

RABIA SILVESTRE EN LA PROVINCIA DE CONDORCANQUI, DEPARTAMENTO DE AMAZONAS

Rene E Condori¹, Albina Díaz Olivera¹

Desde el 04 noviembre de 2004 hasta el 17 febrero de 2005 el Laboratorio de Zoonosis Virales del Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, ha recepcionado muestras encefálicas (cerebro) de murciélagos, porcinos, bovinos y canes procedentes de la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas, para confirmar la presencia del virus de la Rabia.

Estas muestras corresponden a la ocurrencia de brotes de rabia silvestre identificados, uno en los distritos de El Cenepa, en la comunidad nativa de Achuim, distrito de Río Santiago, en las comunidades nativas de Fortaleza, Democracia, Guayabal y Shebonal, y el último caso en el distrito de Nieva, localidad de Bajo Canampa.

Mediante estudios de caracterización anti-génica se determinó que todas las muestras con resultado positivo corresponden a la variante antigénica 3, confirmándose, de este modo que los brotes de rabia han sido ocasionados por un murciélago hematófago (*Desmodus rotundus*) el cual pertenece al ciclo silvestre.

La Subregión de Salud Bagua viene realizando la vigilancia epidemiológica, búsqueda activa y seguimiento de casos de rabia silvestre, habiendo remitido al INS, hasta el 17 de febrero de 2005, doscientos ochenta y seis muestras para el diagnóstico de rabia. Doscientos cincuenta y cinco muestras (89%) de las muestras remitidas correspondieron a murciélagos, quince correspondieron a porcinos, siete a canes, ocho a bovinos y en una no se describe la especie.

Se confirmaron doce casos de rabia en animales domésticos, siete casos en bovinos (06

muestras procedentes de la localidad de Galilea y 01 de la localidad de Bajo Canampa); cuatro casos de porcino procedentes de la localidad de Fortaleza y un caso de can procedente de la localidad de Guayabal.

MANEJO DE MORDEDURAS Y PROFILAXIS ANTIRRÁBICA

Dr. Manuel Espinoza¹

Después de la confirmación de la presencia de virus rábico en muestras remitidas por la Región de Salud Amazonas, y la muerte de 12 niños mordidos por murciélagos con diagnóstico clínico de rabia silvestre, es importante tener un pequeño acercamiento recordando conceptos básicos respecto a esta zoonosis viral.

La rabia es una enfermedad que se manifiesta como un síndrome encefalítico que sigue un curso progresivo e incurable. Los agentes causales son virus ARN neurotrópicos de la familia *Rhabdoviridae*, género *Lyssavirus*. Tiene como reservorios a mamíferos carnívoros y a quirópteros; en el ámbito mundial los perros aún se consideran los de mayor riesgo de enfermar y transmitir la enfermedad al ser humano, aunque en nuestro medio los quirópteros, especialmente *Desmodus rotundus*, es el principal transmisor. La transmisión del virus ocurre, principalmente, por la mordedura de un animal enfermo, y una vez que el virus es depositado en los bordes de la herida, éste se desplaza, avanzando por los nervios periféricos, centrípetamente hacia el sistema nervioso central (SNC). Una vez que el virus inicia su replicación en el SNC, se expande centrifugamente hacia su mayor puerta de salida: las glándulas salivares.

Si bien es cierto que el período de incubación promedio en el ser humano es de 1 a 3 meses (10 días a 8 meses o más), la enfermedad pue-

¹ Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.

de ocurrir incluso años después que el sujeto ha sido expuesto a la infección. Debe sospecharse de rabia en la persona que presenta el cuadro clínico clásico y refiere el antecedente de haber sido previamente mordido por un animal, pero ante la ausencia de tales aportes claves para el diagnóstico, es probable que éste sea cuestionado antes de la muerte del paciente.

Las acciones para el control de la rabia en la actualidad ponen mucho énfasis en las medidas de prevención para evitar la exposición, y en la intervención postexposición antes del inicio de los síntomas. La profilaxis postexposición se basa en una minuciosa limpieza de la lesión cutánea, administración de vacuna antirrábica y, según las circunstancias, inoculación del suero antirrábico (inmunoglobulina antirrábica).

DEFINICIONES DE CASO (OGE)

Caso Probable: todo caso que presente síndrome neurológico agudo (encefalitis) dominado por formas de hiperactividad seguido de síndrome paralítico que progresa hacia el coma y la muerte, generalmente por insuficiencia respiratoria, entre 4 y 7 días después de la aparición del primer síntoma si no se administra un tratamiento intensivo. Puede existir o no el antecedente de mordedura o contacto con un animal presuntamente rabioso.

