



# Entre la evidencia y la experiencia: decisiones clínicas en medicina veterinaria

## Between evidence and experience: clinical decisions in veterinary medicine

### Artículo de reflexión

Luis Santodomingo<sup>1</sup>

### Resumen

El artículo examina la tensión entre la medicina veterinaria basada en evidencia (MVBE) y la “medicina por experiencia” en la decisión clínica. Propone que no son rivales: la evidencia aporta estimación de efectos, control de sesgos y rendición de cuentas; la experiencia aporta rapidez, lectura del contexto y capacidad de ejecución. El marco conceptual define MVBE como integración de evidencia científica, juicio clínico y circunstancias del paciente y su tutor/productor, subrayando que la evidencia varía en calidad y exige valorar aplicabilidad. También diferencia experiencia reflexiva de costumbre, destacando riesgos de sesgos como anclaje y cierre prematuro cuando no hay contraste con datos. El “choque” práctico surge por evidencia limitada o poco generalizable, diversidad de especies y escenarios, presión de tiempo, costos y expectativas, sobrecarga de información y exigencias regulatorias, especialmente en antimicrobianos. Como puente, se plantea decidir con evidencia suficiente, adaptar al caso y convertir la experiencia en aprendizaje verificable mediante registro, seguimiento de resultados y auditorías ligeras. Las conclusiones enfatizan transparencia del razonamiento, proporcionalidad ética, responsabilidad sanitaria y cultura de mejora continua para reducir variabilidad injustificada y fortalecer la confianza en la profesión. En síntesis, decidir bien es decidir con método, actuar con prudencia y aprender sistemáticamente del resultado.

**Palabras claves:** Antimicrobianos, aplicabilidad, evidencia, experiencia clínica.

Recibido: 16 de junio de 2025

Aceptado: 02 de febrero de 2026

*Received: 16 June 2025*

*Accepted: 02 February 2026*

### Abstract

The article examines the tension between evidence-based veterinary medicine (EBVM) and “experience-based” practice in clinical decision-making. It argues they are not rivals: evidence provides effect estimation, bias control, and accountability, while experience provides speed, contextual interpretation, and execution in real-world settings. The

---

<sup>1</sup>Universidad de la Rioja



conceptual framework defines EBVM as the integration of scientific evidence, clinical judgment, and the circumstances of the patient and owner/producer, emphasizing that evidence varies in quality and requires an explicit assessment of applicability. It also distinguishes reflective experience from mere habit, highlighting risks from cognitive biases such as anchoring and premature closure when decisions are not checked against data. The practical “clash” arises from limited or poorly generalizable evidence, species and setting diversity, time pressure, costs and expectations, information overload, and regulatory demands—especially regarding antimicrobials. As a bridge, the article proposes deciding with “sufficient” evidence, adapting to the individual case, and turning experience into verifiable learning through documentation, outcome follow-up, and lightweight audits. The conclusions stress transparent reasoning, ethical proportionality, public-health responsibility, and a culture of continuous improvement to reduce unjustified variability and strengthen trust in the profession. In short, good decisions combine method, prudence, and systematic learning from outcomes.

**Keywords:** Antimicrobials, applicability, clinical experience, clinical judgment.

## Introducción

En la práctica clínica veterinaria, cada consulta obliga a decidir bajo incertidumbre: qué diagnóstico es más probable, qué prueba agrega valor y qué intervención ofrece el mejor balance entre beneficio, riesgo, costos y bienestar. Esa toma de decisiones no ocurre en el vacío: está condicionada por el tiempo disponible, la presión del caso, la comunicación con el tutor y la calidad de la información clínica registrada. Por eso, el debate “medicina basada en evidencia” vs. “medicina por experiencia” no es un dilema abstracto, sino una discusión sobre cómo justificamos nuestras decisiones y cómo reducimos el error en escenarios reales de atención. (López et al., 2021).

