

Guía de gestión asistencial

Sarna de origen laboral

Guía de gestión asistencial

Sarna de origen laboral

Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151

Autores

Dirección de Asistencia Sanitaria de Asepeyo y Servicio de Prevención Propio de Asepeyo

Diseño

Dirección de Servicios y Comunicación



En naranja los últimos cambios

Diciembre 2017

www.asepeyo.es

Índice

1. Introducción-justificación
2. Objetivos
3. Ámbito de aplicación
4. ¿Qué es la sarna?
5. ¿Cómo se transmite?
6. Sintomatología
7. Diagnóstico
8. Tratamiento
9. Prevención de los contactos
10. Protocolo de actuación con los contactos
11. Determinación de la contingencia
12. Algoritmo de actuación
13. Bibliografía

1. Introducción-Justificación

La sarna o escabiosis es una enfermedad producida por un ácaro (***sarcoptes scabiei***), responsable de unas lesiones características en la piel (rayas alargadas en forma de lápiz), con el picor especialmente nocturno como síntoma prioritario y que se transmite por contacto directo con la piel infectada o mediante fómites contaminados por personas infectadas.

La sarna es una enfermedad benigna aunque tiene una gran prevalencia. Se calculan 300 millones de casos cada año a nivel mundial, por lo que constituye un verdadero problema de salud pública. Afecta a ambos sexos, a todas las edades, y a todos los niveles socioeconómicos y etnias. En el 2010, la incidencia declarada en España fue de 116,21 por 100,000 trabajadores.

En el ámbito laboral, la sarna puede ser considerada como enfermedad profesional en profesionales expuestos al contacto directo con pacientes afectados (Grupo III del cuadro de Enfermedades Profesionales: enfermedades infecciosas causadas por el trabajo en tareas relacionadas con la prevención, con la asistencia médica y con actividades en que se ha comprobado cierto riesgo de infección). En caso de profesionales sanitarios y no sanitarios al cuidado de enfermos, personal de laboratorio, odontólogos, personal de auxilio, centros penitenciarios y de orden público.

2. Objetivo

Establecer pautas de actuación para la gestión sanitaria de los casos de sarna relacionada con el trabajo, mediante el presente protocolo, que incluye las indicaciones para la anamnesis, exploración, diagnóstico y determinación de contingencia de los casos con la finalidad de evitar la transmisión por contacto de una persona afectada (empleado o mutualista) a terceras personas.

3. Ámbito de aplicación

Esta guía constituye una herramienta de trabajo para los profesionales sanitarios responsables de la gestión de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales de Asepeyo.

Se considera población diana de este protocolo a los trabajadores que son derivados a la Mutua para estudio de una posible sarna relacionada con el trabajo, los empleados de Asepeyo y los trabajadores de contratas que realicen su trabajo en instalaciones de Asepeyo.

4. ¿Qué es la sarna?

Sarna o escabiosis es una enfermedad dermatológica contagiosa producida por la infestación de la piel por un parásito (ácaro patógeno) denominado *sarcoptes scabiei*, específico de los humanos. Sobrevive pocos días fuera de la piel y actúa excavando túneles y depositando los huevos en surcos, de los que salen las larvas en 3-4 días. En el transcurso de 3 semanas se transforman en ácaros.

5. ¿Cómo se transmite?

La vía de transmisión es el contacto directo con la piel de una persona infestada, o a través del contacto de la piel con la ropa personal o ropa de cama de una persona infectada. La enfermedad suele transmitirse por contacto íntimo interpersonal, ya que fuera del ser humano **la supervivencia del ácaro no supera las 24-36 horas**.

La exposición es común en el entorno de asilos-residencias, hospitales o guarderías. También puede propagarse en el hogar a través de la familia y el contacto sexual.

El riesgo de brotes severos y la sarna complicada es particularmente alto en instituciones (incluyendo residencias de ancianos y hospitales), entre poblaciones socialmente desfavorecidas y en huéspedes inmunocomprometidos.

