Enfermedades Infecciosas Respiratorias de Vías Bajas

Guías para el manejo clínico

Definiciones y clasificación clínica*:

- **Complejo infeccioso respiratorio canino (CIRC) / Traqueobronquitis infecciosa:** tos aguda, buen estado general, ausencia de fiebre y sin patrón alveolar radiográfico. ¡No requiere antibiótico rutinario!

No todos los procesos inflamatorios del tracto respiratorio inferior requieren tratamiento antibiótico

- **Bronquitis bacteriana:** inflamación bronquial asociada a infección bacteriana. Diagnóstico según hallazgos clínicos y, cuando sea posible, citológicos y microbiológicos.
- **Neumonía bacteriana:** infección bacteriana del parénquima pulmonar. Puede ser primaria, o con mayor frecuencia, secundaria. Diagnóstico según hallazgos clínicos, diagnóstico por imagen y, cuando sea posible, citológicos y microbiológicos. Se pueden diferenciar 3 grados de neumonía bacteriana: leve, moderada y grave.

*Basadas en las recomendaciones del *International Society for Companion Animal Infectious Diseases* (ISCAID)

1 DIAGNÓSTICO

Signos clínicos de vías bajas: tos / disnea / taquipnea +/- fiebre

- **RX Tórax 3 proyecciones**
- **Analítica (hemograma + bioquímica) ± Coagulación (si sospecha de *Angiostrongylus vasorum*)**
- **Cribado parasitario**
  - **Perro**
    - Baermann x3--> *A. vasorum*
    - Ag *A. vasorum*
    - *D. inmmitis* según riesgo
  - **Gato**
    - Baermann x3--> nematodos pulmonares
    - *D. inmmitis* según riesgo
- **TC Torácica** Si caso complejo

¿Paciente estable?

- NO (Grave/inestable/sospecha de sepsis) → **Antibioterapia empírica inmediata** → Cobertura inicial amplia: Gram + / Gram − / aerobios / anaerobios → Obtener muestras en cuanto sea seguro
- SÍ

Obtención de muestras de vías respiratorias inferiores

- Lavado traqueal o BAL ± broncoscopia
- Citología
- Cultivo + susceptibilidad antimicrobiana
- Pruebas microbiológicas/moleculares adicionales según sospecha clínica y epidemiológica

Interpretación conjunta de los resultados
Clínica + diagnóstico por imagen + citología + cultivo / susceptibilidad ± pruebas moleculares

Confirmar o reconsiderar la sospecha de infección bacteriana y ajustar el tratamiento según los resultados y la evolución clínica.

Reevaluar 48–72 h (graves) / 5–7 días (estables)

- **RESPUESTA INSUFICIENTE / EMPEORAMIENTO**
  Reconsiderar diagnóstico / complicaciones ± TC torácica / broncoscopia / nuevas muestras
- **BUENA RESPUESTA**
  Continuar / ajustar duración según evolución clínica ± biomarcadores inflamatorios*

RX: Radiografía; TC: Tomografía computarizada; PCR: Reacción en cadena de la polimerasa; ADN: Ácido desoxirribonucleico; BAL: broncoalveolar

*Proteína C reactiva (Viitanen et al., 2017; Rodrigues et al., 2022) y concentración sérica de amiloide A: evidencia limitada (Gareis & Schulz, 2026)

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN
ENLACE A DOCUMENTO Y REFERENCIAS
MINISTERIO DE SANIDAD · agencia española de medicamentos y productos sanitarios · Plan Nacional Resistencia Antibióticos

2 PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO [1]

En pacientes graves o con sospecha de sepsis, iniciar antibiótico lo antes posible. Tomar muestras en cuanto sea seguro y no retrasar tratamiento

Tabla 1. Protocolo de tratamiento de las enfermedades infecciosas respiratorias de vías bajas.

	Principio activo	Dosis	Categorización	Uso	Tipo de prescripción
1º	Doxiciclina	5 mg/kg VO cada 12 h ó 10 mg/kg VO cada 24 h	D	Primera línea si sospecha de *Bordetella* spp. / *Mycoplasma* spp. Riesgo de esofagitis/estenosis esofágica. Primera elección en neumonía no complicada cuando sea clínicamente adecuada.	Ordinaria
2º	Amoxicilina	10 o 22 mg/kg VO cada 12 h [1]	D	Puede considerarse por vía SC en pacientes no deshidratados cuando esté indicada la vía parenteral domiciliaria.	Ordinaria/ Excepcional*
3º	Amoxicilina-clavulánico	12,5–25 mg/kg VO cada 12h ó 8,75–25 mg/kg IV cada 8 horas [2]	C	Alternativa en neumonía no complicada cuando doxiciclina no sea clínicamente adecuada o se sospechen bacterias sensibles a β-lactámicos. En neumonía grave hospitalizada puede considerarse amoxicilina-clavulánico IV de uso humano, conforme a prescripción en cascada.	Ordinaria / Excepcional*
4º	Marbofloxacino	2–5,5 mg/kg VO cada 24h[1]	B	Uso restringido según cultivo.	Ordinaria/ Excepcional*
5º	Ampicilina	10–20 mg/kg IV cada 6–8h [2]	D	Alternativa parenteral en neumonía grave hospitalizada. No combinar con amoxicilina.	Excepcional*
6º	Gentamicina	4–8 mg/kg diluida en suero fisiológico INH cada 12–24 h[3]	C	En nebulizaciones, se ha descrito en perros con bordetelosis confirmada. Indicaciones: infección confirmada; casos persistentes o refractarios. No debe emplearse como tratamiento empírico inicial.	Excepcional*

VO: vía oral; IV: vía intravenosa; SC: vía subcutánea; INH: vía inhalatoria.

*Las pautas de tratamiento se basan en la evidencia científica y en referencias farmacoterapéuticas veterinarias reconocidas, en particular, las pautas de amoxicilina (22 mg/kg VO cada 12 h) y marbofloxacino (>2,6 - 5,5 mg/kg VO cada 24h) referencia (1) del documento; amoxicilina-ácido clavulánico (8,75–25 mg/kg IV cada 8 horas) y ampicilina (10–20 mg/kg IV cada 6–8h) referencia (2) del documento y gentamicina referencia (3) del documento. Las pautas que difieran de la ficha técnica constituyen prescripción excepcional y deberán ajustarse a lo establecido en las recomendaciones de la CE para la prescripción en cascada de medicamentos veterinarios.

Reevaluar y ajustar o retirar antibióticos según evolución clínica y biomarcadores en casos seleccionados

[1] Este protocolo será elevado y acordado en el seno del Comité regulado en el Real Decreto 1440/2001. Dicho protocolo deberá seguirse con carácter general, salvo que las circunstancias particulares del caso clínico justifiquen la adopción de una actuación diferente.