EPIDEMIOLOGIA DE LA RABIA. PROGRAMA DE LA RABIA

DR. RICARDO LEON VEGA ARAGON *

EPIDEMIOLOGIA DE LA RABIA Y SITUACION GLOBAL DE LA ENFERMEDAD EN EL PAIS

La rabia es una enfermedad reconocida desde la antiguedad, así la describen diferentes libros de caracter mitológico, religiosos y científicos de la humanidad: El Talmud, La Mitología Griega, El Código de la Antigua Babilonia, otros. Su causalidad ha sido además relacionada con aspectos míticos, folclóricos y religiosos, y alrededor de ella se han generado una serie de tratamientos que van desde rezos, novenarios, cauterización de la herida, amputación de la zona lesionada, brebajes y otros.

La Rabia ha sido considerada como una Zoonosis clásica en cuya cadena epidemiológica, el hombre es siempre un huesped final y accidental.
Esta enfermedad es considerada hasta la fecha como 100 % mortal, no teniendo los pocos casos registrados de recuperación un sustentamiento científico, ya que en todos ellos se estaba aplicando tratamiento antirrábico, sin que se comprobara al final si la sintomatología de los pacientes "recuperados" se debia a una complicación post-vacunal o a una evolución de Rabia que fue detenida.

*Profesional especializado, Ministerio de Salud , Médico Veterinario, Magister Salud Pública, Especialista en epidemiología.

AGENTE: El virus rábico tiene forma de bala y es del género Lyssavirus, Familia Rhabdoviridae.

Dentro del virus rábico "clàsico" , debe diferenciarse entre el "virus calle" y el "virus fijo". La denominación del "virus calle" se refiere al reciente aislamiento de animales y que no ha sufrido modificaciones en el laboratorio, estas cepas tienen variable periodo de incubación, a veces muy prolongado, e invaden las glándulas salivales. En contraste, el "fijo", son cepas adaptadas a animales de laboratorio, con periodos de incubación corto y no invaden las glándulas salivales, en ciertas condiciones puede ser patógeno para el hombre y los animales.

Se han obtenido evidencias, con el advenimiento de los anticuerpos monoclonales, de una gran variación antigénica de los virus rábicos.

Desde 1.975, se conocen cinco virus relacionados con el virus rábico, todos ellos aislados en el Africa, y que producen diferentes tipos de patologías, algunos de ellos han producido enfermedad humana y muerte.

El virus rábico tiene una membrana celular de origen lipoide y una estructura celular bastante sensible que se desintegra o rompe en medios con Ph extremos, cambios bruscos de temperatura y presencia de oxígeno.Es un virus bastante vulnerable a las condiciones del medio ambiente y se inactiva o muere con la desecación, el frío, el calor y los desinfectantes comunes, De estas características depende la aplicación de los primeros auxilios en el caso de agresiones de animales de sangre caliente.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA: La rabia se presenta en todos los continentes. Pocos países están libres de la enfermedad, entre ellos en América: Uruguay, Barbados, Jamaica y varias íslas del caribe. En Asia: Japón. Europa: varios paises Escandinavos, Irlanda, Gran Bretaña, Paises Bajos, Bulgaria, España y Portugal.

La presencia de la rabia en los Paises infectados no es uniforme, y en muchos de ellos existen áreas libres, otras de baja endemicidad y otras endémicas, y otras con brotes epizoodémicos.

La Rabia es una enfermedad de caracter social, y está relacionada con gradientes de desarrollo. Aún en el interior de los países o dentro de un mismo territorio, estado o departamento, o dentro de una misma ciudad el riesgo de la enfermedad está ligado a condiciones socio-económicas, factores culturales, hábitos y tenencia de los animales, otros.

OCURRENCIA: Se diferencian dos ciclos: urbano y selvático.La casuística humana está mayormente relacionada con mordeduras de perros enfermos.

La OMS estima a pesar del sub-registro que anualmente ocurren unas 1.100 muertes por esta enfermedad, mas de 350.000 personas deben ser sometidas a tratamiento antirrábico; además de la alta letalidad de la Rabia, no es menos importante el impacto síquico y emocional, el sufrimiento y la ansiedad que se genera por el temor de sufrir la enfermedad en las personas mordidas. El 75 % de los tratamientos deben ser aplicados en América Latina.

La casuística humana en América Latina se observa así:

AÑO	N° de casos
1.987	192
1.988	223
1.989	269
1.990	235
1.991	214
1.992	83

Los Países con mayor problemática son en su orden : México, Brasil, Bolivia, El Salvador, Perú y Guatemala.

Considera la Organización Mundial de la Salud, que Colombia es uno de los Paises que mejor a manejado la situación y producto de ello es el descenso un poco irregular pero sostenido de la enfermedad.

La enfermedad en Colombia viene bajando desde 1.981, aunque se observan elevaciones cada seis años aproximadamente, el registro de casos de Rabia Canina y Humana, se observa así:

AÑO	CANINA N° de Casos	HUMANA N° de casos
1.981	1.921	27
1.982	1.756	28
1.983	1.216	25
1.984	994	11
1.985	886	12
1.986	671	9
1.987	495	10
1.988	440	14
1.989	570	15
1.990	348	12
1.991	202	6
1.992	138	7

La mayor problemática se presenta en la Costa Atlántica, Boyacá, Santander (Barrancabermeja y San Vicente) y Norte de Santander (Area metropolitana de Cúcuta).

Con respecto a la rabia en animales silvestres, la mayor presentación se registra en Estados Unidos y Canadá, seguido por Colombia (zorros), lo cual no parece estar reflejando la real situación de la enfermedad, sino deficiencias en la vigilancia epidemiológica. La Rabia selvática es importante en Europa, en Oriente Medio, el subcontinente de la India y Africa; en el Asia, son importantes los lobos y mangostas.

El virus rábico, aunque a sido aislado en alguna oportunidad de ratas, se considera que estos y otros roedores tienen poco potencial de transmisión al hombre. Desde 1.983 y hasta la fecha, no ha habido el primer diagnóstico confiable en Colombia de Rabia en Roedores, tres trabajos de investigación realizados en diferentes ciudades del País para tratar de aislar el virus rábico de roedores sinantrópicos, han arrojado resultados negativos, además las ratas son muy malas productoras de saliva y hasta ahora se dice que no hacen la fase de excitación cuando evolucionan a rabia, pasando de la prodrómica a la parálisis (esto último es bien cierto en las condiciones de laboratorio).

Numerosos trabajos parecen sugerir que pueden existir casos de rabia "abortiva", si bien son pocos. Se ha discutido mucho la posible existencia de animales clínicamente normales que elimina el virus rábico a través de la saliva.

La transmisión interhumana practicamente no existe. Se conocen de dos casos de Rabia por transplante de córnea (uno en Francia y otro en Estados Unidos).

La enfermedad es mantenida básicamente por carnívoros domésticos y salvajes.

PUERTAS DE SALIDA Y MODO DE TRANSMISION: La aparición del virus rábico en la saliva resulta del mayor interés y lo normal, es que aparezca con el comienzo de la enfermedad; en algunos animales se ha podido detectar la aparición del virus 1 a 3 días antes de la manifestación de los síntomas clínicos.
La forma de transmisión del virus es básicamente a través de la mordedura, y en algunas ocasiones a través de las mucosas o heridas previas de la piel en contacto con la saliva del enfermo.
La Transmisión por alimentos, es practicamente imposible. No se ha comprobado el primer caso de Rabia humana trasmitida por alimentos.

No se ha comprobado, como se creía en un principio que entre los quirópteros exista el estado de portador. Los murciélagos mueren cuando se enferman de rabia.
La Transmisión por aerosoles, aunque bastante rara parece haber ocurrido.

PROGRAMA ANTIRRABICO

Se inicia en 1.970, a raíz de una ayuda externa que permite construir los centros Antirrábicos en la mayoria de las Capitales de Departamento y la dotación con vehículos a los departamentos con mayor problemática en ese entonces, luego a partir de 1.974 se establece la vacunación antirrábica gratuita.

Desde 1.983, Colombia al igual que los demás Paises de Latinoamérica adquiere el compromiso formal de eliminar la Rabia urbana, para finales de la década de 1.980, objetivo que ha sido ya pos-puesto en dos oportunidades por no haberse logrado.

Desde 1.989 se han venido realizando en el País, campañas Masivas de Vacunación Antirrábica canina, las dos primeras con caracter Regional (Costa Atlántica, los dos Santanderes y Boyacá) y las tres últimas de cobertura nacional. Para el presente año no piensa realizarse la Campaña Masiva Nacional, sino previa caracterización de las áreas de mayor riesgo, se cubrirán estás y en el resto del país se hará solo mantenimiento.

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA: Se basa en la vacunación masiva de perros y gatos, apoyada esta en una fase de mantenimiento.

Como etapa previa a la vacunación se tiene la de EDUCACION, en la cual se intenta cubrir todos los establecimientos educativos, los grupos organizados de la comunidad y otros sectores con charlas, reforzando esto con acciones de promoción a nivel de televisión, radios, periódicos y otros.

La Vigilancia Epidemiológica, se basa en un sistema de información, con un formulario mensual, formulario para registro de casos de Rabia Humana, formulario para el registro de complicaciones Posvacunales, formulario para Control de Focos y un formulario para Personas Mordidas. Lo anterior está reforzado por un telegrama semanal y la notificación inmediata de casos de Rabia Humana. Existe un boletín anual sobre la situación de Rabia y medidas ejecutadas y en algunas oportunidades se han sacado boletines trimestrales y semestrales. Hacemos notificación semanal y mensual de la situación de la enfermedad al Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y se hace un informe anual a la Organización Mundial de la Salud (Encuesta Mundial de Rabia).

Existe una red Nacional de Laboratorios de Rabia, que cubre todo el País, con un laboratorio central de Referencia (INS) y laboratorios regionales (dotados con

microscopio de inmunofluorescencia), se hace control de calidad diagnóstica y a su vez se tiene control externo a través del INPPAZ.

La base legal para la toma de acciones la constituye el Decreto N° 2257 de 1.986, el cual debe de ser modificado a la luz de los procesos de delegación y descentralización.

La atención de pacientes agredidos se considera como una urgencia médica en la cual la decisión final sobre la conducta con el paciente la debe tomar el médico, la cual debe ser tomada en absoluta coordinación con los Veterinarios y Promotores de Saneamiento que son los responsables de manejar la observación de los animales agresores, así como del manejo de las actividades de vacunación y educativas y el control de la población de animales callejeros.

Presupuestalmente, se le viene haciendo asignación al Programa desde 1.970, el presupuesto para 1.993 es de 500 millones de pesos; se recibe asesoría y apoyo presupuestal por parte de la OMS.