

Vista creada el 10/02/2026 a las 18:05 h

## Rabia

Agosto 2024

### 1. INTRODUCCIÓN

- La rabia es una zoonosis conocida desde hace más de 4000 años, que se manifiesta generalmente como una encefalomielitis aguda progresiva con una tasa de letalidad cercana al 100 %. Aunque la vacunación masiva de mamíferos carnívoros, especialmente perros, ha logrado grandes avances en el control de la enfermedad, el virus ha logrado adaptarse y mantenerse activo mediante otros reservorios salvajes. Este hecho subraya la importancia de la vacunación, que en la mayoría de los casos previene esta enfermedad mortal, transmitida a través de mordeduras o arañazos de animales infectados.
- La rabia sigue siendo una amenaza global, presente en más de 150 países y territorios, siendo los perros la principal fuente de transmisión, responsables del 99 % de los casos en humanos. Los niños menores de 15 años son especialmente vulnerables, representando el 40 % de las mordeduras por animales sospechosos de rabia. Aunque la vacunación contra la rabia no está incluida en los calendarios de vacunación rutinaria, se recomienda en situaciones específicas, tanto para prevención preexposición como posexposición. En los últimos años, las pautas de profilaxis han evolucionado hacia esquemas más sencillos y accesibles, facilitando su aplicación y reduciendo costos.

### 2. EL PATÓGENO

- El virus de la rabia, un virus neurotropo ARN, pertenece al género *Lyssavirus*, dentro de la familia *Rhabdoviridae*. Existen 16 especies de *Lyssavirus*, muchas aisladas en murciélagos y algunas recientemente descritas, como *Lleida bat Lyssavirus*, aislado en 2011 en un murciélagos de Cataluña.
- La rabia es una encefalomielitis aguda progresiva causada por un virus neurotrópico con forma de bala al microscopio y envuelto en una nucleocápside. En condiciones ambientales puede persistir activo algunas horas, siendo muy sensible a la acción de jabones, detergentes, etanol al 45 % o soluciones iodadas y de factores ambientales como el calor y la luz ultravioleta, de ahí la recomendación de realizar un lavado enérgico de la herida como primera medida terapéutica tras la mordedura. Aunque la rabia es una zoonosis de alcance casi universal, responsable de decenas de miles de muertes anuales, su principal transmisor a los humanos es el perro, especialmente a través de mordeduras que permiten que el virus entre en contacto con tejidos vulnerables. Otros animales, como murciélagos y carnívoros salvajes, también actúan como reservorios naturales, aunque la transmisión entre humanos no se ha documentado, ni tampoco a través del consumo de carne o leche cruda de animales infectados.

### 3. EPIDEMIOLOGÍA Y TRANSMISIÓN

- La rabia forma parte del grupo de las Enfermedades Olvidadas según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y mata anualmente a unos 59 000 individuos en todo el planeta, el 95 % de ellos en África y Asia, habitantes de regiones rurales y pobres. Las cifras reales de mortalidad son probablemente mayores, pues muchos casos se producen en niños erróneamente diagnosticados de meningitis, sepsis o malaria cerebral. Dada su innata atracción por los animales, los niños son víctimas frecuentes de mordeduras (la mitad de los casos que se notifican en el mundo ocurren en menores de 15 años).
- En el caso de los viajeros, su riesgo es proporcional al contacto que tengan con mamíferos potencialmente rabiosos (en general, muy bajo). En los países enzootícos de rabia canina se notifica una media de 100 mordeduras de riesgo cada 100 000 habitantes/año. Cabe recordar que, una vez que el virus ha alcanzado el sistema nervioso central, la rabia se convierte en una enfermedad invariablemente mortal.
- La rabia forma parte del grupo de las Enfermedades Olvidadas según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aunque existe una importante infraestimación debido a los deficientes sistemas de registro de muchos países se considera, a nivel mundial, que la rabia causa aproximadamente 60 000 muertes humanas al año en más de 150 países, siendo Asia y África las regiones más afectadas, con el 95 % de los casos. Aunque la mayoría de los casos de rabia son causados por perros, y la enfermedad está estrechamente vinculada a poblaciones rurales pobres, la rabia por mordedura de perros ha sido prácticamente eliminada en Europa occidental, América del Norte, Japón y algunas partes de América Latina. La rabia transmitida por murciélagos es ahora la forma más común de la enfermedad en las Américas, mientras que la rabia importada sigue siendo una amenaza en países donde la enfermedad ha sido controlada.
- En Europa, durante 2023 y 2024, se han registrado casos esporádicos de rabia, principalmente relacionados con murciélagos. La Comisión Europea ha financiado programas de erradicación en la fauna silvestre, especialmente en países de Europa Central y Oriental, donde la rabia sigue siendo prevalente en animales salvajes como zorros y perros mapaches. Estos esfuerzos incluyen la vacunación oral de carnívoros en áreas definidas, con el objetivo de eliminar la rabia en animales domésticos y salvajes. Sin embargo, la vigilancia sigue siendo crucial, especialmente en las fronteras y en áreas con poblaciones de murciélagos hematófagos.

