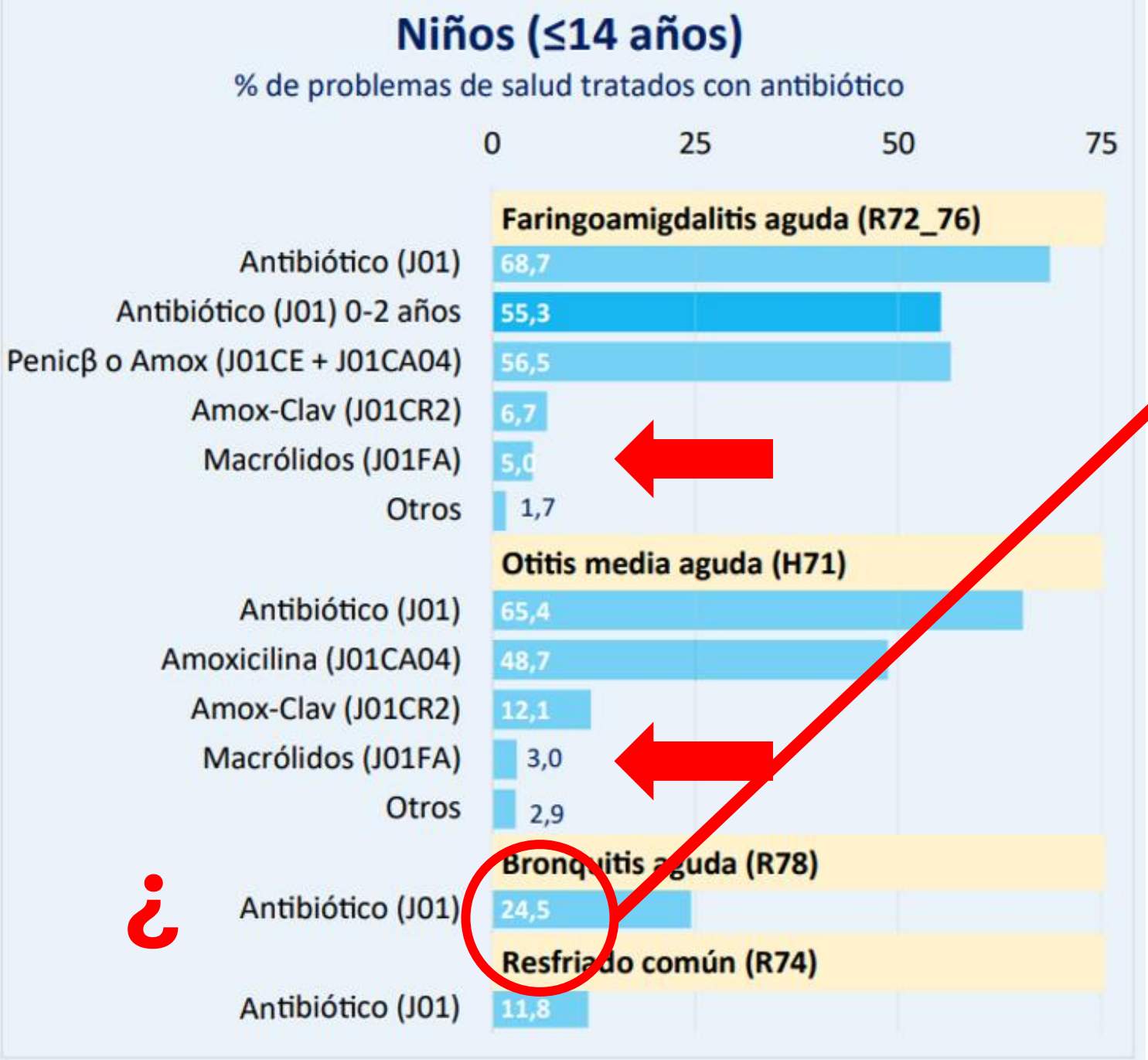
Estudio realizado en AP, desde Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

