

Mordeduras de perro y gato: infección, rabia y tratamiento de campo

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Mordeduras de perro y gato: infección, rabia y tratamiento de campo

Las mordeduras de animales representan un problema de salud pública masivo: la OMS estima 4,5 millones de mordeduras de perro anuales solo en EE. UU. y 59.000 muertes por rabia al año en el mundo (principalmente en Asia y África). En un escenario de colapso social, la población de perros asilvestrados aumentaría exponencialmente, multiplicando el riesgo de mordeduras y de transmisión de rabia —una enfermedad con mortalidad del 99,9 % una vez aparecen los síntomas. Las mordeduras de gato, aunque menos dramáticas, tienen una tasa de infección del 30-50 % frente al 5-15 % de las de perro, debido a la inoculación profunda por sus dientes puntiagudos y finos. Este artículo se basa en las guías de la OMS (2018), los CDC, la Infectious Diseases Society of America (IDSA) y el Libro Rojo de la AAP.

Clasificación de las mordeduras y riesgo de infección

El tipo de lesión determina el riesgo de infección, la necesidad de sutura y el pronóstico. Las mordeduras combinan tres mecanismos de daño: aplastamiento (mandíbulas), desgarró (sacudida de cabeza del animal) y penetración profunda (caninos).

Tipo de mordedura

Mecanismo

Riesgo de infección

Características

Perro — herida por aplastamiento

Mandíbula potente (150-450 PSI), desgarró amplios

5-15 %

Heridas abiertas, bordes irregulares, pérdida de tejido, contaminación por saliva

Perro — herida punzante profunda

Caninos largos, penetración a planos profundos

15-25 %

Entrada pequeña, trayecto profundo, difícil limpieza, alto riesgo de absceso

Gato — herida punzante

Caninos finos y afilados, penetración profunda en espacios articulares y tendones

30-50 %

Heridas puntiformes que se cierran rápidamente, atrapando bacterias en tejido profundo

Gato — arañazo

Uñas retráctiles con flora bacteriana

5-10 %

Lesiones superficiales, riesgo de enfermedad por arañazo de gato (*Bartonella henselae*)

Mordedura humana

Inoculación de *Eikenella corrodens* y anaerobios

25-50 %

La más infectante de todas; incluye las "fight bites" sobre nudillos

Tratamiento inicial de la herida: los primeros 15 minutos

El lavado inmediato y copioso de la herida es la intervención más importante para prevenir la infección y la rabia. La OMS enfatiza que el lavado correcto reduce el riesgo de rabia hasta en un 90 %.

1. Lavado con agua y jabón durante 15 minutos: Esta es la medida más eficaz y está al alcance de cualquiera. Use abundante agua corriente (al menos 1-2 litros) y jabón común. El jabón destruye la envoltura lipídica del virus de la rabia. Frote vigorosamente dentro de la herida. Si la herida es punzante y profunda, irrigue con jeringa de 20 ml y aguja de 18G (sin tocar la herida) para generar presión de irrigación de 8-12 PSI, que es la óptima para arrastrar bacterias según la IDSA.

2. Antiséptico tópico: Tras el lavado, aplicar povidona yodada al 10 % (diluida al 1 % para irrigación de heridas profundas — mezclar 1 parte de Betadine con 9 partes de suero fisiológico). Alternativa: clorhexidina acuosa al 0,05 %. La povidona yodada tiene actividad virucida demostrada contra el virus rábico. NO usar alcohol directamente en la herida (daño tisular excesivo).

3. Desbridamiento si es necesario: Retirar tejido desvitalizado, cuerpos extraños y bordes necróticos. Las mordeduras con tejido aplastado o desvitalizado tienen mayor riesgo de infección por *Clostridium* y anaerobios. El desbridamiento debe ser conservador — retirar solo lo claramente necrótico.

4. Decisión de sutura: Regla general según la IDSA: NO suturar mordeduras de gato (heridas punzantes profundas), mordeduras de la mano, heridas con más de 12 horas de evolución o heridas con signos de infección. Sí suturar (cierre primario diferido o aproximación laxa): heridas en cara (por estética y vascularización favorable), heridas amplias con bordes limpios tras irrigación, y heridas con sangrado activo. Usar puntos separados laxos, nunca sutura continua hermética.

Heridas de alto riesgo: Las mordeduras en mano (especialmente en articulaciones metacarpofalángicas), pie, muñeca y zona genital tienen tasas de infección del 30-50 % incluso con tratamiento correcto. Las mordeduras sobre prótesis articulares o en pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, esplenectomizados o con insuficiencia hepática requieren antibioterapia obligatoria desde la primera hora.

Microbiología y antibioterapia

Las mordeduras de perro y gato inoculan una flora polimicrobiana compleja. El patógeno más importante es *Pasteurella multocida* (presente en el 50-75 % de mordeduras de gato y 25-50 % de las de perro), que

causa infección de rápida progresión (

Patógeno

Frecuencia

Tiempo hasta infección

Características

Pasteurella multocida

50-75 % gato, 25-50 % perro

Celulitis de progresión rápida, secreción purulenta, dolor intenso

Capnocytophaga canimorsus

Raro pero grave

2-7 días

Sepsis fulminante en esplenectomizados y alcohólicos, mortalidad 25 %

Staphylococcus aureus

20-30 %

1-3 días

Abscesos, celulitis, posible SARM en mordeduras humanas

Anaerobios (*Bacteroides*, *Fusobacterium*)

30-40 %

2-5 días

Infección profunda maloliente, gangrena, abscesos

Bartonella henselae (gato)

Arañazos > mordeduras

7-14 días

Linfadenopatía regional, fiebre, pápula en punto de inoculación

Antibiótico de primera línea: Amoxicilina-clavulánico: Dosis adulto: 875/125 mg cada 8 horas durante 5-7 días (profilaxis) o 10-14 días (infección establecida). Cubre *Pasteurella*, estafilococos, estreptococos y anaerobios. Es el antibiótico de elección según la IDSA y los CDC tanto para profilaxis como para tratamiento.