- En España, la rabia terrestre ha sido erradicada desde 1978, aunque se han comunicado casos esporádicos importados, principalmente en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, debido a su proximidad con Marruecos. En 2023 y 2024, se confirmaron casos de rabia en perros en Melilla, lo que subraya la importancia de la vigilancia y la vacunación en áreas fronterizas. Las autoridades españolas han actualizado su Plan de Contingencia para la rabia, implementando medidas preventivas y de respuesta rápida para controlar la propagación de la enfermedad. Además, se han intensificado las campañas de concienciación y la profilaxis postexposición sigue siendo esencial para prevenir casos de rabia en humanos.
- La rabia humana transmitida por perros afecta principalmente a comunidades rurales de bajos recursos, donde los niños son los más vulnerables, representando el 40 % de las personas mordidas por animales sospechosos de rabia. La falta de conciencia y el acceso limitado a la profilaxis posexposición en estas áreas contribuyen a que la mayoría de las muertes (80 %) ocurran en zonas rurales. Es crucial que los viajeros, especialmente los niños, tomen precauciones en áreas enzooticas de rabia, evitando el contacto con animales como perros y murciélagos, para reducir el riesgo de infección.
- El riesgo de contraer la rabia después de una mordedura oscila entre el 5 % y el 80 %, dependiendo de: a) la especie animal agresora; b) la gravedad y la localización de la herida; c) la infectividad de la saliva animal; d) la cantidad de inóculo; e) el tipo de cuidados de la herida; f) los factores del huésped; y g) el tipo de virus.
- La transmisión por contacto directo a causa de mordedura de un mamífero infectado portador de virus o por unión de saliva con herida reciente, durante todo el periodo de la enfermedad desde 3 a 5 días antes de los síntomas y en murciélagos desde 15 días antes (por ello se recomienda la vigilancia del animal los 10 días siguientes al ataque).
- El periodo de incubación es de 3 a 8 semanas (aunque a veces es mucho más, incluso meses o años). El tiempo que tardan en aparecer los síntomas de la enfermedad depende de diversos factores como: cercanía del sistema nervioso central al punto de inoculación, existencia de mordeduras múltiples y profundidad, inervación de la zona, variante del virus y cantidad de virus inoculado, y si se ha hecho o no tratamiento inmediato de las heridas. Así, inoculaciones en cabeza, cuello y extremidades superiores, tienden a desarrollar la enfermedad antes. En más del 90 % de los pacientes los síntomas comienzan en el primer año tras la exposición.
- La transmisión se produce a través de la saliva, tras la mordedura o arañazo procedente de un animal enfermo. Es necesaria la inoculación del virus en el tejido subcutáneo, existiendo también riesgo de contagio cuando la saliva del animal enfermo contacta con mucosas o con piel dañada. Testimonialmente se han declarado casos tras trasplante de órganos contaminados, mediante inhalación de aerosoles o por vía sexual. El contagio interhumano, aunque posible, es anecdotico. La manipulación sin protección adecuada de órganos o de tejido nervioso de un animal rabioso implica el riesgo de adquirir la enfermedad. La OMS divide en tres categorías las situaciones o contactos de riesgo, definiendo para cada contexto una actuación bien definida ([tabla 1](#)).
- España está considerada zona libre de rabia humana, pero se comunican ocasionalmente casos importados de rabia canina. En este [enlace](#) puede consultarse el listado de países enzooticos de rabia.