6. Síntomas

El síntoma principal es el prurito o picor en la zona de la piel invadida por ácaros. Suele iniciarse entre las 2-3 semanas tras la infestación y es más intenso durante la noche, al aumentar la temperatura corporal. Al cabo de 6 u 8 semanas de la infestación inicial, aparecen lesiones secundarias en forma de excoりaciones eritematosas localizadas. Con posterioridad, pueden aparecer lesiones papulares y urticariformes en cualquier parte del cuerpo. En los casos más avanzados y en inmunodeprimidos, la piel puede aparecer costrosa o escamosa.

La erupción de la piel de sarna clásica es considerada una consecuencia, tanto de infestación como de reacción de hipersensibilidad al ácaro.

Las lesiones específicas de la sarna incluyen el surco acarino y el nódulo escabiótico, que consisten en pápulas inflamatorias con galerías elevadas que terminan en vesículas muy pequeñas de distribución característica. Puede observarse el ácaro al final de la madriguera.

La localización más frecuente son los pliegues interdigitales de la mano y bajo las uñas, las muñecas, los codos, las axilas, los pezones, alrededor de la cintura, las ingles, las nalgas y los órganos genitales (así como la cara en los niños). La cabeza y el cuello pueden verse afectados en los lactantes y los pacientes inmunodeprimidos.

La evolución suele ser favorable cuando se realiza el tratamiento adecuado. El picor puede persistir durante semanas, después de la aplicación del tratamiento.

Las complicaciones son escasas. Sin embargo, después del rascado repetido de las lesiones, pueden desarrollarse infecciones bacterianas secundarias *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus* del grupo A, o ambos, sobre todo en climas templados.

Sarna costrosa o sarna noruega

La presentación más grave o 'con formación de costras' de la infestación se asocia con incapacidad extrema y con trastornos del sistema inmunológico, como infección por VIH.

Esta forma específica de sarna presenta una dermatosis hiperqueratósica, muy parecida a la psoriasis. Puede acompañarse de linfadenopatía o eosinofilia, incluso con escaso prurito.

Los pacientes con escabiosis con formación de costras pueden hospedar millones de ácaros y, por tanto, son altamente infecciosos.

La distribución dermatológica de los ácaros en estos pacientes suele ser atípica (p.ej., en la cabeza), y en general se recomienda el tratamiento en un hospital.

7. Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, a través de la historia clínica-laboral y de la exploración.

Historia laboral

- Descripción del puesto de trabajo y tareas específicas; utilización habitual de medidas de prevención EPI's (guantes).
- Contacto habitual con pacientes, su ropa o con ropa de cama o de aseo.
- Es fundamental documentar la exposición. Es importante, si es posible, disponer de la evaluación de riesgos y si es necesario, para corroborar la exposición, solicitar el estudio del puesto de trabajo, según se establece en el Manual 1120 de actividades de coordinación para la determinación de contingencias por enfermedad profesional.
- Confirmación, por parte de la empresa, de la presencia de caso/s de sarna en el entorno laboral del trabajador.

Historia clínica

- Antecedentes familiares: familiares en convivencia que hayan presentado sarna o síntomas compatibles en los últimos 2 meses.
- Antecedentes patológicos: se debe interrogar si se ha padecido episodios de sarna, eccemas, urticaria, psoriasis y dermatitis en general. Conocer alergias, enfermedades crónicas, inmunodeficiencias y tratamientos farmacológicos habituales. Hábitos sexuales (contactos previos con parejas no habituales).
- Conocer actividades extralaborales que realiza el trabajador (actividades solidarias).
- Situación actual: acude a la Mutua por presencia de sintomatología de prurito y lesiones en la piel. ¿Desde cuándo y a qué lo atribuye?
- ¿Ha estado en contacto con algún paciente que presentase prurito persistente o lesiones en la piel, en los últimos dos meses?
- Fuera del trabajo, ¿ha tenido contacto con alguna persona que presentara los mismos síntomas, en los últimos dos meses?
- Conocer si hay otros compañeros afectados.

- Es importante delimitar el periodo entre la exposición al supuesto agente causal y el inicio de los síntomas.

