

FICHA TÉCNICA RABIA

Fecha de elaboración: septiembre 2026

HECHOS CLAVE:

- La rabia es una ZOOANTROPONOSIS, es decir, una enfermedad que puede transmitirse desde los animales a las personas.
- Una vez que aparecen los signos clínicos, la rabia es una enfermedad INDEFECTIBLEMENTE MORTAL en las personas y animales.
- Se notifican aproximadamente 60.000 PERSONAS FALLECIDAS ANUALMENTE. El 40% de las personas mordidas por un animal sospechoso de rabia son NIÑOS menores de 15 AÑOS.
- El 95% de los contagios a personas se producen por la mordedura de PERROS RABIOSOS.
- ESPAÑA es un país en RIESGO MÁXIMO: (i) cercanía y tránsito de animales desde el norte de África; (ii) comercio ilegal desde países del este de Europa; (iii) migraciones.
- La OMS, la OMSA, la FAO y la Alianza Mundial para el Control de la rabia (GARC), adoptaron en 2015 una ESTRATEGIA COMÚN (ZERO by 30), para que en el año 2030 la rabia sea erradicada globalmente.

SITUACIÓN DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO EN ESPAÑA:

- España (territorio peninsular e islas) se encuentra libre de rabia terrestre desde 1978, a excepción del caso importado de Marruecos declarado en junio de 2013.
- Ceuta y Melilla comunican «casos esporádicos» de rabia en perros, gatos y caballos.
- La entrada y/o comercio ilegal de animales menores de 3 meses y 21 días sin vacunar, procedentes de países de la UE y/o países terceros con rabia endémica, constituye un altísimo riesgo sanitario.
- Confirmación de casos de rabia en perros procedentes de Marruecos que han desarrollado la enfermedad al llegar a Europa después de pasar por España (p. ej., Alemania, Holanda, Francia, Italia).
- El creciente desplazamiento de personas a países endémicos de rabia (más de 150 según datos de la OMS) incrementa el riesgo de zoonosis.
- Las recientes crisis migratorias en Ucrania, países de Oriente Medio y/o africanos que implican movimientos de personas y en muchos casos de animales (mascotas), incrementan el riesgo de difusión de zoonosis.
- El Lyssavirus europeo (EBL-1) está circulando entre los murciélagos de distintas especies y se ha detectado en varias zonas de España (p. ej., Granada, Málaga, Murcia, Valencia).

Introducción: La rabia es una enfermedad inscrita en la lista del Código Sanitario para los Animales Terrestres de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) que debe ser declarada oficialmente (EDO). Anualmente la rabia produce la muerte de hasta 60.000 personas en el mundo. Las principales víctimas son los niños en los países en desarrollo, siendo África y Asia los continentes más afectados (**Figura 1**). El principal vector de la rabia en los países donde la enfermedad sigue causando estragos es el perro; de modo que, para prevenir los casos mortales en el hombre, la prioridad ha de ser la lucha frente a la enfermedad en los perros, sobre todo los perros errantes o vagabundos.

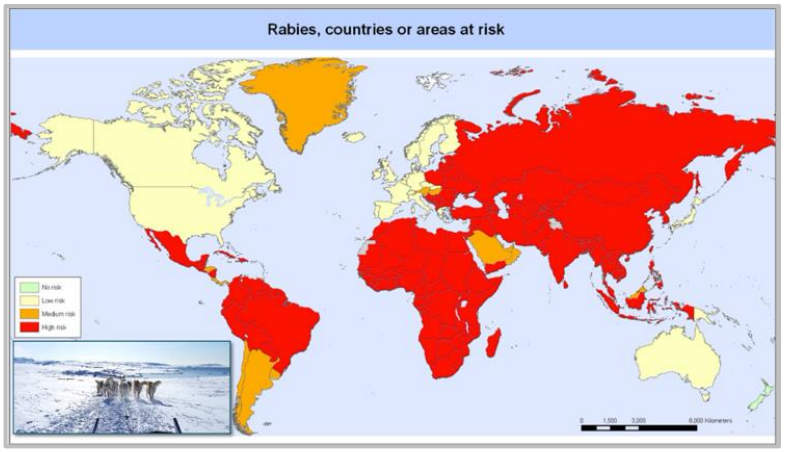


Figura 1. Distribución mundial del riesgo de Rabia humana. (Fuente: WHO).

Etiología: El virus de la rabia pertenece a la especie *Rabies lyssavirus*, del género *Lyssavirus* y de la familia *Rhabdoviridae* (**Figura 2**). Presenta un marcado carácter neurotrópico y su acción patógena sobre el sistema nervioso da lugar a una sintomatología característica que se manifiesta con signos excitativos (rabia furiosa) o signos de parálisis generalizada (rabia muda o paralítica), consecuencia de una encefalomielitis generalmente mortal.

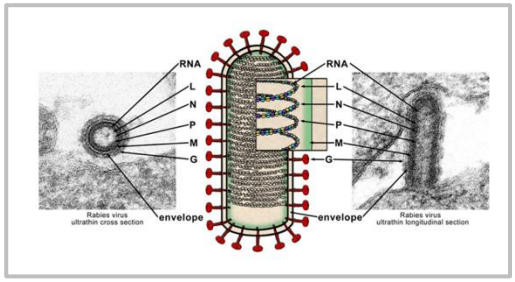


Figura 2. Virus de la rabia.

