

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE A SARNA HUMANA
EN INSTITUCIÓN CON COIDADORES**

(Data de edición: novembro de 2017)

OBXECTIVO:

Evitar a difusión da sarna nunha institución con coidadores

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introdución | 1 |
| Epidemioloxía | 2 |
| Medidas de vixilancia e control | |
| 1 Conceptos xerais | 4 |
| 2 Actuacións | 5 |
| 3 Actuacións da institución | 8 |
| 4 Actuacións da mutua | 9 |
| 5 Actuacións de saúde pública | 10 |
| Bibliografía | 11 |
| Anexos: | |
| Anexo I Identificación da enfermidade | 12 |
| Anexo II Tratamento da sarna | 14 |
| Anexo III Modelos de comunicación | |
| Información para os traballadores | 15 |
| Información para os familiares/visitas | 16 |
| Anexo IV Información xeral sobre a sarna | 17 |
| Anexo V Rexistro para a busca de casos | 19 |
| Anexo VI Datos do caso | 20 |
| Anexo VII Listaxe de teléfonos de interese | 21 |
| Anexo VIII Listaxe de tarefas para a xefatura territorial | 22 |

INTRODUCCIÓN

A sarna ou escabiose humana é unha enfermidade inflamatoria da pel producida pola reacción alérxica a un ácaro apenas visible, chamado *Sarcoptes Scabiei* variedade *hominis*, que escava nas capas superficiais da pel para poñer os seus ovos.

A sarna pode presentarse en persoas de calquera idade, raza e nivel social. Ten dúas formas clínicas diferenciadas: a sarna clásica, caracterizada polo seu intenso prurito, e a sarna cotrosa ou norueguesa, que presenta unha sintomatoloxía máis inespecífica que porén se acompaña dunha infestación masiva, con extensas lesións cotrosas baixo as que se atopan grandes cantidades de ácaros.

En Galicia os abrochos son de declaración obrigatoria. No período 2008 a 2016, notificáronse 29 abrochos de sarna clásica. Agás dous, os demais tiveron lugar en institucións con coidadores, xa que son lugares onde é doada a difusión da enfermidade porque é común o contacto directo entre as persoas.

É moi importante que as institucións manteñan un alto nivel de sospeita ante a presenza dun paciente con lesións dermatolóxicas non diagnosticadas para que se proceda a aplicar as medidas necesarias para evitar a súa difusión. Neste protocolo dáse conta destas medidas.

EPIDEMIOLOXÍA

1. Axente

O axente desta infestación é un ácaro chamado *Sarcoptes scabiei* variedade *hominis* de pequeno tamaño, uns 0'5 mm¹¹ (a femia mide 300-450 microns e o macho 150-250 microns) que o fai dificilmente visible a simple vista. Ten unha forma redondeada ou ovalada, non segmentada, aplanado dorsoventralmente e con catro pares de patas curtas.

Os ácaros alóxanse en galerías que escavan na epiderme do hóspede, lugar onde se produce a oviposición. As larvas hexápodas nacen dos ovos despois de 2 días e cavan túneles laterais para migrar á superficie; alí escóndense baixo as escamas epidérmicas ou entran nos folículos pilosos. Entre 2 e 3 días despois, as larvas dan orixe a ninfas octópodas de primeiro estadio ou protoninfas, que se transforman en tritoninfas; por último, chegan ao estadio adulto. Os adultos aparéanse na superficie e as femias inician a construción dos túneles (de 0'5 a 5 mm por día), onde poñen os ovos. Todo o ciclo vital pode desenvolverse en 10 a 14 días¹².

2. Reservatario e fonte de infestación

O home é o único reservatario da sarna humana; e ao tratarse dun parasito obrigado, fóra da pel humana non sobrevive normalmente máis de 2-3 días¹³, e morre se se expón a temperaturas maiores de 50 °C durante 10 minutos¹³.

Os animais non difunden a sarna humana; de feito, a sarna zoonótica ten pouca importancia para a saúde pública porque cura de forma espontánea e non se transmite entre os seres humanos¹². Se un animal con sarna ten un contacto estreito cunha persoa, o ácaro do animal pode pasar ao home e producirlle prurito e irritación pero non se reproduce na persoa e morre nun par de días; neste sentido, aínda que a persoa non precise tratamento si o necesita o animal para evitar que se poida repetir esta situación¹³.

3. Mecanismo de transmisión

A sarna transmítese principalmente por contacto directo pel con pel (relacións sexuais, cambios posturais...). Para a transmisión da sarna clásica o dito contacto ten que ser prolongado e sostido de polo menos 10 minutos¹¹. En cambio, na sarna norueguesa, onde os ácaros están presentes en gran número, a transmisión prodúcese por un contacto máis breve.