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

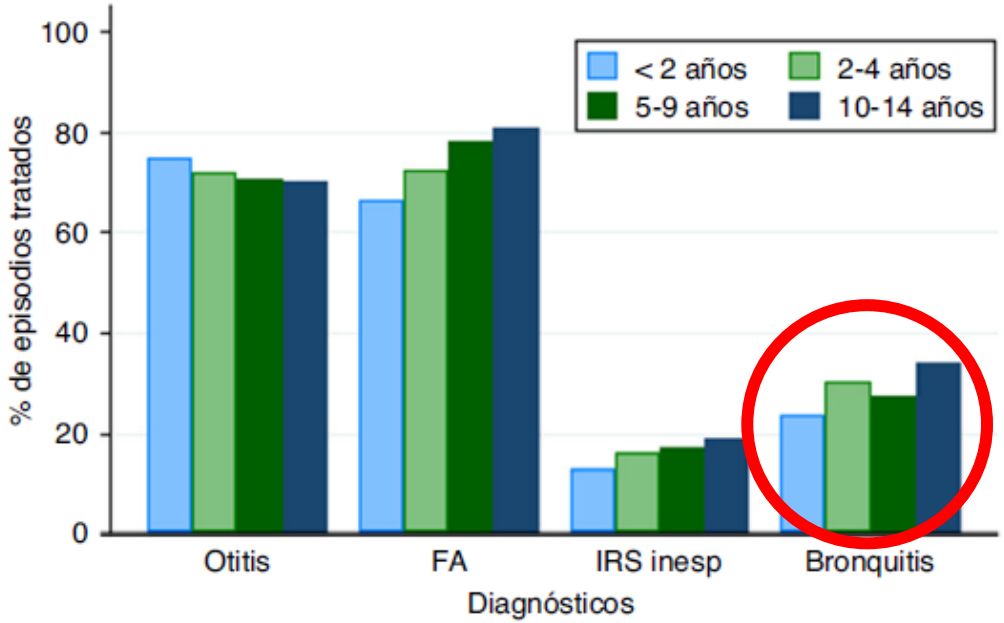
Muestra: niños del área que, entre enero de 2017 a diciembre de 2019 recibieron la prescripción de al menos un antibiótico.

		2017	2018	2019
Porcentaje del consumo de macrólidos respecto al total (%)	Total	19,6	18,6	14,9
	0-4 años	19,5	19	14,4
	5-9 años	19,1	17,1	14,3
	10-14 años	20,6	19,7	17,1

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



¿Qué antibióticos se prescriben en bronquitis en niños?



Malo. Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria.
An Pediatr (Barc). 2014

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

Niños (≤14 años)						
Resfriado común	R74	Antibiótico (J01)	2.048.480	11,8 (11,4-12,2)	11,8 (11,4-12,3)	11,8 (11,3-12,2)
Faringoamigdalitis aguda	R72 y R76*	Antibiótico (J01)	673.518	68,7 (67,7-69,7)	68,4 (67,4-69,5)	69 (67,9-70,1)
		Antibiótico (J01) 0-2 años		55,3 (53-57,5)	54,6 (52,3-56,9)	56,1 (53,6-58,6)
		Penicβ o Amox (J01CE + J01CA04)		56,5 (55,3-57,6)	56,1 (55-57,2)	56,9 (55,7-58)
		Amoxicilina-clavulánico (J01CR2)		6,7 (6,3-7,2)	6,9 (6,4-7,3)	6,6 (6,2-7,1)
		Macrólidos (J01FA)		5,0 (4,5-5,5)	4,9 (4,5-5,5)	5,0 (4,5-5,5)
		Otros antibióticos		1,7 (1,3-2,1)	1,7 (1,3-2,1)	1,7 (1,3-2,1)
Otitis media aguda	H71	Antibiótico (J01)	579.322	65,4 (64,4-66,3)	65,9 (64,9-66,9)	64,8 (63,7-65,8)
		Amoxicilina (J01CA04)		48,7 (47,7-49,8)	48,9 (47,9-50)	48,5 (47,5-49,6)
		Macrólidos		3,0 (2,8-3,2)	3,0 (2,8-3,3)	3,0 (2,8-3,2)
		Amoxicilina-clavulánico (J01CR2)		12,1 (11,6-12,6)	12,5 (11,9-13)	11,8 (11,3-12,3)
		Otros antibióticos		2,9 (2,6-3,3)	2,9 (2,6-3,3)	2,9 (2,5-3,3)
Bronquiolitis aguda	R78	Antibiótico (J01)	452.152	24,5 (23,4-25,6)	23,2 (22,1-24,4)	26,1 (24,9-27,3)
Faringoamigdalitis a.	R72 y R76	% recetas amoxicilina respecto a		87,5 (0-0)	87,2 (0-0)	87,8 (0-0)
Otitis media aguda	H71	% recetas amoxicilina+ amoxicilina-clavulánico		81,4 (0-0)	81,0 (0-0)	81,8 (0-0)

*** Problema de salud no incluido en el PRAN**

**** El PRAN incluye además R74**

Abreviaturas:

Amox = Amoxicilina

Amox-Clav = Amoxicilina-clavulánico

Penicβ = penicilinas sensibles a betalactamasas

Datos procedentes de BDCAP-Base de Datos Clínicos de Atención Primaria.
(muestra aleatoria de 12,7 millones de historias clínicas de atención primaria. Año 2023, 17 Comunidades Autónomas)
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm

Fecha de elaboración, octubre 2025

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Elaborado por Área de información y estadísticas de atención primaria
Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS
Subdirección General de Información Sanitaria

