



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS DE LA RABIA

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS DE LA RABIA

República Dominicana
Abril, 2026

® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

Título original

Protocolo de Prevención y Atención Integral a Personas Expuestas al Virus de la Rabia

Coordinación técnica editorial

Viceministerio para la Gestión de Riesgo y Salud Ambiental

Formato gráfico

Carolina Brito, Dirección de Normas, Guías y Protocolos MISPAS

eISBN

978-9945-659-33-7

Primera Edición

Mayo, 2026

Exención de responsabilidad: *"Parte de esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no están avaladas por la OPS".*

Reserva de derecho: parte de este documento posee Derechos Reservados, por ante la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual autoriza al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana a la adaptación y reproducción de parte del material de la OPS consignado en el siguiente documento: *"Flujograma Rabia para tratamiento pre y postexposición"*, en el mismo no se autoriza al uso del nombre u logotipo de la organización, dado en fecha: 13 de mayo 2026. Esta licencia de uso no contiene fines comerciales, la misma no es exclusiva por lo cual el uso, traducción y/o reutilización del material autorizado, está sujeto a los términos y condiciones, establecidos por la OPS, vía el portal: pubrights@paho.org.

Sobre el contenido vinculado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tomado del documento: **"WHO Expert Consultation on Rabies, third report" Ginebra, Organización Mundial de la Salud, [2018]**, se utilizó bajo los términos de la licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización de este documento sólo para actividades científicas, académicas y sin fines de lucro, excluyendo el uso, adaptación y reproducción del contenido atribuible a terceros, o sujetos a las autorizaciones previamente descritas. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y sociedades médicas especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos.



AUTORIDADES

Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Gina Beatriz Estrella Ramia
Viceministra para la Gestión de Riesgo y Salud Ambiental

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcda. Luisa Yudelka Batista Reyes
Viceministra de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Luis Nelson Rosario Socias
Viceministro para las Direcciones Provinciales

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

Dra. Gina Estrella Ramia. Viceministra para la Gestión de Riesgo y Salud Ambiental
Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos
Dr. José Luis Cruz Raposo. Director del Departamento de Centro de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis (CECOVEZ)

EQUIPO ELABORADOR

Centro de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis (CECOVEZ)

Dra. Fior De La Cruz. Médico veterinario, División Zoonosis

Dr. Jan Carlos Veloz, Médico Veterinario

Dra. Elina Díaz. Médico Veterinario

Dr. Miguel De La Cruz. Analista de Epidemiología

Dirección de Epidemiología

Dra. Grey Benoit. Encargada de Vigilancia Epidemiológica

Laboratorio de Referencia Nacional Dr. Defilló

Lic. Carmen Santana. Responsable de la Unidad de Rabia

Lic. Lorenza Torres. Bioanalista de la unidad de Rabia

Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas

Dra. Aida Lucía Vargas. Directora Dirección Inmunoprevenibles por Vacunas

Servicio Nacional De Salud

Dra. Mayra Sterling Tejada. Coordinadora en la Dirección de Asistencia a la Red

SOCIEDADES DOMINICANA ESPECIALIZADAS

Sociedad Dominicana de Infectología (SDI)

Dra. Yori A. Roque. Presidenta de la SDI

Dra. Genara Santana. Médico Infectología

Sociedad Dominicana de Pediatría

Dra. Carmen Sarah Mota. Médico Pediatra-Infectóloga

Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Dallerin Reyes. Médico Familiar y Comunitaria

Dra. Isis Mercedes Quiñones Adames. Médico Familiar

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Dr. Pablo Mancebo Garcia. Médico Epidemiólogo

Dra. Viviana Lisbeth Peña. Médico Epidemióloga

Hospital Docente Dr. Francisco E. Moscoso Puello

Dra. Silvia Patricia Cuevas. Médico Familiar

REVISORES EXTERNOS

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

Licda. Olivia Brathwaite. Asesora OPS/OMS

Dra. Fabiana Michel. Asesora Inmunizaciones OPS/OMS en la República Dominicana

Dr. Romeo Montoya, Asesor Enfermedades transmisibles de OPS/OMS en la República Dominicana

Dra. Yamira Del Villar. Consultora Nacional de OPS/OMS en la República Dominicana

Dr. Marco Vigilato. Asesor Regional, PANAFTOSA-OPS/OMS

Dr. Felipe Rocha. Oficial Técnico PANAFTOSA-OPS/OMS

Dra. Tamara Cortez, Consultora técnica PANAFTOSA-OPS/OMS

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Dra. Julia Jiménez. Médico Veterinario

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Dra. Edelina Espailat. Coordinadora de Salud Pública

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra

Dr. David De Luna. Médico Infectólogo, Coordinador del Comité de Bioética

ASESORÍA JURÍDICA, METODOLÓGICA Y SANITARIA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Anel Payero González. Coordinadora técnico legal

Dra. Ibsen Veloz Suarez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Dra. Delia Naís Castillo. Analista de Documentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación Sanitaria

Resolución Núm. 0012-2026.

QUE PONE EN VIGENCIA DOS (2) DOCUMENTOS TÉCNICOS SANITARIOS PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), institución estatal organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12, G.O.No.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la ley General de Salud No. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), debidamente provista de su Registro Nacional de Contribuyentes (RNC) No. 401007398, con domicilio y asiento social principal en la avenida Héctor Homero Hernández Vargas, esquina avenida Tiradentes, ensanche La Fe, debidamente representado por el Ministro Dr. Víctor Elías Atallah Lajam, de generales que constan, designado bajo el Decreto núm. 36-24, con domicilio y residencia en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional.

Considerando (1): Que la rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores.

Considerando (2): Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (3): Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (4): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (5): Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

Considerando (6): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (7): Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

Considerando (8): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la

atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como del desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (9): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha establecido, como una prioridad del Sistema Nacional de Salud, fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (10): Que la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, proclamada el 27 de octubre de 2024.

Vista: La Ley No.247-12, Orgánica de la Administración Pública, de fecha 14 de agosto de 2012.

Vista: La Ley No.42-01, General de Salud, del 8 de marzo de 2001, y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley No.87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, de fecha 8 de mayo de 2001, y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley No.1-12, que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo, de fecha 25 de enero de 2012.

Vista: La Ley No.166-12, del Sistema Dominicano para la Calidad, del 19 de junio de 2012.

Vista: La Ley No.123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud, de fecha 16 de julio de 2015.

Visto: El Decreto No.434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto de 2007.

VA

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

Primero: Se instruye, con carácter obligatorio, a todos los establecimientos y servicios de salud, tanto públicos como privados, así como a patronatos y organizaciones no gubernamentales (ONG) y demás prestadores y actores vinculados al sector, a cumplir con la aplicación de dos (2) **Documentos Técnicos Sanitarios** correspondientes a la tipología de: **Protocolos y procedimientos de Atención en Salud**, puestos en vigencia por medio de esta resolución. Estas herramientas operativas son fundamentales para la mejora continua de la calidad de los servicios prestados.

Segundo: Se declara la puesta en vigencia y obligatoriedad de los siguientes documentos técnicos sanitarios:

1. Protocolo de Prevención y Atención Integral a Personas Expuestas al Virus de la Rabia.
2. Procedimiento de Detección, Evaluación y Mantenimiento del Donante Multiorgánico en Muerte Encefálica.

Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) promoverá el uso de este **protocolo y del procedimiento de Atención**, dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los establecimientos y servicios de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones, y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en su condición de representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.


Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud y al Viceministerio de Gestión de Riesgos y Salud Ambiental, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.


NA

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución y de los documentos puestos en vigencia en la presente, para fines de cumplimiento y ejecución, a los siguientes: el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), la Dirección de Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud, la Dirección de Servicios de Atención a Emergencias Extrahospitalaria, las Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), el Colegio Médico Dominicano (CMD), la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), el Servicio Nacional de Salud (SNS), prestadores privados, organizaciones no gubernamentales, Direcciones Provinciales de Salud y demás entidades relacionadas al sector.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

En Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los ocho (08) días del mes de junio del año dos mil veintiséis (2026).


Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



CONTENIDO

1	SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	14
2	GLOSARIOS DE TÉRMINOS.....	15
3	INTRODUCCIÓN	16
4	OBJETIVO.....	17
5	USUARIOS DEL PROTOCOLO	17
6	POBLACIÓN DIANA	17
7	DEFINICION.....	17
8	CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE) VIGENTE	17
9	EPIDEMIOLOGÍA DE LA RABIA	18
9.1	Situación de la Rabia en Las Américas.....	18
9.2	.Situación actual de la República Dominicana.....	19
10	GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD	20
10.1	Características de los Lyssavirus.....	20
10.2	Patogénesis del Virus de la Rabia.....	21
10.3	Periodo de Incubación del Virus de la Rabia.....	21
11	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN AL VIRUS DE LA RABIA.....	22
11.1	Exposiciones atípicas al virus de la rabia.....	26
12	MANEJO PREVENTIVO EN LAS PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS DE LA RABIA ..	27
12.1	Profilaxis posterior a la exposición al virus de la rabia (PEP).....	28
12.1.1	Manejo de la(s) herida(s) o lugar(es) de contacto.....	28
12.1.2	Sobre las suturas de heridas por agresiones de animales.....	29
12.1.3	Aplicación de inmunoglobulina o suero antirrábico (RIG), solo categoría exposición III	30
12.1.4	Esquema de vacunación antirrábica humana post-exposición (categoría de exposición II y III).....	32
12.1.5	Profilaxis complementaria en heridas por mordedura o exposición a animales sospechosos de rabia	35
12.1.6	Atención psicológica a la persona expuesta al virus de la rabia.....	35
12.1.7	Registro de personas expuestas al virus de la rabia agredidos por animales y notificaciones	35
12.2	Profilaxis previa a la exposición (PrEP).....	37
12.2.1	PrEP en personas inmunocomprometidas.....	38

12.2.2 PrEP en salud ocupacional.....	38
13 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	39
13.1 Signos prodrómicos.....	39
13.2.....Rabia Encefálica (rabia furiosa).....	40
13.3.. Rabia Paralítica (rabia atípica).....	40
14 MEDIOS DIAGNÓSTICOS.....	40
14.1 Muestreo para el diagnóstico ante mortem en humanos.....	41
14.2 Muestreo para el diagnóstico post mortem en humanos	41
14.3 Bioseguridad y biocustodia.....	42
15 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	43
16 TRATAMIENTO.....	43
16.1 Manejo Paliativo de pacientes con rabia.....	44
16.2 Control de infecciones en pacientes con rabia.....	45
17 NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS/CONFIRMADOS DE RABIA AL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINAVE).....	45
18 MANEJO POST-MORTEM DE PERSONAS FALLECIDAS POR RABIA O CON SOSPECHA DE RABIA.....	46
19 CRITERIOS DE INGRESO	46
20 CRITERIOS DE EGRESO	46
21 ORIENTACIONES AL PACIENTE Y FAMILIARES	47
21.1 Manejo de contactos expuestos y bioseguridad doméstica.....	47
21.2 Coordinación con autoridades sanitarias y veterinarias.....	47
21.3 Apoyo emocional y acompañamiento familiar.....	47
21.4 Prevención comunitaria.....	48
22 INDICADORES.....	48
23 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
24 ANEXOS	52
25 FLUJOGRAMA.....	61

1 SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AIE	Animales de interés económico
ARN	Ácido ribonucleico
CITV	Comité Internacional de Taxonomía de los Virus
DAS	Dirección de Área de Salud
DIEPI	Dirección de Epidemiología
DPS	Dirección Provincial de Salud
DRIT	Prueba inmunohistoquímica rápida directa
ELISA	Ensayo Inmunoenzimático
FAT	Prueba de Anticuerpos Fluorescentes Directos
FAVN	Prueba de Neutralización del Virus por Anticuerpos Fluorescentes
GARC	Alianza Mundial para el Control de la Rabia
GDS	Síndrome de Guillain-Barré
IFA	Inmunofluorescencia Indirecta
IHC	Inmunohistoquímica en Muestras Fijadas con Formalina
LCR	Líquido Cefalorraquídeo
LNRSD	Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Pública Dr. Defilló
mAB	Anticuerpo Monoclonal
MI	Prueba de inoculación en ratones
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMSA	Organización Mundial de Sanidad Animal
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria
PEP	Profilaxis Posterior a la Exposición
PrEP	Profilaxis Previa a la Exposición
REDIPRA	Reunión de directores de los Programas de Rabia de las Américas
RFFIT	Prueba rápida de inhibición de focos fluorescentes
RIG	Inmunoglobulina Antirrábica Humana
RT-PCR	Reacción en cadena de la polimerasa de transcriptasa inversa
RTCIT	Prueba de inoculación en cultivo celular de la rabia
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIRVERA	Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNS	Servicio Nacional de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

2 GLOSARIOS DE TÉRMINOS

Anoxia: deficiencia de oxígeno en un tejido. ¹⁷

Exposición: es la probabilidad de penetración y replicación del virus rábico en el organismo de una persona que ha sufrido una agresión o contacto con un animal (con sospecha, probabilidad o confirmación de rabia) o material infectado con el virus de la rabia. ¹⁰

Factor de riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. ¹⁷

Rabia canina: rabia de la variante genética de perros. Puede ocurrir en otras especies como mangostas, por ejemplo. ¹⁰

Rabia en perros: rabia de variantes genéticas de animales silvestres (distintas de la rabia canina). ¹⁰

Rabia humana transmitida por el perro: casos humanos de rabia por la variante genética de perros. ¹²

Profilaxis: se refiere a la aplicación de biológicos antirrábicos humanos para prevenir enfermar de la rabia en las personas que estuvieron expuestas al virus rábico. ¹⁰

Síndrome compartimental: se produce cuando se acumula líquido a alta presión dentro de un espacio cerrado por fascias (compartimiento muscular), disminuyendo la perfusión capilar por debajo del nivel necesario para la viabilidad de los tejidos. Este aumento de presión compromete la perfusión capilar de los tejidos, pudiendo causar anoxia celular e isquemia muscular, liberando mioglobina de las células musculares lesionadas. ¹⁸

Zoonosis: enfermedad transmisible naturalmente, sea por método directo o indirecto, entre los animales y las personas. ¹⁹

Agresión: ocurre cuando una persona es atacada por un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia, independientemente de si el evento fue accidental o precedido por una provocación, ocasionándole heridas o lesiones producto de mordedura, rasguño o arañazo, sin importar su número, extensión o profundidad, en cualquier parte del cuerpo. ¹²

Contacto: situación en la que existe una relación física entre una persona y un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia, en la cual no se generan heridas ni lesiones ocasionadas por el animal. Sin embargo, la mucosa o la piel, ya sea intacta o previamente lesionada, de la persona puede exponerse a saliva u otras secreciones, incluido material biológico o de necropsia, provenientes del animal o de un humano con sospecha, probabilidad o confirmación de rabia. ¹²

3 INTRODUCCIÓN

La rabia es una enfermedad viral zoonótica, prevenible, pero con una letalidad cercana al 100 % una vez que aparecen los síntomas clínicos. Se estima que causa alrededor de 60 000 muertes humanas cada año, afectando a más de 150 países. ² En el 99 % de los casos humanos, el perro es la principal fuente de transmisión. ¹

En las Américas, la incidencia de rabia humana transmitida por perros ha disminuido significativamente, pasando de 300 casos reportados en 1983 a solo 2 en 2020.¹ Sin embargo, en la República Dominicana, el virus de la rabia canina circula en casi todo el territorio nacional, con perros y mangostas como los principales animales transmisores.³ La vacunación antirrábica canina, con coberturas superiores al 80 %, constituye la estrategia más efectiva para el control de la rabia en animales y la prevención de la rabia humana.⁴

La atención clínica oportuna y de calidad a las personas expuestas al virus de la rabia, especialmente tras mordeduras de animales, constituye un pilar fundamental para la eliminación de la enfermedad en humanos. Las personas agredidas por animales o que tuvieron contacto con animal sospechoso deben acudir a centros de salud públicos o privados, donde los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de brindar una atención integral, que incluya la adecuada profilaxis post-exposición.