Por outra banda, no caso da sarna clásica a transferencia dos ácaros a partir da roupa interior ou da cama non é habitual e só se produce se a roupa foi contaminada nese mesmo momento por persoas infestadas, aínda que si hai transmisión por esta vía indirecta no caso de sarna norueguesa polo gran número de ácaros e ovos que presenta nas escamas que desprende¹⁴.

4. Período de incubación

Nas persoas sen exposición previa ao ácaro, o período de incubación é de 2-6 semanas antes da aparición do prurito¹⁴, aínda que nalgúns casos podería chegar ata as 8 semanas^{11,13}.

Nas persoas que xa estiveron infestadas o período de incubación acúrtase, e poden presentar síntomas entre 1-4 días despois da nova exposición¹⁴.

5. Período de transmisibilidade

Os ácaros poden pasar dunha persoa a outra antes de que os síntomas aparezan na persoa infestada^{11,13}. A transmisibilidade persiste mentres non se destrúan os ácaros e os ovos mediante medidas terapéuticas.

6. Susceptibilidade e resistencia

A susceptibilidade é universal. A distribución é moi ampla e vense afectadas persoas de todos os niveis socioeconómicos e hábitos de hixiene persoal. Nas persoas inmunodeprimidas e anciáns a infestación a miúdo ten unha presentación atípica (incluso con ausencia de prurito). As persoas inmunoloxicamente deficientes son as máis susceptibles á presentación de sarna norueguesa.

Nas persoas infectadas previamente logran establecerse menos ácaros en comparación con quen non sufriu exposición anterior¹⁴.

7. Formas epidemiolóxicas de presentación da enfermidade

Nas institucións con coidadores, a sarna pódese presentar como casos illados ou como abrocho:

- **Abrocho:** dous ou máis casos de sarna clásica ou un só caso de sarna norueguesa, en persoas relacionadas cunha institución con coidadores, que ocorren nun período de 8 semanas.
- **Caso illado:** un só caso de sarna clásica nunha persoa relacionada cunha institución con coidadores, sen que teña relación evidente con outro caso.

VIXILANCIA E CONTROL

1. Conceptos xerais

- **Institución con cuidadores:** aquela na que a poboación institucionalizada necesita algún tipo de coidado ou asistencia por parte de persoas dedicadas especialmente a isto. Algúns exemplos destas institucións serían: as residencias da terceira idade, os centros de día, os asilos, os centros sanitarios, os centros de atención para discapacitados, as garderías etc.
- **Persoa relacionada cunha institución con cuidadores (PIC):** quen reside ou recibe asistencia ambulatoria nunha institución con cuidadores, ou quen traballa nela en contacto directo cos anteriores.
- **Caso para a notificación:** calquera sospeita de sarna nunha PIC.
- **Cualificación do caso cara a vixilancia:**
 - **Caso confirmado:** PIC con clínica compatible con sarna (anexo I) na que se identifique o parasito ou os seus ovos ou material fecal por unha proba de laboratorio.
 - **Caso probable:** PIC con clínica compatible con sarna (anexo I) diagnosticada por un médico.
 - **Caso descartado:** PIC con sospeita de sarna que o médico finalmente rexeita como tal.
- **Contacto estreito:**
 - **de sarna clásica:** persoa (PIC, visita, acompañante, convivinte ou parella sexual) que tivo contacto directo e prolongado pel con pel co caso, dende as 8 semanas previas a que este comezase os síntomas.
 - **de sarna norueguesa:** persoa (PIC, visita, acompañante, convivinte ou parella sexual) que tivo contacto pel con pel co caso con sarna norueguesa ou que tivo contacto coa súa roupa de vestir, de cama, fomites ou mobiliario que use o devandito caso (por exemplo a xente de lavandería que manexe a roupa, limpadores externos se os houbese etc.), dende as 8 semanas previas a que este comezase os síntomas.
- **Período de tempo para dar a situación por controlada:** ata 8 semanas despois da aparición do último caso.

2. Actuacións

- **Notificación:** no intre no que se sospeite sarna nunha PIC, a dirección da institución con coidadores ten a obriga de notificarlo ao Sistema de Alerta Epidemiolóxica da súa provincia na maior brevidade posible.
- **Resposta á notificación:** a Sección de Epidemioloxía establecerá contacto telefónico coa institución, o mais axiña posible, para asegurarse de que coñecen o protocolo e para confirmar se están instauradas as medidas de control da transmisión ou se atoparon algún problema en aplicalas.
- **Busca de casos:** consiste nunha revisión médica na procura de casos de sarna que se fará canto antes: nos casos illados farase entre os contactos estreitos do caso; nos abrochos estenderase ademais a todas as PIC.

Esta busca inclúe tamén as PIC que deixaron a institución ou cesaron a súa actividade, así como ao resto dos contactos estreitos, nas 8 semanas previas ao primeiro caso. Neste sentido, a institución será a responsable de identificalos, localizalos, avisalos da situación e recomendarlles unha consulta médica. O resultado pódese coñecer por IANUS se consulta na sanidade pública.