Hasta la fecha, este género está formado por 17 especies/genotipos clasificados en 4 filogrupos (*International Committee on Taxonomy of Viruses*, ICTV). Aunque la mayoría de los casos están asociados a la especie clásica (*rabies lyssavirus*); otras especies virales (p. ej. virus de quirópteros), pueden producir cuadros rabiosos clínicamente indistinguibles de los causados por el virus canino (**Tabla 1**).

Tabla 1. Clasificación taxonómica actual de los Lyssavirus y distribución geográfica (https://doi.org/10.3389/fvets.2020.613712)

Phylogroup	Specie	Virus name	Distribution
I	*Aravan lyssavirus*	Aravan virus	Central Asia
I	*Australian bat lyssavirus*	Australian bat lyssavirus	Australia
I	*Bokeloh bat lyssavirus*	Bokeloh bat lyssavirus	Europe
I	*Duvenhage lyssavirus*	Duvenhage virus	Southern Africa
I	*European bat 1 lyssavirus*	European bat 1 lyssavirus	Europe
I	*European bat 2 lyssavirus*	European bat 2 lyssavirus	Europe
	Gannoruwa bat lyssavirus	Gannoruwa bat lyssavirus	Asia
III-IV	*Ikoma lyssavirus*	Ikoma lyssavirus	Africa
I	*Irkut lyssavirus*	Irkut virus	East Siberia
I	*Khujand lyssavirus*	Khujand virus	Central Asia
II	*Lagos bat lyssavirus*	Lagos bat virus	Africa
III-IV	*Lleida bat lyssavirus*	Lleida bat lyssavirus	Europe (Spain)
II	*Mokola lyssavirus*	Mokola virus	Sub-Saharan Africa
I	*Rabies lyssavirus*	Rabies virus	Worldwide (except several islands)
II	*Shimoni bat lyssavirus*	Shimoni bat virus	East Africa
I	*Taiwan bat lyssavirus*	Taiwan bat lyssavirus	–
III-IV	*West Caucasian bat lyssavirus*	West Caucasian bat virus	Caucasian region
I	–	Kotalahti bat lyssavirus	–
Unclassified viruses	–	Taiwan bat lyssavirus	–

Epidemiologia

Distribución geográfica y especies reservorio

La rabia se encuentra ampliamente distribuida por todo el mundo, a excepción de determinadas zonas geográficas como La Antártida. Los países o áreas de mayor riesgo epidemiológico se encuentran ubicados en los continentes americano (centro y Suramérica), africano y asiático. En cada región geográfica se conocen uno o varias especies animales reservorio (p. ej., perros y gatos, lobos, zorros, chacales, mapaches, murciélagos). En algunos países endémicos como Namibia o Sudáfrica, se ha notificado recientemente la presencia de rabia en lobos marinos transmitida por chacales de lomo negro.

Mecanismos de transmisión

La infección se transmite principalmente a través de mordedura y/o por el contacto de heridas o mucosas con saliva de animales infectados; también es factible la vía aerógena confirmada en profesionales relacionados con cuevas de murciélagos y laboratorios. Finalmente, en la especie humana se ha descrito la transmisión excepcional a través de trasplantes (córnea, hígado, riñón) o por vacunas en mal estado.

Patogenia y signos clínicos

El periodo de incubación de la enfermedad es extremadamente variable: en animales oscila entre 1-3 meses, aunque se han descrito casos de rabia en Melilla con periodos de más de 3 meses. En la especie humana los periodos de incubación pueden superar los 6 meses (p. ej., caso importado en Valencia, 2025).

Una vez superado el periodo de incubación, el virus produce los característicos signos clínicos que suelen oscilar entre 5-7 días tras una fase prodrómica de unos 3-5 días. Durante todo este periodo, la saliva del animal infectado es plenamente virulenta e infecciosa para otros animales y para el hombre.

Los signos clínicos en perros pueden manifestarse como una forma furiosa (agresiva) y/o una forma paralítica (muda). En la *forma furiosa* los animales desarrollan inicialmente desasosiego, deambular errático y obsesión por morder. Los ataques a objetos imaginarios suelen ser frecuentes. Aparecen cambios en la fonación, insensibilidad al dolor (mordeduras de jaulas), apetito alterado (ingestión de piedras u objetos extraños), hiperestesia y automutilaciones en zona de mordedura; la membrana nictitante es visible y es típica la fotofobia. La *forma paralítica* se caracteriza por ataxia y paresia, parálisis del tercio posterior, hipersalivación, hidrofobia, tics y temblores musculares (mioclonías). La muerte se produce por parálisis respiratoria.

La clínica en gatos es bastante similar con preponderancia de signos huidizos, garras en protrusión, maullidos roncos, parálisis del tercio posterior, ataques feroces si son molestados y muerte por parálisis respiratoria.