Exploración

- El aspecto y localización de las lesiones son características y la observación de un experto es suficiente para confirmar el diagnóstico. Habitualmente, requiere control por dermatólogo.
- Es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades eccematosas.
- Para confirmar el diagnóstico, el especialista puede utilizar el microscopio de luz donde se hacen visibles las lesiones dérmicas y se visualiza el ácaro al rascar y levantar la zona superficial de la piel. También se puede utilizar una tinción con azul de metileno.
- El diagnóstico definitivo se basa en la identificación de ácaros, huevos, fragmentos de cáscara de huevo y bolas de ácaro. Un huésped adulto normal puede tener entre 7 y 15 ácaros. Deben obtenerse múltiples muestras superficiales cutáneas de lesiones características (bien de madrigueras o bien de las pápulas y vesículas sobre las madrigueras) mediante raspado lateral de la piel con un bisturí o una aguja humedecida en aceite, evitando producir sangrado. Los ácaros, huevos o heces se colocan en un porta para poder ser visualizados con un microscopio ligero de luz (10 aumentos). Dado que el número de ácaros es bajo en los casos de sarna clásica, esta técnica es sumamente dependiente del realizador de la misma.
- La ausencia de ácaros es común y no excluye la sarna.
- En casos atípicos o cuando el examen directo no es posible, una biopsia de la piel puede confirmar el diagnóstico.

8. Tratamiento

Los ácaros **pueden sobrevivir entre 10 y 36 horas** fuera del huésped a temperatura ambiente. Las personas infestadas y sus contactos físicos cercanos deberían ser tratados al mismo tiempo, independientemente de si presentan síntomas o no.

Los escabicidas tópicos se aplican de cuello para abajo, en toda la superficie corporal. En lactantes, casos graves, inmunodeprimidos y recurrencias se trata también el cuero cabelludo y la cara (excepto ojos, nariz y boca).

Permetrina al 5%

El tratamiento de elección es la Permetrina al 5%, en crema.

Aprobado por la FDA, presenta una mínima absorción y toxicidad; entre los productos tópicos es considerado el más efectivo y seguro.

Modo de aplicación

- Se aplican 30 g en el cuerpo entero, desde el cuello y detrás de las orejas a los dedos de los pies (incluyendo bajo las uñas de las manos, plantas de los pies e ingles), después de una ducha con agua y jabón, por la noche al ir a la cama, respetando las mucosas genital y anal. Una vez seca la emulsión sobre el cuerpo, se pondrá ropa interior, pijama y ropa de cama limpia.
- Debe retirarse el producto con una nueva ducha con agua fría o tibia a las 8-14 horas, y repetir en 7 días si fuera necesario. Vestir con ropa limpia.
- Generalmente son suficientes 2 aplicaciones, pero si fuera preciso puede realizarse una tercera aplicación al cabo de otros 7 días.
- En niños pequeños e inmunodeprimidos también se incluye cuero cabelludo.

Lipikar u otra crema hidratante

Se aplicará en todo el cuerpo diariamente durante todo el tratamiento y, si es preciso, una semana más para alargar el tratamiento.

Puede producir efectos secundarios locales y un leve picor pasajero.

Puede utilizarse en embarazadas, lactantes y niños, incluyéndose en éstos hasta casos de sarna neonatal.

Como alternativas:

- **Lindano al 1%**
Aprobado por la FDA. Tan eficaz como la permetrina pero con más efectos secundarios tóxicos (anemia aplásica o neurotoxicidad), su uso debería ser excepcional, como alternativa de tratamiento en pacientes que no toleren o no respondan a otros tratamientos. Contraindicado en niños, el embarazo y lactancia.
- Otra alternativa apta para niños pequeños y lactantes es la pomada de **azufre precipitado al 6-10%**, con aplicación diaria, durante una semana.
- En casos muy rebeldes o sarna noruega: **Ivermectina oral**, como alternativa al tratamiento tópico a dosis de 150-200 mcg/Kg, en dosis única. En casos de resistencia o intolerancia a escabicidas tópicos. No se recomienda en ancianos, embarazo y lactancia.

Se recomienda la administración concomitante de antihistamínicos para reducir el picor.