A persoa xa revisada debe saber que se presenta algún síntoma propio da sarna (proído, lesións cutáneas etc.) ten que consultar rapidamente co seu médico.

O resultado da busca notificarase segundo se indica no apartado Recollida e Transmisión de Datos.

- **Busca da fonte de infestación do caso:** a identificación de contactos estreitos e o resultado da busca de casos, irán encamiñadas a identificar a unha PIC con sarna que actuou como fonte de infestación do caso.
- **Tratamento:** nos casos diagnosticados de sarna aplicaranse dous ciclos de tratamento (anexo II).

No tratamento preventivo aplicarase un só ciclo de tratamento. Nos casos illados farase entre os contactos estreitos do caso; e nos abrochos estenderase ademais a todas as PIC¹¹. Esta recomendación inclúe tamén as PIC que deixaron a institución ou cesaron a súa actividade nas 8 semanas previas ao primeiro caso.

Todas as persoas que requiran tratamento preventivo deberían poñelo o mesmo día, que debería coincidir co momento do tempo no que o/s caso/s recibe/an o segundo ciclo do tratamento. A dirección da institución será a encargada de fixar ese día.

Debe usarse roupa limpa e mudar a cama de novo antes e despois da aplicación do tratamento, ademais de ducharse ou bañarse para retirar o tratamento.

A información relativa a administración do tratamento notificarase segundo se indica no apartado Recollida e Transmisión de Datos.

- **Exclusión do traballador caso:** o/s traballador/es diagnosticado/s de sarna non poderán incorporarse ao seu posto de traballo ata despois de 24 horas de poñer o primeiro ciclo de tratamento e de que se tratasen tamén os seus convivintes (segundo criterio médico)¹¹.
- **Control da transmisión:** o mecanismo de transmisión da sarna é por contacto, polo que debe dispoñerse de luvas e batas de manga longa desbotable, que mudarán cada vez que atendan a un paciente con sospeita de sarna. O persoal de lavandería que traballe coa roupa dos pacientes tamén deben utilizar luvas e bata de manga longa. Recordar que o emprego de luvas (que deben cambiarse entre doentes) non exime do lavado das mans que é o máis importante.

Sarna clásica: as persoas que reciben asistencia ambulatoria e son diagnosticadas de sarna recoméndaselles un período de exclusión ata despois de 24 horas de poñer o primeiro ciclo de tratamento e de que se tratasen tamén os seus convivintes (segundo criterio médico).

No caso dos residentes, os traballadores e as visitas deben vestir luvas e bata de ser necesario un contacto pel con pel co enfermo, ata despois de que o residente afectado teña o primeiro tratamento completado¹¹.

A desinfección ambiental non é necesaria.

De se trasladar o caso, debe facerse unha limpeza exhaustiva e aspirar o cuarto (se é posible e procede).

Cómpre lavar toda a roupa de cama, sabas e roupa usada nos 3 días anteriores, na lavadora cun ciclo de auga quente (>50 °C) e secala na secadora, se é posible. A roupa que non tolere esa temperatura, metela nunha bolsa de plástico ben pechada durante 72 horas, antes de lavalá á temperatura axeitada para estas prendas.

Sarna norueguesa: neste caso pode ser necesario manter o illamento do residente ou a exclusión da persoa que recibe asistencia ambulatoria ata completar o tratamento ou que un dermatólogo determine que o caso non é infeccioso.

No caso dos residentes, os traballadores deben vestir luvas e bata sempre que haxa contacto pel con pel co afectado, ata despois de que o tratamento sexa realizado con éxito. As visitas deben limitarse na medida do posible e, se non é posible, usarán as mesmas medidas de protección que os traballadores.

A desinfección ambiental non é necesaria. Si o é facer unha limpeza exhaustiva da habitación.

De se trasladar o caso, debe facerse unha limpeza exhaustiva e aspirar o cuarto (se é posible e procede).

A roupa debe manexarse con máis coidado, e asegurar o seu traslado en bolsas de plástico que se baleirarán directamente na lavadora para evitar contaminar calquera outra superficie. A máquina de lavar debe poñerse en ciclos de auga quente (>60 °C para a roupa branca e, no resto, á temperatura máis alta que tolere a roupa) e secala na secadora.

Ademais, e para garantir que os ácaros morreron, tamén é conveniente que, antes de lavalá, a roupa quede 72 horas nunha bolsa de plástico selada¹¹.

- **Información:** é un punto de vital importancia. No anexo IV facilítase un modelo de información xeral sobre a sarna.

Comunicación interna: a dirección da institución será a responsable de manter unha adecuada comunicación coas PIC, que deberán estar informadas da situación en todo momento. No anexo III facilítase un modelo informativo para os traballadores e residentes.

Comunicación externa: a dirección da institución será a responsable de manter unha adecuada comunicación cos familiares, visitas e acompañantes dos residentes e das persoas que reciben asistencia ambulatoria. No anexo III facilítase un modelo de informativo para os familiares/visitas dos residentes.