La medicina veterinaria basada en evidencia (MVBE) suele definirse como la integración explícita de la mejor evidencia disponible con el juicio profesional y las circunstancias del paciente y su tutor. En este enfoque, la experiencia clínica no desaparece: se reubica como capacidad para formular buenas preguntas, interpretar hallazgos, valorar aplicabilidad (especie, edad, comorbilidades, contexto)

y dialogar con el tutor sobre expectativas y preferencias. MVBE, así entendida, busca que el “yo lo he visto funcionar” sea reemplazado (cuando corresponde) por “esto funciona, en estas condiciones, con este grado de certeza”. (RCVS Knowledge & Sense about Science, 2019).

La “medicina por experiencia” —cuando se practica sin contraste sistemático con evidencia— tiende a apoyarse en heurísticas: patrones que el clínico reconoce por exposición repetida a casos similares. Esa intuición puede ser extremadamente eficiente, especialmente en urgencias, pero también puede cristalizar rutinas, tradiciones terapéuticas o preferencias personales que se perpetúan aun cuando el contexto cambia o cuando la literatura muestra resultados distintos. La epidemiología clínica advierte que, si no se usan métodos para validar conclusiones, es fácil confundir coincidencia con causalidad o sobreestimar efectos por sesgos de selección y de observación. (López et al., 2021).

El punto crítico es que la experiencia humana es vulnerable a sesgos cognitivos: anclaje, confirmación, disponibilidad,



exceso de confianza, entre otros. En diagnóstico, el anclaje puede fijar prematuramente una hipótesis inicial y distorsionar la interpretación de datos posteriores, incluso cuando aparecen signos que deberían forzar un replanteamiento. Estudios experimentales en decisiones diagnósticas médicas han mostrado que estos sesgos pueden contribuir de manera relevante a errores, recordándonos que “más experiencia” no siempre equivale a “más exactitud” si no existen salvaguardas cognitivas y metodológicas. (Sánchez Ordóñez et al., 2025).

En veterinaria, además, la construcción de evidencia enfrenta barreras estructurales: múltiples especies, fisiologías diversas, variabilidad de sistemas productivos y un mercado fragmentado que dificulta ensayos clínicos robustos para todas las indicaciones. En el marco regulatorio europeo se reconoce explícitamente esa fragmentación por la existencia de muchas especies y la necesidad de inversiones importantes para extrapolar o ampliar autorizaciones entre especies, lo que repercute en disponibilidad y en la base de estudios. Esta realidad explica por qué, en algunos campos, el clínico debe tomar decisiones con evidencia incompleta, pero no justifica renunciar a buscarla o a jerarquizarla. (Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea [UE], 2019).

Ante esa limitación, cobra valor la idea de “evidencia desde la práctica”: historias clínicas electrónicas, auditorías clínicas, vigilancia de resultados y análisis sistemático de bases de datos hospitalarias. Cuando estos datos se capturan con calidad (definiciones, codificación, seguimiento), permiten describir patrones, evaluar efectividad en condiciones reales y detectar eventos adversos, complementando la evidencia

experimental. En contextos académicos, convertir la práctica cotidiana en información válida es una vía concreta para disminuir incertidumbre y para retroalimentar la toma de decisiones con datos propios y comparables. (López et al., 2021).

El tema se vuelve especialmente sensible en el uso de antimicrobianos, donde la decisión individual tiene externalidades poblacionales. La Organización Mundial de la Salud ha advertido que el uso excesivo e indebido de antimicrobianos en humanos, animales y plantas acelera la resistencia y compromete la capacidad de tratar infecciones. En la misma línea, la Organización Mundial de Sanidad Animal enfatiza el rol de los servicios veterinarios y del asesoramiento profesional para un uso responsable y prudente, enmarcado en el enfoque de “Una salud”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Organización Mundial de Sanidad Animal [OMSA], 2022).

La tensión entre evidencia y experiencia también está siendo empujada por la normatividad. En España, el Boletín Oficial del Estado publica el Real Decreto 666/2023, que regula distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios e incluye restricciones relevantes para antimicrobianos, reforzando trazabilidad y control del uso. A nivel de la Unión, el Reglamento (UE) 2019/6 actualiza el marco para medicamentos veterinarios buscando proteger salud pública, sanidad y bienestar animal y ambiente, a la vez que ordena el mercado y las responsabilidades asociadas al uso. Este entorno normativo vuelve insuficiente la justificación basada solo en costumbre: exige razonamiento documentable. (España, 2023; UE, 2019).



