

Protocolo de vigilancia epidemiológica de Escabiosis.

1. Descripción de la enfermedad.

Introducción.

La escabiosis o sarna es una infección parasitaria de la piel de distribución mundial. Afecta a personas de todas las edades y niveles socioeconómicos. No es una enfermedad de declaración obligatoria pero los brotes se deben notificar.

En los últimos años se está observando un incremento de casos y brotes, también constatados en nuestra comunidad. Además, se ha descrito la posibilidad de resistencias a los tratamientos de la escabiosis.

El objetivo de este protocolo es poner al día las pautas de actuación ante casos y brotes de sarna en Extremadura, tanto a nivel comunitario como en situaciones de brotes en instituciones cerrada.

Agente.

La escabiosis humana está causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*. El ácaro, que mide de 0,2 a 0,45 mm, labra un surco en la base del estrato córneo de la epidermis. La cópula tiene lugar en el surco y, tras ella, el macho muere y la hembra profundiza el surco e inicia la puesta de huevos, de dos a tres diarios durante sus 30 días de vida. Tras la eclosión, a los 3 -4 días, las larvas alcanzan el estado adulto en 14-17 días. La media de ácaros en un paciente de sarna común es de 10-12 hembras, pero son miles en el caso de la sarna noruega. El parásito fuera de la piel sobrevive unos 3-4 días (si la humedad es alta hasta 8 días).

Reservorio.

El único reservorio es el ser humano. Existen distintas especies de *Sarcoptes* procedentes de los animales que pueden vivir en la piel de los humanos, provocando una reacción pruriginosa autolimitada, pero sin reproducirse.

Modo de transmisión.

La transmisión ocurre de persona a persona por contacto prolongado piel con piel (entre 15 y 20 minutos). La transmisión por contacto con sábanas o ropa parasitada se considera posible ya que el ácaro puede sobrevivir hasta 4 días fuera del huésped. Normalmente, la transmisión ocurre en comunidades cerradas como domicilios y residencias, entre las personas convivientes y en contacto íntimo con el caso.

Algunas formas específicas de transmisión incluyen:

- Contacto sexual: La actividad sexual con una persona infestada puede transmitir los ácaros.

- **Contacto familiar:** Vivir en el mismo hogar con una persona infestada, compartir la misma cama, toallas, ropa de cama u otros objetos personales aumenta el riesgo de transmisión.
- **Contacto social:** El contacto físico frecuente y estrecho en entornos sociales, como escuelas, guarderías, centros sociosanitarios y centros de reclusión, puede facilitar la propagación de la escabiosis.
- **Contacto indirecto:** Aunque menos común, los ácaros de la escabiosis también pueden transmitirse a través del contacto con objetos infestados, como ropa, toallas, ropa de cama o muebles. Sin embargo, el ácaro no sobrevive por mucho tiempo fuera del cuerpo humano, por lo que la transmisión indirecta es menos frecuente.

Periodo de incubación.

En personas sin exposición previa al ácaro, el periodo de incubación es de 2 a 6 semanas.

En las personas que han estado infestadas anteriormente, el periodo de incubación es de 1 a 4 días tras la re-infestación.

El periodo de infectividad de las personas infestadas se prolonga desde el inicio del periodo de incubación hasta la eliminación de los huevos y ácaros tras el tratamiento.

Es muy importante por ello, considerar que las personas infestadas pueden transmitir el ácaro antes de la aparición de los síntomas.

Periodo de transmisibilidad

El período de transmisibilidad varía en función del tratamiento y las medidas preventivas tomadas. En general, una persona infestada con *Sarcoptes scabiei* puede transmitir los ácaros desde el momento en que están infestados hasta que reciben un tratamiento adecuado y se eliminan los ácaros y sus huevos.

Si una persona infestada no recibe tratamiento, la transmisibilidad puede continuar indefinidamente. Esto se debe a que los ácaros pueden sobrevivir en la piel del hospedador y reproducirse allí, lo que permite la propagación continua de la infestación. Sin embargo, una vez que se inicia el tratamiento apropiado, la transmisibilidad disminuye significativamente. Por lo general, se considera que una persona ya no es contagiosa después de 24-48 horas de recibir el tratamiento adecuado y tomar las medidas de higiene necesarias

Es importante destacar que, si bien una persona puede no mostrar síntomas evidentes después del tratamiento, es esencial seguir el régimen completo de tratamiento prescrito por un médico. Esto ayudará a garantizar la erradicación completa de los ácaros y evitar reinfestaciones o recurrencias.

Manifestaciones Clínicas.