**Tabla 1. Recomendaciones de la OMS según tipo de contacto con animal potencialmente transmisor de la rabia.**

| Tipo de exposición                  | Categoría I  | Categoría II   | Categoría III  |
|-------------------------------------|--|--|--|
|                                     | Tocar, alimentar o ser lamido por animales sobre piel intacta<br><br>No exposición | Mordisqueos de la piel desnuda sin sangrado. Arañazos o escoriaciones sin sangrado<br><br>Exposición | Una o más mordeduras o arañazos transdérmicos.<br><br>Contaminación de las mucosas o de la piel erosionada, por saliva, después del lamido de un animal.<br><br>Exposición por contacto directo con murciélagos.<br><br>Exposición grave |
| Medidas profilácticas posexposición | Ninguna  | Tratamiento local de la herida y vacunación, de inmediato  | Rápido tratamiento local de la herida, vacunación y administración de inmunoglobulina antirrábica  |

## PATOGENIA

- Tras ser inoculado en el tejido muscular de la víctima, el virus se replica y atraviesa la unión neuromuscular. El virus de la rabia posee diversos mecanismos para la evasión de las defensas del hospedador, entre los que destacan la inhibición en la expresión de determinados genes involucrados en la respuesta inmune, el secuestro de patrones moleculares asociados a patógenos o la modulación de la producción de determinadas citocinas por parte de las células presentadoras de antígeno. Mediante transporte axonal retrógrado, asciende hasta el sistema nervioso central (SNC), donde se produce una replicación masiva del virus. No existe habitualmente viremia. La afectación del sistema límbico provoca la conducta agresiva en el animal que le predispone a morder. Desde el SNC, los viriones se dispersan ahora de forma centrífuga, utilizando las redes axonales para depositarse en órganos periféricos diana, entre los que destacan las glándulas salivares, lugar donde también se replican. En autopsias se detectan virus en miocardio, glándula lacrimal, riñón, bazo, páncreas, ganglios linfáticos, hígado y suprarrenales.

## 4. CLÍNICA Y COMPLICACIONES

• El período de incubación oscila entre 4 días y varios años, pero en el 60 % de los casos se encuentra entre los 20 y los 90 días. Cuanto más cerca de la cabeza se produzca la mordedura, más corto será el período de incubación. Existe una constelación de síntomas prodrómicos que anteceden en una semana a las manifestaciones clínicas más graves. Estos síntomas iniciales incluyen: prurito y parestesias circundando la mordedura, fiebre, migajas, fatiga, odinofagia, síntomas gastrointestinales, irritabilidad e insomnio. El cuadro clínico puede ser de dos tipos: encefalítico o clásico (también conocido como rabia furiosa) o paralítico. Se conocen dos formas de presentación de la enfermedad:

- En la forma **encefalítica o furiosa**, la más común en humanos, se produce en el 80 % de las ocasiones, destaca la hidrofobia, manifestada por espasmos faríngeos y disfagia al intentar beber. Pueden aparecer con la simple mención o visión del agua y también, en algunos casos, tras la exposición a corrientes de aire. Aparecen dolorosos espasmos diafragmáticos al inspirar, tos, atragantamiento e hipersalivación. Luego, fiebre/hipotermia, paranoia, alucinaciones, agresividad, alternando con períodos de calma, disartria, arritmias, distonías, opistotónos, convulsiones, estupor, y finalmente, coma y muerte tras apnea o colapso cardiocirculatorio
  - Menos frecuente, es la presentación **paralítica**, la cual comienza con los síntomas prodrómicos, a lo que se suman parestesias centripetas desde el lugar de la mordedura, hipotonía, fasciculaciones, estreñimiento, retención urinaria, hidrofobia, parálisis fláccida ascendente y fallo respiratorio
- El cuadro puede durar de una a dos semanas y por lo general sobreviene la muerte a consecuencia de la parálisis respiratoria o fallo cardiaco. En ausencia de cuidados intensivos la muerte se suele producir en los dos o tres días siguientes a la hospitalización. Tan solo hay descritos 15 casos de pacientes de rabia que han sobrevivido a la enfermedad, y presentan por lo general secuelas graves.

## 5. DIAGNÓSTICO

• La detección de casos sospechosos o probables de rabia en animales puede surgir a partir de agresiones, comportamientos inexplicables, o la presencia de animales provenientes de zonas endémicas que no cumplen con los requisitos de seguridad. Estos casos suelen ser identificados por centros de atención primaria, hospitales, fuerzas de seguridad, clínicas veterinarias, y centros de protección animal. En el caso de animales silvestres, la detección recae en guardas forestales, SEPRONA, centros de recuperación de fauna y comunidades de cazadores. Además, veterinarios, inspectores de sanidad animal en fronteras y servicios oficiales durante la cuarentena de animales agresores también desempeñan un papel crucial en la identificación de posibles casos de rabia.

• En la valoración en nuestro medio de un paciente proveniente de un área enzoótica de rabia, como ocurre con otras enfermedades importadas, la clave está en la sospecha clínica inicial. En ocasiones, el paciente no recuerda el antecedente de haber interaccionado con el animal enfermo, especialmente en el caso de los murciélagos, ya que sus arañazos o mordeduras pueden pasar inadvertidas.

• En la vigilancia y detección de caso de rabia animal, según el [Plan de contingencia para el control de la rabia terrestre en animales en cautividad y silvestres en España](#) (Noviembre 2023), los criterios para clasificar casos de rabia en animales son:

- **Criterio clínico:** incluye cualquier animal con cambios de comportamiento inexplicables, agresiones no provocadas, signos clínicos como hipersalivación, parálisis, o muerte dentro de los 10 días posteriores
  - **Criterio epidemiológico:** se refiere a animales que han estado en contacto con un caso confirmado o probable de rabia en los últimos 30 días, que han viajado a países con rabia endémica en los últimos 3 meses sin estar vacunados, o procedentes de áreas de restricción como Ceuta y Melilla
  - **Criterio de laboratorio:** implica la confirmación de la rabia mediante pruebas de laboratorio específicas
- Los casos en animales se clasifican como sospechosos si cumplen con el criterio clínico o epidemiológico, como probables si cumplen con ambos, y como confirmados si cumplen con el criterio de laboratorio. Los casos sospechosos y probables se consideran bajo investigación.
- La vigilancia de la rabia humana se hará de acuerdo al Protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) donde se podrá consultar las definiciones de caso sospechoso, probable o confirmado.
- Cabe hacer diagnóstico diferencial entre la rabia y otras enfermedades con afectación del SNC: otras encefalitis infecciosas (virus herpes simple, virus del Nilo Occidental, enterovirus), meningitis, intoxicaciones, Guillain-Barré, poliomielitis, parasitosis (p. ej. tripanosomosis africana, malaria cerebral), epilepsia o tétanos.
- Los hallazgos de laboratorio en sangre son inespecíficos (leucocitosis). En el líquido cefalorraquídeo (LCR) puede encontrarse pleocitosis mononuclear moderada, normoglucoorraquia e hiperproteinorraquia discreta. Los estudios de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o

cultivo viral en biopsia cutánea nucal, saliva, exudado ocular o LCR permiten realizar un diagnóstico preciso, aunque, en el caso del cultivo, tardío y con distintos grados de sensibilidad/especificidad. También puede ser útil la inmunofluorescencia directa en muestras de piel pilosa. La detección de anticuerpos específicos séricos en no vacunados o en LCR independientemente del estado vacunal, es virtualmente diagnóstica.

- De las técnicas de imagen disponibles, la resonancia magnética es la que mayor sensibilidad presenta, aunque pueden no encontrarse alteraciones significativas en las primeras etapas. Son hallazgos típicos el edema cerebral y las alteraciones de la señal en los ganglios de la base, tallo cerebral y/o hipocampo.

## 6. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

- La primera medida preventiva a tomar, especialmente en los viajeros, es evitar acercarse a animales vagabundos o asilvestrados en áreas enzoóticas (perros, gatos, monos, murciélagos, mapaches, coatis, etc.), especialmente los niños, quienes se sentirán rápidamente atraídos por los animales y buscarán el contacto físico.
- La prevención de la rabia se basa en la vacunación, tanto previa como posterior a la exposición, siguiendo protocolos de la OMS que incluyen el lavado de la herida y la administración de inmunoglobulina y vacuna. Las medidas veterinarias, como la vacunación de perros y gatos, son cruciales, con la vacunación canina masiva considerada la herramienta más efectiva para prevenir la rabia. En España, aunque la vacunación antirrábica es obligatoria en la mayoría de las comunidades, las coberturas actuales están por debajo del objetivo del 70-80 %. A nivel global, el Plan Estratégico Mundial lanzado en 2018 busca eliminar los casos de rabia canina y prevenirla.

