

# Recomendaciones FECAVA para el tratamiento adecuado con antibióticos



Sistema orgánico	PIEL					RESPIRATORIO				UROGENITAL	ORAL	GASTROINTESTINAL	ABDOMINAL	SANGRE	ORTOPÉDICO					
						Superior	Inferior													
<b>Afecciones comunes</b>	Pioderma superficial (sobrecrecimiento bacteriano, pioderma de pliegues cutáneos, dermatitis húmeda aguda)	Pioderma superficial (folliculitis bacteriana, impétigo)	Pioderma profunda (forunculosis, celulitis)	Otitis externa	Heridas / Infección de tejidos blandos y abscesos	Rinitis	Bronquitis aguda (por ej. tos de las perreras)	Neumonía	Piotórax	Infección del tracto urinario superior (pielonefritis)	Infección del tracto urinario inferior	Piometra	Infección oral (por ej. gingivitis, estomatitis, periodontitis)	Gastroenteritis	Absceso de glándulas perianales	Enfermedad hepática (colecistitis, colangitis, colangiohepatitis)	Peritonitis	Sepsis	Artritis séptica	Osteomielitis
<b>Citología y cultivo</b>	a partir de extensiones o de muestras tomadas con cinta adhesiva	&  a partir de una pústula (si es posible)	&  a continuación de una biopsia o aspirado (no de un exudado superficial)	de hisopos en oído tras limpieza previa no relevante por un tratamiento tópico	a partir de extensiones para la vigilancia de infecciones postquirúrgicas o en complicaciones o sospecha de bacterias multiresistentes (por ej. MRSP, MRSA, ESBL)	Normalmente no indicadas, de importancia clínica limitada por la presencia de flora comensal  A considerar en casos crónicos una toma de muestra mediante biopsia	Normalmente no indicadas, de importancia clínica limitada por la presencia de flora comensal	Estabilizar al paciente y obtener una muestra representativa son inconvenientes a la hora de tomar un lavado bronquioalveolar  Diferenciar en base a la clínica y al historial: caso de riesgo vital o animal sin síntomas y en contacto con otros animales	&  en aspirados por toracocentesis (incubación aeróbica y anaeróbica)	&  de orina (tomada mediante cistocentesis)	la mayoría de los casos (orina tomada mediante cistocentesis)	Normalmente no indicado (salvo ruptura, ver peritonitis)	Normalmente no indicadas  En caso de sospecha específica enviar  para <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> (necesario identificar especie) y clostridios toxigénicos	&  del hueco de la herida si existe daño tisular severo y/o fiebre (realizar limpieza profunda de la glándula para evitar contaminantes)	&  de aspirado o biopsia (preferiblemente aspirado de la vesícula biliar bajo sedación o anestesia)	&  de aspirado obtenido por laparocentesis (incubación aeróbica y anaeróbica)	&  mínimo 3 muestras de sangre tomadas de forma aséptica durante un periodo de 24 horas (incubación aeróbica y anaeróbica)	&  de aspirado sinovial o biopsia de membrana sinovial. Antes del aislamiento y antibiograma incubar la muestra en hemocultivo durante 24H a 37°C	&  de aspirado de biopsia ósea	Radiografía y  de biopsia ósea
<b>Patógeno probable</b>	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i> ( <i>Malassezia</i> a veces involucrada)	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i>	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i>	Cocos (principalmente <i>Staphylococcus pseudintermedius</i> ), bacilos (principalmente <i>Pseudomonas</i> ), y/o levaduras ( <i>Malassezia</i> )	Variable	Variable, frecuentemente viral +/- infecciones secundarias oportunistas en gatos	Viral  Considerar causas crónicas de bronquitis crónica	Variable  Considerar <i>Mycoplasma spp</i>	Variable, incluyendo anaerobios  Considerar <i>Mycoplasma spp</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	Variable (incluyendo anaerobios)	Cambios o indiscreción dietética es lo más frecuente  Fundamentalmente virus (o parásitos en animales jóvenes)  Tomar muestra fecal para parasitología en caso de sospecha.	Variable, incluyendo anaerobios  E. coli, Enterococcus y Proteus son frecuentes	Variable para colangitis/colangiohepatitis  E. coli, Enterococcus spp., Strep. spp., anaerobes, ocasionalmente leptospirosis	Variable  Variable (incluyendo anaerobios)	Variable. Si infección quirúrgica probable por Staph pseudintermedius (o secundarias a una operación)	Variable. Si infección quirúrgica probable por Staph pseudintermedius (o secundarias a una operación)	Variable. Si infección quirúrgica probable por Staph pseudintermedius (o secundarias a una operación)