Las manifestaciones clínicas varían de un individuo a otro. La forma típica se da en personas sanas sin infestación previa. En estas personas, normalmente no se aprecian signos o síntomas en

las primeras 2 semanas o más, desde la infestación, ya que los síntomas clásicos se asocian fundamentalmente a una reacción de hipersensibilidad a componentes del ácaro. Estas personas afectadas refieren **prurito intenso**, más por la noche, ya que el ácaro presenta mayor actividad con el calor. Las **lesiones primarias** son los **surcos acarianos**, lesiones patognomónicas de infestación. Se trata de elevaciones grisáceas de 5-15 mm de longitud que terminan en una vesícula donde anida la hembra. En pacientes con buena higiene pueden ser pocos y difíciles de ver.

El ácaro se localiza preferentemente en las zonas de piel con pocos folículos pilosos, como espacios interdigitales, cara anterior de las muñecas y codos. En los hombres, además, en pliegues anteriores de las axilas, cintura, muslos y genitales externos y en las mujeres en pezones, abdomen y porción inferior de los glúteos. En las personas adultas, la cabeza y cuello no se suelen afectar. En los lactantes, sin embargo, sí se afecta la cabeza y el cuello además de las palmas de las manos y plantas de los pies. También se puede afectar el cuero cabelludo en personas ancianas encamadas.

Las **lesiones secundarias** son consecuencia de la sensibilización, rascado y/o infecciones. Las más frecuentes son vesículas y pápulas que aparecen principalmente en el abdomen, muslos y nalgas. En personas con factores de riesgo concretos, la infestación puede presentarse como una dermatitis generalizada, con descamación extensa, vesículas y costras (“sarna noruega” o sarna costrosa) en la que el prurito puede ser menor o no existir. Existen dos variedades de sarna con especiales características clínicas:

Sarna clásica. Aparece en personas inmunocompetentes. Los ácaros aparecen en número pequeño, el prurito comienza a las 2-6 semanas de la parasitación. Las zonas de picor pueden no corresponder con las de presencia de ácaros.

Sarna “noruega”, costrosa o hiperqueratósica. Aparece en personas debilitadas por diferentes procesos como enfermedades crónicas, problemas neurológicos que dificultan la percepción del prurito, alteraciones de la inmunidad, etc. Se caracteriza por disminución o ausencia de prurito, descamación y engrosamiento difuso de la piel; puede simular psoriasis. Pueden presentarse uñas engrosadas, alopecia, hiperpigmentación, eosinofilia y pioderma con linfadenopatía. En las masas hiperqueratósicas habitan miles de parásitos y huevos, por lo que es altamente contagiosa. Frecuentemente causa brotes en instituciones cerradas.

En ambas variedades, los síntomas se atribuyen a una reacción alérgica al ácaro o a sus excreciones, por lo que el tratamiento no siempre elimina los síntomas hasta unas semanas más tarde. Aunque las complicaciones son pocas, se pueden dar infecciones bacterianas secundarias por *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*.

Diagnóstico.

Definición de caso

Criterios clínicos

La escabiosis debe sospecharse en presencia de:

- **Prurito intenso, especialmente durante la noche.**

- **Una erupción simétrica inexplicable.**
- **Surcos y otras lesiones en los lugares mencionados anteriormente.**

En el caso de la sarna costrosa, el diagnóstico en las fases iniciales es difícil ya que se asemeja a la psoriasis y no produce prurito, por lo que suele diagnosticarse en fases avanzadas cuando ya se ha producido su diseminación.

Criterios de laboratorio

- Visualización al microscopio de los ácaros, óvulos o excrementos en un raspado de la piel.

Criterios epidemiológicos

- Contacto con caso de escabiosis
- Contacto con institución cerrada donde se hallan detectado casos de escabiosis

Clasificación de caso

Según estos criterios los casos se clasifican en:

- Caso sospechoso: Compatible con la definición clínica de caso.
- Caso probable: Caso sospechoso más confirmación de lesiones por un médico o criterio epidemiológico
- Caso confirmado: Caso probable más criterio de laboratorio.

Definición de brote.

- Aparición de 3 o más casos, relacionados entre sí, en ámbito familiar, en un intervalo de tiempo de 6 semanas (máximo periodo de incubación).
- Aparición de 2 o más casos de escabiosis relacionados entre sí, si se trata de instituciones cerradas de alto riesgo (hospitales, guarderías, residencias de ancianos, albergues de inmigrantes), en un intervalo de tiempo de 6 semanas (máximo periodo de incubación).

El brote debe ser investigado para aplicar las medidas de control a los casos y sus contactos y debe ser informado tras su finalización.

2. Medidas de Salud Pública.

La escabiosis no está incluida en la lista de enfermedades de declaración obligatoria, pero por su transmisión y presentación en forma de brotes, cualquier sospecha no diagnosticada o con un tratamiento incorrecto puede ser foco de un brote.

Según el Real Decreto 2210/1995, la notificación de brotes forma parte de los sistemas básicos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Así mismo, en el Decreto 92/1997, de 1 de junio, por el que se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura, se establece que la declaración de un brote epidémico es obligatoria.