En España la vacunación frente a la rabia no es una vacunación sistemática, la vacunación en humanos debe realizarse siguiendo las directrices del documento "[Vacunación frente a rabia y evaluación de respuesta inmune en humanos](#)" del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

- Vacunas e inmunoglobulinas para la profilaxis de la rabia

• Las vacunas actualmente disponibles contra esta zoonosis, obtenidas en cultivo celular o en huevo embrionado, son más seguras y efectivas que las antiguas que eran producidas en tejido cerebral. Suelen estar disponibles en los principales centros urbanos de la mayoría de los países de baja renta, pero la inmunoglobulina antirrábica hiperírmune escasea en todo el mundo y no está siempre disponible. La medida principal en el control de la rabia es veterinaria, y pasa por la vacunación de más del 70 % de la población canina. Las actuales vacunas de uso humano se utilizan en la profilaxis pre y posexposición y se acepta tanto la administración por vía intradérmica (permitiendo el ahorro de dosis), como por vía intramuscular. Las zonas anatómicas de elección para la inoculación son el deltoides o el vasto externo, según la edad del paciente, evitándose el glúteo (se obtienen títulos de anticuerpos más bajos). La inmunogenicidad obtenida tras la administración intradérmica es equivalente e incluso superior a la observada tras la inoculación por vía intramuscular. La respuesta inmune se prevé duradera en la mayoría de la población a partir de los 14 días tras la vacunación. El esquema recomendado por la OMS ha sido recientemente actualizado ([tabla 2](#)).

- Existen determinadas circunstancias en las que se recomienda la administración de esta vacuna, antes de la exposición al virus (profilaxis preexposición) o después (profilaxis posexposición).

### Profilaxis preexposición (PPrE)

- Indicada en viajeros con estancia prolongada en zonas enzoóticas, en lugares aislados donde el acceso a los servicios de salud pueda ser difícil o en aquellos con especial riesgo (mochileros, espeleólogos, veterinarios) y en población residente en áreas de alta incidencia o con evidencia de rabia transmitida por murciélagos hematófagos (vampiros).

### Grupos de riesgo en los que se recomienda profilaxis preexposición:

- Personal de laboratorio que trabaja con el virus de la rabia y otros lisavirus.
- Personal de ciertas unidades asistenciales que pueden atender enfermos positivos (especialmente en Ceuta y Melilla).
- Manipuladores de murciélagos:
  - Personal y voluntarios de centros de recuperación de fauna salvaje que atiendan murciélagos
  - Personal y voluntarios de trabajos de campo que impliquen la captura de murciélagos
  - Otras personas que declaren exposición de riesgo frecuente a murciélagos en otras circunstancias
- Personas cuya actividad laboral, a nivel nacional o en zonas endémicas de rabia, implique una alta probabilidad de contacto con animales vectores de rabia:
  - Zoólogos

- Geólogos
- Veterinarios
- Trabajadores de zoológicos
- Espeleólogos
- Conservacionistas (anilladores de murciélagos)
- Personal de centros de protección animal y laceros, fundamentalmente los que trabajan con animales potencialmente susceptibles de presentar rabia (animales salvajes, murciélagos, etc.)

- Viajeros a zonas endémicas con dificultad de acceso a servicios médicos para la administración de profilaxis posexposición, que van a realizar actividades de alto riesgo (que vayan a tener contacto directo con animales carnívoros o murciélagos o que van a realizar actividades en cuevas con contacto probable con murciélagos) y/o que van a vivir por períodos largos de tiempo en zonas de rabia endémica.