Diagnóstico y control

El diagnóstico inmunohistoquímico, basado en la presencia de partículas víricas en cerebelo o hipocampo, está en desuso en favor de las técnicas de Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y/o genéticas como la RT-PCR. Estas últimas son capaces de detectar virus de la rabia, así como el genotipo implicado en los casos sospechosos. El aislamiento viral es también posible, aunque requiere más tiempo. Estas técnicas oficiales para el diagnóstico de rabia se realizan en el laboratorio del Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III) a partir de muestras de encéfalos de animales sospechosos y sacrificados.

Ante la imposibilidad de un tratamiento eficaz, el control se realiza a base de profilaxis médica con vacunas inactivadas. En perros, gatos y hurones, se establece una primovacunación con una dosis a las 12 semanas de vida, recomendándose una segunda dosis a los 30 días en áreas de alto riesgo (protocolos WSAVA). Por motivos de salud pública (enfoque *One Health*) la revacunación debe ser anual aunque haya vacunas en el mercado que inducen inmunidad de al menos tres años.

A nivel de política sanitaria disponemos de varios documentos para la gestión sanitaria de la rabia en España (MAPA): (i) Protocolo de actuación ante mordeduras o agresiones de animales (tratamiento post-exposición); (ii) Plan de contingencia para el control de la rabia en animales domésticos en España; (iii) Plan de contingencia para el control de la rabia terrestre en animales en cautividad y silvestres en España; (iv) La zoonosis rábica en quirópteros: manual de buenas prácticas y manejo de los murciélagos.

La rabia en humanos

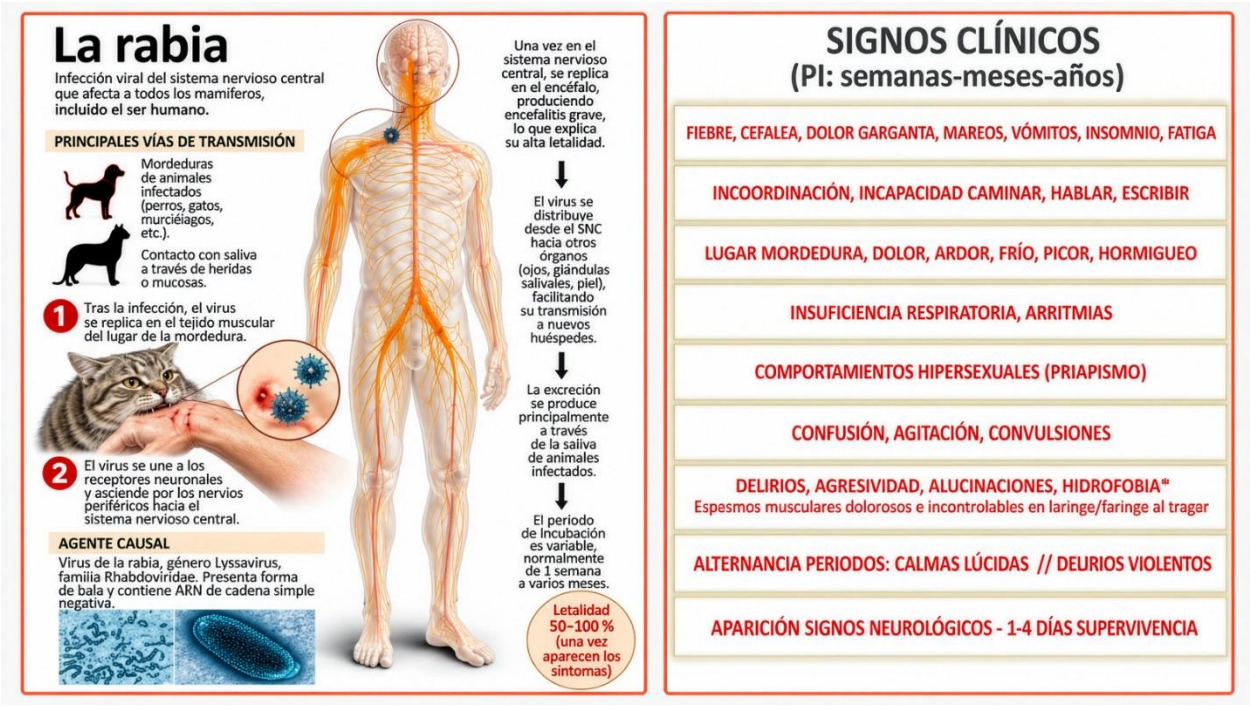


Tabla 2. Profilaxis post-exposición recomendada por la OMS.

Tipo de contacto con un animal rabioso	Medidas profilácticas posexposición
Tipo I: tocar o alimentar animales, lamedura sobre piel intacta.	Ninguna.
Tipo II: mordisco en piel expuesta, arañazo o erosiones leves, sin sangrado.	Vacunación y tratamiento local de la herida, de inmediato.
Tipo III: mordeduras o arañazos transdérmicos (uno o más), lameduras en piel lesionada, contaminación de mucosas con saliva por lamedura, contacto con murciélagos.	Rápida vacunación y administración de inmunoglobulina antirrábica, tratamiento local de la herida.