La eliminación de la rabia humana requiere la implementación de estrategias específicas, multisectoriales y multinivel, con participación comunitaria activa y cooperación técnica bajo el enfoque de Una Salud ⁴. Aunque existen herramientas eficaces para el control de la rabia en perros y para prevenir su transmisión a humanos, la persistencia de casos humanos evidencia brechas en la calidad y oportunidad de los servicios de salud pública. La vigilancia epidemiológica intensificada, el control de focos y la articulación con otros actores para la vigilancia en animales de producción y de vida silvestre son acciones esenciales, especialmente ante el incremento de agresiones por mangostas.

Los principales desafíos no son de carácter técnico, sino de voluntad política y compromiso interinstitucional, tanto del sector público como del privado. Estas acciones deben estar acompañadas de un marco regulatorio robusto sobre la tenencia responsable de mascotas, conforme a la Ley No. 248-12, así como del fortalecimiento de alianzas público-privadas en la atención veterinaria y humana. ⁵

El presente protocolo ofrece orientaciones para la evaluación del riesgo de exposición y la atención clínica de personas agredidas por animales sospechosos de rabia. Incluye consideraciones psicológicas, así como las responsabilidades del personal de salud en la notificación obligatoria semanal de agresiones y en la notificación individual inmediata ante la sospecha de rabia humana al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Su finalidad es contribuir a la prevención efectiva de la rabia humana en la República Dominicana. ⁶

4 OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos generales de atención a personas expuestas al Virus de la Rabia, para reducir la incidencia y el impacto de la rabia humana en la población.

5 USUARIOS DEL PROTOCOLO

Equipos multidisciplinarios de profesionales y técnicos responsables de la atención integral de personas expuestas al virus, incluyendo médicos generales, familiares, infectólogos, pediatras, emergenciólogos, internistas y otras especialidades clínicas pertinentes; personal de enfermería y psicología clínica; personal de laboratorio y epidemiólogos; técnicos de control de zoonosis, profesionales de salud pública y de atención primaria; así como quienes participan en la gestión y dispensación de biológicos antirrábicos humanos.

6 POBLACIÓN DIANA

Todas las personas expuestas o en riesgo de exposición al virus de la rabia a través de contacto o agresiones (mordeduras, arañazos o contaminación de mucosas y heridas) ocasionadas por animales sospechosos o confirmados como rabiosos.

7 DEFINICION

La rabia es una zoonosis viral que afecta a todos los mamíferos, tanto domésticos como silvestres, incluido el ser humano. Se transmite a través del contacto con saliva infectada, mediante lamidas, mordeduras, arañazos o por exposición de membranas mucosas y/o piel previamente lesionada.¹

8 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE) VIGENTES

CIE-10

A82	Rabia
A82.0	Rabia selvática
A82.1	Rabia transmitida por perros
A82.9	Rabia sin especificación
Z20.3	Contacto con y exposición a rabia
Z24.2	Necesidad de inmunización contra la rabia
W54	Mordedura o ataque de perro
W55	Mordedura o ataque de otros mamíferos

CIE-11

1C82- XN796	Rabia confirmada
	Sospecha de rabia
	Probable rabia
	Rabia urbana
	Rabia selvática
	Virus de la rabia
QC90.3	Contacto con o exposición a la rabia
XM5R25	Inmunoglobulina para la rabia
XM6T09	Vacunas contra la rabia
XM7BE8	Vacuna contra la rabia, virus completos inactivados
QC01.2	Necesidad de vacunación contra la rabia
PA75	Mordedura no intencional por un animal
PA77	Arañazo o rasguño no intencional por un animal
Causante de la mordedura o arañazo:	
XE813	Mamífero terrestre
XE33Q	Perro
XE4V0	Gato

9 EPIDEMIOLOGÍA DE LA RABIA

9.1 Situación de la Rabia en Las Américas

La zoonosis con la tasa de letalidad más alta es la rabia. A pesar de que los esfuerzos de los países de la Región de las Américas, junto con la cooperación técnica de la OPS a través de PANAFTOSA/SPV, han logrado reducir la incidencia de la rabia humana transmitida por perros en un 98 %, la enfermedad aún persiste en el territorio y continúa provocando muertes. Entre las personas afectadas, aproximadamente el 40 % corresponde a niños. La mayor incidencia ocurre en poblaciones en situación de vulnerabilidad, que viven en zonas empobrecidas con acceso limitado a los servicios de salud y al tratamiento adecuado tras una mordedura.

Esto convierte a la rabia en una de las enfermedades desatendidas que, a pesar de ser totalmente prevenible tanto en animales como en humanos, sigue impactando a individuos, familias, comunidades y países que viven en condiciones de vulnerabilidad. Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y a la profilaxis postexposición salva vidas, constituyendo un asunto de equidad social y de derecho humano.⁷

Según los datos reportados por los países en el Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia de las Américas (SIRVERA), desde el año 2024 hasta septiembre de 2025, trece países notificaron casos de rabia humana, representando un total de 29 muertes prevenibles: 10 casos por la variante canina y 19 por variantes silvestres. ^{8 9}

La rabia se presenta en múltiples ciclos ecológicos, y el conocimiento de estos ciclos respalda la comprensión e investigación de los casos. El ciclo más conocido es el que involucra a los perros en entornos urbanos y periurbanos, ya que este favorece el mantenimiento y la transmisión del virus entre estos animales. Sin embargo, los murciélagos hematófagos y no hematófagos también cohabitan en ciudades, así como en áreas rurales y silvestres, junto a humanos y animales domésticos. Eventualmente, estos pueden participar en la transmisión de la rabia a personas y a otros animales domésticos. ⁹

9.2 Situación actual de la República Dominicana

La rabia canina es endémica en todo el territorio nacional. Según datos reportados al SIRVERA, por la República Dominicana, en los últimos 10 años 14 casos de rabia humana fueron reportados en los años 2015, 2017, 2018, 2019 y 2024. El 50% de los casos ocurrieron en niños menores de 6 años; con relación al género, el 71% de los casos de rabia humana reportados ocurrieron en mujeres. El perro se identificó como el principal animal involucrado con la exposición humana al virus de la rabia en un 86% de los casos (ver anexo 1). Durante ese período de tiempo el 43% de los casos reportados de rabia humana se concentran en las provincias de Pedernales y el Distrito Nacional las cuales reportaron tres casos de rabia humana cada uno. ⁸

Durante el periodo de tiempo de 2015 al 31 de agosto del año 2024, fueron reportados un total de 355 casos de rabia animal, de estos los principales animales identificados fueron perros (59%), Mangostas (19%) y en menor proporción del 12% en gatos. (ver anexo 2). En el periodo de tiempo comprendido entre enero 2021 hasta agosto 2024 fueron reportados un total de 74 casos de rabia canina, siendo en las provincias de Santiago y el Distrito Nacional donde se reportaron mayor número de casos de rabia animal (14 casos cada provincia).

Se observa una probable disminución de la transmisión sostenida en perros, pero persisten casos, lo que indica focos activos. La mangosta muestra un aumento, reflejando circulación silvestre. Casos en otras especies (bovinos, murciélagos, roedores) confirman un ciclo mixto urbano-silvestre. ⁸

10 GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD

La rabia es una encefalitis aguda y progresiva causada por un virus de Ácido Ribonucleico (ARN) perteneciente al orden de los *Mononegavirales*, familia *Rhabdoviridae*, subfamilia *Alpharhabdovirinae* pertenecientes al género *Lyssavirus*. Este virus afecta al sistema nervioso central, desarrollando un cuadro sintomatológico progresivo y fatal, afectando sus capacidades neurológicas en el transcurso de la enfermedad. Todos los mamíferos son susceptibles a este virus, y para su transmisión, el virus se replica en las glándulas salivales de los mamíferos infectados.¹⁰

10.1 Características de los Lyssavirus

Los *Lyssavirus* tienen un genoma de ARN no segmentado de 12 kb de polaridad negativa que codifica cinco proteínas virales: una nucleoproteína (N), una fosfoproteína (P), una proteína matriz (M), una glicoproteína (G) y una ARN polimerasa dependiente del ARN (o proteína grande, L). Actualmente, el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus (CITV), reconoce 14 especies de *Lyssavirus*.^{10,11}

El género se ha subdividido en tres filogrupos sobre la base de las distancias genéticas y la reactividad serológica cruzada. En nuestro país el filogrupo I es el más común:

- El virus de la rabia clásico-RABV (grupo filogrupo I): que incluye a la mayoría de los lyssavirus de la rabia que afectan a mamíferos terrestres en todo el mundo (excepto en Australia, la Antártida y varias islas); murciélagos sólo en la región de las Américas. Incluye también a los virus vacunales.
- Variantes antigénicas RABV en las Américas (anticuerpos monoclonales identificados por técnicas moleculares): incluye Tipo 1 (perro/mangosta); Tipo 2 (perro); Tipo 3,5,8 y 11 (murciélago hematófago); Tipo 4, 6 y 9 (murciélago no hematófago); tipo 7 (zorro) y los tipos 8 y 10 (zorrillo).¹⁰

Por la complejidad de variantes genéticas y distintos ciclos epidemiológicos involucrados, para la región de las Américas se hace necesario definir los siguientes conceptos:

Rabia canina: rabia de la variante genética de perros.

Rabia en perros: rabia de variantes genéticas de animales silvestres (distintas de la rabia canina).

Rabia humana transmitida por el perro: casos humanos de rabia por la variante genética de perros.¹⁰

10.2 Patogénesis del Virus de la Rabia

El virus de la rabia ingresa al cuerpo a través de heridas o por contacto directo con las superficies mucosas; no puede atravesar la piel intacta. Tras la exposición, el virus de la rabia puede replicarse en el músculo mordido u otros tejidos locales, obteniendo acceso a las placas terminales motoras y a los axones motores para llegar al sistema nervioso central. En algunas variantes de murciélagos, la propagación viral también puede ocurrir a través de los nervios sensoriales debido al tropismo por la piel.¹⁰

El virus de la rabia se transporta en vesículas de transporte y se desplazan hacia el sistema nervioso central exclusivamente por transporte retrógrado rápido a lo largo de los axones motores, sin ser absorbidos por las terminaciones sensoriales o simpáticas. También pueden ingresar directamente en los axones motores de los nervios periféricos debido a una lesión penetrante.¹⁰

Una vez alcanzado el Sistema Nervioso Central, se multiplica causando daños permanentes en el tejido nervioso, y en la última etapa el virus de la rabia cambia su dirección de transporte y migra fuera del Sistema Nervioso Central, proceso conocido como propagación centrífuga a través del flujo axoplásmico anterógrado lento desde los axones motores de las raíces y nervios ventrales a los axones sensoriales periféricos de los ganglios infectados de la raíz dorsal, lo que conduce a la infección de los husos musculares, la piel, los folículos pilosos y otros tejidos no nerviosos, tales como las glándulas salivales, el músculo cardíaco, los pulmones y los órganos viscerales abdominales, a través de su inervación sensorial. En el momento de la aparición clínica de la rabia, el virus está ampliamente difundido en el sistema nervioso central y probablemente a los órganos extraneurales.¹⁰

10.3 Periodo de Incubación del Virus de la Rabia

El período de incubación del virus de la rabia varía de 5 días a varios años (por lo general, 2-3 meses y raramente más de 1 año), dependiendo de la cantidad de virus en el inóculo, la densidad de las placas motoras en el lugar de la herida y la proximidad de la entrada del virus al sistema nervioso central. En la Región de las Américas, el intervalo de tiempo que los países reportaron desde la exposición hasta la aparición de los primeros síntomas fue de aproximadamente 30 días, y desde los primeros síntomas hasta la muerte fue de 10 días.^{8,9}

La velocidad estimada de la migración del virus depende de si se mueve por transporte axonal retrógrado o por propagación centrífuga. En el transporte axonal retrógrado o centrípeto, la migración es rápida, con velocidades de 5-100 mm/día o incluso más rápidas, porque las poblaciones neuronales del mismo orden sináptico ubicadas a diferentes distancias, por ejemplo, de 10 μm a 2 cm, se infectan simultáneamente. Por el contrario, la propagación centrífuga es lenta, ya que probablemente está mediada por la difusión pasiva en lugar del transporte activo del virus.¹⁰

11 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN AL VIRUS DE LA RABIA

Todo el profesional de salud que asista a una persona expuesta al virus de la rabia debe inmediatamente evaluar y clasificar el riesgo de exposición para proporcionar la atención oportuna y requerida en cada caso. La notificación del caso de agresión y de un animal mordedor a las Direcciones Provinciales de Salud (DPS)/ Direcciones Áreas de Salud (DAS) es de suma importancia para iniciar las investigaciones epidemiológicas pertinentes.

La epidemiología y la patogenia de la rabia son complejas, y no es posible presentar recomendaciones específicas para todas las circunstancias posibles, en la Tabla 1 se resume las principales recomendaciones para la evaluación de la sospecha y la clasificación del riesgo de exposición al virus de la rabia.¹⁰

El virus de la rabia es sensible al jabón y desinfectantes comunes, por eso el lavado de heridas con agua y jabón de manera intensa durante 10-15 minutos es crítico en exposiciones de riesgo de la rabia.⁷ Este procedimiento permite reducir de manera significativa la carga viral presente en el sitio de la herida.¹⁰

La sospecha de una exposición al virus rábico, excepto en personas que por su ocupación tengan contacto directo con el virus (por ejemplo, laboratorios, veterinarios, entre otros), siempre viene acompañado con un contacto con un animal que se sospecha que puede transmitir potencialmente la rabia.¹⁰

Para fines de mejor comprensión los animales potencialmente transmisores de la rabia en este documento los clasificaremos como:

- Animales domésticos (compañía): caninos y felinos.
- Animales de Interés Económico (AIE): como el ganado bovino, porcino, equino y ovi-caprino.
- Animales Silvestre: como murciélagos, hurones, mangostas, monos, mapaches etc. Con relación a los animales silvestre aclarar dos puntos:¹⁰
 - Dentro del grupo de los animales silvestres se encuentran los roedores sinantrópicos (ratas, hámster, ratones, etc.), a pesar de ser animales silvestres la evidencia científica disponible en la actualidad demuestra que la infección de estos roedores por el virus de la rabia es muy poco común y no se han registrado casos de rabia humana por mordeduras de estos. En este sentido la mordedura por roedores sinantrópicos no se clasifica actualmente como una exposición al virus de la rabia.
 - En el caso de personas que presenten agresión o contacto con roedores en los cuales no fue posible identificar la especie, se recomienda clasificarlo como exposición por animal silvestre.