Esta obligatoriedad afecta, en primera instancia, a todos los médicos en ejercicio y a los centros sanitarios, públicos y privados, que detecten la aparición de este. Afecta también a los responsables de instituciones, públicas o privadas, donde se reúnan colectivos de personas de cualquier tipo, tanto de forma transitoria como mantenida en el tiempo, que sospechen la aparición de un brote en su institución, que deberán comunicarlo de forma urgente a las autoridades sanitarias y a la Dirección de Salud de Área correspondiente.

Manejo del paciente, los contactos y el medio

Es necesario iniciar el tratamiento cuanto antes a todas las personas que puedan estar infestadas. Estos son, los casos con sospecha (síntomas compatibles), los casos con diagnóstico clínico y así mismo, los contactos asintomáticos (convivientes y personas con contacto físico prolongado desde aproximadamente un mes antes del inicio de los síntomas de un caso diagnosticado). Se insiste en que los contactos pueden estar infestados y ser la fuente de transmisión para terceras personas o incluso de reinfestación a personas tratadas previamente.

A la vez que el tratamiento hay que asegurar la eliminación de los ácaros del ambiente, mediante la limpieza de las ropas del caso y limpieza o aspirado de superficies.

Además del tratamiento acaricida (tópico y/u oral), algunas personas requieren tratamiento sintomático del picor (antihistamínicos y emolientes). A veces, puede necesitarse tratamiento antibiótico tópico o sistémico por las sobreinfecciones bacterianas.

Es importante que los profesionales sanitarios que gestionen el tratamiento de las personas infestadas informen a sus pacientes de las medidas higiénicas y de precaución que deben mantener para la eliminación de la enfermedad, en ellas y en sus convivientes. Entre estas medidas se debe insistir en la importancia de evitar el contacto íntimo y prolongado con terceras personas, también en informar a los convivientes de la necesidad del tratamiento aún en la ausencia de síntomas, así como de sincronizar el tratamiento en todo el núcleo convivencial para evitar reinfestaciones cruzadas entre ellos.

Primeras acciones a tomar de inmediato tras la comunicación de los casos o brote

- Toma de contacto con responsables del lugar donde ocurre el brote para confirmación del mismo.
- Determinación del número de casos y expuestos.
- Comunicación a la Subdirección de Epidemiología y si se trata de un brote declaración al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud pública según los protocolos vigentes.
- Tratar el problema conjuntamente con afectados y responsable del centro¹.
- Asesoramiento de forma conjunta con la Dirección de Salud de Área sobre medidas pertinentes para el control del brote a nivel ambiental.

En el caso específico de brote en medio hospitalario, el Servicio de medicina Preventiva y Salud Pública junto al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales definirá el período epidémico, a fin de

¹ En los centros educativos y sociosanitarios se hace imprescindible la asignación de un coordinador en el centro, preferiblemente sanitario, que actúe como interlocutor con los servicios asistenciales y la Dirección de Salud Pública para la gestión de los brotes.

delimitar y definir las personas consideradas como contactos. Se hará una búsqueda retrospectiva en pacientes dados de alta, incluidos en dicho periodo epidémico.

En las instituciones que cuenten con médico propio o médico del Servicio de Prevención, se establecerán en coordinación con el mismo las medidas preventivas y de control.

Actuaciones sobre los casos

Aislamiento de contacto del enfermo, especialmente en centros de mayores, hospitales, escuelas y centros de trabajo y aplicación del tratamiento farmacológico.

Una vez aplicado el tratamiento, la persona afectada, niño o adulto, deja de ser contagiosa a las 24 horas, por lo que la incorporación al trabajo o al colegio puede realizarse transcurrido ese tiempo, aunque el tratamiento se repetirá a los 7 días. Esta medida evita que huevos que no habían eclosionado antes del tratamiento puedan producir una re-infestación, ya que el tratamiento no es ovicida.

Los síntomas como el prurito y la dermatitis pueden permanecer unas dos semanas a pesar del tratamiento eficaz y no debe considerarse fracaso terapéutico o reinfestación. Se debe evitar compartir ropa, sábanas, toallas, etc. En los brotes de sarna costrosa o noruega en centros asistenciales se sugiere el aislamiento del paciente durante 10 días.

Actuaciones sobre los contactos

Se considera contacto a la persona que, sin presentar signos o síntomas sugerentes de escabiosis, ha tenido una relación interpersonal estrecha con algún caso, piel con piel. Incluye:

- Contactos estrechos: a todos los miembros del núcleo familiar y en los niños a los compañeros de juego, también a las parejas sexuales.
- En los colectivos, como residencias, centros de atención a enfermos mentales, etc., se considerará a las personas que comparten habitación, ropa u objetos de uso cotidiano.
- Entre el personal laboral de un centro sanitario u otro tipo de centro asistencial serán aquellos que hubieran tenido contacto directo con pacientes infestados.

Se consideran susceptibles de estudio y tratamiento las personas con las que se ha mantenido este tipo de contacto en el mes anterior al inicio de los síntomas.