9. Prevención

Prevención familiar

Las medidas higiénicas son casi tan importantes como el tratamiento médico para evitar las recidivas:

- Para prevenir la sarna, hay que evitar el contacto de piel con piel con las personas a las que se haya diagnosticado sarna recientemente y no usar la ropa personal, ropa de cama, ni toallas de esas personas.
- Toda la ropa (especialmente ropa interior y pijamas), la ropa de cama y las toallas que estuvieron en contacto con la piel de la persona infectada en las 48 horas previas al tratamiento deben lavarse en una máquina con detergente y agua caliente (a 60°C de temperatura) y secarse por calor. Todo elemento que no pueda ser lavado (almohadas), **debe colocarse en bolsas de plástico muy bien cerradas durante durante 3 días, antes de volver a usarlos.**
- Con relación a la limpieza/desinfección del lugar de trabajo, no es necesario realizar ninguna actuación especial. En principio no es necesario limpiar muebles, alfombras ni juguetes.
- Los **contactos** estrechos domiciliarios o institucionales (contacto directo cutáneo o con ropas personales o de cama) y las parejas sexuales de un mes anterior al inicio de los síntomas, deben consultar con un facultativo a fin de descartar la enfermedad y, en su ausencia, deben tratarse profilácticamente con una única aplicación del producto (se aconseja preferentemente la crema de permetrina al 5%).
- 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.
- Cuando los contactos son mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, o bien niños menores de 2 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.

Prevención laboral

- En el ámbito sanitario, los profesionales que atienden a posibles casos de sarna deben cumplir de forma estricta las **precauciones estándar** y los **procedimientos de transmisión por contacto**: lavado de manos, utilización de guantes y bata, no necesariamente estériles, material clínico de uso exclusivo y tratamiento higiénico adecuado de vajilla, ropa y residuos.
- En el ámbito hospitalario, en pacientes ingresados con sarna se implementarán, además, medidas de aislamiento de los pacientes ingresados y visitas restringidas.
- Las precauciones de contacto se mantendrán hasta 24 horas tras completar el tratamiento.
- En el caso de los empleados de Asepeyo, el personal sanitario del Servicio de Prevención Propio valorará en cada caso las actuaciones a seguir en el entorno laboral. En el caso que haya un único caso de infección por escabiosis no será necesario hacer ninguna actuación preventiva en el lugar de trabajo.

10. Protocolo de actuación en los contactos laborales

Ante la solicitud de una empresa mutualista para atender a uno o varios trabajadores con sospecha de exposición a infectados con sarna en el centro de trabajo, procederemos a:

- **Solicitar confirmación documentada del caso o casos índices de sarna en la empresa, y valorar la actividad de la empresa para la posterior determinación de contingencia.**
- **Visitar a los contactos para establecer su grado de riesgo y valorar la indicación de tratamiento curativo o profilaxis.**

En los casos en los que el facultativo valore la **ausencia de exposición**, se realizará una actuación de derivación al SPS, en la primera visita.

A los **contactos estrechos laborales** que hayan tenido, en el contexto laboral, un contacto cutáneo directo, con ropas personales o ropa de cama sin la adecuada protección, se les estudiará para descartar la enfermedad. Se abrirá como Enfermedad Profesional en Periodo de Observación (EPPO), si se ubica en el grupo III RD 1299/2006.

- Ante la evidencia de clínica, de lesiones, se recomendará una primera aplicación de permetrina al 5% esa misma noche. Se remitirá al **servicio de dermatología** para confirmación diagnóstica (contacto con sospecha de escabiosis) y se apartará del puesto de trabajo (baja laboral).
- Los casos confirmados de sarna por el servicio de dermatología se tratarán con una segunda aplicación al cabo de 7 días de la primera, y se mantendrá la separación del puesto de trabajo mediante baja laboral durante el tiempo que dure el tratamiento. En algunos casos, si fuera preciso, puede realizarse una tercera aplicación al cabo de 7 días. En estos casos, recomendaremos que sigan las medidas preventivas para evitar nuevos contagios.
- En **ausencia de enfermedad** o bien por ser descartada por dermatología, o por estar completamente asintomático; recomendaremos un tratamiento profiláctico con una única aplicación de permetrina al 5%, la misma noche de la visita (contacto asintomático de riesgo) y se mantendrá en el puesto de trabajo, cerrando el episodio como CC.

11. Determinación de contingencia

Los posibles casos sintomáticos con sospecha de sarna de origen laboral y los contactos, derivados al centro asistencial, se abrirán como Enfermedad profesional en Periodo de Observación.

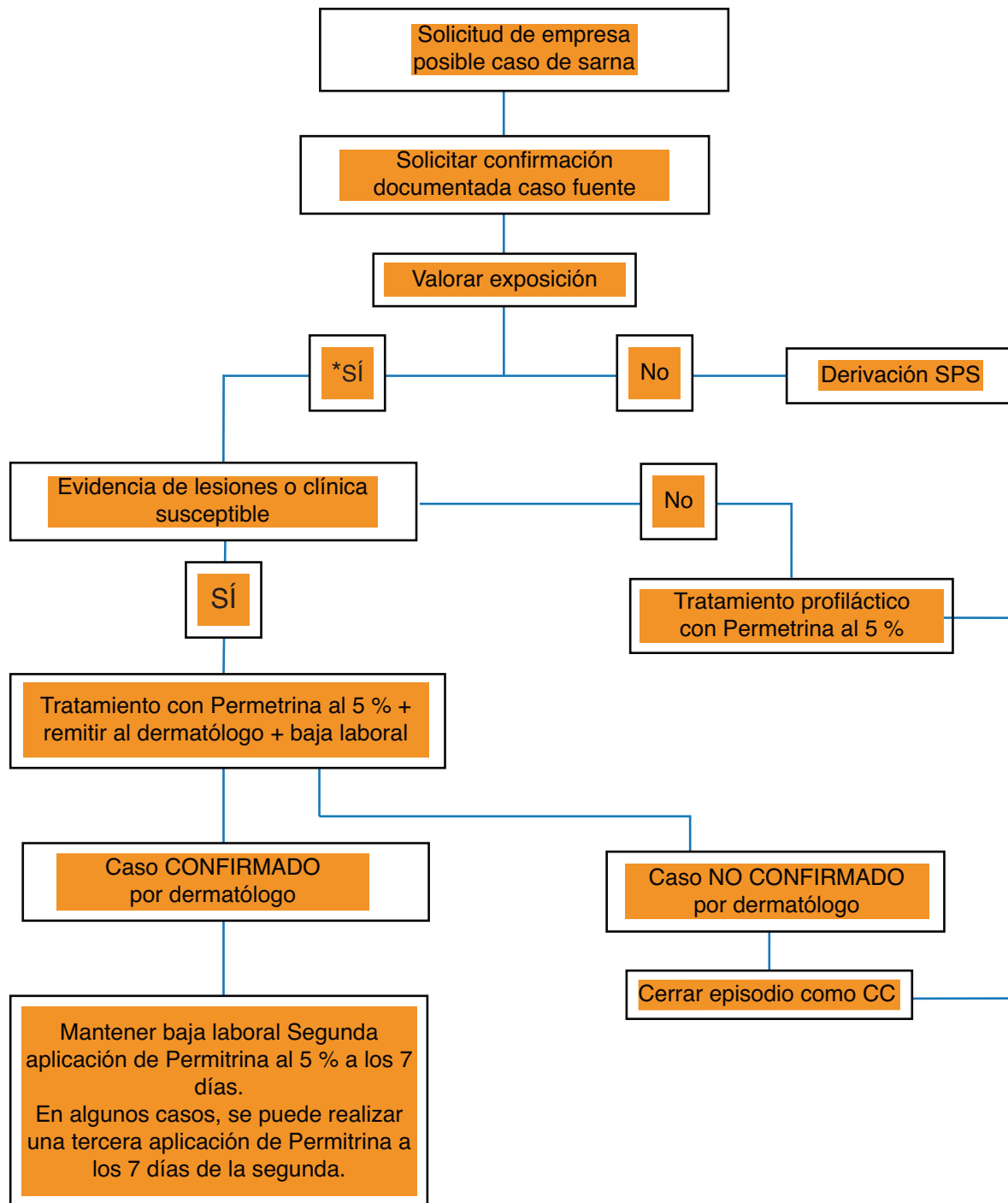
La consideración de un caso de sarna como enfermedad profesional de certeza, será valorado, una vez confirmado el diagnóstico y sólo en situaciones de exposición laboral demostrada, por la presencia de casos o brote en el ámbito laboral y siempre en el contexto de los epígrafes del grupo III del cuadro de EEPP RD1299/2006:

- 3A0101 Personal sanitario
- 3A0102 Personal sanitario y auxiliar de instituciones cerradas
- 3A0103 Personal de laboratorio
- 3A0104 Personal no sanitario, trabajadores de centros asistenciales o de curas de enfermos, tanto en ambulatorios como en instituciones cerradas o a domicilio.
- 3A0105 Trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos

- 3A0106 Trabajos de toma, manipulación o uso de sangre humana o de sus derivados
- 3A0107 Odontólogos
- 3A0108 Personal de auxilio
- 3A0109 Trabajadores de centros penitenciarios
- 3A0110 Personal de orden público

Los casos confirmados deben ser advertidos de evitar el contacto corporal con otras personas hasta que hayan completado el tratamiento. Ello supone la separación temporal del medio laboral cuando implica contacto corporal directo con otras personas, sobre todo en colectividades como residencias, hospitales, colegios, etc.

12. Algoritmo de actuación



*El episodio se abrirá como Enfermedad Profesional en periodo de observación, si está en el grupo III del cuadro de EEPP del RD 1299/2006

13. Bibliografía

- Guía Fisterra. SARNA, 2013.
- Campillos Páez, M.a T. et al. Scabies: *Checking and update*. Medifam 2002, 12 (7): 40-54.
- Chosidow, O. (2006) Scabies. *New England Journal of Medicine* 354 (16): 1718-1727.
- Santos-Juanes J, Galache C, Martínez-Cordero A, Curto JC, Sánchez-del Río J. Sarna: Revisión de la clínica y nuevos tratamientos. *Rev Esp Sanid Penit* 2001; 3: 49-54
- De Hoyos López MC, Pascual Pérez JM. Escabiosis y pediculosis. *Revista Pediatría Integral* 2008; 12 (4): 365-374.
- Strong M, Johnstone PW. Intervenciones para el tratamiento de la escabiosis. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; 4.
- Cortés Blanco M, Clerencia Casorrán C, Urbán Sender J, Ariño Aldabo C, Larrosa Montañés A, Martínez Cuenca S, Güerri Mir L, Urdániz Sancho J. Brote de escabiosis en una residencia para personas mayores en la provincia de Huesca. *Rev Esp de salud pública* 2004; 78 (1): 107-114.
- Alberto Larrosa Montañés, Manuel Cortés Blanco, Carlos Clerencia Casorrán Silvia Martínez Cuenca, Javier Urdániz Sancho, Julián Urbán Sender, Cristina Ariño Aldabo y Luis Güerri Mir. Brote de escabiosis en una residencia para personas mayores en la provincia de Huesca. *Rev. Esp. Salud Pública* vol. 78 n. 1 Madrid Jan. 2004.
- Goldstein B, Goldstein AO. Scabies [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.4. [acceso 22/4/2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
- Goldust M, Rezaee E, Hemayat S. *Treatment of scabies: Comparison of permethrin 5% versus ivermectin*. *J Dermatol*. 2012;39(6):545-7. doi: 10.1111/j.1346-8138.2011.01481.x. PubMed PMID: 22385121.
- Heukelbach J, Feldmeier H. *Scabies*. *Lancet*. 2006;367(9524):1767-74. PubMed PMID: 16731272.
- Strong M, Johnstone PW. Intervenciones para el tratamiento de la escabiosis (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD000320.
- Ismael Silvino Diana Domínguez. Escabiosis: a propósito de un brote. *Med Segur Trab* (internet) 2013; 59 (230) 85-92.
- *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Sarna. Hoja de datos de Salud Pública de Massachusetts. Enero 2015.
- María Maestre Naranjo. ¿Qué hacemos ante un brote de escabiosis en un hospital? *Med Segur Trab* (internet) 2014;60 (234) 239-243.



ASEPEYO

MUTUA COLABORADORA CON
LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

900 151 002

www.asepeyo.es