Durante la atención médica a una persona expuesta al virus de la rabia, lo prioritario es el manejo de la herida. Posteriormente es necesario que el personal médico realice una evaluación de la exposición y decida si es necesario en ese momento iniciar el esquema de vacuna antirrábica humana de acuerdo con la caracterización del riesgo de la exposición.

Los criterios por considerar para realizar la evaluación y es fundamental registrar en el expediente clínico las informaciones a indagar con el paciente, familiar o tutor: ^{10,11,12}

- Tiempo transcurrido de la mordedura, no necesariamente la persona agredida por un animal llegará a los servicios el día de la atención, por lo cual este dato es crucial para la evaluación del riesgo.
- Condiciones de la mordedura.
- Clasificación del animal agresor silvestre, de Interés Económico o domésticos (perros o gatos).
- La procedencia del animal doméstico, si es conocido o desconocido de la persona agredida.
- Si el animal doméstico es de origen conocido es localizable y puede ser observado y aislable sin acceso a otros animales y personas por 10 días.
- Estado vacunal del animal.
- El estado físico del animal, sinología sugestiva de rabia (debilidad y parálisis, dificultades para respirar y tragar, salivación excesiva, comportamiento anormal, agresividad y/o automutilación).
- Epidemiología de la rabia a nivel internacional, nacional, provincial y local.
- Si el animal doméstico es de origen conocido (la persona es la dueña, es de un vecino, es un perro comunitario, etc.), es necesario indagar si se puede localizar, ser observado y aislado sin acceso a otros animales/personas por 10 días.

Se orientará al paciente, familiar o tutor que, si el animal doméstico durante el tiempo de observación (10 días) desaparece, no es posible localizarlo, empieza a presentar síntomas, o muere, debe de notificarlo al centro de salud por la vía más acudir de inmediato al centro de salud para iniciar esquema de vacuna antirrábica humana.

En estos casos el médico debe de notificar inmediatamente al personal de Zoonosis de la DPS/DAS correspondiente para las acciones de salud pública en especial la toma de muestra del animal fallecido y si el resultado de laboratorio es negativo se suspende el esquema de vacuna antirrábica humana.

- Si por el contrario la persona expuesta, familiar o tutor, indica que el animal doméstico es de origen desconocido, el médico debe indicar inicio del esquema de vacunación y e informar las cantidades de visitas para completar esquema de vacuna antirrábica humana (ver tabla 3). De igual manera el personal médico o de vigilancia epidemiológica del centro de salud debe comunicarse con el personal de Zoonosis de la DPS/DAS correspondiente para las acciones de salud pública correspondientes.¹⁰

Tabla1. Evaluación y clasificación del riesgo a la exposición de la rabia de la persona expuesta

Descripción de la actividad	Clasificación	Categoría	Recomendaciones al personal de salud
<p>Tocar o alimentar animales Lameduras en piel intacta de animales sospechosos de rabia Contacto de piel intacta con secreciones o excreciones de un animal o persona con la rabia</p>	<p>NO SE CONSIDERA EXPOSICIÓN</p>	<p>Categoría I</p>	<p>1. Atención de la(s) herida(s): Lavado de la(s) lesión(es) o áreas de contacto por al menos 10 minutos con agua y jabón, realizar desinfección del área (en caso necesario).</p> <p>NO REQUIERE iniciar esquema de vacunación antirrábica humana</p>
<p>Agresiones tipo mordiscos, arañazos o abrasiones menores en piel descubierta. sin sangrado O contacto de saliva o materia contaminado por un animal sospechoso de rabia en piel lesionada o mucosa.</p>	<p>Exposición mediano riesgo</p>	<p>Categoría II</p>	<p>1. Atención de la(s) herida(s): Lavado de la(s) lesión(es) o áreas de contacto por al menos 10 minutos con agua y jabón, realizar desinfección del área (en caso necesario).</p> <p>2. Profilaxis Post-exposición</p> <p>a. No es necesaria la Infiltración de la(s) herida(s) con Inmunoglobulina antirrábica (RIG).</p> <p>b. Vacunación post-exposición, Si cumple con los criterios de riesgo se aplicará una dosis de vacuna antirrábica humana por visita los días (0,3,7 y 14).</p> <p>3. Realizar la notificación de la agresión al personal de las (DPS/DAS) correspondientes dentro de las primeras 24 horas posteriores a la exposición (mordida, arañazo, lamido en mucosa o piel lesionada).</p>
<p>● Mordeduras única o múltiple (especialmente en la cabeza, cuello, cara, manos y genitales).</p>	<p>Exposición alto riesgo</p>	<p>Categoría III</p>	<p>1. Atención de la(s) herida(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lavado de la(s) lesión(es) o áreas de contacto por al menos 10 minutos con agua y jabón,

<ul style="list-style-type: none"> ● Mordeduras en niños menores a un año. ● Arañazos transdérmicos (profundas). ● Lameduras en piel lesionada (pérdida de continuidad de la piel, cortes o aberturas). ● Contaminación de las mucosas con saliva de un animal potencialmente sospechoso de rabia o material contaminado ● Exposición por contacto directo con animales silvestres, sin importar si existe sangrado. (por ejemplo, mangostas, murciélagos) 			<p>realizar desinfección del área (en caso necesario).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evitar la sutura primaria: No se recomienda cerrar la herida de inmediato, ya que la sutura puede favorecer la permanencia del virus en el tejido y aumentar el riesgo de infección. ● Si es necesario la sutura, se realizará suturas (puntos) de aproximación evitando cerrar por completo la herida e infiltrado primero la RIG. <p>2. Profilaxis Post-exposición</p> <p>a. Infiltración con Inmunoglobulina antirrábica (RIG) inmediatamente. El momento oportuno de administrar la RIG es el día 0. Podría administrarse SOLO hasta el día 7 de inicio de la vacunación antirrábica humana. Modo de aplicación: Infiltrar herida, y los bordes, solo el volumen necesario. Si no hay herida/o esta cicatrizada, administrar RIG vía intramuscular. Dosis máxima de 20 UI/Kg peso IG Humana. o 40 UI/Kg peso IG Equina.</p> <p>b. Iniciar de inmediato esquema de vacunación post-exposición, se aplicará una dosis de vacuna por visita los días (0,3,7 y 14).</p> <p>La no disponibilidad de inmunoglobulina antirrábica (RIG) no constituye impedimento para iniciar la vacunación post-exposición.</p> <p>Nota: se puede suspender la PEP si el animal permanece saludable durante un</p>
---	--	--	--

			<p>período de observación por un profesional calificado de 10 días o se confirma un resultado negativo para la rabia por un laboratorio fiable mediante técnicas de diagnóstico adecuadas.^a</p> <p>3. Realizar la notificación de la agresión al personal de las (DPS/DAS) correspondientes dentro de las primeras 24 horas posteriores a la exposición (mordida, arañazo, lamido en mucosa o piel lesionada).</p>
<p>Nota:</p> <p>^a El período de observación para los Animales de Interés Económico (bovino, caballo, cerdo, ovi-caprino) es de 90 días. Para la evaluación de riesgo y recomendaciones por actividades ocupacionales o recreativas ver profilaxis Preexposición (PrEP) (Ver tabla 6)</p>			

Construido a partir de: Organización Panamericana de la Salud. *Flujograma rabia para tratamiento pre y postexposición* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 7 ago 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/flujograma-rabia-para-tratamiento-pre-postexposicion>. World Health Organization. *WHO Expert Consultation on Rabies: third report* [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 6]. (WHO Technical Report Series, No. 1012). p. 156. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed3-2021-english.pdf>

Nota: El personal de salud debe informar a la persona que fue agredida, al familiar o acompañante, que, si el animal potencialmente sospechoso de rabia muere o es sacrificado, inmediatamente debe informar al centro de salud o a la DPS/DAS correspondiente para iniciar las acciones de Salud Pública correspondientes, y que no debe enterrar o eliminar la carcasa del animal, manteniendo separada para colecta de muestra por parte del profesional designado.

11.1 Exposiciones atípicas al virus de la rabia

Los casos de rabia que no sean por medio de agresiones de animales sospechosos de rabia son extremadamente raros. Pero se han documentado exposiciones atípicas al virus de la rabia, así como recomendaciones adicionales en ciertas situaciones. A continuación, se detallan algunas:¹⁰

- La transmisión de persona a persona, solo posible por trasplante de órganos y hasta la fecha solo se ha reportado un caso de transmisión perinatal. No existen evidencias científicas suficientes sobre transmisión por lactancia materna.
- La rabia puede transmitirse por ingestión de carne de animales infectados experimentalmente. La evidencia científica disponible actualmente no ha demostrado casos humanos derivados del consumo de carne cruda de un animal sospechoso de

infección por el RABV, por lo que no se considera exposición. La recomendación es no consumir carne de un animal rabioso, sobre todo si es cruda.

- El virus de la rabia no se ha aislado de la leche de vacas rabiosas, y no se han atribuido casos de rabia humana producto al consumo de leche cruda. En este sentido, aunque no se clasifica como exposición al virus de la rabia no es recomendable consumir leche cruda de un animal rabioso. La leche que ha sido pasteurizada no presenta ningún riesgo de transmisión del virus de la rabia.
- La exposición al virus de la rabia producto del manejo de material infeccioso en las investigaciones científicas, se ha documentado, por lo que estas exposiciones se clasifican como tipo II o III.
- El personal que manipula carne cruda por riesgo ocupacional y las personas expuestas al virus de la rabia debido a la manipulación de carne cruda de un animal sospechoso o confirmado con rabia, se clasifica como exposición de categoría II o III, por ejemplo, en personal que trabaja en mataderos, veterinarios, etc.

12 MANEJO PREVENTIVO EN LAS PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS DE LA RABIA

La rabia es mortal, pero puede prevenirse si la persona expuesta al virus de la rabia acude a los servicios de salud inmediatamente ocurrió el evento y el personal de salud que le asiste sin importar el nivel de atención, realiza una atención adecuada y oportuna. El manejo de la herida y la profilaxis antes y/o después de la exposición sospechada o comprobada al virus constituye una acción prioritaria.¹⁰

Nota: La rabia es una enfermedad 99.9% mortal, pero 100% prevenible tanto en humanos como en animales.¹

La OMS recomienda dos estrategias principales de inmunización para la prevención de la rabia humana:

- **Profilaxis Posterior a la Exposición (PEP)**
- **Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP).**^{10,12}

Las vacunas utilizadas para la profilaxis de la rabia deberán cumplir los requisitos de calidad con relación a la producción, control, así como de inmunogenicidad y seguridad, por lo que se recomienda utilizar vacunas que cumplan con los prerrequisitos indicados por la OMS.¹⁴

12.1 Profilaxis posterior a la exposición al virus de la rabia (PEP)

La administración de profilaxis post-exposición constituye la atención inmediata a las personas expuestas al virus de la rabia. Es una **URGENCIA MÉDICA**, no una emergencia médica. Debido a que la infección de la rabia es casi siempre mortal, no existe ninguna contraindicación de la profilaxis post-exposición. Se puede administrar profilaxis post-exposición a niños y también durante el embarazo, lactancia y con cualquier tratamiento médico. Durante la atención el personal de salud en la medida de lo posible brinda soporte al paciente/familiares/acompañantes ya que posiblemente lleguen alterados psicológicamente posterior a la exposición. ^{10,14}

La prioridad es realizar oportunamente las acciones recomendadas con el fin de prevenir la rabia y salvar la vida del paciente. La PEP incluye: manejo de la(s) herida(s) o lugar(es) de contacto, aplicación de biológicos antirrábicos, atención psicológica, posteriormente en el país es necesario realizarlas acciones de notificación al personal de zoonosis de las DPS/DAS correspondiente para iniciar las acciones de salud pública requeridas. ^{10,14}

Nota: La profilaxis post-exposición (PEP) contra la rabia se compone de tres elementos inseparables fundamentales: ¹⁰

- **Manejo de la (las) herida(s) o área de contacto. Reduce la carga viral.**
- **Administración de inmunoglobulina antirrábica (RIG), solo exposición grave-categoría III. Aporta anticuerpos pasivos inmediatos.**
- **Vacunación antirrábica post exposición. Estimula la respuesta inmune activa para protección sostenida.**

12.1.1 Manejo de la(s) herida(s) o lugar(es) de contacto

El manejo de todas las heridas por mordeduras y arañazos de animales a una persona expuesta a los virus de la rabia es un paso importante en la PEP. Los procedimientos de primeros auxilios recomendados incluyen: ¹⁰

- Lavado inmediato y completo de todas las heridas o área de contacto con agua a chorro por lo menos 10 minutos y jabón. Esto reduce significativamente la carga viral.
- Aplicación de povidona yodada u otra sustancia con actividad virucida.
- Si la exposición ocurrió en mucosa ocular, bucal, anal, nasal, o genitourinaria lo recomendable es realizar lavado con solución salina fisiológica estéril por lo menos durante 15 minutos.
- Otros tratamientos, como la administración de antibióticos, antiinflamatorios, estudios radiológicos adicionales en heridas penetrantes, deben administrarse según sea apropiado para heridas potencialmente contaminadas y considerando cada caso por pertinencia clínica.

- En las exposiciones severas (clasificación de riesgo III) deberán infiltrarse lo que sea posible con RIG en el menor tiempo posible, siguiendo el esquema de la Tabla 2.
- Las orientaciones al paciente para el manejo posterior de la(s) herida(s), cuando residen en un área remota que les impida acudir al centro de salud están orientadas enseñar cómo lavar y curar la herida de manera sencilla y advertir la no utilización de procedimientos que puedan contaminar o agrandar aún más la herida.
- Es necesario valorar posteriormente la asistencia de urgencia de los pacientes que presentan politraumatismos a un centro de mayor capacidad resolutive (si aplica).

12.1.2 Sobre las suturas de heridas por agresiones de animales ¹⁰

- La mayoría de las heridas por mordeduras graves se tratan mejor con un apósito diario, seguido de una sutura diferida cuando sea necesario.
- Evitar la sutura primaria: no se recomienda cerrar la herida de inmediato, ya que la sutura puede favorecer la permanencia del virus en el tejido y aumentar el riesgo de infección.
- Si no se puede evitar la sutura de primera intención después de la limpieza de la(s) herida(s), primero se debe infiltrar completamente la(s) herida(s) con RIG humana o equina y retrasar la sutura durante varias horas y antes de cualquier intento de cierre, para permitir la difusión de la inmunoglobulina a través de los tejidos antes de que se realizan suturas mínimas (puntos de aproximación).
- Siempre que sea posible cuando se requiere sutura se recomienda realizar sutura diferida (secundaria): solo se considera cuando es estrictamente necesario por razones funcionales o estéticas, y siempre después de haber iniciado la profilaxis post-exposición (vacuna e inmunoglobulina antirrábica).
- Uso de inmunoglobulina: en caso de heridas graves, extensas o en zonas de alto riesgo (cara, cuello, manos, genitales), la inmunoglobulina antirrábica debe infiltrarse alrededor de la herida antes de cualquier intento de cierre.