Se aplicarán las medidas farmacológicas y no farmacológicas simultáneamente a los casos. En general a los contactos se aplica una tanda de tratamiento.

Cuando los contactos son mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, o bien niños menores de dos meses, se recomienda valorar la relación riesgo/beneficio antes de pautar un tratamiento profiláctico, siendo preferible como alternativa una vigilancia activa de la aparición de síntomas si el riesgo no es especialmente elevado.

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento puede ser tópico (el más habitual) a base de una crema de permetrina; su aplicación ha de ser exhaustiva y conviene repetirla a los 7 días de la primera aplicación. El tratamiento oral con ivermectina es una alternativa y suele indicarse en personas en las que la correcta aplicación tópica es difícil.

Principio activo	Especialidad farmacéutica	Posología. Indicaciones	Contraindicaciones
Permetrina (crema)	Sarcop® Permecure 5%	Aplicación tópica. 2 aplicaciones separadas al menos 7 días	Menores de 2 meses
Ivermectina (oral)	Ivergalen®	Oral 2 dosis 200µg/kg separadas una semana. Sarna costrosa combinar con tratamiento tópico días 1, 15 y 29	Menores de 15 kg o 5 años, embarazo, alérgicos, desórdenes nerviosos
Benzoato bencilo (crema)	Fórmula magistral 10%-30%	3 días seguidos durante noche. Ducha al 4º Noche día 1 y 2, repetir al de 7 días	Menores de 6 años Lactancia
Azufre	Vaselina azufrada 6%	Aplicación nocturna 12 h., los días 1,2,3 Repetir a la semana, días 1,2,3	Poca información sobre su uso en embarazo

Consideraciones generales:

- Antes del tratamiento tópico, se aconseja cortarse las uñas y bañarse. Aplicar el tratamiento tras un secado correcto de la piel y cuando esta haya alcanzado la temperatura normal de cuerpo (pasados aproximadamente 60 minutos del baño). Si tras la aplicación de la pomada se lavan las manos, se deberá aplicar de nuevo el tratamiento en estas.
- Si otra persona o personal sanitario aplica el tratamiento tópico a la persona afectada, debe usar guantes, y en los/las pacientes con sarna noruega también bata.
- Debe aplicarse el tratamiento tópico por todo el cuerpo desde la mandíbula, incluyendo el pliegue retroauricular. Debe prestarse especial atención en los espacios interdigitales, región umbilical, pliegue interglúteo y espacios subungueales. Si hay lesiones en el cuero cabelludo o cara, debe tratarse la zona dejando libres la región periorcular y perioral.
- En menores de 3 años, en casos de sarna costrosa y en personas inmunocomprometidas, debe tratarse el cuero cabelludo y cara, dejando libres las zonas periorculares y perioral.
- Tras la aplicación del escabicida, se deberán vestir ropas limpias y cambiar la ropa de cama.
- Por la mañana, tras dejar actuar la crema entre 8 y 14 horas se deberá retirar el producto mediante una ducha de agua templada (para evitar irritaciones).
- Uno de los efectos adversos de la crema de permetrina es sequedad en la piel, por lo que se recomienda para prevenir irritaciones utilizar cremas hidratantes tras el tratamiento.
- Si existe una infección bacteriana severa o el tratamiento falla, puede ser necesario el ingreso. Si los casos son tratados inmediatamente con un escabicida, el aislamiento en la

habitación puede no ser necesario; hay que tener en cuenta que a las 12 horas de la administración tópica de la permetrina se deja de ser contagioso.

- Debe informarse al caso de la persistencia del picor durante un tiempo (2-3 semanas) a pesar del tratamiento, y especialmente si este ha sido tópico. El prurito mantenido no es sinónimo de persistencia de la infestación ni de recidiva.
- Puede existir un fallo terapéutico por aplicación incorrecta del fármaco. Hay que tener en cuenta que en la sarna noruega y en las formas con gran descamación está dificultada la penetración del fármaco. En estos pacientes se debe prestar especial atención a las uñas.
- Pueden darse complicaciones cutáneas propias de la infestación: sobreinfecciones, nódulos escabióticos..., que deberán valorarse por el personal médico.
- La ropa de vestir, de cama, toallas y demás objetos en contacto con el cuerpo del caso durante los 3 días previos al tratamiento, deben lavarse a temperatura de 60 °C. Si no es posible, se meterán en bolsas cerradas durante al menos 4 días (si hay mucha humedad puede ser necesario 8 días). Las tapicerías deben limpiarse con aspiradora y no se utilizarán durante 4 días.
- Los contactos de los casos deben examinarse y buscar lesiones de sarna. Aparezcan o no, las personas en contacto estrecho con los y las pacientes (convivientes y parejas sexuales) deben tratarse simultáneamente (misma pauta que los casos).
- Se debe hacer un seguimiento de hasta 4-6 semanas después del tratamiento (tiempo del ciclo completo del ácaro).
- Tras completar la primera aplicación del tratamiento, los niños y las niñas pueden volver a los centros escolares y los adultos al trabajo. Pueden incorporarse a las 8-12 horas del tratamiento. En caso de aplicarse por la noche, al día siguiente.
- **No empezar el tratamiento hasta estar seguros de cumplir las medidas higiénicas y poder tratar simultáneamente a todos los convivientes y parejas sexuales.**

