

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN TRAS EXPOSICIÓN

POTENCIAL AL VIRUS DE LA RABIA

Revisado en diciembre de 2016 por el Servicio de Medicina Preventiva

INTRODUCCIÓN

Debe valorarse el riesgo de rabia ante toda mordedura de **perro, gato, hurón, mofeta, zorro u otros carnívoros**. En cambio, ardillas, hámsteres, cobayas, ratas, ratones, conejos o liebres no son reservorios del virus, y no hay constancia de transmisión del virus de la rabia por mordedura de estos a humanos.

La España peninsular y las islas han estado libres de casos autóctonos de rabia desde 1978. Únicamente en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se dan, de forma esporádica, casos importados de rabia en perros.

COMPONENTES FUNDAMENTALES DE LA PROFILAXIS ANTIRRÁBICA POSTEXPOSICION:

1. Tratamiento local de la herida, que deberá iniciarse en todos los casos tan pronto como sea posible tras la exposición.- Esta medida inicial de profilaxis antirrábica reduce marcadamente la probabilidad de infectarse por el virus de la rabia, al eliminar o inactivar el virus inoculado en el punto de infección por métodos físicos o químicos. Abarcará todas las zonas lesionadas, e incluirá:

- Lavado exhaustivo de la herida bajo un fuerte chorro de agua y limpieza con jabón durante un periodo aproximado de cinco minutos (si es posible 15 minutos), retirando todo tipo de cuerpos extraños y zonas desvitalizadas.
- Aclarado de la herida con agua abundante para eliminar todas las partículas restantes de jabón.
- Aplicación de un desinfectante mediante irrigación, entre los que cabe citar el alcohol etílico (40-70%) y la tintura o solución acuosa yodada (10%) / povidona yodada.
- Podrá suturarse la herida, aunque no se recomienda hacerlo salvo que sea inevitable por razones de estética o conservación de los tejidos. Las suturas quedaran laxas y no interferirán la salida libre de sangre y líquidos de drenaje. Si se precisa infiltrar inmunoglobulina antirrábica, se hará siempre antes de suturar.
- En heridas susceptibles de contaminación, se podrán administrar antibióticos para prevenir infecciones secundarias a la mordedura.
- Se aplicara profilaxis antitetánica según los antecedentes de vacunación del paciente (**anexo 1**).

2. Aplicación de vacuna antirrábica e inmunoglobulina antirrábica humana.- La decisión de iniciar el tratamiento (profilaxis) y determinar cual se realizará, se recomienda de acuerdo con valoración del riesgo (**tabla 1**). La profilaxis postexposición se puede interrumpir si se comprueba, mediante pruebas de laboratorio apropiadas, que el animal sospechoso no está rabioso o, en el caso de perros y gatos domésticos, que el animal permanece sano durante un periodo de observación de 14 días

TABLA 1.- VALORCIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN:

SITUACIÓN	RIESGO DE LA EXPOSICIÓN	ACTUACIÓN A SEGUIR
- Agresiones sin lesiones en la piel, lameduras sobre piel íntegra - Exposición accidental durante vacunación a animales con una vacuna antirrábica de virus vivo atenuado	Tipo I (no riesgo)	No necesita profilaxis (salvo si la exposición es a quirópteros)
- Mordisqueo/mordisco de la piel desnuda o arañazos superficiales que no sangran - Casos análogos a los del Tipo I sin información fiable	Tipo II	Vacunación (ver tabla 2)
- Mordedura única/múltiple o arañazo que perforan la dermis (independientemente de su localización) - Lamido de mucosas o en heridas abiertas o en vías de cicatrización. Esta clasificación no hace distinciones entre mordeduras en zonas cubiertas o descubiertas, ya que una mordedura a través de la ropa puede ser grave y permitir la entrada de saliva en la herida pese a la misma - Cualquier exposición a quirópteros (murciélagos)	Tipo III	Vacunación (ver tabla 2) y administración de inmunoglobulina

TABLA 2.- PAUTAS DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

TIPO DE PROFILAXIS	PAUTA DE ELECCIÓN (a)	PAUTA ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Preexposición	3 dosis: días 0-7-28 (con vacuna Rabipu®) 4 dosis: días 0-7-28, refuerzo a los 12 meses (con vacuna Merieux®)	3 dosis: días 0-7-21 (con vacuna Rabipu®)	Ver nota (b)
Postexposición (paciente no vacunado previamente)	5 dosis: días 0-3-7-14-28 (pauta Essen)	4 dosis: días 0-0-7-21 (el día 0 se administran 2 dosis, una en cada deltoides) (pauta Zagreb)	- En inmunodeprimidos [ver nota (c)], heridas múltiples, heridas craneofaciales o en áreas profusamente inervadas o si se retrasa el inicio del tratamiento, se puede realizar una pauta Essen modificada (días 0-0-3-7-14-28) (el día 0 se administran 2 dosis, una en cada deltoides) - En sanos inmunocompetentes que hayan

			recibido cuidados en la herida más inmunoglobulina, se acepta una pauta de 4 dosis (0-3-7-14 días)
Postexposición (vacunación completa en los 5 años previos)	2 dosis: días 0 y 3		No es necesario administrar inmunoglobulina
Postexposición (vacunación incompleta o hace más de 5 años)	5 dosis: días 0-3-7-14-28		Valorar administrar inmunoglobulina según riesgo de la exposición

(a) Pueden emplearse en mujeres embarazadas. Las dosis son iguales para niños y para adultos. Dado que se han descrito periodos de incubación extraordinariamente prolongados, los pacientes susceptibles de recibir profilaxis postexposición la iniciarán con independencia del tiempo transcurrido desde dicha exposición.

(b) Dosis de recuerdo a pacientes que continúen en riesgo de exposición:

b.1) Para personal de laboratorio: (i) vigilancia serológica cada 6 meses, y administrar dosis de refuerzo si los anticuerpos antirrábicos son $<0,5$ UI/ml, o (ii) administrar dosis de refuerzo al año de la pauta primaria y realizar analítica 5 años más tarde.

b.2) Para quienes manipulen murciélagos o animales sospechosos de rabia, vigilancia serológica cada 2 años, y (i) si los anticuerpos antirrábicos son $<0,5$ UI/ml, administrar una dosis de refuerzo y efectuar posterior control serológico al menos 15 días tras la vacunación (interrumpiendo mientras tanto su trabajo de exposición al riesgo); o (ii) si los anticuerpos antirrábicos son $\geq 0,5$ UI/ml, realizar control serológico cada 3-5 años, y si los títulos caen por debajo de ese nivel, administrar una dosis de refuerzo.

b.3) Para viajeros que vuelvan a áreas de riesgo con deficiente acceso al sistema sanitario: (i) realizar control serológico 2 años después de la serie primaria; (ii) administrar dosis de refuerzo 2 años después de la serie primaria; o (iii) realizar profilaxis específica sólo en caso de exposición.

(c) En inmunodeprimidos, realizar serología postvacunal 2-4 semanas tras la última dosis (tanto en profilaxis pre- como postexposición) y valorar administrar una dosis de vacuna adicional.

USO DE INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA:

- No es necesaria para quienes han recibido una pauta vacunal completa en pre- y postexposición.
- Cuando está indicada, se administrará si es posible en las primeras 24 horas postexposición, y siempre junto con la primera dosis de la vacuna. No debe administrarse si ha transcurrido más de una semana tras la recepción de la vacuna, porque puede interferir con la producción activa de anticuerpos por ésta.
- La dosis recomendada es de 20 UI / Kg de peso (tanto en niños como en adultos), infiltrando la mayor cantidad posible localmente alrededor de la herida y el resto vía intramuscular en región glútea en dosis única.
- Se administrará toda la dosis alrededor o en el interior de la herida. Si el área a inocular fuera pequeña y la cantidad de inmunoglobulina mucha, se administrará el resto de ésta, en dosis única, por vía intramuscular en una zona alejada de la vacuna. Si fuesen muchas las áreas a inocular e

insuficiente la dosis calculada para infiltrar todas las heridas, se podrá diluir la inmunoglobulina con suero salino a 1/2 o 1/3.

- La protección pasiva dura unos 21 días.

ANEXO 1.- PAUTAS DE ACTUACION PARA LA PROFILAXIS ANTITETANICA EN HERIDAS

Antecedentes de vacunación	Herida limpia		Herida tetanígena	
	Td	Gamma-globulina	Td	Gammaglobulina (a)
<3 dosis o desconocido	Completar vacunación	No	Completar vacunación	Sí (b)
3-4 dosis	1 dosis (sólo si la última dosis fue hace más de 10 años)	No	Poner un refuerzo sólo si la última dosis fue hace más de 5 años	Sólo en heridas de alto riesgo (c)
>4 dosis	No	No	Poner un refuerzo sólo si la última dosis fue hace más de 10 años y según cómo sea la herida	Sólo en heridas de alto riesgo (c)

(a) en inmunodeprimidos y UDVP con herida tetanígena, administrar siempre gammaglobulina
(b) dosis de gammaglobulina = 250 UI (se administrarán 500 UI en: heridas de más de 24 horas de evolución, paciente con peso >90 kg, heridas con alto riesgo de contaminación o infectadas, quemaduras y fracturas)
(c) Heridas de alto riesgo: heridas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o con grandes zonas de tejido desvitalizado

BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Disease Control and Prevention. Cathleen A. Hanlon, David R. Shlim. Traveller's Health. Chapter 3. Infectious Diseases Related To Travel. Rabies. Yellow book, 2016.
- Navarro Alonso JA, Bernal González PJ. Manual de vacunas en línea. Rabia. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP), 2016.
- Protocolo de actuación ante mordeduras o agresiones de animales (tratamiento postexposición). Ministerio de Sanidad, 2013.
- World Health Organization. Rabies vaccines: WHO Position Paper. Wkly Epidemiol Rec. 2010;85:309-20.
- Centers for Disease Control and Prevention. Human Rabies Prevention-United States, 2008 Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR. 2008;57(RR03):1-28.
- Vacunación en adultos: recomendaciones. Vacuna de difteria y tétanos. Actualización 2009. Ministerio de Sanidad.