Nota: En casos en que se deba suturar urgentemente toda o parte de la herida se debe infiltrar primero la RIG.¹⁵

12.1.3 Aplicación de inmunoglobulina o suero antirrábico (RIG), solo categoría exposición III

El papel de la RIG es la inmunización pasiva, proporcionar anticuerpos neutralizantes en el lugar de la exposición antes de que los pacientes empiecen a producir sus propios anticuerpos como resultado de la vacunación post exposición. La vacuna debe administrarse independientemente de la disponibilidad de RIG.

Consideraciones generales sobre la RIG: ^{10,14,15}

- Si existe disponibilidad de la RIG, debería de administrarse a todos los pacientes con una exposición grave o de categoría III, independientemente de la presencia de heridas visibles o si están cicatrizadas se debe aplicar RIG. La excepción serán aquellos pacientes que evidencien haber completado el esquema de PEP. Ver esquema de aplicación de la RIG en la Tabla 2.
- Se puede utilizar la RIG con seguridad durante el embarazo y la lactancia.
- Para la aplicación de la RIG no se requiere aplicar test de sensibilidad y es necesario evitar la aplicación subcutánea de la RIG.
- Una herida sangrante en cualquier sitio indica una exposición potencialmente severa y debe ser infiltrada inmediatamente con RIG.
- Una herida por mordedura infectada no es una contraindicación para la inyección de RIG.
- La RIG Idealmente se aplica de preferencia el día 0 antes de iniciar la vacunación post exposición, la inmunoglobulina está diseñada para brindar protección inmediata mientras el organismo produce sus propios anticuerpos.
Si no fue posible la aplicación de la RIG el día 0, es posible aplicarla hasta el día 7 de haberse iniciado la vacunación post exposición. Se espera que, para ese momento, el paciente inmunocompetente ya ha comenzado a desarrollar anticuerpos por efecto de la vacuna antirrábica.
- Solo existe dosis máxima a aplicar de RIG. La dosis máxima de RIG humana es de 20 UI/kg de peso corporal, para RIG equina es de 40 UI/kg. Se administra infiltrando la herida lo anatómicamente posible.
- En los casos que exista una limitación en la disponibilidad de la RIG (informada por el MISPAS) es posible utilizar con moderación y realizar una priorización, considerando otros factores de alto riesgo y la disponibilidad del insumo en el momento específico.

Nota: La inmunoglobulina antirrábica (RIG) es un complemento indicado en exposiciones graves (clasificación III). Sin embargo, su ausencia no constituye impedimento para iniciar la vacunación post-exposición contra la rabia, la cual debe comenzar de inmediato.

12.1.3.1 Modo de administración de la RIG (solo exposiciones graves-categoría III)

- La dosis completa de inmunoglobulina calculada para cada paciente, o la mayor cantidad posible anatómicamente, debe infiltrarse cuidadosamente en la(s) herida(s) o zonas de exposición, o lo más cerca posible de ellas (bordes de las heridas), evitando saturar los tejidos (síndrome compartimental), para neutralizar el virus de la rabia que pueda aún estar presente.^{10,13,14}
- Si existe una alta probabilidad de que existan heridas pequeñas adicionales (por ejemplo, un niño o una persona que no pueda identificar todas las lesiones o heridas), la exposición fue a murciélagos, mangostas o la exposición fue por una causa distinta a una mordedura, está indicada la inyección intramuscular del volumen restante de RIG lo más cerca posible de la presunta zona de exposición, en la medida en que sea anatómicamente factible. Lo mismo se aplica a la exposición de las mucosas sin herida, y se puede considerar el enjuague con RIG. En caso de sospecha de exposición al virus de la rabia en aerosoles, se recomienda, una inyección intramuscular de RIG.^{10,13,14}
- Las mordeduras en las puntas de los dedos de las manos o de los pies, en los lóbulos de las orejas, en el área nasal o en los genitales externos pueden ser inyectadas con seguridad con RIG, siempre y cuando se evite la presión excesiva, ya que esto puede causar síndromes de compresión (síndrome compartimental).^{10,14}
- En el caso de heridas graves y múltiples, que requieren una dosis mayor de inmunoglobulina que la máxima, se realiza el cálculo de dosis máxima para el paciente y el producto puede diluirse con solución salina normal estéril hasta un volumen suficiente para una infiltración eficaz y segura en todas las heridas.^{10,14}

Tabla 2. Esquema de aplicación de Inmunoglobulina o suero antirrábico (RIG)

Tipo de RIG	Día de la visita**	Número de dosis	Dosis máxima	Vía de administración
Homóloga o humana (hRIG)	0	1	20 UI/kg de peso	Infiltrado en la herida y bordes de la(s) herida(s) tanto como sea anatómicamente posible (pero evitando el posible síndrome compartimental)
Heteróloga o Equina	0	1	Dosis máxima 40 UI/Kg	Vía: Igual anterior

Notas: **Si no se aplica la RIG el día 0 del inicio de vacunación antirrábica humana y solo se recomienda hasta el día 7 después de la primera dosis de la vacuna antirrábica humana.

Construido a partir de: World Health Organization. *WHO Expert Consultation on Rabies: third report* [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 6]. (WHO Technical Report Series, No. 1012). p. 53. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed3-2021-english.pdf>

12.1.4 Esquema de vacunación antirrábica humana post-exposición (categoría de exposición II y III)

Como se explicó en el apartado 12 es necesario que el personal clínico realice una evaluación basada en los criterios de riesgo de la exposición comentados. Si luego del análisis el médico decide que la persona expuesta aplica para iniciar esquema, este se realizará siguiendo las recomendaciones planteadas a continuación.

El esquema de vacunación profiláctica Post-exposición consiste en cuatro dosis, lo que implica que la persona expuesta al virus de la rabia deberá acudir al establecimiento de salud para recibir sus **dosis de vacuna intramuscular los días 0-3-7 y 14**. El día 0 es la fecha en que el paciente acudió al sistema de salud y fue administrada la primera dosis de la vacuna. La vacuna antirrábica se puede utilizar con seguridad durante el embarazo y la lactancia (ver esquema en Tabla 3).^{10,14}

Como toda atención clínica, es necesario dejar registro de los servicios prestados a la persona expuesta, se detallan algunas consideraciones:

- Si el paciente no presenta sintomatología de rabia, no importa el tiempo transcurrido desde la exposición al virus se debe iniciar la PEP inmediatamente el paciente busque la asistencia sanitaria, debido al periodo de incubación del virus. (Ver características de los *Lyssavirus*).^{10,15}
- Como parte de las acciones del personal de salud, es necesario el registro de la atención en el expediente clínico del paciente, localización de las lesiones, condiciones de la agresión/exposición, datos relevantes del animal agresor.
- Realizar la prescripción de la vacuna antirrábica humana al personal de vacuna brindado la identificación de la persona expuesta, localización de la lesión, animal agresor, etc.
- El llenado del libro de registro de vacuna antirrábica humana de toda persona asistida en el establecimiento de salud producto de una lesión o agresión animal. (Ver anexo 3 y 4)
- Como parte de las acciones del programa de zoonosis del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es necesario que el establecimiento que asista a personas expuestas al virus de la rabia categoría II y III, todas sean notificadas al personal de zoonosis de la Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y de las Direcciones de Área de Salud (DAS) correspondiente. Esta notificación será realizada de acuerdo con el nivel de atención o por los médicos de asistencia (primer nivel de atención) o el personal
- La vacunación antirrábica se realiza **SIEMPRE** vía intramuscular. Es posible que por situaciones especiales (escasez del inmunobiológico por emergencias sanitarias, aumento de las personas expuestas, entre otras) el MISPAS informe a los establecimientos de salud públicos y privados el cambio de administración vía intradérmica (ID). Pero esto solo será ante comunicación oficial del MISPAS. Ver esquema ID en el anexo 5.

Tabla 3. Esquema de vacunación antirrábica humana post exposición intramuscular (PEP)

Esquema intramuscular	Día de visita	Dosis de vacuna antirrábica	Número de dosis por visita	Lugar de la inyección	Comentarios
Personas inmunocompetente 4 dosis (1ml/dosis)	0	1 ml	1	Vía intramuscular: Adultos y niños ≥ 2 años: Músculo deltoideos del brazo Niños < 2 años: Zona anterolateral del muslo	No inyectar en región glútea
	3	1 ml	1		
	7	1 ml	1		
	14	1 ml	1		
*Esquema ampliado para personas con inmunosupresión 5 dosis (1ml/dosis)	21 o el día 28	1 ml	1		

Nota: En condiciones excepcionales definidas por el MISPAS y comunicada a los servicios de salud por las DPS/DAS correspondientes, se podrá utilizar el esquema intradérmico descrito en el Anexo 5.

Construido a partir de: World Health Organization. *WHO Expert Consultation on Rabies: third report* [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 6]. (WHO Technical Report Series, No. 1012). p. 67. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed3-2021-english.pdf>

Nota: Ver flujograma 1, capítulo 26.

12.1.4.1 Interrupción del esquema de vacunación antirrábica humana

Sin importar el tiempo de demora en la administración de alguna dosis de vacuna antirrábica humana es necesario completar esquema de cuatro dosis.¹³ La profilaxis solo puede interrumpirse en caso de diagnóstico laboratorial con resultado negativo de muestra colectada del animal mordedor, o en caso donde se realizó vigilancia por 10 días del perro o gato responsable por la exposición y el animal siguió vivo y con buenas condiciones generales de salud. después de 10 días desde la fecha de la exposición.

12.1.4.2 Esquema de vacunación antirrábica humana en personas previamente inmunizadas

Se consideran previamente inmunizadas aquellas personas expuestas o re-expuestas al virus de la rabia que cuentan con evidencia documental de haber recibido:^{13,15}

- Una profilaxis post-exposición (PEP) completa, o
- Una profilaxis post-exposición abreviada (al menos dos dosis, equivalente a PrEP), o
- Una profilaxis pre-exposición (PrEP) completa.

En estos casos se debe considerar:

- Sin evidencia documental de PEP o PrEP completa: iniciar esquema completo de vacunación, incluyendo inmunoglobulina antirrábica (RIG) cuando corresponda (ver Tablas 2 y 3).
- Con evidencia documental de PEP previa o PrEP completa en un intervalo **menor de 6 meses**: no se requiere repetir vacunación ni aplicar refuerzo.
- Con evidencia documental de PEP previa o PrEP completa en un intervalo **mayor de 6 meses**: aplicar esquema de refuerzo con 2 dosis (día 0 y día 3).

12.1.4.3 Esquema de vacunación antirrábica humana en personas con inmunosupresión

Diversas condiciones pueden conducir a inmunosupresión y comprometer la respuesta inmunitaria. Si es posible, se recomienda consultar a un especialista en enfermedades infecciosas o al médico tratante con conocimientos especializados o al historial clínico del paciente.

En caso de exposición al virus de la rabia en personas con inmunodeficiencia documentada:

- Realizar lavado exhaustivo y antisepsia inmediata de la herida. En pacientes inmunocomprometidos, la limpieza minuciosa de las heridas es de suma importancia como primer auxilio.^{10,15 17}
- Indicar un curso completo extendido de PEP, vacunación hasta el día 21 o 28 a partir de la primera dosis siguiendo el esquema de la Tabla 3, incluyendo inmunoglobulina antirrábica (RIG) cuando corresponda.^{10,15 17}
- Utilizar las mejores opciones disponibles de PEP (vacunas y RIG de alta calidad, esquema más inmunogénico), independientemente de la vía de administración de la vacuna.

12.1.4.4 Contraindicaciones y precauciones para la vacunación antirrábica humana

- No existen contraindicaciones absolutas para la profilaxis post-exposición (PEP). Puede administrarse de forma segura en lactantes, mujeres embarazadas, personas inmunocomprometidas y en pacientes con VIH/SIDA.¹⁰
- Reacciones adversas esperadas: similares a otras vacunas, principalmente dolor en el sitio de aplicación.⁷
- Supervisión post-vacunación: se recomienda observar a la persona vacunada durante al menos 15–20 minutos tras la aplicación, como con cualquier otra vacuna.⁷
- Contraindicación específica: una reacción grave previa a cualquier componente de una vacuna antirrábica constituye contraindicación para repetir el mismo producto. En estos casos, se debe cambiar a otra vacuna disponible para PrEP o PEP.⁷

12.1.5 Profilaxis complementaria en heridas por mordedura o exposición a animales sospechosos de rabia

Además de las medidas específicas de profilaxis post-exposición contra la rabia (lavado exhaustivo de la herida, aplicación de inmunoglobulina antirrábica e inicio inmediato de la vacunación antirrábica cuando corresponda), se debe valorar la necesidad de profilaxis antitetánica.

La indicación de vacuna o toxoide tetánico, y en casos seleccionados inmunoglobulina antitetánica, responde al riesgo de infección por *Clostridium tetani* asociado a heridas contaminadas. Esta medida constituye una intervención complementaria de seguridad en el manejo integral de la herida, pero **no forma parte de la profilaxis post-exposición específica para rabia**.

12.1.6 Atención psicológica a la persona expuesta al virus de la rabia

La atención integral de los pacientes expuestos al virus de la rabia incluye la valoración psicológica. Se recomienda al personal de salud:

- Atender la demanda espontánea, toda persona que manifieste necesidad de asistencia psicológica tras la exposición debe ser referida a psicológica.¹⁰
- Referir al servicio de Psicología a toda persona que haya sufrido heridas múltiples, mutilaciones, desfiguración facial, amputaciones o lesiones extensas por ataques violentos de perros o animales silvestres, para prevenir el desarrollo de trastorno de estrés postraumático y/o fobias. En especial los niños, pero no debe limitarse a la edad (cualquier persona puede requerir apoyo psicológico).¹⁰
- Valoración clínica del personal de salud, si el equipo tratante observa signos de afectación emocional o considera que la atención psicológica es necesaria, debe gestionar la referencia, aun cuando el paciente no lo solicite explícitamente.

12.1.7 Registro de personas expuestas al virus de la rabia agredidos por animales y notificaciones

Es necesario que cada establecimiento de salud cuente con evidencia documental de la atención brindada a las personas expuestas al virus de la rabia (historia clínica física, libro de consulta, historia electrónica u otro método de registro).

El historial clínico contendrá los datos regulares de atención con la adición de que a cada paciente que se le brinde asistencia post-exposición al virus de la rabia es necesario documentar:

- Detalles de la exposición:
 - Registrar la fecha y naturaleza de la exposición (mordedura, lamida, saliva, rasguño u otra).
 - Documentar si la mordedura fue accidental o provocada.