Seguimiento, evaluación y cierre del brote

La evaluación de las medidas de intervención llevadas a cabo permitirá valorar su efectividad. Se consigue con la revisión y control de los casos tras el tratamiento seis semanas después de la aparición del último caso. Esto permitirá detectar la aparición de rebotes de la infestación, situación habitual cuando estos brotes se producen en colectivos cerrados o marginales. El cierre del brote se registrará con la actualización de toda la información en el sistema de vigilancia epidemiológica de Extremadura según lo establecido en los protocolos de brotes vigentes.

Resumen medidas ante un brote

Ante un brote, el paquete de medidas que se debe poner en funcionamiento para obtener éxito en la resolución del mismo debe combinar:

1. **Detección precoz:** es importante detectar de forma rápida la agrupación de casos, manteniendo una comunicación fluida con el centro de salud, la enfermera gestora de casos, el centro afectado etc.
2. **Búsqueda de contactos:** realización del estudio de contactos por parte de profesionales capacitados y entrenados para ello: enfermeras de salud pública.
3. **Tratamiento adecuado:** valorar tratamientos combinados y tratamiento “en masa”, es decir a todos los usuarios del centro y sus trabajadores. Realizar de forma simultánea y coordinada en casos y contactos de una forma precoz.
4. **Dar información por escrito:** al centro implicado, los usuarios y a los profesionales sanitarios implicados.
5. **Seguimiento semanal con reevaluaciones:** realizar contacto de forma semanal con el centro y los usuarios afectados para valorar la evolución del brote.
6. **Ante la no resolución del brote:** cambiar pauta de tratamiento y reevaluar todas las medidas asociadas, valorar todos los factores que pueden ocasionar fracaso terapéutico.
7. Establecer medidas de **coordinación con atención primaria.**

Actuación en situaciones especiales

Residencias y centros sociosanitarios

Ante la aparición de un caso sospechoso de sarna en un centro sociosanitario se deberá aislar al caso hasta que sea revisado por un facultativo.

Si se confirma la sospecha el caso deberá ser tratado y mantendrá aislamiento durante 24 horas, después de la primera aplicación de tratamiento.

El aislamiento consistirá:

- Habitación individual, si hubiera varios casos pueden compartir habitación.
- Profesionales que atienden a estos casos deberán llevar bata y guantes desechables.
- Una vez retirada la bata y guantes se realizará higiene de manos.
- Se podrá visitar a los casos siempre y cuando se utilicen los medios de protección (guantes y bata). Se realizará un registro de visitas.
- Para evitar confusiones se recomienda que las habitaciones en las que haya pacientes con aislamiento, se coloque un cartel con las medidas de aislamiento de contacto y las restricciones al acceso.

En el caso de aparición de dos o más casos en un centro laboral o institución cerrada, la Dirección del centro lo debe comunicar a la Dirección de Salud del Área correspondiente con la máxima

inmediatez, desde donde se apoyará la coordinación de las actuaciones con las personas responsables de la institución y el equipo de salud que vaya a intervenir. Asimismo, la Dirección de Salud del Área comunicará el brote a la Subdirección de Epidemiología en SSCC y actuará según lo especificado en los protocolos vigentes. Además, si es necesario se coordinará con la Dirección Asistencial de Área de Salud para establecer las actuaciones pertinentes. Las personas responsables de la institución informarán a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, que valorará la intervención a realizar con el personal trabajador.

En todo brote, se realizará una **valoración del riesgo** de contraer la enfermedad de todos los residentes y del personal trabajador. Estos se catalogarán en función del riesgo de haberse infectado como de “riesgo alto”, “riesgo medio” y “riesgo bajo”:

Riesgo alto: Personal que facilita cuidados íntimos (lavar, vestir) al caso, personas residentes atendidas por personal afectado, contactos sexuales u otras situaciones de contacto estrecho. Tienen un contacto directo y continuado.

Riesgo medio: Personal o residentes en contacto directo pero esporádico con los casos. Se incluyen personas residentes asintomáticas atendidas por personal de alto riesgo.

Riesgo bajo: Personal o residentes que no tienen contacto directo con los casos, como personal de jardinería, mantenimiento o cocina, o personas encamadas con personas cuidadoras que no ha sido considerados de “alto riesgo”.

A los residentes y pacientes de **alto riesgo** se les realizará tratamiento preventivo mientras que los de **medio y bajo riesgo** requerirán una evaluación individualizada de las características del brote en cada caso.