Caso Confirmado: Todo caso probable que es confirmado por: detección del virus rábico por inmunofluorescencia directa (IFD) en tejido cerebral obtenido postmortem, en biopsia cutánea o frotis corneal obtenido antemortem, detección de virus rábico por IFD en cerebros de ratones adultos o lactantes y en cultivo celular, después de la inoculación de tejido cerebral, saliva o líquido cefalorraquídeo (LCR), identificación de antígenos víricos por reacción en cadena de polimerasa (RCP) en tejido fijo obtenido postmortem o un espécimen clínico (tejido cerebral o cutáneo, córnea o saliva).

INCUBACIÓN Y CUADRO CLÍNICO

El animal infectado excreta el virus desde cinco días previos a las manifestaciones clínicas, aunque en el modelo experimental (mapaches) este período puede prolongarse hasta por 14 días antes de la aparición de la enfermedad.

En los cánidos el período de incubación varía de cinco días a un año, con un promedio de 20 días.

En el ser humano el período de incubación es más largo cuando la herida está más alejada del sistema nervioso central. La enfermedad comienza con sensación de angustia, cefalalgia, sensación de elevación de la temperatura corporal, malestar general y alteraciones sensoriales imprecisas, a menudo relacionadas con el lugar de la mordedura. El paciente suele sentir dolor e irritación en la región de la herida.

En la fase siguiente de excitación, hay hiperestesia y una extrema sensibilidad a la luz y al sonido, dilatación de las pupilas e incremento de la salivación.

A medida que la enfermedad progresa, el paciente comienza a presentar espasmos en los músculos de la deglución y la bebida es rechazada por las violentas contracciones musculares.

Esta disfunción de la deglución se observa en la mayoría de los enfermos, muchos de los cuales experimentan contracciones espasmódicas laringo-faríngeas a la simple vista de un líquido y se abstienen de deglutir su propia saliva (hidrofobia).

También pueden observarse espasmos de los músculos respiratorios y convulsiones generalizadas.

La fase de excitación puede predominar hasta la muerte o pasar por una fase de parálisis generalizada. En algunos casos, la fase de excitación es muy corta, y en casi todo el curso predomina la sintomatología paralítica.

La enfermedad dura de 2 a 6 días, aunque a veces este lapso es mayor, y de modo casi invariable termina con la muerte.

MANEJO DEL PACIENTE MORDIDO

Para el manejo del paciente mordido se deben investigar los siguientes factores:

1. Evaluación del riesgo epidemiológico.
2. Evaluación del animal agresor.
3. Evaluación de la naturaleza de la exposición.
4. Antecedentes del paciente con relación a tratamientos antirrábicos previos.

Son consideradas heridas graves: las heridas en cara, cabeza, punta de los dedos, axila, genitales y fosa poplíteica, por la mayor concentración de terminaciones nerviosas; heridas múltiples; heridas puntiformes o profundas, especialmente producidas por quirópteros. Lameduras de mucosas, aunque estén intactas, provocadas por animales sospechosos de rabia.

Control del animal sospechoso: el animal (perro o gato) debe ser observado por sus dueños, o si es posible por un veterinario, durante los siguientes diez días. En caso que el animal sea sacrificado debe tenerse especial cuidado con la preservación adecuada del cerebro, con la finalidad de poder establecer el diagnóstico definitivo de rabia.

Diagnóstico laboratorial: usualmente se realiza el diagnóstico postmortem de la rabia en animales y en seres humanos. Se detectan antígenos del virus rábico por la técnica conocida como inmunofluorescencia directa.

Constituye un método rápido y sensible de diagnosticar la infección rábica en animales y en seres humanos. La prueba se basa en el examen microscópico, bajo luz ultravioleta, de impresiones, frotis o secciones congeladas de tejido luego del tratamiento con suero o globulina antirrábicos conjugados con isotiocianato de fluoresceína.

MEDIDAS DE CONTROL POSTEXPOSICIÓN

Cuidadoso aseo local de la herida con abundante agua y jabón; posteriormente se pueden emplear antisépticos (como yodopovidona al 5%). La sutura de la herida debe diferirse; en caso contrario, deberá infiltrarse la herida con gammaglobulina humana antirrábica o suero. La administración de antibióticos y toxoide tetánico debe valorarse en cada caso particular. Para el caso de mordedura canina se administra amoxicilina/ácido clavulámico como antibiótico de elección. Inmunoprofilaxia: Suero hiperinmune o gammaglobulina y vacuna (tabla 1).