- Registrar el sitio anatómico afectado.
 - Documentar si la herida sangró, el número de lesiones y la profundidad (superficial o profunda).
 - Clasificar la exposición (I/II/III).
 - Indagar y registrar si existen otras personas agredidas o en contacto con el mismo animal.
- Datos del animal agresor:
 - Registrar si el animal es doméstico o silvestre.
 - Documentar la especie.
 - Registrar el estado de salud del animal.
 - Documentar si el propietario es conocido y localizable.
 - Registrar el estado vacunal del animal (vacuna antirrábica vigente y documentada).
 - Documentar si el animal es localizable y puede ser aislado.
 - Registrar si el animal está vivo.
- Detalles de la PEP brindada:
 - Documentar el historial de vacunación del paciente (previamente inmunizado o no).
 - Registrar antecedentes de aplicación de RIG.
 - Documentar el tratamiento realizado (manejo de la herida, vacunación).
 - En caso de aplicación de RIG: registrar el tipo utilizado (humana o equina), el peso del paciente, la dosis máxima calculada en UI y el volumen total infiltrado dentro y fuera de la herida.
 - Documentar medidas adicionales realizadas.
- Registro de la PEP:
 - Registrar la administración de vacunas antirrábicas humanas y RIG, cuando corresponda, en la historia clínica, libro de consulta o sistema electrónico.
 - Esta tarea será responsabilidad del profesional de salud tratante, con apoyo del personal de vigilancia epidemiológica del establecimiento cuando exista.
- Comunicación programática: el prestador que atiende a la persona expuesta debe comunicar el caso a la DPS/DAS correspondiente en un plazo máximo de 24 horas, utilizando la vía más expedita disponible.
- Notificación al SINAVE: de acuerdo con la normativa, las agresiones animales (mordeduras) deben ser reportadas de manera consolidada por la unidad notificadora, utilizando el Formulario de Informe Semanal de Síndromes, Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (ver Anexo 6).⁶

12.2 Profilaxis previa a la exposición (PrEP)

Está indicada en personas que están en alto riesgo de exposición al virus de la rabia y otros *Lyssavirus* debido a sus actividades profesionales o de otro tipo (viajes, actividades en cuevas (espeleología), viajes con posibilidad de contacto con murciélagos) y, en casos especiales, debido a su residencia en una zona de alto riesgo y remota, de difícil acceso a los servicios de salud.⁷ Ver esquema recomendado en la Tabla 4.

Consideraciones generales:

- La PrEP evita la administración de inmunoglobulina antirrábica después de una mordedura (si la exposición ocurre posterior a los siete días de la PrEP).¹⁰
- La PrEP no estará indicada en niños o adolescentes. Solo contemplada en población adulta.¹⁰
- La PrEP se realiza **SIEMPRE** vía intramuscular. Es posible que por situaciones especiales (escasez del inmunobiológico por emergencias sanitarias, aumento de las personas expuestas, entre otras) el MISPAS informe a los establecimientos de salud públicos y privados el cambio de administración vía intradérmica (ID). Pero esto solo será ante comunicación oficial del MISPAS. Ver esquema ID en el anexo 9.

Tabla 4. Esquemas profilácticos previos a la exposición (PrEP)

Esquema de PrEP	Recomendación		Lugar de la inyección	Comentarios
Esquema intramuscular 2 dosis (1ml/dosis)	Día de la visita	Dosis de vacuna antirrábica	Vía intramuscular: Adulto, Músculo deltoideos del brazo	No inyectar en región glútea
	0	1 ml		
7	1 ml			
Esquema ampliado para personas con inmunosupresión 3 dosis (1ml/dosis)	21 o el día 28	1 ml		
Nota: En condiciones excepcionales definidas por el MISPAS y comunicada a los servicios de salud por las DPS/DAS correspondientes se podrá utilizar el esquema intradérmico descrito en el Anexo 9.				

Construido a partir de: World Health Organization. *WHO Expert Consultation on Rabies: third report* [Internet]. Geneva: WHO; 2018. (WHO Technical Report Series, No. 1012). p. 58. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed3-2021-english.pdf>

12.2.1 PrEP en personas inmunocomprometidas

Las personas con inmunodeficiencia documentada deben ser evaluadas individualmente. Se recomienda seguir el esquema de PrEP mostrado en la Tabla 4, además de una tercera administración de la vacuna en los días 21 o 28. Se considera que los pacientes que son controlados clínicamente y bien tratados, como las personas infectadas por el VIH que reciben terapia antirretroviral, no están inmunocomprometidos y han demostrado que responden de manera adecuada a la vacuna contra la rabia y a otras vacunas de la misma manera que las personas sanas.¹⁰

12.2.2 PrEP en salud ocupacional

El riesgo de una exposición depende de la naturaleza de la exposición, el contexto epidemiológico y la accesibilidad de las sustancias biológicas para la PEP. Las recomendaciones para evaluar el riesgo de exposición para este grupo se resumen en la Tabla 5 así como las recomendaciones de seguimiento. Los esquemas de PrEP a realizar están descritos en la Tabla 4.^{10,12,14.}

Tabla 5. Evaluación del riesgo de exposición y recomendaciones de PREP ocupacional

Riesgo de exposición	Tipo de trabajador	Recomendación
Alto	Personas que trabajan en laboratorios con altas concentraciones de virus de la rabia o <i>lyssavirus</i> vivos: <ul style="list-style-type: none">• Investigación• Producción de vacunas• Laboratorios diagnósticos• Personal que atiende casos de rabia regularmente	<ul style="list-style-type: none">• Cuando existe disponibilidad de pruebas serológicas, se recomienda la detección de anticuerpos cada 1 o 2 años para controlar los niveles con el fin de detectar una exposición inadvertida.• Si no se dispone de pruebas serológicas, podría considerarse la posibilidad de aplicar una vacuna de refuerzo de rutina antes de la asignación a un puesto de trabajo de riesgo.
Mediano	Profesionales que no corren un riesgo continuo de exposición, como: <ul style="list-style-type: none">• Veterinarios• Trabajadores en parques de animales (cuidadores)• Rescatistas• Centros de adopción de mascotas.• Funcionarios de sanidad animal	<ul style="list-style-type: none">• Someterse a un monitoreo serológico cada dos años.• La inmunidad inducida por la vacuna persiste en la mayoría de los casos durante décadas, se recomendaría la vacunación de refuerzo sólo si los títulos de anticuerpos neutralizantes del virus de la rabia caen a < 0,5 UI/mL.

Nota. El supervisor del laboratorio, personal de riesgo/salud ocupacional o el empleador, es el responsable de evaluar el riesgo relativo de exposición y de realizar un seguimiento adicional de la inmunidad de los trabajadores del laboratorio.

Construido a partir de: World Health Organization. *WHO Expert Consultation on Rabies: third report* [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 6]. (WHO Technical Report Series, No. 1012). p. 59. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed3-2021-english.pdf>

13 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La rabia es una enfermedad viral que se manifiesta como un síndrome de encefalitis aguda, dominado por formas de hiperreactividad (rabia furiosa) o síndromes paralíticos (rabia atípica), que conducen al coma. En pacientes que no reciben cuidados intensivos, la muerte ocurre dentro de las dos semanas posteriores a la aparición de los síntomas clínicos.¹⁰

El diagnóstico presuntivo de rabia se establece cuando un individuo presenta una enfermedad compatible, con o sin antecedente de exposición a un animal cuya rabia ha sido confirmada en laboratorio o clasificado como caso sospechoso o probable.¹⁰

Se considera caso clínico humano de rabia a toda persona con fiebre y al menos dos signos compatibles con la enfermedad (como hidrofobia, aerofobia, alteraciones neurológicas o parálisis), sin antecedente de vacunación antirrábica previa, que fallece dentro de los 21 días posteriores al inicio de los síntomas y en quien no se identifica otra causa diagnóstica que explique el cuadro clínico.

Durante la investigación del caso, el médico tratante debe buscar y documentar información sobre posibles exposiciones en el historial clínico. Por las características clínicas descritas, el diagnóstico puede resultar difícil; por lo tanto, se deben utilizar métodos de laboratorio para confirmación siempre que sea posible.¹⁰

13.1 Signos prodrómicos

En las primeras etapas de la enfermedad los síntomas son inespecíficos que incluyen fiebre, malestar general, cefalea, náuseas, vómito, anorexia, labilidad emocional, decaimiento, espasmos de la deglución y respiración. También surgen ansiedad o agitación.

El primer síntoma clínico específico (síntoma patognomónico), es el dolor neuropático, parestesia o prurito en el sitio de la mordedura; esto es causado por la replicación del virus en los ganglios de la raíz dorsal y la inflamación inducida por la inmunidad celular.¹⁰

13.2 Rabia Encefálica (rabia furiosa)

La principal característica es la hiperreactividad del paciente a estímulos táctiles, auditivos, visuales u olfativos (por ejemplo, la aerofobia y la hidrofobia) que se alternan con períodos de lucidez, agitación, sialorrea, confusión y signos de disfunción autonómica. Los espasmos inspiratorios espontáneos pueden ocurrir continuamente hasta la muerte sin tratamiento de cuidados intensivos. Estos periodos de agresividad y excitabilidad facilitan la sospecha clínica de la rabia, incluye exceso de salivación y espasmos musculares. La entrada preferencial por la vía motora explica por qué la disfunción subclínica de las células cónicas anteriores precede a la pérdida sensorial en la rabia furiosa y se localiza inicialmente en los segmentos del cuerpo correspondientes al sitio de la mordedura, extendiéndose progresivamente a otros lugares.¹⁰

13.3 Rabia Paralítica (rabia atípica)

Este tipo de síndrome paralítico ocurre por una axonopatía o mielopatía del nervio periférico que ocasiona debilidad similar al síndrome de Guillain-Barré. En esta presentación clínica excitación es menos evidente en la rabia paralítica, y los espasmos fóbicos pueden aparecer sólo en el 50 % de estos pacientes. Durante las primeras etapas de la rabia paralítica, los signos notables pueden incluir debilidad, parálisis y mioedema en los sitios de percusión, generalmente en la región del pecho, el músculo deltoides y el muslo, la piloerección y las fasciculaciones.¹⁰

Sin un control epidemiológico y una confirmación de laboratorio adecuada, la rabia con características clínicas y/o de neuroimagen atípicas puede ser mal diagnosticada y la muerte puede atribuirse a otras causas más comunes y conocidas de encefalitis. Es fundamental que la rabia sea incluida de manera imperante en todos los pacientes que presenten encefalitis viral aguda, progresiva e inexplicable, incluso en zonas donde la enfermedad es poco frecuente.¹⁰

14 MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Durante la última década se han registrado avances significativos en los métodos de diagnóstico de laboratorio para la rabia. Estos incluyen la confirmación de casos clínicos mediante la detección de antígenos, anticuerpos y material genético viral. Las pruebas pueden realizarse de acuerdo con el estado del paciente, ya sea ante mortem o post mortem.

Los métodos diagnósticos recomendados por la OPS/OMS, así como las técnicas actualmente utilizadas en el país, se presentan en la Tabla 6.¹⁵

14.1 Muestreo para el diagnóstico ante mortem en humanos

Las secreciones, los líquidos biológicos (como la saliva, el LCR, las lágrimas, el suero) y algunos tejidos (como las muestras de biopsia de piel, incluidos los folículos pilosos de la nuca) pueden utilizarse para diagnosticar la rabia durante. Aunque el suero y el LCR pueden no ser muestras muy sensibles para el diagnóstico ante mortem, particularmente en el curso temprano de la enfermedad, un resultado positivo proporciona información diagnóstica valiosa.

Todavía, la probabilidad de alcanzar un resultado positivo en diagnóstico ante mortem es pequeña, por lo tanto, resultados negativos ante mortem no descartan la posibilidad de que se trate de un caso de rabia humana. Las muestras que ofrecen la mayor sensibilidad diagnóstica son al menos tres muestras de saliva, tomadas a intervalos de 3-6 horas, y biopsias de piel (incluidos los folículos pilosos). Lo ideal es que las muestras se almacenen a -20 °C o -15°C. En animales, no se utiliza métodos de diagnóstico ante mortem.

14.2 Muestreo para el diagnóstico post mortem en humanos

El tejido cerebral es la muestra preferida para el diagnóstico post mortem en humanos y obligatorio para animales domésticos y silvestres. ¹⁵

Lo ideal es que el tejido cerebral se mantenga refrigerado o congelado hasta el momento de la prueba. Si esto no es posible, las muestras pueden conservarse a temperatura ambiente en una solución salina de glicerina al 50%. No se recomienda la congelación de las muestras en glicerina.

Tabla 6. Técnicas de laboratorio utilizadas para la confirmación del diagnóstico clínico de la rabia humana

Momento de la prueba	Detección de antígeno		Detección de ARN		Aislamiento del virus		Detección de anticuerpos	
	Muestra ^a	Prueba ^b	Muestra ^a	Prueba	Muestra ^a	Prueba ^b	Muestra ^a	Prueba ^b
Humano (ante mortem ^c)	Piel/folículo piloso	FAT	piel/folículo piloso Saliva Lágrimas LCR	RT-PCR ^d	Saliva Lágrimas LCR	RTCIT MI	Suero LCR	RFFIT FAVN-test IFA ELISA
Humano (post mortem)	Cerebro Piel/folículo piloso	FAT DRIT IHC	Cerebro Piel/folículo piloso	RT-PCR	Cerebro	RTCIT MI	NA	NA

Notas:
 LCR, líquido cefalorraquídeo; DRIT, prueba inmunohistoquímica rápida directa; ELISA, ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas; FAT, prueba directa de anticuerpos fluorescentes; FAVN, neutralización viral con anticuerpos fluorescentes; IFA, Inmunofluorescencia indirecta; IHC, inmunohistoquímica en muestras fijadas con formalina; MI, prueba de inoculación en ratón;

ND, no aplicable; RTCIT, prueba de inoculación en cultivo celular de rabia; RT-PCR, reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa.

- a) Si aparece más de un tipo de muestra, los que se muestran en negrita tienen la mayor sensibilidad diagnóstica.
- b) Si aparece más de una prueba, se prefieren las que aparecen en negrita.
- c) Los resultados positivos en las muestras ante mortem son diagnósticos, pero los resultados negativos no descartan la rabia.
- d) La RT-PCR puede ser en formato convencional o en tiempo real.

Construido a partir de: World Health Organization. *WHO Expert Consultation on Rabies: third report* [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 6]. (WHO Technical Report Series, No. 1012). p. 26. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed3-2021-english.pdf>¹⁰

En la República Dominicana se utilizan los siguientes procedimientos para el diagnóstico de rabia, los cuales varían según el tipo de muestra y el momento de la enfermedad.

En pacientes vivos puede realizarse biopsia de cuero cabelludo, tomada aproximadamente una semana después del inicio de los síntomas. Se obtiene un fragmento de piel de la región de la nuca y debe conservarse refrigerado, sin formalina. Esta muestra permite la detección del virus mediante Inmunofluorescencia directa y RT-PCR, con resultados entre 24 y 48 horas y una sensibilidad aproximada menor al 85 % y menor al 65 %, respectivamente.

También pueden utilizarse impresiones de córnea, obtenidas en láminas de cada ojo y empacadas individualmente sin necesidad de refrigeración. La detección se realiza por Inmunofluorescencia directa, con resultados en 24 horas, aunque su sensibilidad es baja (menor al 30 %).