Además, la MVBE exige una dimensión comunicacional: la decisión clínica se co-construye con el tutor (o con el productor), y la adherencia depende de comprensión y acuerdos. Documentos dirigidos a propietarios, como los elaborados por la Federación Europea de Asociaciones Veterinarias de Animales de Compañía, enfatizan que no todas las infecciones requieren antibióticos, que el diagnóstico (incluido cultivo cuando aplica) es clave y que la colaboración tutor–veterinario es parte del control de infecciones. Esto muestra cómo la evidencia también se traduce en conductas y expectativas, no solo en papers. (FECAVA, 2018).

Así, el problema no es elegir entre evidencia o experiencia, sino definir una jerarquía operativa: cuándo basta la pericia, cuándo debe activarse una búsqueda rápida, cuándo corresponde una lectura crítica y cuándo el caso exige reconocer la incertidumbre y monitorizar resultados. Una introducción sólida para este artículo puede cerrar proponiendo una tesis integradora: la experiencia clínica aporta contexto y velocidad, pero la evidencia aporta control de sesgos y estimación de efecto; el estándar profesional es combinarlas de forma explícita, justificable y audit-able, especialmente en áreas de alto impacto como antimicrobianos. (RCVS Knowledge & Sense about Science, 2019; López et al., 2021).

### **Marco conceptual**

Este marco conceptual busca ordenar el lenguaje para que la discusión sea práctica: qué entendemos por “evidencia”, qué entendemos por “experiencia” y cómo ambos conceptos se conectan con la reducción de incertidumbre y error en la clínica veterinaria. En otras palabras, no es un apartado “para teorizar”, sino para dejar

claro con qué criterios se evaluarán decisiones y argumentos en el resto del artículo (López et al., 2021).

La medicina veterinaria basada en evidencia (MVBE) puede asumirse como una forma de decidir que combina (a) experiencia clínica, (b) la mejor evidencia científica disponible y (c) lo adecuado para el animal y su responsable, considerando circunstancias y contexto (RCVS Knowledge & Sense about Science, 2019).

En este marco, “evidencia” no es solo “artículos”: incluye observaciones sistemáticas, datos clínicos organizados y resultados de investigación bien diseñada; además, exige valoración crítica y capacidad de recuperar información de manera eficiente para que sea útil en la práctica diaria (López et al., 2021).

La MVBE también implica reconocer límites estructurales del conocimiento veterinario: es difícil generar evidencia para “cada escenario posible” por la diversidad de especies, además de restricciones de tiempo y recursos; por eso, el enfoque correcto no es “evidencia perfecta”, sino evidencia suficientemente buena, relevante y aplicable, explicitando incertidumbre (RCVS Knowledge & Sense about Science, 2019).

La aplicabilidad (validez externa) es una idea central: incluso con buena evidencia, el paciente real puede no “encajar” por edad, comorbilidades, ambiente, manejo, adherencia y diferencias biológicas. En pequeños animales, por ejemplo, las guías de vacunación reconocen que un porcentaje pequeño puede no responder adecuadamente por factores como anticuerpos maternos persistentes, lo que obliga a ajustar protocolos (Squires et al., 2024).



“Experiencia clínica” no equivale a “costumbre”: en sentido fuerte es competencia para reconocer patrones, priorizar riesgos y ejecutar planes en condiciones reales. Pero ese mismo uso de atajos mentales (heurísticas) puede volverse falible y producir errores cognitivos (anclaje, confirmación, cierre prematuro) si no se contrasta con datos y revisión crítica (Mandell, 2024).

El puente integrador que usará el artículo es un ciclo simple: decidir con evidencia relevante + juicio clínico + contexto, y volver medible la experiencia mediante seguimiento (outcomes), reevaluación y registro clínico. En veterinaria, el uso de historias clínicas electrónicas y el análisis sistemático de datos permiten transformar la práctica en información válida y retroalimentar la toma de decisiones (López et al., 2021).