Tabla 1. Recomendaciones de manejo postexposición.

Naturaleza de la exposición	Estado del animal que causa una potencial exposición		
	Al momento de la exposición	Durante los siguientes 10	Tratamiento Recomendado
Contacto con el animal, pero no lesión, Contacto indirecto;	Saludable	Saludable	Ninguno
No contacto	Sospecha de rabia	Rabioso	Ninguno
Lameduras sobre la piel, arañazos, abrasiones	Saludable	Saludable	Ninguno
Mordedura leve (sobre la ropa que cubre los brazos, tronco o piernas)	Si no fue provocado Sospecha de Rabia	Rabioso	Comenzar vacunación
		Saludable	Comenzar vacunación. Parar tratamiento si el animal continúa saludable
Mordedura grave (múltiples, o sobre la cara, cabeza, dedos, o cuello); lameduras de mucosas	Animal inubicable para observación	Rabioso	Continuar el tratamiento vacunal
		Mamífero Salvaje	Dar curso completo de vacunación
		Sospecha o confirmación de animal rabioso	Dar curso completo de vacunación
		Animal inubicable para observación	Vacunación más inmunoglobulina AR.
			Parar tratamiento solamente en el caso en que se ha observado que el perro o gato continúan saludables por 5 días.

SUEROTERAPIA

La dosis recomendada de gammaglobulina humana antirrábica es de 20 UI/Kg, la mitad debe ser infiltrada en la herida y el resto por vía intramuscular. Se encuentra disponible en frascos de 2 mL (300 UI) o de 10 mL (1500 UI).

Suero heterólogo antirrábico. La dosis recomendada es de 40 UI/Kg, la mitad se infiltra en la herida y el resto se administra por vía intramuscular. Se usa sólo cuando no está disponible la gammaglobulina hiperinmune, puede presentarse choque por reacción anafilactoide y enfermedad del suero, esta última en 15% en niños y hasta en 50% en adultos. El suero deberá aplicarse, idealmente, en las primeras 72 horas después de la exposición, si no fuera posible se aplicará como máximo hasta el séptimo día posterior a la exposición.

No debe aplicarse el suero después de iniciada la vacunación antirrábica.

Cuando existe historia de inmunización antirrábica anterior, no deberá aplicarse el suero antirrábico.

Cuando se administra suero, siempre debe ir acompañado de un esquema de vacunación prolongado de 14 dosis y 2 refuerzos. Al inicio del tratamiento el suero y la vacuna deberán ser aplicados en un sitio diferente.

Vía de Aplicación: La mitad de la dosis calculada será aplicada localmente infiltrando los planos inmediatos a la herida, la restante se inoculará por vía intramuscular (deltoides, evitar los glúteos por el riesgo que la medicación quede atrapada en el tejido graso) utilizando para ello jeringas diferentes. Si es mucho el contenido a ser inyectado, aplicar en 2 ó más sitios diferentes. No debe olvidarse aspirar antes de inyectar el suero (evitar inyectar el medicamento directamente en un vaso sanguíneo).

Precauciones: No se debe exceder la dosis indicada por su posible interferencia con la producción de anticuerpos inducidos por vacuna. No debe aplicarse en el mismo sitio que la vacuna, ni en la misma jeringa. No se recomienda en individuos previamente inmunizados con vacuna de células diploides. Tanto el suero como la gammaglobulina proporcionan una protección inmediata, con duración aproximada de 21 días.

Reacciones postvacunales

Reacciones locales: Dolor en el sitio de la inyección, hiperestesia, eritema, prurito, pápulas urticarianas.

Reacciones generales: LEVES: adinamia, cefalea intensa, dolor osteomuscular, fiebre.

GRAVES: Con lesión del sistema nervioso periférico (síndrome de Guillain Barré, parálisis ascendente tipo Landry), Con lesión del sistema nervioso central (encefalitis perivascular).

Tabla 2. Esquema clásico y reducido con vacuna CRL.

Variables	Clásico	Reducido
Volumen de la dosis	1 ó 2 cc	1 ó 2 cc
Número de dosis	14	7
Día de aplicación	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14	1,2,3,4,5,6,7
Número de refuerzos	2	3
Días de aplicación	10,20	10,20,60
Suero antirrábico	Sí	No