Otra muestra utilizada es la saliva, recolectada mediante hisopo y conservada en solución fisiológica. Se analiza mediante RT-PCR, con resultados en 24 horas, pero con sensibilidad menor al 15 %.

En diagnóstico post mortem, la muestra de elección es el tejido cerebral, recolectado entre 12 y 48 horas después del fallecimiento y conservado en refrigeración o congelación. El virus se detecta mediante Inmunofluorescencia directa o RT-PCR, con resultados en 24 a 48 horas y una alta sensibilidad (hasta 99 % y 95 %, respectivamente). El procesamiento de las muestras y las pruebas diagnósticas para rabia se realizan actualmente en el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública Dr. Defilló.

14.3 Bioseguridad y biocustodia

Las actividades relacionadas con la toma, manipulación, transporte y procesamiento de muestras sospechosas de rabia deben realizarse bajo estrictas normas de bioseguridad y biocustodia, con el fin de prevenir la exposición del personal, evitar la liberación accidental del agente infeccioso y garantizar el manejo seguro de los materiales biológicos.

El virus de la rabia se encuentra principalmente en el tejido nervioso de animales infectados, por lo que su manipulación implica riesgo ocupacional si no se aplican las medidas de protección adecuadas.

El personal que participe en estas actividades debe contar con vacunación previa contra la rabia, utilizar equipo de protección personal apropiado (bata, guantes, protección facial y mascarilla cuando sea necesario) y realizar los procedimientos en condiciones controladas, preferiblemente en cabinas de bioseguridad. Asimismo, las instituciones responsables deben implementar sistemas de biocustodia que garanticen el control de acceso, la trazabilidad de las muestras, el registro adecuado de su manejo y el transporte seguro hacia los laboratorios de diagnóstico autorizados, conforme a las recomendaciones internacionales para la prevención y control de la rabia.²⁰

15 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Algunos diagnósticos diferenciales para la rabia más comunes se enlistan a continuación:¹⁰

- Infecciones virales: Virus del Herpes, Meningoencefalitis por Enterovirus, Virus del Oeste del Nilo, Encefalitis por otros arbovirus, Encefalitis japonesa y Virus del Zika.
- Enfermedades infecciosas: Fiebre de las Montañas Rocosas y encefalitis por rickettsias, Paludismo cerebral, Tétanos, Encefalopatía por Bartonella
- Causas no Infecciosas: Síndrome de Guillain-Barré (GBS), Encefalitis límbica, Encefalomiелitis aguda diseminada.
- Desórdenes Psiquiátricos: Delirio en síndrome de abstinencia en alcoholismo, Sobredosis de cocaína, Sobredosis de anfetamina, Psicosis aguda.

Por esa razón, es recomendable que en cualquier caso de defunción de una persona por un síndrome neurológico desconocida se haga el diagnóstico laboratorial diferencial de la rabia, cuando sea posible.

16 TRATAMIENTO

A pesar de que no existe tratamiento curativo eficaz para la rabia y que una vez que han aparecido los signos clínicos casi todos los pacientes con rabia morirán, es necesario garantizar las mejores atenciones a la persona y asistencia psicológica a los familiares. Preservar la capacidad de la familia para comunicarse con los pacientes en sus últimos momentos debe ser una prioridad.¹⁰

En pacientes con rabia clínica, **el manejo debe discutirse de manera consensuada con la familia o responsables legales**, informando con transparencia el pronóstico y la evolución natural de la enfermedad. Existen dos vías de abordaje: el manejo agresivo, que incluye estrategias experimentales como el denominado “protocolo de Milwaukee”, aplicado en casos aislados con resultados limitados y asociado a secuelas neurológicas graves en los

pocos sobrevivientes; y el manejo paliativo, orientado a garantizar la dignidad del paciente, el control del dolor y el acompañamiento familiar. De acuerdo con la evidencia científica y las recomendaciones de expertos de la OMS, la rabia sintomática continúa siendo prácticamente siempre fatal, por lo que el manejo paliativo constituye la opción más respaldada en la práctica clínica.

Los pacientes con rabia confirmada deben recibir hidratación, sedación y cuidados adecuados por un proveedor de servicios de salud apropiado, preferiblemente en una habitación individual, tranquila, sin corrientes de aire y sin ruidos, con el apoyo emocional y físico adecuado. La privacidad, la dignidad y las necesidades culturales de los pacientes deben ser respetadas, así como el acompañamiento psicológico de los familiares de ser requerido.¹⁰

Nota: El aislamiento de los pacientes, la restricción de visitas de los familiares debido al riesgo percibido de transmisión del virus de la rabia cuando se conservan las medidas de precaución adecuadas es una decisión errónea. La rabia no es una enfermedad contagiosa que pueda causar un brote.

16.1 Manejo Paliativo de pacientes con rabia

El manejo clínico de pacientes con rabia en fase sintomática debe realizarse en establecimientos de segundo o tercer nivel que cuenten con condiciones mínimas para aislamiento, disponibilidad de medicamentos esenciales y personal médico entrenado. La atención debe centrarse en cuidados paliativos, orientados a reducir el sufrimiento, controlar los síntomas neurológicos y preservar la dignidad del paciente. El abordaje debe ser interdisciplinario, integrando médicos, enfermería, psicología y trabajo social.¹⁰

Se recomienda evitar procedimientos invasivos que no aporten beneficio terapéutico y mantener al paciente en aislamiento clínico, en un entorno tranquilo, con monitoreo continuo y medidas de bioseguridad para el personal de salud. La sedación puede indicarse en casos de agitación, espasmos o angustia severa, utilizando benzodiazepinas bajo prescripción médica y supervisión especializada. Para controlar la salivación excesiva pueden utilizarse anticolinérgicos, siempre bajo criterio clínico.¹⁰

El acompañamiento emocional a familiares debe formar parte integral del abordaje, facilitando espacios de apoyo psicológico durante la atención y en el proceso de duelo, respetando las prácticas culturales y necesidades individuales.¹⁰

16.2 Control de infecciones en pacientes con rabia

El virus de la rabia se puede encontrar teóricamente en la saliva, las lágrimas, la orina y los nervios de una persona infectada, la exposición a estos fluidos representa un riesgo teórico de transmisión. Los únicos casos documentados de transmisión de persona a persona ocurrieron a través de trasplantes de tejidos y órganos de individuos infectados por y un caso único de probable transmisión perinatal y la transmisión por lactancia materna es poco probable que ocurra, aunque hay escasez de evidencia. ¹⁰

Si la exposición a materiales infecciosos productos de mordeduras, contaminación de mucosas por materiales infecciosos durante los procedimientos médicos, contacto con saliva por besos o contacto íntimo durante el período infeccioso deberán de evaluarse el nivel de riesgo y categoría de la exposición, para aquellas en categoría II y III deberán ser tratadas en consecuencia. Las investigaciones de contacto deben realizarse con profesionales médicos y otras personas que puedan haber tenido contacto cercano con el caso. ¹⁰

Después de una evaluación cuidadosa, se debe proporcionar Profilaxis Post-exposición al personal de salud que se considere en riesgo y se le debe recordar la importancia de adherirse a los mecanismos de barrera y usar equipo de protección personal (precauciones estándar, incluyendo el uso de guantes, anteojos y mascarilla en caso de que un procedimiento genere salpicaduras), tal como se recomienda para todas las enfermedades infecciosas.¹⁰ Deberán seguirse las precauciones y medidas de control de infecciones indicadas en la Normas para la Prevención y Control de Infecciones en los Establecimientos de Salud del país. ¹⁷

17 NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS/CONFIRMADOS DE RABIA AL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINAVE)

Los casos sospechosos o confirmados de rabia humana se notifican individualmente (cada caso), esta notificación es obligatoria e inmediata (menos 24 horas), se utiliza el instrumento diseñado por la DIEPI para estos fines: Formulario Único de Notificación Individual de Caso (Ver anexo 6, 7 y 8). ⁶

Por lo general los pacientes con Rabia serán atendidos en centros hospitalarios, donde las acciones de vigilancia serán desencadenadas luego de la notificación del área clínica a epidemiología hospitalaria quienes informarán de la manera más expedita posible a las DPS/DAS quienes continuarán con las acciones correspondientes coordinados con el encargado de zoonosis de la DPS/DAS correspondiente.

18 MANEJO POST-MORTEM DE PERSONAS FALLECIDAS POR RABIA O CON SOSPECHA DE RABIA

El cuerpo de una persona fallecida por rabia debe ser considerado material biológico potencialmente infeccioso, aunque no contagioso por vía aérea o contacto casual.

El riesgo de transmisión a terceros es extremadamente bajo, si se observan las precauciones estándar de bioseguridad. Se presentan algunas recomendaciones:

- La sangre no contiene virus de la rabia, pero este puede estar presente en tejidos del sistema nervioso central, glándulas salivales y otros fluidos corporales.
- El embalsamamiento o la autopsia deben realizarse únicamente por personal autorizado, utilizando equipo de protección personal (EPP) completo y bajo condiciones de bioseguridad.^{10,15,16,17}
- Los tejidos y fluidos corporales deben eliminarse conforme a los protocolos nacionales establecidos para enfermedades infecciosas de riesgo biológico.
- El transporte del cuerpo debe realizarse en condiciones seguras, evitando fugas de fluidos y siguiendo normas de bioseguridad.^{10,15,16,17}
- El acceso al cuerpo debe restringirse al personal entrenado y autorizado.
- El cuerpo puede ser enterrado o cremado según las prácticas religiosas o culturales de la familia, preservando la dignidad póstuma de la persona fallecida.^{10,15,16,17}
- Todo procedimiento realizado debe ser documentado en la historia clínica y en los registros institucionales, y el caso debe ser notificado al **SINAVE** y comunicado a la **DPS/DAS correspondiente**.^{10,15,16,17}

19 CRITERIOS DE INGRESO

- Toda persona que luego de una exposición al virus de la rabia por agresiones de animales con rabia sospechosa o confirmada, o exposición directa del virus rábico en el laboratorio presenta signos y síntomas neurológicos iniciales descritos en capítulo 14.
- Toda persona que presente síntomas avanzados de rabia, como hidrofobia, espasmos musculares y parálisis.⁷

20 CRITERIOS DE EGRESO

La rabia humana en fase sintomática presenta una letalidad cercana al 100%. Los casos de supervivencia son excepcionales y se acompañan de secuelas neurológicas permanentes.

21 ORIENTACIONES AL PACIENTE Y FAMILIARES

La rabia humana es una enfermedad viral del sistema nervioso central que, una vez iniciados los síntomas clínicos, tiene un desenlace fatal en casi todos los casos. Por ello, es fundamental que el equipo de salud brinde a los familiares una comunicación clara, empática y técnicamente fundamentada sobre el pronóstico del paciente, incluyendo el proceso de duelo anticipado.^{10,17}

21.1 Manejo de contactos expuestos y bioseguridad doméstica

- Identificar a toda persona que haya estado expuesta al mismo animal agresor y notificar al personal de salud para evaluación clínica.
- Informar a familiares o cuidadores que hayan tenido contacto con el paciente sin protección, para que reciban valoración médica. En caso de exposición de riesgo, se debe iniciar profilaxis post-exposición (PEP) de forma inmediata, conforme a los esquemas establecidos (ver sección 12.1).
- En relación con la lactancia materna, el virus de la rabia no se transmite por leche humana. No se contraindica la lactancia en madres expuestas, siempre que se evalúe clínicamente el riesgo individual.
- No administrar medicamentos por cuenta propia.
- Toda atención debe ser dirigida exclusivamente por profesionales de salud con experiencia en enfermedades infecciosas.
- Mantener al paciente en aislamiento clínico, en un entorno tranquilo y con acceso restringido únicamente a personal médico o cuidadores capacitados. Se puede permitir acceso controlado de familiares, porque que la visita no represente un riesgo a los familiares.

21.2 Coordinación con autoridades sanitarias y veterinarias

- Si se conoce el animal que mordió o estuvo en contacto con el paciente, informar de inmediato a las autoridades veterinarias o de zoonosis para su captura, observación y análisis.
- Colaborar con el equipo de salud en la trazabilidad del animal agresor y en la identificación de otros posibles contactos humanos o animales.

21.3 Apoyo emocional y acompañamiento familiar

- Solicitar asistencia psicológica para familiares durante el proceso de atención y en el duelo posterior, respetando sus creencias, prácticas culturales y necesidades emocionales.
- Facilitar espacios de comunicación clara y empática con el equipo de salud para comprender el pronóstico y las decisiones clínicas.

21.4 Prevención comunitaria

- Vacunar a las mascotas, especialmente perros y gatos, conforme al calendario nacional.
- Educar a niños y adultos sobre el riesgo de acercarse a animales desconocidos, o perros y gatos que están en la calle, o animales silvestres. Niños debe ser educados para siempre informar casos de contacto o agresión causados por animales, y la importancia de lavar la herida/área de contacto inmediatamente después del incidente.
- Participar activamente en campañas comunitarias de vacunación antirrábica, control poblacional animal y vigilancia zoonótica por medio de sus organizaciones comunitarias (escuelas, iglesias, juntas de vecinos, etc.).
- Promover la tenencia responsable de mascotas y evitar su abandono.
- Notificar a las autoridades de salud cualquier caso de agresión o animal sospechoso, y acudir de inmediato a un establecimiento de salud para recibir profilaxis post-exposición.

22 INDICADORES

Proceso de Atención	Indicador
Manejo	Porcentaje de personas expuestas al virus de la rabia que reciben la primera atención médica dentro de las primeras 24 horas desde la exposición.
	Porcentaje de personas expuestas en categoría de riesgo II o III que reciben vacuna antirrábica humana.
	Porcentaje de personas expuestas en categoría de riesgo III que reciben vacuna RIG.
	Porcentaje de personas expuestas que recibieron seguimiento clínico según protocolo durante el periodo de observación.