- La pauta recomendada actualmente por la OMS en viajeros se ha simplificado a 2 dosis vía intramuscular o, mejor, intradérmica (0,1 ml por dosis), los días 0 y 7. En inmunodeprimidos se recomienda una tercera dosis (día 21 o 28), así como en aquellas personas que decida salud pública en función de una evaluación de riesgo individualizada. En inmunodeprimidos debido a que la respuesta inmunológica podría no ser la esperada, debe valorarse realizar serología de control y/o la administración de dosis adicionales. En la pauta intradérmica se aplican dos dosis en cada acto (miembros diferentes). La protección comienza a los 30 días y se prolonga hasta 3 años (intramuscular). La profilaxis preexposición no se recomienda en menores de un año.

**Tabla 2. Profilaxis de la rabia con vacunas.**

| Indicación                             | Vía de administración | Días de administración<br>(El superíndice indica el número de dosis en el mismo acto) |                |                       |     |
|--|-----------------------|---|----------------|-----------------------|-----|
| Preexposición (PrEP)                   | ID                    | 0 <sup>2</sup>  | 7 <sup>2</sup> | <b>28<sup>2</sup></b> |     |
|  | IM                    | 0   | 7              | <b>28</b>             |     |
| Posexposición (PPE)                    | ID                    | 0 <sup>2</sup>  | 3 <sup>2</sup> | <b>7<sup>2</sup></b>  |     |
|  | IM                    | 0   | 3              | 7                     | 21* |
|  | IM                    | 0 <sup>2</sup>  | 7              | <b>21</b>             |     |
| Posexposición en previamente vacunados | ID                    | 0   | 3              |                       |     |
|  | ID                    | 0 <sup>4</sup>  |                |                       |     |
|  | IM                    | 0   | 3              |                       |     |

ID: intradérmica. IM: intramuscular. Los datos en color rojo solo aplican para inmunodeprimidos. Las pautas IM con varias dosis en el mismo acto, se administrarán una en cada extremidad (deltoides o vasto externo). Para las aplicaciones múltiples en pautas ID se eligen: el deltoides, la región supraclavicular o el muslo. Se exponen varias opciones en pautas posexposición.

\* Se acepta entre los 14 y los 28 días.

#### Profilaxis posexposición (PPE)

- Si se produce la mordedura u otro contacto con un animal potencialmente rabioso, estando o habiendo llegado de un área enzoótica de rabia,

se debe buscar atención médica inmediatamente y actuar acorde a la categorización del riesgo según se expone en la [tabla 1](#). La aplicación estricta del esquema preventivo recomendado evita el desarrollo de la enfermedad en casi el 100 % de los casos.

- Las acciones encaminadas a la profilaxis posexposición son tres:

- Limpieza enérgica de la herida durante 15 minutos agua, jabón y antiséptico. Es muy importante, pues contribuye a la reducción del inóculo infectivo. Se debe valorar la necesidad de protección contra el tétanos y el uso de antibióticos, según el caso.

- Inmunización activa: Se ha de administrar lo antes posible tras el contacto de riesgo. Actualmente, se pueden recomendar varios regímenes, según la OMS, con administración intradérmica o intramuscular ([tabla 3](#)).

- Inmunización pasiva. Se utiliza inmunoglobulina antirrábica humana (IGRH) o equina purificada (IGRE) de forma conjunta con la primera dosis de vacuna siempre que sea posible, aunque puede administrarse hasta 7 días después. La dosis de inmunoglobulina hiperinmune completa o la mayor cantidad posible de ella se administrará en la herida y a su alrededor, y si el niño es pequeño o esto no es posible, la dosis restante se aplicará vía intramuscular en un punto distante del lugar donde se puso la vacuna. La aplicación de inmunoglobulina es necesaria si se recibió profilaxis preexposición (excepto en inmunodeprimidos).