<b>Elección empírica de antibióticos</b>	Evitar el uso empírico si pudiera tratarse de bacterias multiresistentes (por ej. MRSP, MRSA, ESBL)  Clindamicina o cefalosporinas de primera generación o TMPS o amoxi/ác.clav	Evitar el uso empírico si pudiera tratarse de bacterias multiresistentes (por ej. MRSP, MRSA, ESBL)  Clindamicina o cefalosporinas de primera generación o TMPS o amoxi/ác.clav	Cefalosporinas de primera generación o amoxi/ác.clav mientras llega el resultado  Tratamientos tópicos  Emplear la cascada en casos en curso	Los antisépticos suelen ser suficientes  Tratamientos tópicos  Emplear la cascada en casos en curso	La limpieza y legrado junto con el uso de apósitos especiales para heridas suele ser suficiente  Terapia sistémica basada en  suele indicarse en lesión tisular grave y/o fiebre	Con rinitis purulenta crónica secundaria considerar doxiciclina  Antivirales como famciclovir son útiles en gatos con FHV-1	En casos de poca respuesta en 10 días o en pneumonías secundarias sospechar de Bordetella bronchiseptica	Doxiciclina oral (enfermedad moderada)  Fluoroquinolonas de forma parenteral (síntomas severos)	Si cocos, usar amoxi-clav, si bacilos, usar fluoroquinolonas	TMPS o fluoroquinolonas mientras llegan los resultados  	SOLO con inflamación e infección presentes en una citología, por ejemplo neutrófilos sépticos +/- bacterias intracelulares  Amoxicilina o TMSP mientras llegan los resultados  	En casos graves* emplear fluoroquinolonas	Si síntomas de infección sistémica ver sepsis	Autolimitante  Si síntomas de infección sistémica ver sepsis	tratar con ampicilina o amoxi-clav en gatos	Amoxi-clav, ampicilina a la espera de resultados  Doxiciclina o cefalosporinas de primera generación posiblemente fluoroquinolonas para enterobacterias	Penicilina G o amoxicilina o ampicilina VI  También fluoroquinolonas	Clindamicina, penicilina G, amoxicilina o ampicilina IV y fluoroquinolonas	Clindamicina o cefalosporinas de primera generación o amoxi-clav	Clindamicina o cefalosporinas de primera generación mientras llegan los resultados  
<b>Comentarios del tratamiento</b>	Terapia tópica con champús antimicrobianos, lociones, sprays, geles, cremas, etc. por ej. clorhexidina con un tiempo de contacto adecuado (10 minutos)	Considerar una terapia tópica solamente (por ej. clorhexidina) si la infección es moderada  Tratar hasta que el caso esté solucionado tras observación en una consulta de seguimiento	Siempre combinar con la terapia tópica (por ej. champú con clorhexidina)  Tratar hasta que el caso esté solucionado tras observación en una consulta de seguimiento	Limpieza previamente al tratamiento y continuar para una profilaxis. Reducir hinchazón e inflamación con glucocorticoides (puede ser curativo)  Se deben investigar y tratar otras causas subyacentes. Considerar tratamiento sistémico con ulceraciones	No se suelen recomendar antibióticos tópicos en heridas con tejido de granulación  como anteriormente, siempre tomar muestras tras la limpieza de la herida  	Si los síntomas persisten más de 10 días, considerar antibióticos sistémicos  Buscar siempre la causa primaria en rinitis purulentas crónicas	Si los síntomas persisten más de 10 días, considerar antibióticos sistémicos  Tratar con doxiciclina o TMPS o amoxi-clav 3 veces al día  	Amoxicilina o ampicilina preferiblemente de forma constante mediante infusión o 3 veces al día vía oral  En casos severos* usar una fluoroquinolona y penicilina G o clindamicina	Drenaje y lavado son esenciales para la resolución clínica  Amoxi-clav 3 veces al día	Amoxi-clav 3 veces al día	Amoxicilina tres veces al día	Tratamiento médico (ocasional, no recomendado) 4-5 días con fluoroquinolonas (o TMPS) y por ej. aglepristona  y/o tratamiento dental  Usar clindamicina o metronidazol y espiromicina si aparecen síntomas de infección sistémica (fiebre, linfadenopatía)  	Existen evidencias del uso de probióticos en casos gastrointestinales agudos que aceleran la recuperación y aborda la disbiosis intestinal  La modificación de la dieta es útil	Drenaje y lavado  Infusión local de antimicrobianos  Extirpación si reaparece	Corrección de la causa primaria (si posible), un lavado intensivo es esencial  Preferiblemente amoxicilina o ampicilina en CRI (infusión a ritmo constante) o tres veces al día	Preferiblemente amoxicilina o ampicilina en CRI (infusión a ritmo constante) o tres veces al día  Tratar la causa primaria de forma agresiva, por ejemplo mediante resección, drenaje o lavados en casos como heridas o piotórax	Lavado intensivo (aséptico) del espacio articular con solución salina o ringer lactato  Amoxi-clav tres veces al día	Buscar la causa primaria  Retirar implantes si es posible  		

= Citología  
 = Cultivo y antibiograma  
 = Hospitalización recomendada  
 = Tratamiento con antibióticos no recomendado  
 = Cirugía  
 = Considere remitir el caso a un especialista

ESBL = Beta-lactamasas de amplio espectro  
MRSA = *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina  
MRSP = *Staphylococcus pseudintermedius* resistente a la metilicina  
TMPS = Trimetoprim-sulfametoxazol

Esta tabla proporciona ejemplos y recomendaciones. Los patrones de resistencia local deben tenerse en cuenta. Emplee antibióticos que alcancen concentraciones adecuadas en el órgano deseado, y con un espectro lo más limitado posible. Respete siempre la legislación nacional.