- **Recollida e transmisión de datos:** recolleranse datos de dous tipos: os das persoas que deben incluírse na busca de casos (anexo V) e os dos casos (anexo VI).

A institución recollerá a información relativa aos usuarios implicados na busca de casos e, na medida do posible, a dos contactos estreitos dos casos.

A mutua/ou o servizo de prevención de riscos/ou o médico de familia, recollerá a información relativa aos traballadores incluídos na busca de casos e, na medida do posible, a dos contactos estreitos dos casos.

A dita información transmitiráselle á sección de epidemioloxía polo medio e coa periodicidade acordada.

- **Remate do seguimento:** para dar a situación por controlada, ás 8 semanas despois da aparición do último caso entrevistaranse a todos os casos e a todas as persoas nas que se recomendou a busca, co fin de verificar que ninguén tivo novos síntomas. O resultado notificaráselle ao Sistema de Alerta Epidemiolóxica da súa provincia.

A Sección de Epidemioloxía terá que verificar con toda a información recollida as actividades realizadas na institución e no servizo de prevención/mutua (ver lista de comprobación: anexo VIII) para confirmar que o abrocho está controlado.

3. Actuacións da institución

1/Notificación

2/Busca de casos

3/Tratamento

4/Exclusión do traballador caso

5/Control da transmisión

6/Información

7/Recollida e transmisión de datos

8/Remate do seguimento

4. Actuacións da mutua e/ou do Servizo de Prevención de Riscos Laborais

Un caso de sarna clásica

1/Busca de casos entre os traballadores contacto estreito do caso

2/Tratamento

3/Exclusión do traballador caso

4/Control da transmisión

5/Recollida e transmisión dos datos

Abrocho

1/Busca de casos entre os traballadores da institución

2/Tratamento

3/Exclusión dos traballadores caso

4/Control da transmisión

5/Recollida e transmisión de datos

5. Actuacións de Saúde Pública

1/Resposta á notificación

2/ Busca da fonte de infestación (de se tratar dun abrocho)

3/Recollida e transmisión de datos

4/Remate do seguimento

BIBLIOGRAFÍA

1. Vorou, R. et al. "Nosocomial scabies". *J Hosp Infect* 2007;65(1):9-14.
2. Johanna Stoevesandt et al. "Control of large institutional scabies outbreaks". *JDDG* 2012; 10:637–647.
3. Bouvresse, S. and Chosidow, O. "Scabies in healthcare settings. *Curr Opin Infect Dis* 2010;23:111-118.
4. Gretha de Beer et al. "An outbreak of scabies in a long-term care facility: the role of misdiagnosis and the costs associated with control. *Infection control and hospital epidemiology Infect Control Hosp Epidemiol*" 2006; 27(5):517-518 .
5. Leila Ahtari J et al. "An outbreak of scabies: a forgotten parasitic disease still present in Switzerland". *SWISS MED WKLY* 2007;137:695-699.
6. R. J. Hay et al. "Scabies in the developing world- its prevalence, complications, and management". *CMI* 2012; 18:313-323.
7. Hay, R. J. et al. Skin disease. In: Jamison, D. T.; Breman, J. G. et al., eds. "Disease and control priorities in developing countries". New York: World Bank and Oxford University Press Publications, 2006; 707-722.
8. Fuller. "Epidemiology of scabies". [Curr Opin Infect Dis](#). 2013; 26(2):123-126.
9. Wendel and Rompalo. "Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review". [Clin Infect Dis](#). 2002; 15;35 (Suppl 2):S146-151.
10. *Guías Clínicas. Dermatología. Sarna*. Atención Primaria, Fistera: portal de salud para médicos y pacientes. Consultada o 17/07/2013.
11. Health Protection Agency. *Management Guidance for Outbreaks of Scabies in Care Home Institutions in South West London*. April 2012.
12. "Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales". Tercera edición. Vol III *Parasitosis*. ISBN 92 75 31993 6-Vol 3.
13. *Centers for Disease Control and Prevention. Scabies*. Consultado 09/11/2017.
14. *El control de las enfermedades transmisibles*. Heyman. 19.ª edición. ISBN 978-0-87753-189-2.
15. Hirschfeld and Rojas. *Escabiosis, aproximación clínica*.
<http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/092.html> Consultado en agosto 2013.
16. Goldstein and Goldstein. UpToDate. Consultado en agosto 2013.

Anexo I. IDENTIFICACIÓN DA ENFERMIDADE

Clínica:

A sarna presenta dúas formas clínicas diferentes: a clásica e a norueguesa ou cotrosa:

- **Clásica:** caracterízase sobre todo polo seu intenso prurito (fundamentalmente nocturno ou despois dun baño ou ducha quente, e porque pode persistir algunhas semanas despois de administrado o tratamento) e a presenza dos sucos, como lesión patognomónica desta enfermidade, resultado da escavación do ácaro femia no estrato córneo da epiderme, e que se localizan sobre todo en brazos e mans (fundamentalmente entre os dedos), pés e xenitais, aínda que nos anciáns están a miúdo máis distribuídos.



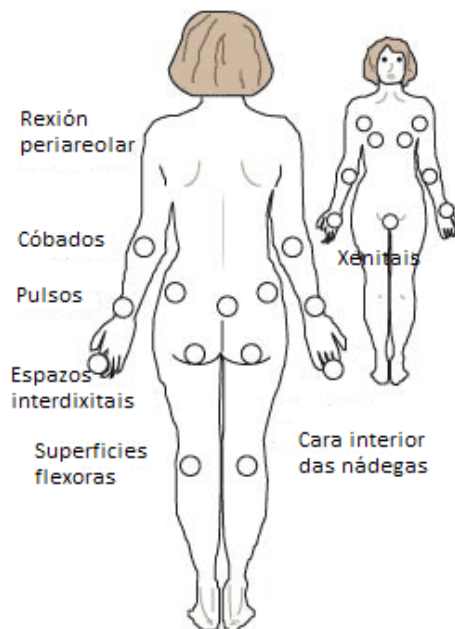
Imaxe tomada da guía Management Guidance for Outbreaks of Scabies in Care Home Institutions in South West London.HPA. Nov 2012

Ademais, destaca a presenza de pápulas ou vesículas, e dunha erupción de aparencia tipicamente alérxica, localizada habitualmente nos pulsos, cúbados, peitos, cintura, inguas e nádegas, e nos pacientes encamados nas costas, ombros, pescozo e coiro cabeludo; clasicamente a erupción aparece en ambos os dous lados do corpo, como unha imaxe en espello. Esta irritación e o prurito maniféstanse dunha a dúas semanas despois da infestación e débese sobre todo a unha reacción alérxica de tipo I. Compre destacar que non todos os afectados terán unha erupción xa que non se ten por que ter a mesma sensibilidade aos ácaros¹¹.

A sarna clásica pode cursar de forma inespecífica en pacientes maiores, o que pode dificultar o seu diagnóstico.

- **Norueguesa ou cotrosa:** típica en individuos con enfermidades neurolóxicas, xente maior ou inmunocomprometida, caracterízase por presentar un maior número de ácaros que a fai máis transmisible. O típico prurito e a presenza dos sucos son menos comúns. Pode semellar outras lesións tales como o eccema ou a psoríase, e presenta un marcado engrosamento da pel ou costras, particularmente nas mans aínda que o corpo enteiro (incluída a cara e o coiro cabeludo) pode estar afectado.

As costras poden presentar infeccións bacterianas secundarias tales como celulite, impetixe etc.



Imaxe adaptada da guía clínica de sarna de Fisterra.com

Complicacións: aínda que o prurito é intenso (especialmente polas noites) as complicacións máis habituais limitáanse á infección secundaria das lesións por rascado; os xermes involucrados con maior frecuencia son o *Streptococcus pyogenes* grupo A e o *Staphylococcus aureus*¹⁵.

Cando a sarna se complica cunha infección causada por estreptococos betahemolíticos, existe o risco de glomerulonefrite aguda¹⁴.

Diagnóstico: o diagnóstico da sarna é esencialmente clínico, para o cal é fundamental unha alta sospeita¹⁵. Entre as probas diagnósticas existentes atópase a visualización dos ovos, ácaro ou o seu material fecal nun microscopio lixeiro de luz (10 aumentos)¹⁰, aínda que na sarna clásica, ao estaren presentes nun número baixo (so 10-15 ácaros por persoa), poden ser difíciles de atopar¹³.

Diagnóstico diferencial: con eccemas, tiña, dermatite atópica, histiocitose de células de Langerhans, lupus sistémico, penfigoide ampuloso, urticaria papulífera, dermatite seborreica e acropustulose da infancia¹⁶; ademais de prurito doutras causas, prurixe, toxicodermias e dermatite herpetiforme.

Anexo II. TRATAMENTO DA SARNA

Hai varios fármacos para o tratamento da escabiose, mais o **tratamento de elección para a sarna clásica** continúa a ser a **crema de permetrina ao 5%** (CDC) que debe aplicarse de forma tópica na pel seca e ben lavada, con dúas aplicacións separadas polo menos unha semana. Aplicarase, salvo excepcións, en toda a superficie cutánea (agás a cabeza e o pescozo), antes de deitarse e non se duchar ata 8-12 horas despois da aplicación. Pode aplicarse en nenos de dous ou máis meses e nas embarazadas. Outros fármacos tópicos que tamén teñen efectos escabicidas son o crotamiton ao 10% (non aprobado para os nenos e as embarazadas), a loción de benzyl benzoato ao 25% (alternativa á permetrina tópica no caso da sarna costrosa), a pomada de sulfuro ao 5-10% (seguro nos nenos inclusive nos menores de dous meses de idade) e o lindano ao 1% (o máis tóxico).

No caso de **sarna costrosa ou norueguesa**, os CDC (CDC) recomendan **terapia combinada tópica e oral**. O medicamento oral indicado é a **ivermectina (200µg/kg/dose)** con dúas doses, separadas unha semana aproximadamente, que debe administrarse xunto coa comida; e non pode usarse nos nenos con peso inferior de 15Kg e non se debería administrar nas embarazadas, agás que sexa estritamente necesario.

A **ivermectina** tamén pode empregarse no caso de fallo do tratamento tópico, no caso de intolerancia a este ou no caso dos inmunodeprimidos¹. Algúns autores²³⁴ recomendan o uso da ivermectina oral para o tratamento nos abrochos institucionais extensos ou en centros de discapacitados, mais no noso medio, para a **sarna clásica** (a máis frecuente), debe considerarse como un **tratamento de segunda liña**¹. A ivermectina oral non está comercializada en España, e debe prescribirse como medicamento estranxeiro.

A aparición de novas lesións de sarna en calquera fase unha vez completado o tratamento indica a necesidade de tratar de novo.

1

Mensa J et al. Guía terapéutica antimicrobiana 2017. Ed. Antares, Barcelona. 2017. pag: 511.

² Fawcett RS. Ivermectine use in scabies. Am Fam Physician. 2003; 68(6): 1089-1092.

³ Panahi Y et al. The efficacy of topical and oral ivermectin in the treatment of human scabies. Annals Parasitol; 2015, 61 (1): 11-16.

⁴Dinulos JGH. Escabiosis. Manual Merck. 2017

Anexo III. Modelos de comunicación

Información para os traballadores dunha institución con coidadores

Ante a aparición de casos de sarna (escabiose) entre usuarios e/ou traballadores deste centro, informámolo de que debe acudir ao seu servizo de prevención de riscos/mutua para descartar esta enfermidade.

Aínda no caso de que se descarte a enfermidade, pódese indicar a realización dun tratamento preventivo no caso de ter contacto sostido cun paciente. Deberá comezar o tratamento o día _____, por favor respecte esta data para evitar a difusión da enfermidade.

A sarna é unha dermatose producida polo ácaro *Sarcoptes scabiei* (variedade *hominis*). Este pequeno ácaro escava un túnel debaixo da capa máis superficial da pel, onde vive e se reproduce, e como consecuencia prodúcese unha reacción alérxica.

O mecanismo de transmisión é polo contacto directo con pel infectada e tamén pode ser a través de roupa interior, roupa de cama, toallas etc. Sobre todo na forma clínica de sarna norueguesa. O período de incubación previo ao inicio dos síntomas é de 2 a 8 semanas.

Os síntomas máis habituais consisten nun intenso prurito nocturno, pápulas, vesículas ou sucos lineais diminutos que conteñen os ácaros no seu interior. Nos homes as zonas máis frecuentemente afectadas son os pregues interdixitais das mans e dos pés, a cara anterior dos pulsos e os cóbados, o pregue anterior das axilas, a cintura, as coxas e os órganos xenitais externos. No caso das mulleres, a miúdo aféctalles ás mamilas, ao abdome e á porción inferior dos glúteos.

Pode afectarlle practicamente a calquera zona cutánea, excepto á cara e ao coiro cabeludo; nos nenos a infestación pode afectarlle a todo o corpo.

Nas persoas inmunodeprimidas ou en pacientes anciáns, a infestación pode manifestarse como unha dermatite xeneralizada, distribuída máis alá dos sucos, con escamación extensa e, ás veces, vesículas e costras (sarna norueguesa). Pode cursar con prurito leve ou incluso estar ausente.

O tratamento dos contactos consiste nunha soa aplicación de crema de permetrina o 5%, mentres que nos diagnosticados de sarna, este tratamento repetírase 7 días despois.

Se vostede desexa máis información pode dirixirse a:

_____, ____/____/____

A Dirección

Carta informativa para os familiares/visitantes

dos residentes ou das persoas que reciben asistencia ambulatoria

Informámolo de que se detectou sarna/escabiose na residencia, polo que se están adoptar diferentes medidas para controlar a situación.

A sarna é unha enfermidade da pel producida polo ácaro *Sarcoptes scabiei* (variedade *hominis*). Este pequeno ácaro escava un túnel debaixo da capa máis superficial da pel, onde vive e se reproduce, e como consecuencia prodúcese unha reacción alérxica causante do prurito.

O mecanismo de transmisión é polo contacto directo con pel infectada e tamén pode ser a través de roupa interior, roupa de cama, toallas etc. Sobre todo na forma clínica de sarna norueguesa.

A clínica máis habitual caracterízase por un intenso prurito nocturno, con lesións na pel. Nos homes as zonas máis frecuentemente afectadas son os pregues interdixitais das mans e dos pés, a cara anterior dos pulsos e os cóbados, o pregue anterior das axilas, a cintura, as coxas e os órganos xenitais externos. No caso das mulleres, a miúdo aféctalles ás mamilas, ao abdome e á porción inferior dos glúteos.

Pode afectarlle practicamente a calquera zona cutánea, menos frecuentemente á cara e ao coiro cabeludo; aínda que isto é máis habitual en nenos e anciáns.

Nas persoas inmunodeprimidas ou en pacientes anciáns, a infestación pode manifestarse como unha lesión da pel xeneralizada, distribuída máis alá dos sucros, con escamación extensa e, ás veces, vesículas e costras (sarna norueguesa). Pode cursar con prurito leve ou incluso estar ausente.

O tratamento consiste na aplicación dunha crema de permetrina ao 5% que se aplicará sobre toda a superficie corporal, excepto a cabeza (agás que llo indiquen). Naqueles que teñan diagnóstico de sarna faranse dúas aplicacións separadas sete días, mentres que nos contactos realizarase un tratamento preventivo que consiste nunha única aplicación desta crema o mesmo día. En calquera caso a crema debe retirarse ao cabo de 8-12 horas. Neste centro realizarase un ciclo de tratamento preventivo entre os residentes na data _____.

O centro informarao especificamente se o seu familiar foi diagnosticado de sarna. Neste caso, vostede debe acudir ao seu médico de cabeceira para que estude se ten a enfermidade. Unha vez que o médico o examine, decidirá se vostede necesita tratamento ou non. No caso de que o necesite, non debería de acudir ao centro ata pasadas 24 horas despois do tratamento.

Se desexa máis información pode dirixirse a:

_____, ____/____/_____

A Dirección

Anexo IV. Información xeral sobre a sarna

Que é a sarna?

É unha dermatose producida polo ácaro *Sarcoptes scabiei* (variedade *hominis*). Este pequeno ácaro escava un túnel debaixo da capa máis superficial da pel, onde vive e se reproduce, como consecuencia prodúcese unha reacción alérxica causante do prurito.

Sarna clásica ou cotrosa/norueguesa?

A sarna clásica é a máis frecuente, pero existe unha variedade chamada sarna cotrosa ou norueguesa. É a mesma infestación, pero con moitos máis ácaros. Pódese producir en persoas inmunocomprometidas, persoas maiores...

Cales son os síntomas e os signos? Cal é a clínica máis frecuente?

A clínica máis habitual caracterízase por un intenso prurito nocturno, pápulas, vesículas e/ou sucros lineais diminutos que conteñen os ácaros no seu interior.

Nos homes as zonas máis frecuentemente afectadas son os pregues interdixitais das mans e dos pés, a cara anterior dos pulsos e os cúbados, o pregue anterior das axilas, a cintura, as coxas e os órganos xenitais externos. No caso das mulleres, a miúdo aféctalles ás mamilas, ao abdome e á porción inferior dos glúteos.

Pode afectarlle practicamente a calquera zona cutánea, excepto á cara e ao coiro cabeludo; nos nenos e nos anciáns, a infestación pode afectarlle a todo o corpo.

Nas persoas inmunodeprimidas ou en pacientes anciáns, a infestación pode manifestarse como unha dermatite xeneralizada, distribuída máis alá dos sucros, con escamación extensa e, ás veces, vesículas e costras (sarna norueguesa), e pode cursar con prurito leve ou incluso estar ausente.

Poden engadirse lesións polo rascado.

Como se transmite?

Transmítese polo contacto directo coa pel infectada e tamén pode ser a través de roupa interior, roupa de cama, toallas etc. sobre todo na forma clínica de sarna norueguesa. Os ácaros poden pasar dunha persoa a outra antes de que a erupción e os síntomas aparezan na persoa infestada e persiste mentres non se destrúan os ácaros máis os ovos mediante medidas terapéuticas.

Pode afectarlle a persoas de calquera idade, raza e nivel social. Transmítese facilmente entre os convivintes da mesma casa ou residencia e os contactos sexuais.

Despois de contaxiarse canto tempo tardan en aparecer os síntomas?

A clínica pode tardar en aparecer entre 2 e 8 semanas. Naquelas persoas que xa tiveron algunha vez sarna a clínica pode aparecer en tan só algúns días. O feito de padecer a enfermidade non implica quedar protexido contra ela.

Como se diagnostica?

O seu médico de cabeceira fará o diagnóstico segundo os síntomas e signos que presente. Non é habitual facer probas.

Como se trata?

O tratamento da **sarna clásica (máis común)** consiste na aplicación dunha crema de **permetrina ao 5 %**. Aplícase sobre toda a superficie corporal (salvo o coiro cabeludo e a cara). Naqueles que teñan diagnóstico de sarna faranse dúas aplicacións separadas por sete días, mentres que nos contactos realizarase un tratamento preventivo que consiste nunha única aplicación da mesma crema. En calquera caso a crema debe retirarse ao cabo de 8 a 12 horas.

Para o tratamento da sarna norueguesa ou costrosa (pouco frecuente) recoméndase administrar a crema de permetrina ao 5% asociada a ivermectina oral.

Os síntomas poden continuar ata tres semanas despois do tratamento. Isto non implica un fracaso do tratamento. Debe comunicarllo ao seu médico de cabeceira para valorar se necesita outro tratamento.

Quen debe recibir o tratamento?

Tratamento curativo: todas as persoas diagnosticadas de sarna.

Tratamento preventivo: os contactos estreitos dos casos, incluídas as parellas sexuais que non teñan o diagnóstico de sarna (unha aplicación de crema de permetrina 5 %).

Período de exclusión.

Unha persoa diagnosticada de sarna pode transmitir a enfermidade ata 24 horas da primeira aplicación da crema. Por iso é importante que se manteña en illamento durante ese período.

Outras recomendacións.

Cómpre lavar a roupa (incluídas toallas e roupa de cama) con auga quente e empregar a secadora.

Esta é unha folla informativa, e en ningún caso substitúe o diagnóstico realizado polo seu médico.

Se ten dúbidas acerca desta enfermidade, ou cree que pode padecela, consulte co seu médico.

Anexo V. Rexistro para a busca de casos

De todas as persoas que teñan recomendado participar na busca de casos, recollerase a información seguinte:

Nome e apelidos

Relación coa institución: traballador, residente, ambulatorio, ou contacto externo.

Relación co caso: contacto estreito, ou non contacto estreito.

Referencia sanitaria: nome da mutua ou nome do médico e centro de saúde.

Participou na busca de casos: si ou non. De contestar un SI, indicar a data.

Resultado da busca de casos: non caso ou caso. De ser caso, pasar ao anexo VI.

Só para os non casos:

Realizou tratamento preventivo: si ou non. De contestar un SI, indicar a data.

Realizouse a revisión de remate de seguimento: si ou non.

Anexo VI. Datos do caso

De todos os casos recollerase a información seguinte:

Identificador do caso: código posto pola sección de epidemioloxía

Nome e apelidos

Teléfono de contacto

Data de nacemento

Sexo

Relación coa institución: traballador, residente, ambulatorio, ou contacto externo

Se é traballador: posto de traballo e área

Se é residente: planta/cuarto

Se é ambulatorio: días e horas ás que recibe asistencia

Se é externo: días e horas das visitas

Data de diagnóstico (dd/mm/aaaa)

Síntomas: si ou non, á presenza de prurito, pápulas, eritema, vesículas, sucros lineais

Data do inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

Data da primeira aplicación do tratamento (dd/mm/aaaa)

Data da segunda aplicación do tratamento (dd/mm/aaaa)

Realizouse unha revisión de remate de seguimento: si ou non

Contacto estreito con outro caso: si ou non. De contestar un SI, identificador do/s caso/s.

Relación dos contactos estreitos do caso: identificaranse con nome e apelidos, que se incluírán no rexistro do anexo V.

Realizouse a revisión de remate de seguimento: si ou non

Nome e apelidos do facultativo que diagnosticou o caso

Anexo VII. LISTAXE DE TELÉFONOS DE INTERESE

Os números de teléfono do Sistema de Alerta Epidemiolóxica (SAEG) son:

No horario de oficina

A Coruña: 981 155 835

Lugo: 982 292 114

Ourense: 988 066 338/39

Pontevedra: 986 885 872

Fóra do horario de oficina: 649 829 090 ou 061

Anexo VIII. Tarefas para a Sección de Epidemioloxía

| | Envío | Data | Recepción | Data |
|--|-------|------|-----------|------|
| Institución con cuidadores | | | | |
| Envío do protocolo. Oficio | | | | |
| Rexistro residentes | | | | |
| Rexistro traballadores | | | | |
| Os residentes caso recibiron 2 ciclos de tratamento | | | | |
| Os residentes contactos recibiron 1 ciclo de tratamento | | | | |
| Realizáronse as medidas de hixiene apropiadas | | | | |
| Realizaron os casos residentes illamento de contacto | | | | |
| Realizaron os traballadores caso baixa de 24 horas | | | | |
| O médico da residencia examinou a todos os residentes | | | | |
| Os traballadores acudiron á consulta | | | | |
| Os traballadores contacto realizaron o tratamento preventivo | | | | |
| Os traballadores caso realizaron o tratamento curativo | | | | |
| Servizo de prevención / mutua | | | | |
| Contacto co servizo de prevención ou da mutua | | | | |
| Rexistro casos traballadores | | | | |
| Xerencia | | | | |
| Información da situación e solicitude de colaboración (se procede) | | | | |