**Tabla 3. Profilaxis posexposición. Recomendaciones según la OMS.**

| Tipo de exposición  | Categoría I   | Categoría II   | Categoría III   |
|---|---|--|---|
| <b>Sujetos no inmunizados de cualquier edad. No PPrE</b>      | <p>Limpieza de las superficies cutáneas expuestas</p> <p>No requieren PPE</p> | <p>Limpieza de la herida</p> <p>Vacunación inmediata con cualquiera de las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ID en 2 lugares los días 0, 3 y 7</li> <li>Total: 6 dosis ID en 3 visitas</li> <li>• IM en 1 lugar los días 0, 3, 7 y 14 a 28</li> <li>Total: 4 dosis IM en 4 visitas</li> <li>• IM en 2 lugares el día 0 y en un lugar IM los días 7 y 21</li> <li>Total: 4 dosis IM en 3 visitas</li> </ul> <p>No se requiere inmunoglobulina antirrábica</p> | <p>Limpieza de la herida</p> <p>Vacunación inmediata con cualquiera de las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ID en 2 lugares los días 0, 3 y 7</li> <li>Total: 6 dosis ID en 3 visitas</li> <li>• IM en 1 lugar los días 0, 3, 7 y 14 a 28</li> <li>Total: 4 dosis IM en 4 visitas</li> <li>• IM en 2 lugares el día 0 y en un lugar IM los días 7 y 21</li> <li>Total: 4 dosis IM en 3 visitas</li> </ul> <p>Se recomienda inmunoglobulina antirrábica</p> |
| <b>Sujetos previamente vacunados (PPrE) de cualquier edad</b> | <p>Limpieza de las superficies cutáneas expuestas</p> <p>No requieren PPE</p> | <p>Limpieza de la herida</p> <p>Vacunación inmediata con cualquiera de las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ID en 1 lugar los días 0 y 3</li> <li>• ID en 4 lugares en el día 0</li> <li>• IM en 1 lugar los días 0 y 3</li> </ul> <p>No se requiere inmunoglobulina antirrábica</p>  | <p>Limpieza de la herida</p> <p>Vacunación inmediata con cualquiera de las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ID en 1 lugar los días 0 y 3</li> <li>• ID en 4 lugares en el día 0</li> <li>• IM en un lugar los días 0 y 3</li> </ul> <p>No se requiere inmunoglobulina antirrábica</p>  |

PPrE: profilaxis preexposición, PPE: profilaxis posexposición, ID: vía intradérmica, IM: vía intramuscular.

Fuente: World Health Organization [sede Web]. Abela-Ridder B. [Rabies vaccines and immunoglobulins: WHO position. Summary of 2017 updates](#) . Jan 2018. Geneva.

• La vacuna utilizada en las pautas pre y posexposición es la misma. La ingesta de cloroquina puede reducir la respuesta de anticuerpos a las vacunas antirrábicas de cultivo celular administradas por vía intradérmica. Las vacunas contra la rabia se comercializan como Vacuna Antirrábica Merieux y Rabipur. En [este enlace](#) pueden consultarse las fichas técnicas de estas vacunas.

Ir al [capítulo de la vacuna frente a la rabia en el Manual de Inmunizaciones en línea de la AEP](#).

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- ANDAVAC. [Viajes internacionales: rabia](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. Wallace R, Petersen B, Shlim D. Traveller's Health. Yellow Book 2024. Chapter 4. Travel-related infectious diseases. [Rabies](#) .
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). [Rabia](#) . Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ago/2024.

- Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. [Rabia](#) .
- Ministerio de Sanidad. [Información para el viajero: rabia](#) .
- Ministerio de Sanidad. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Ministerio del interior. Ministerio para la transición ecológica y el reto demográfico. [Plan de contingencia para el control de la rabia terrestre en animales en cautividad y silvestres en España](#) . Noviembre 2023.
- Ministerio de Sanidad. [Vacunación frente a rabia y evaluación de respuesta inmune en humanos](#) . Julio 2023. Aprobado por la Comisión de Salud Pública en la reunión mantenida el 17 de junio de 2022. Revisado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones el 28 de julio de 2023.
- UpToDate. Brown CM, DeMaria A. [Clinical manifestations and diagnosis of rabies](#) [sede Web]. Jul 2024.
- Warrell MJ. Rabies. En Cook GC, Zumla AI, editores. Manson's Tropical Diseases, 23rd ed. London: Elsevier Limited. 2014. p.195-206.
- Montesdeoca Melián A. Virus de la rabia. En García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM, editores. Manual de Pediatría M. Cruz, 4.<sup>a</sup> edición. Madrid: Ergón. 2020. p. 472-3.
- World Health Organization [sede Web]. Abela-Ridder B. [Rabies vaccines: WHO position paper. April 2018](#) . Geneva.

**Dirección URL original:** <https://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/rabia>