### **El choque en la práctica**

La tensión nace porque la consulta obliga a decidir antes de tener certeza completa. La MVBE sugiere pasos (preguntar, buscar, valorar, aplicar, evaluar), pero el entorno clínico introduce prisa, emociones, costos y presión por resultados. En ese choque, la experiencia aporta velocidad; la evidencia aporta control de sesgos y justificación (RCVS Knowledge & Sense about Science, 2019).

Un origen frecuente del conflicto es la brecha de evidencia: falta una base amplia y directa para muchas preguntas veterinarias y, aun cuando existe, puede ser difícil mantenerse actualizado. Ese “vacío” empuja a resolver con tradición clínica, analogías o lo que “ha funcionado” localmente (RCVS Knowledge & Sense about Science, 2019).

La diversidad de especies y escenarios (compañía, producción, fauna silvestre)

amplifica el problema: cuesta extrapolar resultados entre poblaciones, y el clínico percibe que la evidencia no conversa con su caso. El choque no es que la evidencia “no sirva”, sino que requiere un trabajo explícito de aplicabilidad y ajuste que muchas veces no cabe en la dinámica asistencial (RCVS Knowledge & Sense about Science, 2019; Squires et al., 2024).

El tiempo es otro detonante: cuando hay urgencia o alta carga de trabajo, domina el reconocimiento de patrones y la heurística. Esto es útil, pero puede llevar a errores como anclaje y cierre prematuro si no se hace una pausa deliberada para reabrir diferenciales o pedir el dato “que falta” (Mandell, 2024).

La tensión se agrava por sobrecarga de información: hay más estudios, guías y recomendaciones, pero no siempre son consistentes o fáciles de traducir a decisiones concretas. Incluso cuando hay evidencia nueva, puede existir retraso entre publicación y cambio real de recomendaciones o de práctica, lo que alimenta la sensación de “lo nuevo cambia todo” y refuerza el refugio en la experiencia (Sellers et al., 2021).

En paralelo, existen barreras operativas clásicas para aplicar MVBE en consulta: falta de tiempo para buscar literatura clave, dificultades para evaluar calidad metodológica y problemas para aplicar hallazgos a un caso con restricciones reales; esto hace que “usar evidencia” compita con “resolver el caso hoy” (Sellers et al., 2021).

La presión no viene solo del consultorio: propietarios y público tienen más acceso a información, y eso genera expectativas (y a veces exigencias) de que la medicina sea cada vez más “científica” y justificable. El choque aparece cuando el tutor exige una acción inmediata, mientras la evidencia



sugiere esperar, confirmar diagnóstico o priorizar medidas no farmacológicas (Sellers et al., 2021).

El uso de antimicrobianos es el ejemplo más nítido de la tensión: tratar “por si acaso” puede ser psicológicamente tranquilizador, pero el uso excesivo e inapropiado acelera la resistencia antimicrobiana, reconocida como una amenaza relevante de salud pública. Esto convierte una decisión individual en un problema con externalidades poblacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Además, el choque se endurece cuando entra la normativa: la prescripción de medicamentos veterinarios (incluidos antimicrobianos) queda sujeta a requisitos de registro, control y justificación que reducen el espacio de la “costumbre” como argumento. En España, el España regula distribución, prescripción, dispensación y uso en el Real Decreto 666/2023, y en la Unión Europea el Reglamento (UE) 2019/6 enmarca obligaciones y criterios sobre medicamentos veterinarios (España, 2023; Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2019).

En la práctica, el puente más operativo para reducir la tensión es usar herramientas “ligeras” que conviertan la MVBE en conducta clínica: preguntarse si la infección bacteriana es probable, si el antimicrobiano es necesario, qué alternativa no antimicrobiana existe, qué pauta seguir, qué dosis/duración usar y cuándo reevaluar. Ese enfoque está sintetizado en la infografía de “seis momentos” promovida por World Small Animal Veterinary Association y FECAVA (FECAVA & WSAVA, 2024).

## Conclusiones

La discusión entre medicina veterinaria basada en evidencia y “medicina por experiencia” no debería leerse como una competencia entre dos bandos, sino como una descripción de dos fuentes de conocimiento que cumplen funciones distintas en la consulta. La evidencia aporta estimación de efectos, control de sesgos y coherencia; la experiencia aporta contextualización, priorización de riesgos y capacidad de ejecución en condiciones reales. El problema aparece cuando cualquiera de las dos se absolutiza: la evidencia como protocolo inflexible o la experiencia como autoridad incuestionable.

En la práctica, la mejor toma de decisiones surge cuando el clínico explicita su razonamiento: qué hipótesis prioriza, qué evidencia considera suficiente, qué supuestos está aceptando y cómo ajusta al contexto del paciente y del tutor/productor. Esta explicitación no solo mejora la calidad técnica, también fortalece la relación clínica, porque vuelve transparentes los límites, la incertidumbre y el plan de seguimiento. Decidir bien no es “tener siempre razón”, sino construir decisiones defendibles, proporcionales y revisables.

Un punto crítico del artículo es que la tensión tiene consecuencias que trascienden al caso individual, especialmente en áreas como el uso de antimicrobianos. Allí, el criterio clínico debe incorporar no solo eficacia inmediata, sino impacto poblacional, riesgos de resistencia y responsabilidad profesional. En un entorno donde la regulación se intensifica y la trazabilidad se vuelve norma, la costumbre deja de ser un argumento suficiente: se vuelve



indispensable justificar y documentar con criterios clínicos y evidencia aplicable.

La integración efectiva de evidencia y experiencia requiere condiciones habilitantes: acceso rápido a recursos confiables, guías aplicables, hábitos de lectura crítica “ligera” y, sobre todo, sistemas simples de medición y aprendizaje (registro de resultados, auditorías mínimas, discusión de casos). Esto convierte la experiencia en una experiencia “auditada”: menos dependiente de memoria selectiva y más apoyada en resultados observables. A nivel institucional y académico, el desafío es formar clínicos que no solo “sepan”, sino que sepan cómo actualizarse, cómo

decidir bajo incertidumbre y cómo evaluar su práctica.

El camino más sólido no es elegir entre evidencia o experiencia, sino sostener una cultura clínica donde las decisiones sean metodológicas sin perder flexibilidad, y humanas sin perder rigor. Una veterinaria moderna y responsable necesita profesionales que usen evidencia suficiente, ajusten con juicio clínico, comuniquen con claridad y aprendan de sus resultados. Ese puente —evidencia aplicable + experiencia verificable— es el que reduce variabilidad injustificada, mejora bienestar animal y fortalece la confianza social en la profesión.

## Referencias

- España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2023, 18 de julio). Real Decreto 666/2023, de 18 de julio, por el que se regula la distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-16727-consolidado.pdf>
- Federación Europea de Asociaciones Veterinarias de Animales de Compañía (FECAVA) Working Group on Hygiene and the Use of Antimicrobials in Veterinary Practice. (2018, octubre). Recomendaciones de FECAVA para los propietarios de animales sobre el uso responsable de los antibióticos y el control de las infecciones [Póster]. <https://www.fecava.org/wp-content/uploads/2020/01/FECAVA-Advice-to-Companion-Animal-Owners-on-Responsible-use-of-Antibiotics-and-Infection-Control-SPANISH.pdf>
- López, C., Loiza, Y., Sierra, M. F., Cornero, F., Safar, S., Sanz, R., Gallardo, M. D., Suppo, J., & Suraniti, A. (2021). Epidemiología clínica: información en salud. *InVet*, 23(1), 1–11. <https://www.fvet.uba.ar/archivos/publicaciones/invet/vol23-1-2021/art-10-vol23-1-2021.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de noviembre). Resistencia a los antimicrobianos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
- Organización Mundial de Sanidad Animal. (2022). Estrategia sobre la resistencia a los agentes antimicrobianos y su uso prudente: Preservando la eficacia de los antimicrobianos. <https://www.woah.org/app/uploads/2021/12/es-amr-strategy-2022-final-pages-1.pdf>



- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2019, 7 de enero). Reglamento (UE) 2019/6 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2018, sobre medicamentos veterinarios y por el que se deroga la Directiva 2001/82/CE. Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE). (Edición BOE). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2019-80010>
- RCVS Knowledge, & Sense about Science. (2019). Evidence-based veterinary medicine matters: Our commitment to the future. Sense about Science. <https://senseaboutscience.org/wp-content/uploads/2019/11/SaS-VeterinaryScience-111119-final-PDF.pdf>
- Sánchez Ordóñez, M. I., Rubio Moraga, Á. L., & Bermejo Velasco, P. E. (2025). Impacto del sesgo de anclaje en la toma de decisiones diagnósticas médicas: un estudio experimental. *Revista Española de Salud Pública*, 99. (Registro en Dialnet). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10526555>
- España. (2023, 18 de julio). Real Decreto 666/2023, de 18 de julio, por el que se regula la distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-16727>
- Federation of European Companion Animal Veterinary Associations [FECAVA] & World Small Animal Veterinary Association [WSAVA]. (2024). Seis momentos en la prescripción veterinaria de antimicrobianos [Infografía]. [https://wsava.org/wp-content/uploads/2024/05/FECAVA\\_6MOMENTS\\_SPANISH.pdf](https://wsava.org/wp-content/uploads/2024/05/FECAVA_6MOMENTS_SPANISH.pdf)
- López, C., Loiza, Y., Sierra, M. F., Cornero, F., Safar, S., Sanz, R., Gallardo, M. D., Suppo, J., & Suraniti, A. (2021). Epidemiología clínica: información en salud. *InVet*, 23(1), 1–11. <https://www.fvet.uba.ar/archivos/publicaciones/invet/vol23-1-2021/art-10-vol23-1-2021.pdf>
- Mandell, B. F. (2024, julio). Errores cognitivos en la toma de decisiones médicas. Manual MSD, versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/temas-especiales/toma-de-decisiones-m%C3%A9dicas/errores-cognitivos-en-la-toma-de-decisiones-m%C3%A9dicas>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de noviembre). Resistencia a los antimicrobianos (ficha informativa). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
- Organización Mundial de Sanidad Animal. (2022). Preservando la eficacia de los antimicrobianos: Estrategia sobre la resistencia a los agentes antimicrobianos y su uso prudente. <https://www.woah.org/app/uploads/2021/12/es-amr-strategy-2022-final-pages-1.pdf>
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2019, 7 de enero). Reglamento (UE) 2019/6 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2018, sobre medicamentos veterinarios y por el que se deroga la Directiva 2001/82/CE. Diario Oficial de la Unión Europea. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2019/6/oj?locale=es>



- RCVS Knowledge, & Sense about Science. (2019). Evidence-based veterinary medicine matters: Our commitment to the future. <https://senseaboutscience.org/wp-content/uploads/2019/11/SaS-VeterinaryScience-111119-final-PDF.pdf>
- Sellers, E., Baillie, S., Dean, R., Warman, S., Janicke, H., Arlt, S. P., Boulton, C., Brennan, M., Brodbelt, D., Brown, F., Buckley, L., Du, M., Gallop, E., Goran, G., Grindlay, D. J. C., Haddock, L., Ireland, J., McGowan, C., ... Verheyen, K. (2021). Promoting evidence-based veterinary medicine through the online resource 'EBVM Learning': User feedback. *Veterinary Evidence*, 6(1). <https://doi.org/10.18849/VE.V6I1.392>
- Squires, R. A., Crawford, C., Marcondes, M., & Whitley, N. (2024). Pautas para la vacunación de perros y gatos 2024: Compilado por el Grupo de Directrices de Vacunación (GDV) de la Asociación Mundial de Veterinarios de Pequeños Animales (WSAVA). *Journal of Small Animal Practice*. <https://wsava.org/wp-content/uploads/2024/05/ESP.-J-of-Small-Animal-Practice-2024-Squires-2024-guidelines-for-the-vaccination-of-dogs-and-cats-compiled-by-the.pdf>