A partir de una evaluación individualizada del brote entre el responsable del centro, servicios asistenciales y la Dirección de Salud de Área, se señalará la **indicación de tratamiento** a los residentes y trabajadores infestados y personas a mayor riesgo de haber contraído la enfermedad. Es esencial que la dirección del centro asegure la administración simultánea del tratamiento (en un periodo de 24 horas) a todas las personas afectadas, casos y contactos asintomáticos a riesgo, ya que de ello dependerá el éxito del tratamiento y el control de la infección en el centro.

Los contactos familiares acudirán a su centro de salud comunicando que son contactos de un caso confirmado de sarna. A efectos de coordinar con los servicios asistenciales de los núcleos familiares de los residentes y trabajadores afectados, se establecerá un mecanismo de comunicación entre el Centro y dichos servicios.

El **tratamiento de las personas afectadas y el tratamiento profiláctico de los contactos estrechos** debe ser coordinado.

Las **medidas ambientales** deberán realizarse la mañana siguiente a la aplicación del tratamiento:

- Deberán lavarse a temperatura de al menos 60°C la ropa interior, prendas de vestir, sábanas, fundas de almohadas, fundas de colchones, y fundas de sillones toallas de mano y de baño utilizadas durante los 3 días anteriores al inicio del tratamiento.

- Aspirado minucioso o limpieza al vapor de colchones u otros elementos grandes que no puedan lavarse, como sillones o tapicerías de mobiliario, incidiendo en los pliegues de estos elementos. Esta operación se realizará en la habitación de los casos y en las zonas comunes.
- Limpieza y desinfección exhaustiva de superficies
- Los objetos personales de los casos, cojines y almohadas que no puedan ser lavados serán introducidos en una bolsa de plástico herméticamente cerrada durante 4-8 días.
- El personal de lavandería y todo el personal que vaya a entrar en contacto directo con ropa perteneciente a casos, deberá llevar guantes y batas desechables.

Consideraciones:

- Constitución de grupo multidisciplinar para estudio epidemiológico de casos (residentes y trabajadores) así como establecer las medidas de salud ambiental en función del tipo de instalación.
- **Coordinar el suministro de los escabicidas** para conseguir un tratamiento simultáneo de casos y contactos a riesgo de infestación. Valorar dicha coordinación del suministro a través de la coordinación entre la Dirección Asistencia y la Dirección de Salud de Área.
- Dotación adecuada de personal en las zonas de aislamiento, preferentemente de carácter fijo, especialmente adiestrado en tales técnicas, evitando la excesiva rotación del personal en estas áreas.
- Las personas visitantes regulares de la institución serán informadas de la existencia de un brote de sarna en la misma (anexo III hoja informativa).
- Puede ser necesario plantearse no admitir nuevos ingresos hasta que los casos y contactos hayan sido tratados simultáneamente.

Ámbito Educativo

Ante la aparición de un caso aislado en el ámbito escolar, el tratamiento debe ser administrado exclusivamente al caso y a sus convivientes (contactos en riesgo).

Únicamente cuando haya un brote en un aula, es decir, dos o más casos, la Dirección de Salud de Área realizará una valoración, y determinará, en su caso, si hay contactos estrechos susceptibles de tratamiento.

Las pautas de actuación por parte de los agentes implicados en los brotes serán similares a las descritas en el caso de brotes en residencias de personas mayores (anexo IV hoja informativa).

Hospitales

En estos centros la gestión de casos y brotes la realizará el Servicio de medicina Preventiva y Salud Pública junto con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, siguiendo las pautas descritas en el caso de brotes en residencias de personas mayores.

Bibliografía.

Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnil S. Tratamiento de la escabiosis. Atención Primaria. Elsevier 54(2022) 102231. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102231>.

Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: scabies.
<https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html>.

Protocolo de Vigilancia de Brotes por Escabiosis. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía 2023.

Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Escabiosis. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Mayo 2023.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vigilancia_protocolos/es_def/adjuntos/Es cabiosis_08042022_cast.pdf

Protocolo de actuación frente a escabiosis. Consejería de Salud Región de Murcia. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Servicio de Epidemiología. Marzo 2022.
https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/499065-Protocolo_escabiosis_DEF_2022.pdf

Protocolo Escabiosis o Sarna. Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados. La Rioja. Abril 2023

Protocolo de actuación frente a escabiosis. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología. Noviembre 2023.
https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e64dda66-8f63-11ee-8735-c5ac5fbf6593/Protocolo_Actuacion_General_brotes_Escabiosis_en_Canarias.pdf

Protocolo de Salud Pública: Escabiosis (sarna). Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Marzo 2022.
https://www.astursalud.es/documents/35439/1036103/Protocolo_de_Escabiosis_Sarna-1.pdf/bdf63844-57d4-8921-fa60-b6794586e112?t=1689591937945

Protocolo de actuación frente a escabiosis. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Subdirección General de Epidemiología y Vigilancia de Salud. Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico. Marzo 2023

Anexo I

Ficha de notificación de brote de enfermedad de cualquier etiología.