© MINISTERIO DE SANIDAD. SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
Centro de Publicaciones
NIPO en línea: 133-25-032-4

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%
Resfriado común	% pacientes tratados con antibiótico (J01)	8,6%	5,5%	4,1%
Otitis media aguda (OMA)	% 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%
	% recetas amoxicilina/recetas (amoxicilina+amoxicilina-clavulánico)	68,2%	66,3%	67,8%

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

Antes de prescribir antibióticos:

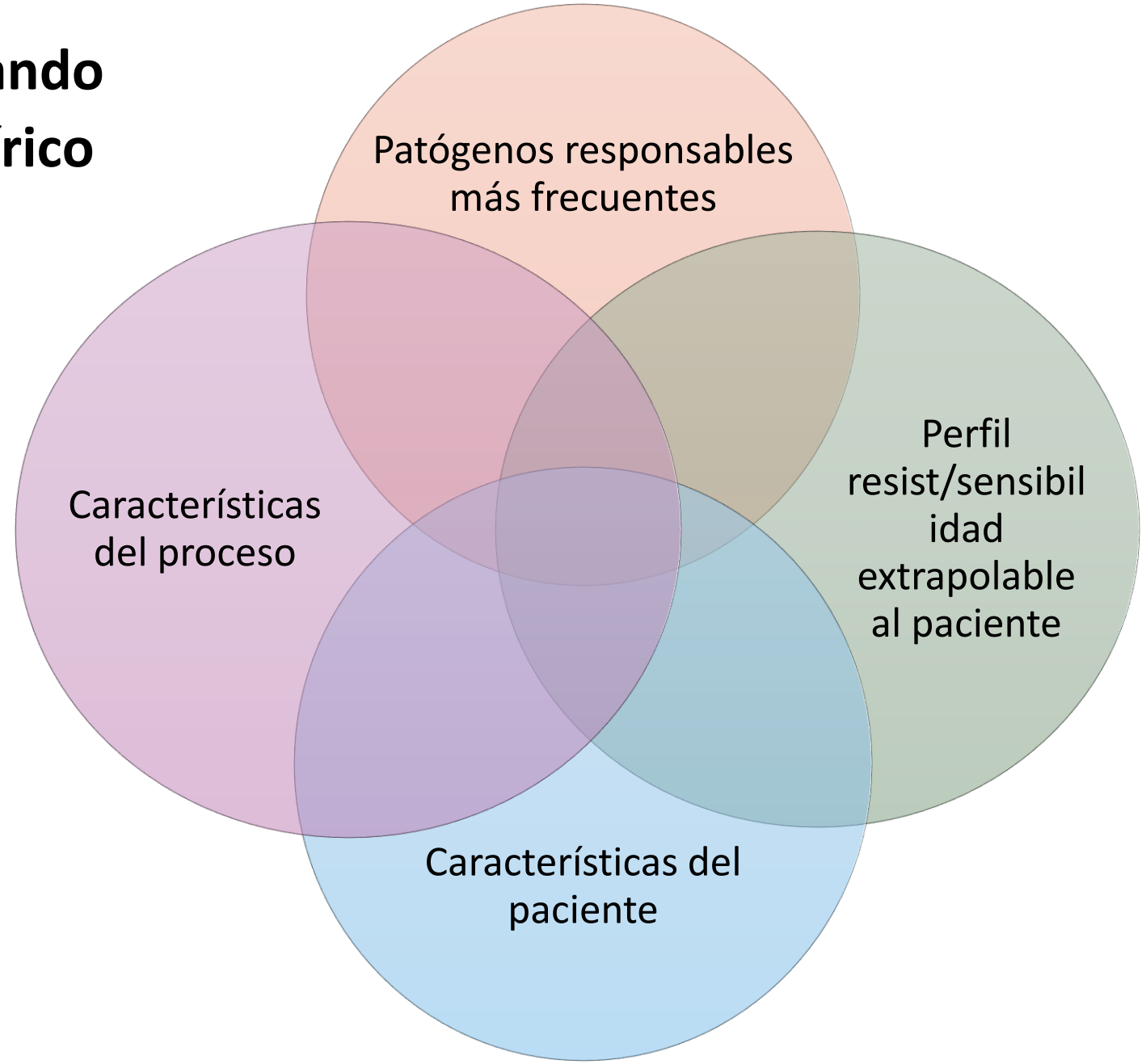
1º ¿Es un proceso bacteriano que se beneficiará del mismo?