Alternativa en alérgicos a penicilina: Doxiciclina 100 mg cada 12 horas (cubre *Pasteurella* y anaerobios) + Metronidazol 500 mg cada 8 horas (refuerza cobertura anaeróbica). En niños: trimetoprim-sulfametoxazol + clindamicina. Las cefalosporinas de primera generación NO cubren *Pasteurella* — no usar cefazolina ni cefalexina en mordeduras.

Indicaciones de antibioterapia profiláctica: No todas las mordeduras requieren antibiótico. La IDSA recomienda profilaxis en: todas las mordeduras de gato, mordeduras en mano/pie/cara/genitales, heridas punzantes profundas, aplastamiento con tejido desvitalizado, pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, esplenectomizados o con enfermedad hepática, y mordeduras que requieren sutura. Heridas superficiales

en extremidades superiores con buen lavado: observación sin antibiótico.

Rabia: la amenaza latente en escenarios de colapso

La rabia es causada por un Lyssavirus que asciende por los nervios periféricos hasta el sistema nervioso central a una velocidad de 15-100 mm/día. Una vez aparecen los síntomas neurológicos, la mortalidad es virtualmente del 100 % (solo 15 supervivientes documentados en la historia, la mayoría con secuelas graves). La profilaxis posexposición (PEP) es eficaz al 100 % si se administra correctamente antes de la aparición de síntomas.

Categoría OMS

Tipo de contacto

Riesgo

Profilaxis recomendada

Categoría I

Tocar o alimentar al animal, lamedura sobre piel intacta

Nulo

No se requiere PEP

Categoría II

Mordisco en piel expuesta, arañazo sin sangrado, lamedura sobre piel erosionada

Bajo-moderado

Vacuna antirrábica (4 dosis: días 0, 3, 7, 14)

Categoría III

Mordedura con sangrado, lamedura sobre mucosa, contacto con murciélago

Alto

Inmunoglobulina antirrábica + vacuna (4 dosis)

Observación del animal (protocolo de 10 días): Si el perro o gato puede ser capturado vivo, observar durante 10 días. Si permanece sano al día 10, se descarta la rabia (el animal excreta virus en saliva solo durante los últimos 3-5 días antes de morir o mostrar síntomas). Este protocolo NO aplica a animales salvajes (zorros, mapaches, murciélagos) — en estos, asumir siempre rabia y administrar PEP completa.

Signos de rabia en el animal: Rabia furiosa (80 %): agitación, agresividad, hipersalivación, hidrofobia, mordeduras espontáneas a objetos y personas, desorientación. Rabia paralítica (20 %): parálisis ascendente desde la zona de mordedura original, mandíbula caída, incapacidad para tragar, parálisis generalizada y muerte. Ambas formas son mortales en 2-10 días.

Vacunación antirrábica en escenario austero: La vacuna antirrábica moderna (cultivo celular) requiere cadena de frío (2-8 °C). En entornos de preparacionismo, almacenar vacunas antirrábicas es complejo pero posible con neveras portátiles con acumuladores de frío. El esquema intradérmico de la OMS (2 sitios × 0,1 ml en días 0, 3, 7 y 14-28) ahorra un 60-80 % de vacuna respecto al esquema intramuscular, lo que es crítico cuando el suministro es limitado.

Rabia en murciélagos: Cualquier contacto con un murciélago (incluso despertar con un murciélago en la habitación, sin mordedura visible) se considera exposición categoría III según los CDC. Los dientes del murciélago son tan finos que la mordedura puede pasar completamente inadvertida. En España, el murciélago es el principal reservorio de Lyssavirus (variantes EBLV-1 y EBLV-2). Iniciar PEP completa con inmunoglobulina + vacuna.

Profilaxis antitetánica y seguimiento

Toda mordedura animal es una herida tetanígena (contaminada, con tejido desvitalizado). La evaluación del estado vacunal antitetánico es obligatoria.

Estado vacunal

Herida limpia

Herida sucia/mordedura

Vacunación completa (3+ dosis), última

No necesita refuerzo

No necesita refuerzo

Vacunación completa, última 5-10 años

Refuerzo de toxoide tetánico (Td)

Refuerzo de Td

Vacunación completa, última > 10 años

Refuerzo de Td

Refuerzo de Td + considerar Ig antitetánica

Vacunación incompleta o desconocida

Td + completar serie

Td + Inmunoglobulina antitetánica (250 UI IM) + completar serie

Signos de infección que requieren atención urgente: Eritema progresivo alrededor de la herida (> 2 cm o en expansión), linfangitis (líneas rojas ascendentes desde la herida), fiebre > 38 °C, secreción purulenta, dolor desproporcionado o creciente a las 24-48 horas, crepitación subcutánea (sugiere infección por anaerobios — emergencia), adenopatía regional dolorosa.

Calendario de revisiones: Revisión obligatoria a las 24, 48 y 72 horas post-mordedura. Las infecciones por Pasteurella aparecen típicamente en las primeras 12-24 horas. Las infecciones por estafilococos y anaerobios suelen manifestarse entre 24 y 72 horas. Cualquier empeoramiento clínico obliga a reevaluar el antibiótico y descartar absceso profundo, artritis séptica o tenosinovitis (especialmente en mordeduras de mano).

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la

formación adecuada.