Datos del notificador:

Nombre y apellidos: _____

Centro: _____

Localidad: _____

Área de Salud: _____ Provincia: _____

Teléfono de contacto: _____ Fecha cumplimentación: ____ / ____ / ____.

Datos del brote:

Localidad: _____

Área de Salud: _____ Provincia: _____

Enfermedad (sospecha clínica): _____

Tipo del brote: familiar () colectivo () comunitario ()

Fecha de la **notificación**: fecha: ____ / ____ / ____;

Fecha de inicio de **síntomas**: fecha: ____ / ____ / ____;

Fecha y hora de la probable **exposición**: fecha: ____ / ____ / ____;

Número de pacientes: _____

Fallecidos: NO () SI (), en caso afirmativo: Número de fallecidos: _____

Ingresos hospitalarios: NO () SI (), en caso afirmativo: Número de ingresos: _____

Centro en el que han ingresado: _____

Posible fuente (sospecha inicial): _____

Características de la enfermedad (descripción de síntomas y signos):

Características de los afectados (sexo, edad, estado de vacunación...):

Lugar (descripción del territorio epidémico):

Observaciones (resaltar datos de interés y medidas de control inicialmente adoptadas):

Anexo II

Tabla de riesgo-enfermedad para el cálculo de “tasas de ataque” en la investigación de brotes de cualquier etiología

Datos del brote:

Fecha y hora de la **notificación**: fecha: ____ / ____ / ____ ;
Fecha y hora de inicio de **síntomas**: fecha: ____ / ____ / ____ ;
Fecha y hora de la probable **exposición**: fecha: ____ / ____ / ____ ;
Municipio: _____
Territorio epidémico estimado: _____
Enfermedad (sospecha clínica): _____

Deberán ser interrogadas, dentro de lo posible, todas las personas expuestas, hayan enfermado o no.

Tabla de riesgo-enfermedad.						
Riesgos considerados (A)	Personas expuestas al riesgo			Personas que NO expuestas al riesgo		
	Número (B)	Enfermaron (C)	Tasa en % (D)	Número (E)	Enfermaron (F)	Tasa en % (G)

Instrucciones para su cumplimentación:

- (A) Se indicará cada uno de riesgos potenciales considerados como sospechosos de ser la causa.
- (B) Se anotará el número de personas que han estado expuestas a cada uno de los riesgos.
- (C) Por cada riesgo se anotará el número de personas que habiendo estado expuestas enfermaron.
- (D) Por cada riesgo se anotará el porcentaje de personas que habiendo estado expuesta enfermaron.
- (E) Se anotará el número de personas que NO han estado expuestas a cada uno de los riesgos.
- (F) Por cada riesgo se anotará el número de personas que enfermaron a pesar de NO haber estado expuestas.
- (G) Por cada riesgo se anotará el porcentaje de personas que enfermaron a pesar de NO haber estado expuestas.

Fecha de cumplimentación: ____ / ____ / ____.

Persona que cumple la tabla: _____

Anexo III

NOTA PARA FAMILIARES DE RESIDENTES EN BROTE DE ESCABIOSIS

Tras la revisión médica realizada a algunos residentes en esta institución, se han diagnosticado casos de escabiosis. La escabiosis es una enfermedad contagiosa producida por un ácaro. Afecta a personas de todas las edades y niveles socioeconómicos. Aunque no supone una enfermedad grave, produce picores que pueden ser muy molestos. Como parte de las medidas que deben ser adoptadas para el control del brote, todos los contactos de los casos deben recibir tratamiento.

Su familiar debe realizar el siguiente tratamiento:

1. Aplicar tratamiento según indicación médica (hay tópicos y orales).
2. En tratamientos tópicos: cortarse las uñas de manos y pies antes de la aplicación. Incidir en los pliegues y no olvidar aplicar debajo de las uñas y en el lecho ungueal. Una vez aplicado el tratamiento no lavarse las manos. Dejarlo actuar las horas indicadas por el prescriptor. Repetir tratamiento según indicación médica.
3. En tratamiento oral (en una toma única), importante tomarlo en ayunas (no comer 2 horas antes ni después de ingerir las pastillas) y a cualquier hora del día.
4. Como medida de precaución, deberán lavar la ropa que haya sido utilizada durante las 72 h (3 días) antes del inicio del tratamiento (incluyendo sábanas, toallas,...) en la lavadora a más de 60º. La ropa que pueda deteriorarse por la temperatura elevada deberá meterse en una bolsa de plástico herméticamente cerrada durante al menos 4-8 días (si hay mucha humedad puede ser necesario 8 días).
5. Los objetos personales de los casos, cojines y almohadas que no puedan ser lavados o la ropa que pueda deteriorarse por la temperatura elevada deberán meterse en una bolsa de plástico herméticamente cerrada durante 4-8 días.
6. Limpiar o aspirar las superficies (sofás y alfombras) para asegurar la eliminación de los ácaros. No utilizar la tapicería durante 4-8 días.
7. No acudir al trabajo/escuela/instituto o similares hasta 24 horas después de la 1ª aplicación del tratamiento.
8. Después de completar el tratamiento los picores pueden persistir hasta 2-4 semanas.