23 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Rabia [Internet]. OMS; 2024 [fecha de consulta: 6 ago 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rabies>
2. Organización Panamericana de la Salud. Rabia [Internet]. OPS; 2023 [fecha de consulta: 6 ago 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rabia>
3. Diario Libre. Salud Pública reporta rabia en mangostas en Santiago [Internet]. 2025 [fecha de consulta: 6 ago 2025]. Disponible en: <https://www.diariolibre.com/actualidad/salud/2025/02/28/salud-publica-reporta-rabia-en-dos-mangostas-o-huron-en-santiago/3016481>
4. Organización Mundial de Sanidad Animal. Control de la rabia: Una sola salud [Internet]. OMSA; 2022 [fecha de consulta: 6 ago 2025]. Disponible en: <https://www.woah.org/es/control-de-la-rabia-un-modelo-de-colaboracion-una-salud>
5. República Dominicana. Ley No. 248-12 sobre Protección Animal y Tenencia Responsable. Gaceta Oficial No. 10692. Santo Domingo; 2012.
6. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) [Internet]. DIGEPI; 2020 [fecha de consulta: 6 ago 2025]. Disponible en: <https://epidemiologia.gob.do/documentos-epidemiologicos/eventos-bajo-vigilancia/>
7. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial contra la Rabia 2024 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado 6 ago 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-rabia-2024>
8. Organización Panamericana de la Salud. SIRVERA: Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia [Internet]. Washington, D.C.: OPS/PANAFTOSA; 2025 [citado 30 oct 2025]. Disponible en: <https://sirvera.panaftosa.org.br/>
9. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional para la Eliminación de la Rabia Canina (REDIPRA) 2024–2030 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 6 ago 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58962>
10. World Health Organization. WHO Expert Consultation on Rabies: third report [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 6]. (WHO Technical Report Series,

- No. 1012). Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed3-2021-english.pdf>
11. International Committee on Taxonomy of Viruses. Genus: Lyssavirus. In: Report of the ICTV, Chapter: Rhabdoviridae [Internet]. London: ICTV; 2024 [citado 6 ago 2025]. Disponible en: <https://ictv.global/report/chapter/rhabdoviridae/rhabdoviridae/lyssavirus>
 12. Organización Panamericana de la Salud. Flujograma rabia para tratamiento pre y postexposición [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 7 ago 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/flujograma-rabia-para-tratamiento-pre-postexposicion>
 13. World Health Organization. List of prequalified vaccines [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Aug 6]. Disponible en: <https://extranet.who.int/prequal/vaccines/list-prequalified-vaccines>
 14. World Health Organization. Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018. Weekly Epidemiological Record. 2018;93(16):201–219 [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/272372>
 15. World Health Organization. Laboratory techniques in rabies. 5th ed. Vol. 1. Rupprecht CE, editor. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 6]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/310836/9789241515153-eng.pdf>
 16. Ministerio de Salud Pública (República Dominicana). Normas para la prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2013. (MSP/VGC-NT01-13). <https://repositorio.msp.gob.do/>
 17. Porta M, editor. A dictionary of epidemiology. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2014. https://www.researchgate.net/publication/279634953_A_Dictionary_of_Epidemiology_6th_edition_Publisher_Oxford_University_Press_Editor_Miguel_Porta
 18. Azar FM, Beaty JH, Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
 19. World Organization for Animal Health. Terrestrial animal health code: Rabies (infection with rabies virus) [Internet]. Paris: WOAH; 2023.

20. Organización Mundial de la Salud. Consulta de expertos de la OMS sobre rabia. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2018. p. 25-27. https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/consulta-expertos-rabies-ed2-2018-espanol.pdf?utm_source=chatgpt.com

24 ANEXOS

Anexo 1. Casos de rabia en humanos y animales involucrados a la exposición en República Dominicana desde el 2015 hasta agosto de 2024, reportados al SIRVERA

Casos de rabia				
Fecha	Sexo	Edad	Provincia	Animal involucrado
Abril, 2024	M	21	Monte Plata	Perro
Septiembre, 2019	F	77	El Seibo	Mangosta
Diciembre, 2018	M	6	Pedernales	Perro
Noviembre, 2018	M	6	Pedernales	Perro
Julio, 2018	F	5	Pedernales	Perro
Abril, 2018	F	54	Santiago	Mangosta
Octubre, 2017	F	75	Distrito Nacional - Santo Domingo	Perro
Octubre, 2017	M	2	Puerto Plata	Perro
Octubre, 2017	M	2	Puerto Plata	Perro
Julio, 2017	M	70	San Cristóbal	Perro
Agosto, 2015	M	29	Distrito Nacional - Santo Domingo	Perro
Abril, 2015	M	5	San Juan	Perro
Abril, 2015	M	5	San Juan	Perro
Agosto, 2015	M	29	Distrito Nacional - Santo Domingo	Perro

Construido a partir de: Organización Panamericana de la Salud. SIRVERA: Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia [Internet]. Washington, D.C.: OPS/PANAFTOSA; 2025 [citado 6 ago 2025]. Disponible en: <https://sirvera.panaftosa.org.br/>

Anexo 2. Casos de rabia en animales reportados en República Dominicana, desde 2015 hasta agosto de 2024, reportados al SIRVERA

Animal Transmisor	2015	2016	2017	2018	2021	2022	2023	2024	Total
Animal de granja no identificado	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Bovino	4	4	1	9	1	1	0	1	21
Equino	2	0	0	1	0	1	0	1	5
Gato	8	6	3	7	5	13	1	1	44
Mangosta	4	6	7	12	15	4	3	16	67
Murciélago (categoría no informada)	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Murciélago hematófago	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Murciélago no-hematófago	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Perro	66	24	33	13	24	25	18	5	208
Porcino	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Roedor (agutí)	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Total	85	40	44	43	46	49	23	24	354

Construido a partir de: Organización Panamericana de la Salud. SIRVERA: Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia [Internet]. Washington, D.C.: OPS/PANAFTOSA; 2025 [citado 6 ago 2025]. Disponible en: <https://sirvera.panaftosa.org.br/>

Anexo 5. Esquema Profilaxis Post Exposición (PEP) Intradérmico

Esquema intradérmico* 3x2 dosis (0.5 ml/inyección)	Día de la visita	Dosis de vacuna antirrábica	Número de dosis por visita	Lugar de la inyección	Comentarios
Personas inmunocompetentes	0	0.1 ml	2	Vía intradérmica: • Adultos y niños de ≥ 2 años: Músculo deltoideo del brazo • Niños de < 2 años: Zona anterolateral del muslo	No inyectar en región glútea
	3	0.1 ml	2		
	7	0.1 ml	2		
En personas inmunocomprometidas se adiciona una 4 ^{ta} dosis	14	0.1 ml	2		
Nota: El esquema intradérmico solo será utilizado bajo indicaciones específicas provistas por el MISPAS o áreas desconcentradas (Direcciones de Áreas de Salud o Direcciones Provinciales de Salud)					

Construido a partir de: World Health Organization. *Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018 – Vaccins antirabiques: Note de synthèse de l’OMS – avril 2018*. Weekly Epidemiological Record. 2018;93(16):201–219 [cited 2025 Aug 7]. p. 66, 154. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272372>¹⁴

Recomendaciones para la aplicación de la vacuna intradérmica:


1. Se debe usar una jeringa apropiada de 1.0 ml (jeringa de insulina o tuberculina) y una aguja hipodérmica fina y corta. Se ahorran más costos si se utiliza una jeringa de aguja fija, ya que se reduce el volumen vacío.
2. Reconstruya asépticamente la vacuna inmediatamente antes de su administración con el volumen apropiado de diluyente proporcionado por el fabricante. No use un diluyente o una cantidad diferente de diluyente. Desinfecte el lugar de la inyección con antiséptico, luego estire la superficie de la piel e inserte la punta de la aguja (borde biselado hacia arriba) en la capa superior de la piel (dermis) en un ángulo de 15°, asegurándose de que la aguja y la jeringa estén casi paralelas a la superficie de la piel.
3. Comience a inyectar la vacuna. Si la aguja está en la posición correcta, hay una resistencia considerable.
4. Una pápula elevada, que parece piel de naranja, aparecerá de inmediato y medirá de 6-8 mm de diámetro.
5. Si la vacuna se inyecta fácilmente, o si la pápula no aparece, se ha administrado por vía subcutánea, es decir, demasiado profunda. En tales casos, debe repetirse la inyección correcta.
6. Una vez que todas las dosis de 0.1 ml de la vacuna hayan sido inyectadas en el mismo paciente, se desecha la aguja y la jeringa.
7. La vacuna reconstituida se puede utilizar para más de un paciente; sin embargo, se debe utilizar una jeringa y una aguja estériles para preparar la vacuna para cada paciente. La vacuna reconstituida debe almacenarse en un frigorífico a 2-8 °C y utilizarse en un plazo de 6 horas.

NOTA: Este esquema se utilizará únicamente bajo autorización del Ministerio de Salud Pública. La PrEP por vía intradérmica debe administrarse a un número suficiente de personas en una misma sesión, a fin de optimizar el uso de los viales multidosis.

Anexo 6. Formulario de informe semanal de síndromes, enfermedades y eventos de notificación obligatoria (EPI-1/2024)

Código CIE-11		Síndromes, Enfermedades y Eventos	CASOS POR GRUPOS DE EDAD					Total	
			Ignorado	< 1	1-4	5-14	15-64	> 64	Total
9A60/1D84		Conjuntivitis							
1A02/1A36/1A09.0/1A31/1A00/1A35		Diarrea aguda (diarrea debida a parasitosis, salmonelosis, shigelosis, amebiasis, giardiasis, cólera)							
1D20/1A07/1A08/1B91		Enfermedad febril (dengue sin signos de alarma, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, leptospirosis)							
1F03/1F02/1C1C		Enfermedad febril eruptiva o exantemática (sarampión, rubeola, meningococemia)							
1D21-1D22/1D47/1D60.0		Enfermedad febril hemorrágica (dengue con signos de alarma, dengue grave, fiebre amarilla, meningococemia, ébola)							
1E30-1E32/CA0Y/CB41.0		Enfermedad febril aguda de vías respiratorias altas (virosis o gripe, IRA, faringoamigdalitis)							
CA20/CA40-CA41/CA26/1D65		Enfermedad febril aguda de vías respiratorias bajas (IRA grave, bronquitis, bronquiolitis, bronconeumonía, neumonía)							
1A10-1A13		Enfermedad transmitida por alimentos (infección e intoxicación alimentaria, ciguatera)							
NE60-NE61/PB20/PB22/PB23/PB28		Eventos adversos por exposición a drogas, medicamentos y sustancias biológicas (incluye los asociados a vacunación y otros productos)							
PC90-PC94/NE60-NE61		Intoxicación aguda por sustancias químicas (plaguicidas, metales pesados, alcohol, otros)							
GA01/GA05/GA07		ITS: Dolor abdominal bajo en mujeres (endometritis, salpingitis, absceso tuboovárico, otros)							
GA02/1A81.0/1A92/1F23.10		ITS: Flujo vaginal (vagininitis o infección vaginal, candidiasis, tricomoniasis, clamidia)							
MFS8/1A70.0		ITS: Secreción uretral (gonorrea, uretritis no gonocócica)							
1A60-1A62/1A90-1A91/1A94/1A80		ITS: Úlcera genital (sífilis, chancroide, herpes, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo)							
1E50-1E51/1D47		Hepatitis vírica aguda o síndrome febril icterico (hepatitis A, B, C, fiebre amarilla)							
NA00-ND57/NE90-NE11/PA00-PA61		Lesiones por causas externas (heridas, contusiones, traumas, quemaduras)							
PA75/PA77/PG65		Mordedura o agresión animal							
1D00-1D01/1C8E		Meningitis (meningitis por meningococo, haemophilus, neumococo, tuberculosa, encefalitis, meningococcal, otras)							
1C81/8C01.0		Parálisis flácida (síndrome Guillain Barré, poliomielitis paralytica)							
1D80		Parotiditis viral							
1B10-1B14/1B1Y/1B1Z		Tuberculosis presuntiva (Pulmonar y extrapulmonar)							
1.00E+90		Varicela							
1F40-1F45		Malaria (infecciones por P. falciparum, P. vivax, P. ovale, P. malariae, mixtas, otros tipos, paludismo no especificado)							
EVENTOS VITALES			Ignorado	< 1	1-4	5-14	15-64	> 64	Total
Muertes totales									
Muertes de mujeres en edad reproductiva (10-49 años)									
Muerte materna									
Nacidos vivos									
Nacidos muertos									
Nacidos vivos de alto riesgo									
POBLACIÓN ATENDIDA									

Anexo 7. Formulario único de notificación individual de casos (VERSIÓN 2024)

 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Dirección de Epidemiología Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Módulo de Vigilancia Especial Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2024)					
DATOS DEL NOTIFICADOR					
Centro notificador: _____		Fecha de atención: _____		Nº. de expediente: _____	
DATOS DEL ENFERMO					
Tipo de identificación: 1. Cédula 2. Pasaporte 3. Sin identificación 4. Menor No. de identificación: _____					
Apellidos: _____		Nombres: _____		Apodo: _____	
Nombre del Responsable si es menor de edad: _____ Nacionalidad: _____					
Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años Si es <1 año: ____ Meses ____ Días ____ Horas					
Evento obstétrico: 1.Sí 2.No Período de gestación: 1.Embarazo 2.Parto 3.Puerperio Semanas de amenorrea ____ Tipo de parto: 1.Vaginal 2.Cesárea Fecha de parto: ____/____/____					
Ocupación: _____ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2.Subsidio 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado 5. Desconocida					
ARS: _____ NSS: _____ Nivel educativo: 1.Sin educación 2.Primarya (1-4) 3.Primarya (5-8) 4.Secundaria 5.Superior					
Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel/lugar de residencia temporal 4. Carcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado					
7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad 10. Aeropuerto 11. Paso terrestre 12. Puerto Nombre del colectivo: _____					
País de residencia: 1. República Dominicana 2. Otro, indicar ciudad: _____					
Dirección de residencia habitual en República Dominicana					
Provincia: _____ Municipio: _____		Distrito Municipal: _____			
Sección: _____ Barrio o paraje: _____		Sub-barrio: _____		DPS/DAS: _____	
Calle y N.º _____ Lugar(es) de referencia(s): _____					
Área: 1.Urbano 2.Rural Teléfono: _____ País de procedencia: 1. República Dominicana 2.Otro _____					
DATOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO SOSPECHADO					
¿Recibió atención médica? 1. Sí 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. En domicilio 3. Internamiento, indique complicaciones: _____					
Referido: 1. Sin referimiento 2. Público - Público 3. Público - Privado 4. Privado -Privado 5-Privado - Público					
Evento epidemiológico sospechado: _____ Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ Semana epidemiológica: _____					
Criterio (solo MME/MM y dematización aguda severa): _____					
En caso de Cáncer y Malformación Congénita, indicar Sitio primario: _____ Tipo histológico: _____					
SIGNOS Y SÍNTOMAS					
Generales o sistémicos	Mucosa y Piel	Respiratorio y cardiovasculares	Gastrointestinales y renales	Neurológicos	Hemorrágicos/Hemáticos
<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Debilidad/Fatiga <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Posturación <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Dolores articulares <input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo <input type="checkbox"/> Edema de cuello <input type="checkbox"/> Adenopatía <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Edema de miembros	<input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Lesión laríngea <input type="checkbox"/> Lesión faríngea <input type="checkbox"/> Lesión nasal <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Torniquete positivo <input type="checkbox"/> Erupción maculopapular <input type="checkbox"/> Erupción vesicular Fecha inicio erupción ____/____/____ <input type="checkbox"/> Manchas de Koplik <input type="checkbox"/> Erupción cara <input type="checkbox"/> Erupción torax <input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos <input type="checkbox"/> Agresión animal <input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión <input type="checkbox"/> Costras <input type="checkbox"/> Pústulas	<input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Tos productiva <input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días <input type="checkbox"/> Tos paroxística <input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Congestión Nasal <input type="checkbox"/> Estornudo <input type="checkbox"/> Estertores crepitantes <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Dism. Murmullo vesicular <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Taquipnea <input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda <input type="checkbox"/> Derrame pleural <input type="checkbox"/> Froto pericárdico <input type="checkbox"/> Anosmia	<input type="checkbox"/> Sialorrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Distención abdominal <input type="checkbox"/> Calambre abdominal <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Insuf. Hepática <input type="checkbox"/> Insuf. Renal Aguda <input type="checkbox"/> Disgnesia <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/> Albuminuria <input type="checkbox"/> Epigastalgia <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar	<input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Signo de Kernig <input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski <input type="checkbox"/> Signo de Babinski <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Alteración conciencia <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Alteración de la conducta <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Trismos <input type="checkbox"/> Opistótonos <input type="checkbox"/> Espasmos <input type="checkbox"/> Risa sardónica <input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Parálisis espástica <input type="checkbox"/> Parálisis flácida, Fecha inicio de parálisis ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival <input type="checkbox"/> Sangrado nasal <input type="checkbox"/> Sangrado por encías <input type="checkbox"/> Sangre en el esputo <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre <input type="checkbox"/> Sangrado genital <input type="checkbox"/> Sangre en heces <input type="checkbox"/> Orina color café <input type="checkbox"/> Sangre en orina <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="checkbox"/> Hemoconcentración <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Leucocitosis <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> LCR turbio <input type="checkbox"/> LCR claro
Otros signos y/o síntomas: _____					
COMORBILIDAD: <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Sobre peso/obesidad <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión/Otra vascular <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tratamientos inmunosupresores <input type="checkbox"/> Enfermedad hemática <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Malformación congénita <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____					
Muestra para confirmación: 1.Sí 2.No 3.No aplica Fecha toma de muestra: ____/____/____ Antibioterapia previa muestra: 1.Sí 2.No Fecha de antibioterapia: ____/____/____					
Envío de muestra a laboratorio: 1. Sí 2. No Tipo de muestra: _____ Resultado: _____					
En caso de no tomar muestra indicar motivo: 1. Decisión del caso o responsable 2. Viaje 3. Nexo epidemiológico 4. No localización del caso 5. Pérdida de oportunidad de toma					
Condición del paciente: 1.Vivo 2.Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio N.º: _____ Fecha fallecimiento: ____/____/____					
Causas de muerte en el certificado: A _____ B _____					
C _____ D _____					
En caso de dengue indique gravedad: 1.Sin signos de alarma 2.Con signos de alarma 3.Grave					
Fuente de detección: 1. Notificación pasiva 2. Búsqueda comunitaria 3. Búsqueda institucional 4. Certificado de defunción 5. Denuncia/Rumor 6. Informe de necropsia					
Nombre de quien notifica: _____ Cargo: _____					
Teléfono: _____ Fecha de notificación: ____/____/____					
OBSERVACIONES:					