Criterios a tener en cuenta en la prescripción:

- Dirigida: según antibiograma
- Empírica:

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

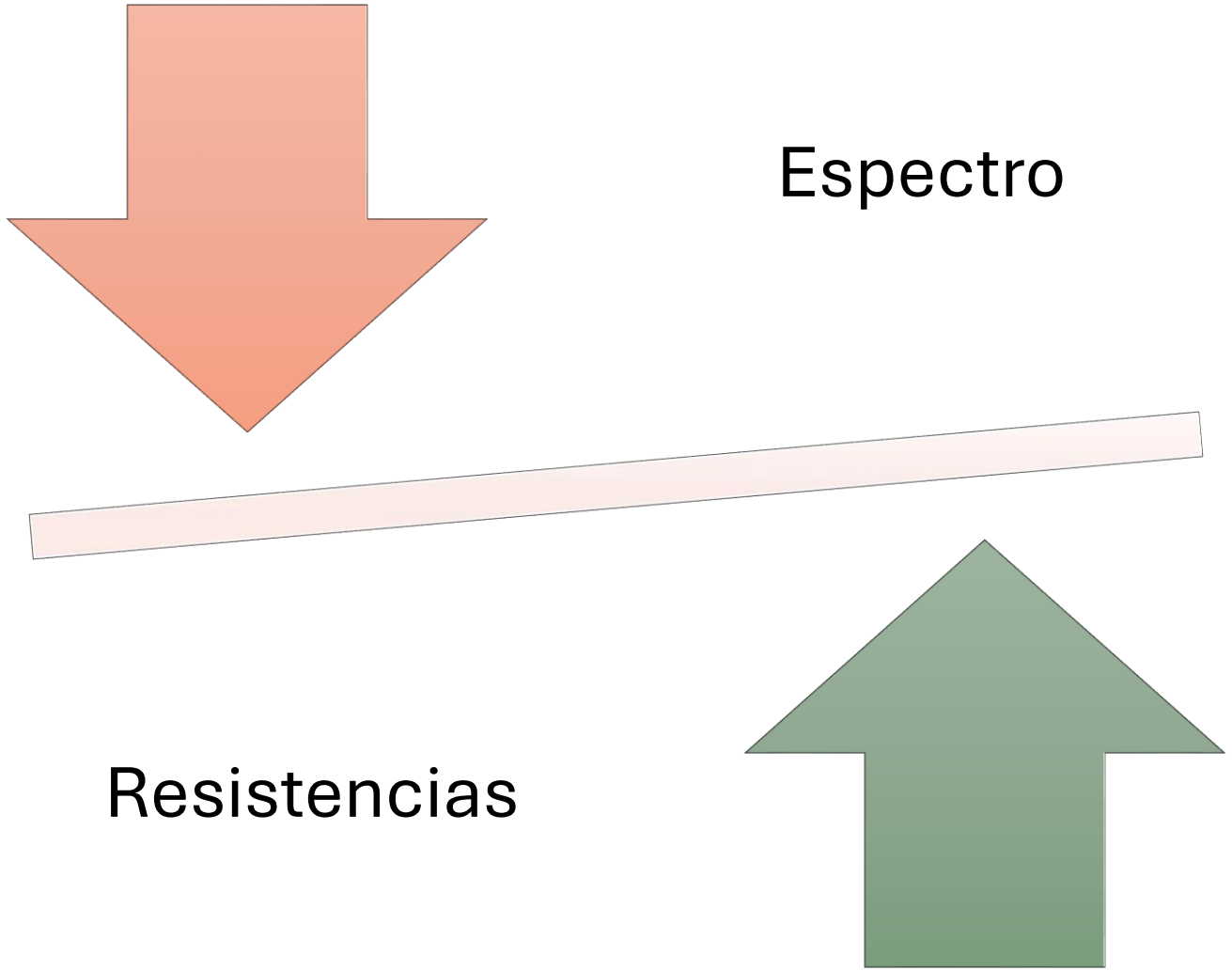
Criterios a tener en cuenta cuando prescribimos antibiótico empírico



Criterios a tener en cuenta cuando prescribimos antibiótico



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


Espectro
Resistencias

Procesos infecciosos comunitarios

amigdalitis

OMA/sinusitis

neumonía

bronquitis

ITU

inf cutáneas

GEA

ITS

amigdalitis

Etiología

mayoritariamente viral

causa bacteriana más frecuente es *S. pyogenes*

Sensibilidad /resistencia SBHGA

Sensibilidad 100% penicilina

Resistencia variable a macrólidos

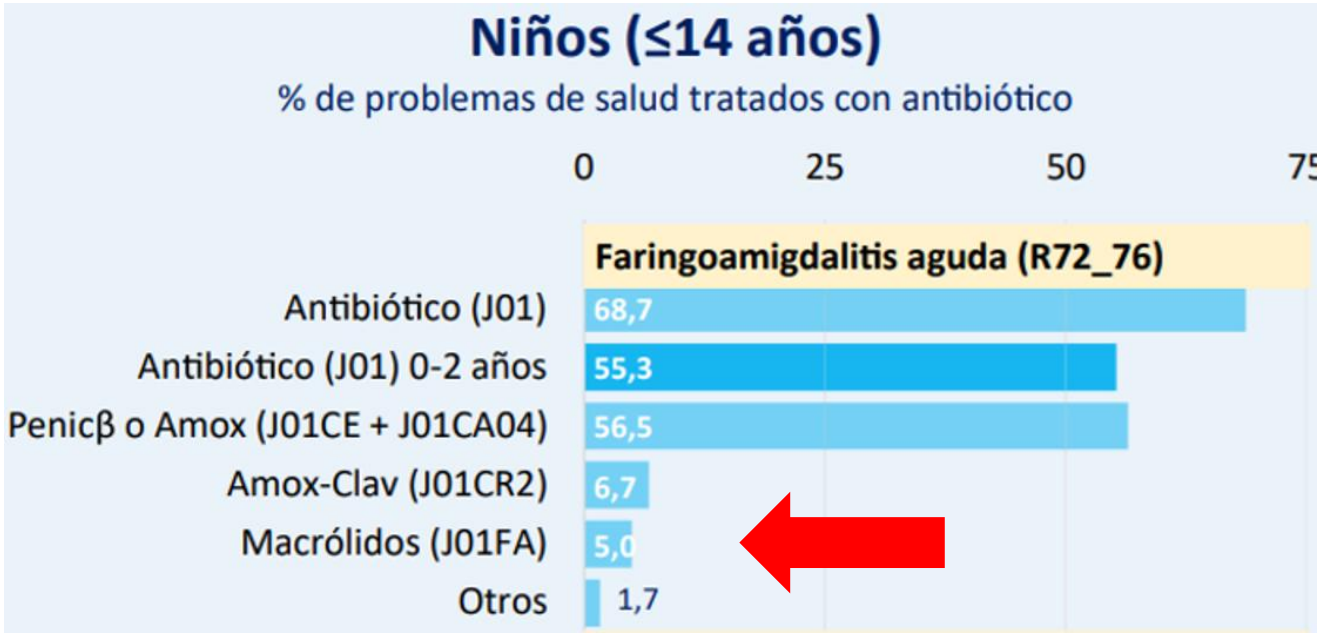
Indicación tratamiento

Primera elección (tras confirmación):

Penicilina

Indicación de macrólidos: en alergia tipo 1

Cambios evolutivos en las tasas y fenotipos de resistencia de *Streptococcus pyogenes* en una población pediátrica de Asturias, España (2005-2015) Rev Esp Quimioter 2017; 30(2):90-95



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

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.

OMA/sinusitis

Etiología

Neumococo

H. Influenzae

S. Pyogenes

Sensibilidad /resistencia

NMC: (I) a penicilina 10%

R a macrólidos (21,8% 26,3%)

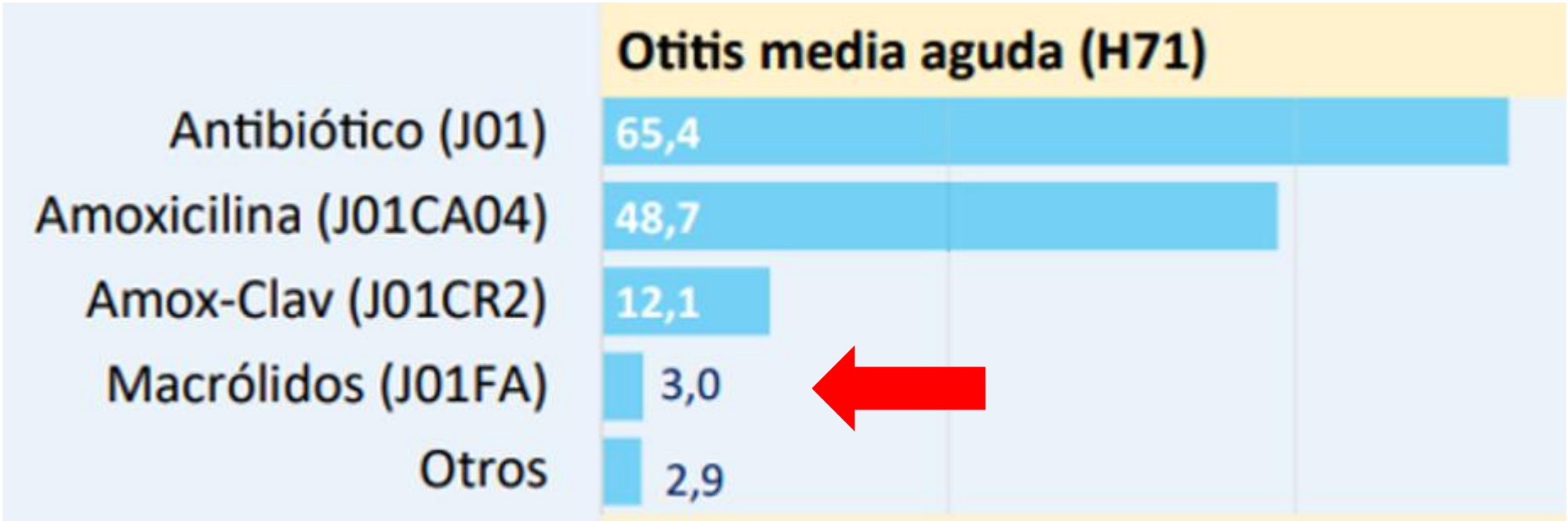
HI: produce β-lactamasas, en alrededor 20% de cepas