Si alguno de los miembros de la familia tiene síntomas compatibles con escabiosis (picores de predominio nocturno o lesiones en la piel), se aconseja acudir a su centro de salud para diagnóstico y valorar nuevo tratamiento.

DIRECCION DE SALUD DE ÁREA

Anexo IV

NOTA PARA FAMILIARES BROTE ESCOLAR DE ESCABIOSIS

Tras la revisión médica realizada a algunos alumnos de la clase de su hijo/a, se han diagnosticado casos de escabiosis en el aula. La escabiosis es una enfermedad contagiosa producida por un ácaro. Afecta a personas de todas las edades y niveles socioeconómicos. Aunque no supone una enfermedad grave, produce picores que pueden ser muy molestos. Todos los contactos de los casos deben recibir tratamiento.

Su hijo debe realizar el siguiente tratamiento:

1. Aplicar tratamiento según indicación médica (hay tópicos y orales).
2. En tratamientos tópicos: cortarse las uñas de manos y pies antes de la aplicación. Incidir en los pliegues y no olvidar aplicar debajo de las uñas y en el lecho ungueal. Una vez aplicado el tratamiento no lavarse las manos. Dejarlo actuar las horas indicadas por el prescriptor. Repetir tratamiento según indicación médica.
3. En tratamiento oral (en una toma única), importante tomarlo en ayunas (no comer 2 horas antes ni después de ingerir las pastillas) y a cualquier hora del día.
4. Como medida de precaución, deberán lavar la ropa que haya sido utilizada durante las 72 h (3 días) antes del inicio del tratamiento (incluyendo sábanas, toallas,...) en la lavadora a más de 60º. La ropa que pueda deteriorarse por la temperatura elevada deberá meterse en una bolsa de plástico herméticamente cerrada durante al menos 4-8 días (si hay mucha humedad puede ser necesario 8 días).
5. Los objetos personales de los casos, cojines y almohadas que no puedan ser lavados o la ropa que pueda deteriorarse por la temperatura elevada deberán meterse en una bolsa de plástico herméticamente cerrada durante 4-8 días.
6. Limpiar o aspirar las superficies (sofás y alfombras) para asegurar la eliminación de los ácaros. No utilizar la tapicería durante 4-8 días.
7. No acudir a la escuela/instituto o similares hasta 24 horas después de la 1ª aplicación del tratamiento.
8. Después de completar el tratamiento los picores pueden persistir hasta 2-4 semanas.

Si alguno de los miembros de la familia tiene síntomas compatibles con escabiosis (picores de predominio nocturno o lesiones en la piel), se aconseja acudir a su centro de salud para diagnóstico y valorar nuevo tratamiento.

DIRECCION DE SALUD DE ÁREA

ANEXO V

DIRECCIONES DE SALUD DE ÁREA

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Badajoz
DIRECCION	Hospital Perpetuo Socorro Avda. Damián Téllez Lafuente, s/n 7ª planta 06010 Badajoz
CORREO	médicosdsa@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	924215251/0 (45251)
FAX	924 215 218

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Llerena-Zafra
DIRECCION	Hospital Zafra Ctra. Badajoz-Granda, s/n 06300 Zafra.
CORREO	dsalpub.llerena@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	924029195/0/1/2 (40195/444456)
FAX	924 029 196

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Mérida
DIRECCION	Hospital de Mérida C/ Antonio Masa Hoyos, nº 26 06800 Mérida.
CORREO	diral.merida@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	924382435 (82435)
FAX	924382453

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Don Benito-Villanueva de la Serena
DIRECCION	Avda. Alonso Martín, nº 8 06400 Don Benito.
CORREO	dsalpub.donbenito@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	924382804/5 (82804/5)
FAX	924382872

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Cáceres
DIRECCION	Plaza Hernán Cortés, nº 1 10001 Cáceres
CORREO	dscaceres@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	927004203 (64693)
FAX	927004213

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Coria
DIRECCION	C/ Cervantes, nº 75 10800 Coria.
CORREO	dsalpub.coria@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	927149227 (77195)
FAX	927 149 221

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Plasencia
DIRECCION	Travesía Segunda de Cañada Real, s/n 10600 Plasencia
CORREO	dire.sal.plasencia@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	927428368 (74835)
FAX	927 428 418

ÁREA DE SALUD	Dirección de Salud Área de Navalmoral de la Mata
DIRECCION	Avda. Tomás Yuste Mirón, s/n 10300 Navalmoral de la Mata.
CORREO	dire.sal.navalmoral@salud-juntaex.es
TELEFONO / EXTENSION	927538252 (57428/9)
FAX	927 538 259