Anexo 8. Formulario Único de Notificación Individual de Caso (versión 2024) (continuación)

ANTECEDENTES DE RIESGO DE INFECCION							
Contacto con otro caso antes del inicio de los síntomas:	1.Si 2.No 3.No sabe/No aplica	Fecha de inicio	____/____/____	Fecha de fin	____/____/____		
Contacto con otro caso confirmado antes de inicio de los síntomas:	1.Si 2.No 3.No sabe/No aplica	Fecha de inicio	____/____/____	Fecha de fin	____/____/____		
Caso sospechoso o probable en el área antes de este caso:	1.Si 2.No 3.No sabe/No aplica						
Caso confirmado en el área antes de este caso:	1.Si 2.No 3.No sabe/No aplica						
Nº de personas convivientes: _____	Nº de habitaciones para dormir: _____						
Historia de viaje antes del inicio de los síntomas: 1.Si 2.No 3.No sabe/No aplica Medio de transporte: 1.Aéreo 2.Marítimo 3.Terrestre							
Inicio: ____/____/____ Fin: ____/____/____ Lugar(es) visitado (s): _____							
Si es viajero internacional: Fecha llegada ____/____/____ Compañía de transporte _____ No. de vuelo o equivalente _____							
Fecha salida ____/____/____ Compañía de transporte _____ No. de vuelo o equivalente _____							
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS (Si hay sospecha de enfermedad prevenible por vacuna o quimioprofilaxis)							
Nº de dosis	Fecha última dosis	No de dosis	Fecha de última dosis	No de dosis	Fecha última dosis	No de dosis	Fecha de última dosis
SR: ____/____/____	Polio: vOPV ____/____/____	IPV ____/____/____	BCG: ____/____/____	SRP: ____/____/____			
DT: ____/____/____	Pentavalente ____/____/____	DPT: ____/____/____	Influenza: ____/____/____				
Antirrábica: ____/____/____	Cuadrivalente ____/____/____	COVID: ____/____/____	Hepatitis B: ____/____/____				
Hepatitis A: ____/____/____	Hexavalente ____/____/____	Neumococo: ____/____/____	Fiebre amarilla: ____/____/____				
Meningococo ____/____/____	Varicela ____/____/____	VPH: ____/____/____	TdAP: ____/____/____				
Quimioprofilaxis: 1.Si 2.No Fecha de quimio: ____/____/____ Fármaco empleado: _____							
Si es tétano neonatal: Nº Chequeos prenatales: ____ Nº de dosis Toxóide Tetánico(TT): ____ Fecha de última dosis TT: ____/____/____							
Centro de salud que realizó el chequeo prenatal: _____ Lugar del parto: 1. Centro de salud 2.Casa							
Si es RN de madre Hepatitis B o VIH(+): Parto: 1.Cesárea 2.Vaginal Antirretroviral-madre: 1.Si 2.No Antirretroviral-RN: 1.Si 2.No 3.Desconocido							
Inmunoglobulina Anti-B: 1.Si 2.No 3.Desconocido Tipo de lactancia materna del RN: 1.Exclusiva 2.Mixta 3.Lactancia y complementaria							
RIESGOS AMBIENTALES (si hay sospecha de enfermedad relacionada con animales, vectores u otro riesgo ambiental)							
¿Ha tenido contacto o exposición con animales? 1.Si 2.No ¿Esta el animal localizable? 1.Si 2.No							
Especie del animal: 1.Perro 2.Gato 3.Cerdo 4.Cabra 5.Chivo 6.Vaca 7.Caballo 8.Oveja 9.Ave de corral 10.Ave silvestre 11.Murciélagos 12.Otro _____							
¿Hay roedores en su vivienda o sus alrededores? 1.Si 2.No ¿Hay criaderos de mosquitos en su vivienda o sus alrededores? 1.Si 2.No							
¿Se bañó o expuso a ríos, canales, lagunas o aguas estancadas en los 30 días previo al inicio de los síntomas? 1.Si 2.No							
Lugar de baño o exposición a aguas contaminadas: _____ Actividad de riesgo: 1.Si 2.No							
Tipo de actividad: 1.Trabajo agrícola 2.Cria de animales 3.Matadero 4.Trabajo con alcañarilla 5.Trabajo en minas 6.Rescate 7.Trabajador de salud 8.Construcción 9.Otra _____							
SI ES CASO SOSPECHOSO DE RABIA							
Fecha de mordedura o exposición rábica: ____/____/____ a)Tipo de agresión: 1.Mordedura 2.Arañazo 3.Lamedura b)Tipo lesión: 1.Única 2.Múltiple							
c)Nivel lesión: 1.Superficial 2.Profunda d)Localización de agresión: 1.Cabeza 2.Tronco 3.Ext. superiores 4.Ext. inferiores 5.Palma de la mano 6.Planta de los pies							
ACCIONES DE CONTROL							
¿Se realizó búsqueda activa de casos? 1.Si 2.No 3.No aplica Nº Viviendas visitadas: _____ Nº Casos identificados: _____							
¿Se realizaron acciones de control? 1.Si 2.No 3.No aplica Fecha de inicio acciones ____/____/____ Fecha de fin de acciones ____/____/____							
¿Se realizó investigación de contactos? 1.Si 2.No 3.No aplica Nº de contactos identificados: _____							
Nº de contactos confirmados: _____ Nº de contactos con quimioprofilaxis _____ Nº de contactos con vacunación aplicada: _____							
CONCLUSIÓN DE CASO							
Diagnóstico final: _____ Clasificación clínica: _____ En caso de <i>Malaria</i> indicar foco: _____							
Clasificación final de caso: 1.Confirmado 2.Probable 3.Sospechoso 4.Descartado Confirmado por: 1.Laboratorio 2.Nexo epidemiológico 3.Clinica							
Tipo de caso: 1.Primario 2.Coprimario 3.Secundario 4.No aplica Origen de caso: 1.Autóctono 2.Importado 3.No aplica							
En caso de importado, País: 1. Extranjero País/Municipio: _____ Paciente estuvo grave: 1.Si 2.No Hospitalización en UCI: 1.Si 2.No							
Evolución clínica del caso: 1.Curación 2.Secuela 3.Defunción 4.Desconocida Condición de egreso: 1.Vivo 2.Muerto Si falleció: Fecha de defunción ____/____/____/							
NºFolio certificado: _____ Lugar de ocurrencia: Institución: 1. Aeropuerto 2. Comunidad 3. Educación 4. FFAA 5. Hotel 6. ONG 7. Policía 8. Privado 9. Puertos 10. SNS							
Región de salud: _____ Provincia: _____ Establecimiento: _____							
Necropsia: 1.Si 2.No Fecha de necropsia: ____/____/____ Lugar de necropsia: _____ Auditoría clínica: 1.Si 2.No 3.No aplica							
Fecha de auditoría: ____/____/____ Muerte evitable: 1.Si 2.No							
Epidemiólogo(a) que realizó la investigación: _____ Fecha de fin de investigación: ____/____/____/							
Estatus de investigación: 1.Completa 2.Incompleta Nivel del cierre de la investigación: 1.Local 2.Provincial 3.Central							

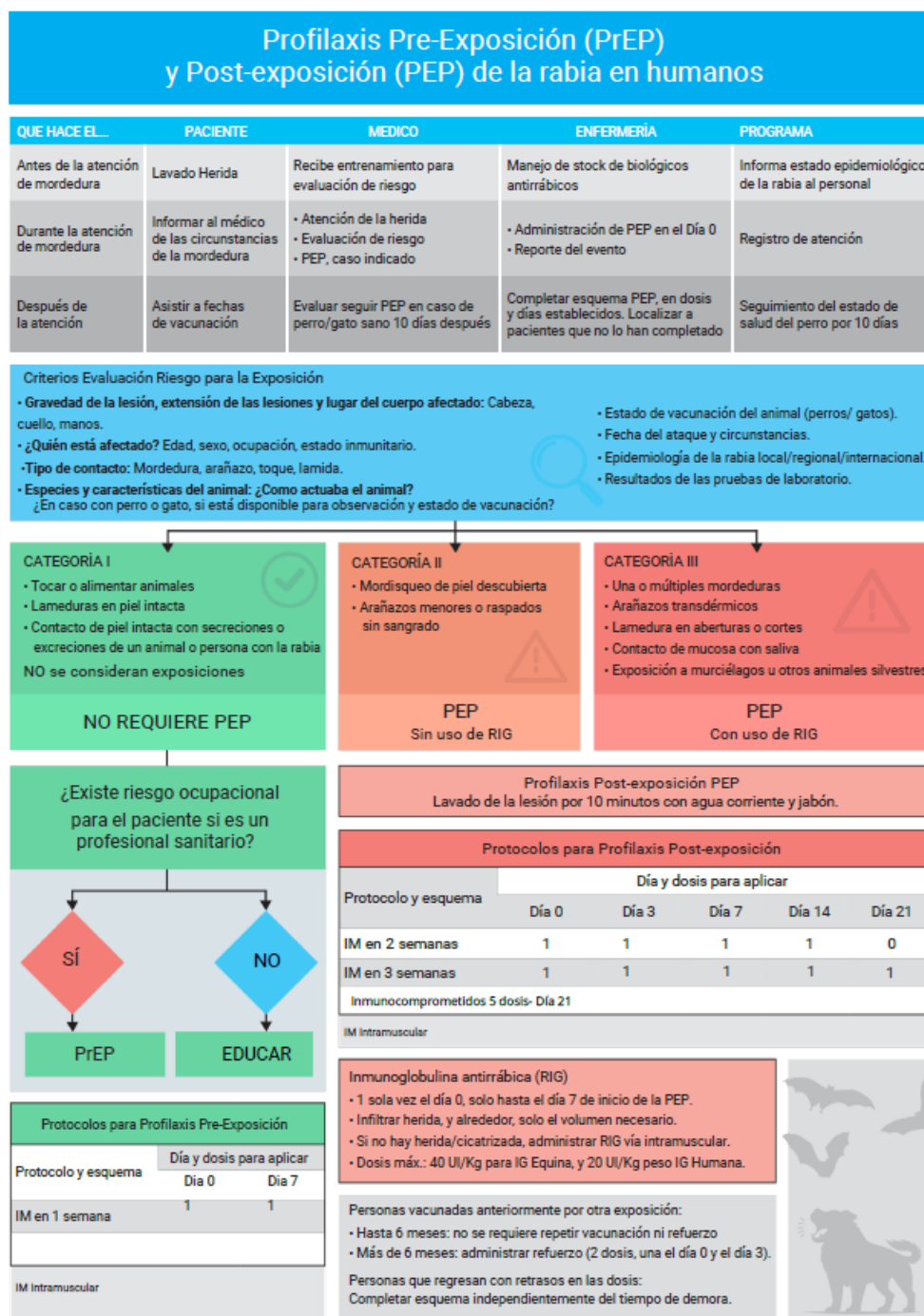
Anexo 9. Esquema Profilaxis Pre-Exposición Intradérmico (PrEP)

	Día de la visita	Dosis de vacuna antirrábica	Número de dosis por visita	Lugar de la inyección	Comentarios
Esquema intradérmico 2 dosis (0.1ml/inyección)	0	0.1 ml	4	Vía intradérmica:	No inyectar en región glútea
	7	0.1 ml	4	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos y niños de ≥ 2 años: Músculo deltoides del brazo • Niños de < 2 años: Zona anterolateral del muslo 	
<p>Nota: el esquema intradérmico solo será utilizado bajo indicaciones específicas provistas por el MISPAS o áreas desconcentradas (Direcciones de áreas de Salud o Direcciones Provinciales de Salud)</p> <p>Una vez abierto, el vial debe usarse en un máximo de 6 horas, manteniendo cadena de frío</p>					

Construido a partir de: World Health Organization. *Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018 – Vaccins antirabiques: Note de synthèse de l’OMS – avril 2018*. Weekly Epidemiological Record. 2018;93(16):201–219 [cited 2025 Aug 7]. p. 66, 154. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272372>¹⁴

NOTA: Este esquema se utilizará únicamente bajo autorización del Ministerio de Salud Pública. La PrEP por vía intradérmica debe administrarse a un número suficiente de personas en una misma sesión, a fin de optimizar el uso de los viales multidosis. Los viales abiertos deben utilizarse exclusivamente dentro de las 6 horas posteriores a su reconstitución, manteniéndose bajo condiciones adecuadas de cadena de frío y manipulación aséptica.

25 FLUJOGRAMA



Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. *Flujograma rabia para tratamiento pre y postexposición* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 2026 mayo 6]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/flujoograma-rabia-para-tratamiento-pre-postexposicion>



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA