

# Profilaxis posexposición

20/12/2018

La profilaxis posexposición consiste en el tratamiento local de la herida y la inmunización activa con vacuna antirrábica, junto con la inmunización pasiva con inmunoglobulina específica antirrábica (RIG) en algunas situaciones.

## Tratamiento local

El tratamiento local de la herida es fundamental. Debe lavarse de inmediato durante aproximadamente 15 minutos con agua abundante y jabón o detergente. Si se dispone de povidona yodada o alguna otra sustancia con actividad viricida, debe aplicarse sobre la herida.

## Pautas de vacunación

La pauta de vacunación varía dependiendo de si la persona ha sido vacunada previamente contra la rabia o no.

En caso de poder documentar una vacunación preexposición o posexposición previa, puede administrarse una pauta de vacunación posexposición acelerada. La OMS recomienda tres posibles pautas:

- Dos dosis de vacuna por vía intramuscular los días 0 y 3.
- Dos dosis de vacuna por vía intradérmica los días 0 y 3.
- Cuatro dosis de vacuna por vía intradérmica distribuidas de manera homogénea entre los deltoides, los muslos o las áreas supraescapulares el día 0.

Si durante los últimos 3 meses se ha realizado una vacunación posexposición, no es necesario administrar ninguna dosis de vacuna.

Ante una persona que nunca ha recibido una vacunación antirrábica, la opción más recomendada por la OMS es:

- Seis dosis de 0,1 ml por vía intradérmica, administradas de forma bilateral los días 0, 3 y 7.

Otras pautas recomendadas previamente por la OMS y que siguen considerándose válidas son:

- Cuatro dosis unilaterales aplicadas por vía intramuscular los días 0, 3, 7, y entre los días 14 y 28 la última dosis.
- Cuatro dosis administradas por vía intramuscular, dos de forma bilateral el día 0 y otras dos de forma unilateral los días 7 y 21, respectivamente.

Con cualquiera de las tres pautas, si una persona no vacunada previamente presenta una exposición de categoría III (tabla 3), es decir, mordeduras o arañazos transdérmicos, lameduras en piel lesionada, contaminación de mucosas con lamedura, o contacto con murciélagos, debe administrarse también RIG.

Por otro lado, los Centers for Disease Control and Prevention recomiendan la administración exclusivamente por vía intramuscular de cuatro dosis de vacuna los días 0, 3, 7 y 14, acompañada de RIG independientemente del tipo de herida y de exposición. En caso de que se trate de una persona inmunodeprimida, recomiendan la administración de una quinta dosis el día 28<sup>9</sup>.

La RIG se administra el día 0 junto con la primera dosis de vacuna en aquellos pacientes no vacunados previamente. Su función es neutralizar el virus en la zona de la herida y proporcionar anticuerpos neutralizantes contra el virus de la rabia hasta que el paciente responda a la vacuna y cree sus propios anticuerpos. No debe administrarse si han transcurrido 7 días o más desde la administración de la primera dosis de vacuna, ya que se presume que la vacuna ya ha inducido una respuesta activa de anticuerpos. Nunca debe posponerse el inicio de la vacunación por no disponer de RIG.

Existen dos tipos de RIG: humana y equina. Ambas tienen una efectividad parecida y actualmente la equina está muy purificada, por lo que no es necesario realizar pruebas cutáneas previas. La dosis de RIG humana es de 20 UI/kg de peso corporal, y la de la RIG equina es de 40 UI/kg. Toda la RIG, o la que anatómicamente sea posible, debe administrarse dentro de la herida o a su alrededor. La RIG restante, si la hay, puede inyectarse por vía intramuscular en el lado contrario al de administración de la vacuna o en otra región anatómica lejana. Si las heridas son múltiples, la RIG debe diluirse hasta obtener un volumen suficiente para infiltrar todas las heridas.

En todos los casos, la vacunación debe iniciarse lo antes posible. Debido a la variabilidad del periodo de incubación de la enfermedad (de días a años), no existe un límite de tiempo tras el cual ya no esté indicada la vacunación posexposición.

La vacunación posexposición puede evitarse o interrumpirse si se confirma por laboratorio que el animal causante de la herida no está infectado por el virus de la rabia o, en el caso de animales domésticos, si tras transcurrir 10 días de observación tras la fecha del accidente los animales permanecen sanos y sin mostrar ningún síntoma de rabia.

Tabla 3.  
 Profilaxis posexposición recomendada por la OMS

Tipo de contacto con un animal presuntamente rabioso	Medidas profilácticas posexposición
Tipo I –tocar o alimentar animales, lamedura sobre piel intacta	Ninguna
Tipo II –mordisco en piel expuesta, arañazo o erosión leves, sin sangrado	Vacunación y tratamiento local de la herida, de inmediato

Tipo III –mordeduras o arañazos transdérmicos (uno o más), lameduras en piel lesionada; contaminación de mucosas con saliva por lamedura; contacto con murciélagos.	Rápida vacunación y administración de inmunoglobulina antirrábica; tratamiento local de la herida
---	---

Tabla 4.

### Resumen de las principales pautas de vacunación antirrábica posexposición

Vacunación previa	Nº dosis	Via de administración	Dosificación	Inmunoglobulina antirrábica	Días administración
Sí (preexposición o posexposición) pauta acelerada*	2	Intradérmica unilateral	0,1 UI	No	0 y 3
	2	Intramuscular unilateral	Vial completo	No	0 y 3
	4	Intradérmica cuatro lados (deltoides, muslos o áreas supraescapulares)	0,1 UI	No	0
No, pauta completa	6	Intradérmica bilateral	0,1 UI	Solo en exposiciones de categoría III**	0, 3 y 7
	4	Intramuscular unilateral	Vial completo		0, 3, 7 y entre 14 y 28
	4	Intradérmica bilateral dos primeras dosis y unilateral las dos siguientes	0,1 UI		0 , 7 y 21

\*En caso de presentar inmunodeficiencia, administrar pauta completa.

\*\*Véase tabla 3.