Tratamiento elección

1ª elección: amoxicilina altas dosis. Riesgo de complicaciones: amoxicilina clavulánico

Si Alergia tipo 1: macrólido*

*En casos graves o mala evolución, considerar resistencias



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.

neumonía

Etiología

4 meses -5 años:

Virus respiratorios

S. pneumoniae, S. pyogenes, M. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae B, Bordetella, TBC.

5 años – 15 años:

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

Tratamiento

1.**Típica**

Vacunado frente *H. influenzae B*:

- Amoxicilina

No vacunado para *H. influenzae B* y < 5 años:

Amoxicilina-clavulánico (8:1): 80-90 mg/kg/día

Si alergia tipo 1: macrólido

2. Neumonía atípica:

macrólido

neumonía

Etiología

4 meses - 5 años:

Virus respiratorios

S. pneumoniae, S. pyogenes M. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae, Bordetella, TBC.

5 años – 15 años:

M. pneumoniae, S. pneumoniae, S. pyogenes, Virus respiratorios, C. pneumoniae, M. catarrhalis, H. influenzae, Bordetella, TBC.

Tratamiento

1.**Típica**

Vacunado para *H. influenzae*:

- Amoxicilina

No vacunado para *H. influenzae* y < 5 años:

Amoxicilina-clavulánico (8:1): 80-90 mg/kg/día

Si alergia tipo 1: macrólido

2. Neumonía atípica: **¿Siempre?**

macrólido

Posicionamiento de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por Mycoplasma pneumoniae

4. Tratamiento 4.1. ¿Es necesario tratar todos los casos? ¿En qué situaciones podemos dar tratamiento sintomático y esperar?

4.2 ¿En qué casos debemos iniciar tratamiento antibiótico?

Atención ambulatoria

- razonablemente indicado en pacientes con sospecha clínica elevada de infección por M. pneumoniae, que asocien factores de riesgo para el desarrollo de formas graves (ver punto 2.3).
- se puede valorar añadir cobertura antibiótica para M. pneumoniae para los pacientes con NAC si no existe mejoría clínica tras 48-72 horas de tratamiento con un betalactámico, habiéndose descartado complicaciones.

2.3 ¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves?

- asplenia, anemia de células falciformes, síndrome de Down y estados de ID.
- afectación del sistema inmune humoral incrementa el riesgo de enfermedad respiratoria grave y prolongada y el desarrollo de formas extrapulmonares.

bronquitis

Etiología

Vírica (95 %):

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

Bacteriana:

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

Otros:

- *TBC*
- *Aspergillus*.

Procesos

Tosferina

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

(Se restringe la indicación)

Bronquitis bacteriana prolongada (Excepcional)

Tratamiento elección

azitromicina

amoxicilina clavulánico

Azitromicina**	< 6 meses: 10 mg/kg/día VO, en 1 dosis, 5 días >6 meses: 1º día: 10 mg/kg/día (máx: 500 mg/día) 2º-5º día: 5 mg/kg/día (máx: 250 mg/día) VO Adolescentes y adultos: 1º día: 500 mg/día. 2º-5º día: 250 mg/día VO	• Tratamiento de elección • Puede administrarse en menores de 1 mes
Eritromicina**	40 mg/kg/día (máximo 2 g/día), VO, en 3-4 dosis, 14 días Adolescentes y adultos: 2 gramos/día repartido en 4 dosis, 7 días VO	• No indicado en menores de 1 mes (asociación con EHP) • Único macrólido recomendado en embarazadas
Claritromicina	Claritromicina 15 mg/kg/día (máximo 1 g/día), VO, en 2 dosis, 7 días Adolescentes y adultos: 500 mg 2 veces al día, 7 días VO	• No indicada en menores de 1 mes
Cotrimoxazol**	Cotrimoxazol (Trimetoprim 8 mg/kg + Sulfametoxazol 40 mg/kg/día), VO, en 2 dosis, 14 días Adolescentes y adultos: TMP 320 mg/día, SMX 1 600 mg/día en 2 dosis, 14 días	En alergia a macrólidos Contraindicado en menores de 2 meses. Su eficacia no ha sido demostrada y riesgo de kernicterus Contraindicado en la gestación

Tosferina / Síndrome pertusoide Guía ABE

Similar indicación, diferente duración

Protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica julio 2024

- azitromicina, 3 días
- eritromicina, 7 días
- claritromicina, 7 días
- cotrimoxazol, 7 días

y

- Indicación: solo en contactos estrechos* que, además, pertenezcan a un grupo prioritario de actuación**, independientemente de su estado vacunal salvo en la embarazada de >32 semanas de gestación que ha recibido vacunación, al menos, una semana antes de la exposición
- El contacto debe haberse producido dentro del periodo de contagiosidad del caso índice

*CONTACTOS ESTRECHOS

- Convivientes en un mismo domicilio
- Recién nacidos hijos de mujeres con tosferina que sean infecciosas en el momento del parto
- Contacto directo, cara a cara con un caso sintomático
- Contacto directo, no protegido, con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático[9]
- Personas que han compartido un espacio cerrado durante al menos una hora con un caso sintomático[10]

**GRUPO PRIORITARIO DE ACTUACIÓN

• Personas con alto riesgo de sufrir complicaciones o una tosferina grave	• Lactantes <2 meses de edad nacidos con < 32 semanas de gestación o nacidos a término. • Lactantes de 2-11 meses que no hayan recibido tres dosis de la vacuna
• Personas que pueden transmitir la infección a personas de alto riesgo	• Mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación (> 32 semanas) no vacunada o vacunada hace menos de una semana. • Convivientes de personas de alto riesgo. • Personal sanitario de las unidades de neonatología, obstetricia o sus áreas de urgencias. • Personas que regularmente están en contacto con menores de un año.

inf cutáneas

Etiología

S. Aureus MS

S. Pyogenes

.....

SARM*

.....

Mordeduras:

Pasteurella multocida

Anaerobios

.....

Heridas

Resistencias

Elevada resistencia antibiótica (20-30%) *S. aureus*

Elevada resistencia (22-26%) *S. Pyogenes*

Tratamiento primera elección

cefadroxilo

cloxacilina

amoxicilina-clavulánico (4/1)

Alergia tipo I: clindamicina

.....

Mordeduras y heridas

amoxicilina-clavulánico (4/1)

Si alergia tipo I:
cotrimoxazol + clindamicina

*SARM: cotrimoxazol, clindamicina

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

Sospecha clínica de sepsis

Factores epidemiológicos

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

Viaje internacional

Antibióticos

Empírico:

azitromicina vía oral

cefalosporinas de 3.ª G vp

Azitromicina elección:

Colera

***Campylobacter* spp.**

***Escherichia coli* EPEC y ETEC**

Alternativa: *Salmonella non-typhi, Shigella spp.*

Otros: SMZ-TMP, ciprofloxacino, amoxicilina...

ITU

Etiología

E. coli

Proteus spp.

Klebsiella spp.

Enterococcus spp.

S. saprophyticus

Citrobacter spp.

Otros BGN

Otros cocos GP

Sensibilidad/resistencias

Espectro no compatible

Sin indicación

Ninguna indicación de tratamiento con macrólidos

ITS

Entidades

Lúes

N. gonorrhoeae

C. trachomatis, U. urealyticum

M. genitalium, T. vaginalis, VHS

Chancroide

LGV

Granuloma inguinal

General (uretritis, cervicitis, faringitis) no GNC

Resistencias crecientes

.GNC

.*Mycoplasma genitalium*

Imposible resumir

Múltiples situaciones

Necesidad de estudio amplio y especializado

Poca experiencia

Múltiples pautas

Adherencia y embarazo

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

ITS

De elección

chancroide

granuloma inguinal

embarazo e infección no gonocócica

Podría ser alternativa, no empírico

LGV

Infección gonocócica local

C. trachomatis

Infección no gonocócica

M.genitalium

ITS

- Mensaje:

Lúes

N. gonorrhoeae,

C. trachomatis, U. urealyticum

M. genitalium, T. vaginalis, VHS

Chancroide

LGV alter

Granuloma inguinal

General (uretritis, cervicitis, faringitis) no GNC

Resistencias importantes y crecientes frente a azitromicina

Cambio de tto empírico en uretritis:
N. gonorrhoeae

C. trachomatis

prevalencia de alergia a antibióticos del 0,21%

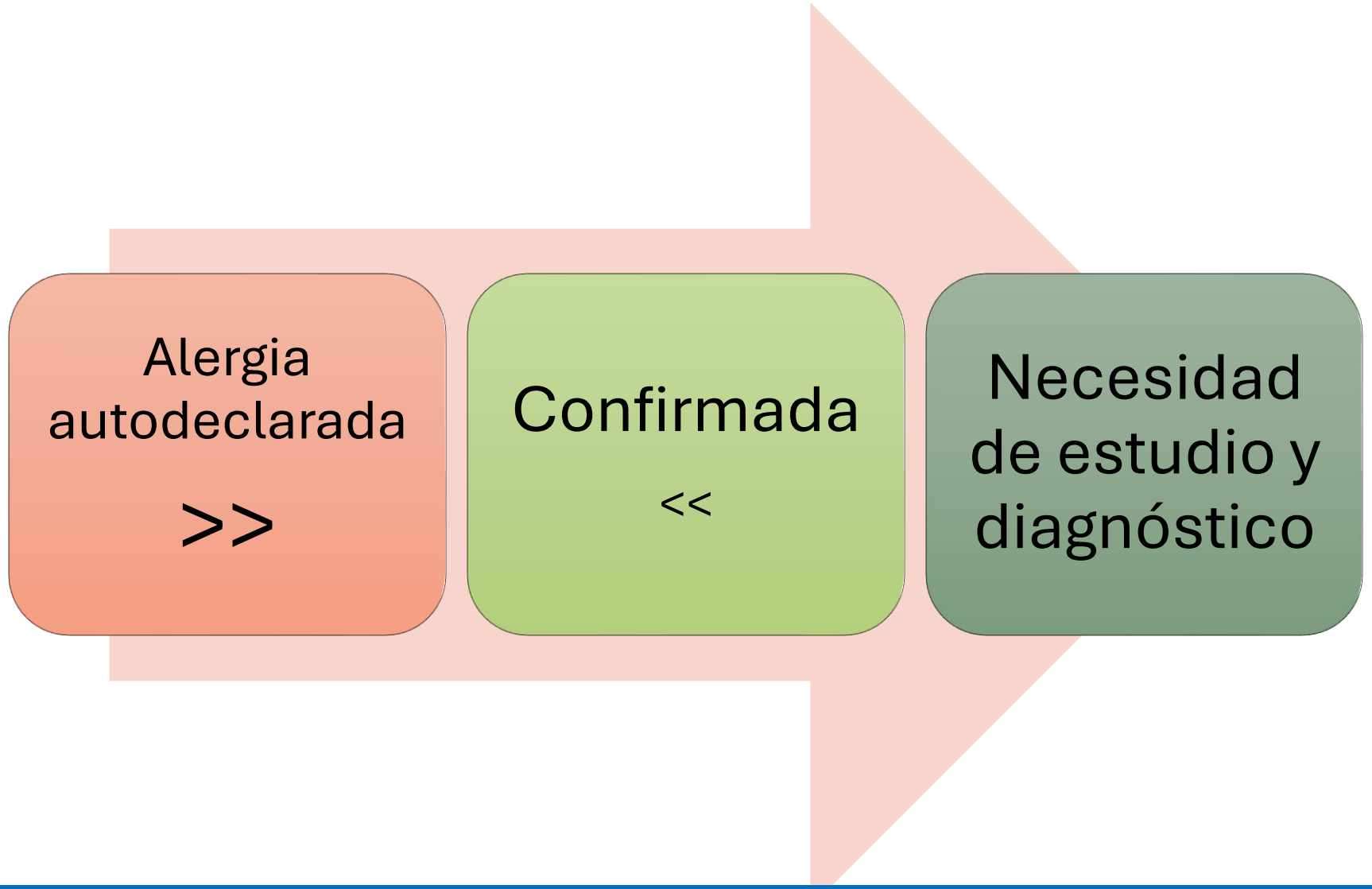
alergia a betalactámicos autodeclarada entre 1,7 y 5,2%, confirmada <20%

alergia a betalactámicos <10%

reacciones anafilácticas a betalactámicos entre 0,01 y 0,05%

Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátricas, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria sobre antibioterapia en alergia a penicilina o amoxicilina

Reacciones adversas a medicamentos: alergia a antibióticos, AINE, otros. Criterios de sospecha y actitud a seguir por el pediatra. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:297-314.



Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátricas, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria sobre antibioterapia en alergia a penicilina o amoxicilina
Reacciones adversas a medicamentos: alergia a antibióticos, AINE, otros. Criterios de sospecha y actitud a seguir por el pediatra. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:297-314.

Conclusiones:

Macrólidos como tratamiento de elección	- Tosferina - Neumonía atípica - GEA (algunos casos) y solo si existiera indicación de tratar
Alternativa si alergia tipo I	- FAA - Otitis/sinusitis (vigilar evolución por resistencias) - Neumonía (vigilar evolución por resistencias)

Imprescindible diagnosticar alergia adecuadamente

Revisión de las indicaciones de azitromicina EMA

El tratamiento con azitromicina solo debe iniciarse tras una cuidadosa evaluación de los beneficios y los riesgos, teniendo en cuenta la prevalencia local de resistencia, y cuando no estén indicadas las pautas de tratamiento preferidas.



https://gpiaepap.wordpress.com/

Escribe tu correo electrónico…

Suscribirse