

Brote de sarna asociado a varias instituciones

Purriños-Hermida, M^a Jesús^{1,5}; Boullosa Cortés, Antonio²; Esteban Meruéndano, Luis²; Barbosa Lorenzo Raquel³; Garrido-Esteba Macarena⁴; Pousa Ortega, Anxela⁵

¹ Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

² Servizo de Alertas Epidemiolóxicas da xefatura territorial de Sanidade de Pontevedra.

³ Servizo de Medicina Preventiva y Salud Pública. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

⁴ Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

⁵ Servizo de Epidemioloxía da dirección xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 128

RESUMEN

Objetivo: Describir un brote de sarna que implicó tres instituciones: asilo, hospital y mutua de seguros, y sus medidas de control para, conociendo las dificultades encontradas, poder establecer recomendaciones que faciliten la detección y control de estos brotes.

Métodos: Se diseñó una encuesta epidemiológica, que se pasó personalmente a los trabajadores de las tres instituciones y por sus médicos a residentes de asilo e ingresados del hospital. Se realizó un estudio descriptivo y otro de cohortes retrospectivo buscando asociación entre casos del personal de enfermería del hospital y la exposición a una paciente relacionada con hospital y asilo.

Resultados: En el asilo hay 42 trabajadores y 118 residentes. Se declararon 37 casos (TA=23%): 11 trabajadores (TA=26%) y 26 residentes (TA=22%). Hubo un retraso diagnóstico de 6 días. Una residente caso ingresó dos veces en el hospital durante el período de transmisibilidad. El hospital declaró 33 casos, 32 de hospitalización donde hay 87 trabajadores (TA 36'8%). El retraso diagnóstico fue de 18 días. Entre las enfermeras, el RR de ser caso estando expuesto a la paciente procedente del asilo fue 2'9 (IC95%=0'7-12'2). Dos médicos de la mutua que atendieron a los trabajadores del hospital fueron caso. Se recomendó búsqueda activa, tratamiento de casos y contactos; aislamiento de contacto; limpieza y lavado de ropa.

Discusión: Las dificultades encontradas (implicación de varias instituciones, tasas de ataque altas, dificultad y retraso en el diagnóstico), evidenciaron la necesidad de considerar la sarna como enfermedad actual y tener un protocolo de actuación vigente.

Palabras clave: *Escabiosis, sarna, brote epidémico*

INTRODUCCIÓN

La sarna, enfermedad inflamatoria de la piel producida por un ácaro, presenta dos formas clínicas: la clásica y la costrosa o noruega que tiene una clínica más inespecífica pero presentando extensas lesiones costrosas bajo las que hay miles de ácaros, que la hacen más contagiosa¹⁻⁴. La transmisión es por contacto directo con la piel infestada o indirecto a través de fómites; comienza antes de que se presente la clínica y se mantiene hasta que se trata. Esto explicaría que la mayoría de los brotes de sarna publicados sean por sarna noruega⁵⁻⁸ y, en caso de sarna clásica se describan en instituciones cerradas, donde el contacto entre personal y residentes es estrecho.

La comunicación de brotes es de declaración obligatoria. En Galicia, entre el 2008 y 2013, se notificaron 12 brotes en instituciones, todos de sarna clásica y con retraso en el diagnóstico que conlleva importantes repercusiones económicas⁹⁻¹², sociales^{8,10} y de salud^{4,13-16}. Entre todos esos brotes destacó uno notificado en 2013 que implicó a tres instituciones: una mutua de seguros que

atendía a personal hospitalario, y un hospital y un asilo que atendieron a una misma persona.

El objetivo de este trabajo es describir ese brote y las medidas de control realizadas para, conociendo las dificultades encontradas, establecer recomendaciones que faciliten la detección y el control de brotes de sarna.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y un estudio de cohortes retrospectivo para cuantificar la asociación entre la aparición de casos entre el personal de enfermería de las plantas de hospitalización y la exposición a la paciente en contacto con el hospital y el asilo.

Se realizó una búsqueda activa de casos en ambas instituciones, preguntando directamente a los trabajadores y por evaluación clínica, a los residentes del asilo y a los pacientes del hospital, por sus médicos correspondientes.

La información de los casos se recogió mediante una encuesta epidemiológica que incluía variables sociodemográficas, laborales, antecedentes de escabiosis y datos del episodio actual (síntomas y fechas de inicio, diagnóstico y tratamiento). Además, en el hospital también recogieron: fecha de diagnóstico y de tratamiento, y si fueron o no a la mutua. Ambas encuestas se realizaron por entrevista personal.

Se telefoneó a los contactos de los residentes caso, para informarles de la situación y darles las recomendaciones oportunas. Los trabajadores caso de ambas instituciones informaron directamente a sus contactos.

El asilo facilitó una relación de trabajadores, monjas y residentes, con: fecha de nacimiento, sexo, sala donde trabajan/residen, número de habitación, si fue caso o no, quién realizó el diagnóstico, fecha de tratamiento, si residían/trabajaban previamente en otra institución.

Por su parte, el hospital facilitó: 1) relación completa de trabajadores, indicando, sexo, edad, servicio de procedencia, planta en la que trabajan y categoría profesional; 2) relación completa de casos de sarna; 3) historia clínica y de enfermería de los casos ingresados diagnosticados de sarna.

Se definió: Caso: residente, trabajador o paciente, declarado como enfermo de sarna por un médico en base a su examen físico y cuadro clínico (prurito de varios días de evolución). Contacto: persona que cumpliera alguno de los siguientes criterios (durante el periodo de transmisibilidad de un caso): [1] ser familiar o conviviente de la misma casa/residencia que un caso; [2] ser trabajador de un área con casos. Tratamiento: con permetrina al 5%; del caso: en dos ciclos (o más, según valoración) separadas por 7 días, aplicado por toda la superficie corporal desde el cuello (salvo en ancianos donde se recomendó aplicar también en cuero cabelludo y senos frontales), dejándolo actuar 8 horas y retirándolo en la ducha; del contacto: en una única aplicación.

Como medidas de control, se recomendó el tratamiento de casos y contactos, medidas de aislamiento de contacto, limpieza y lavado de ropa. Se informó y solicitó a los médicos del área la notificación urgente de casos posibles.

Los datos que recogieron la mutua y el hospital se cruzaron como control de calidad, reencuestando si la discordancia entre fechas era de más de una semana. Se calcularon tasas de ataque (TA) y riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se realizó un análisis bivariable mediante test χ^2 para comparar proporciones y

mediante el test no paramétrico de Wilcoxon para comparar medias, y se consideró una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$. El retraso diagnóstico se calculó como diferencia entre fecha diagnóstica y de inicio de síntomas. Se usó Epidat 4.0.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DEL BROTE

Asilo. El personal lo componían 31 trabajadores; además vivían y trabajaban 11 monjas, y se alojaban 118 residentes en 4 estancias: válidos o enfermería, para hombres o mujeres. Se declararon 37 casos (TA global 23%): 11 en trabajadores (3 de ellos monjas) y 26 en residentes. Los 3 primeros casos los diagnosticó una dermatóloga el 26/03/2013 y el último, el médico del asilo, el 09/04/2013. La figura 1 muestra la curva epidémica por fecha de inicio de síntomas, conocida en 4 residentes y 10 trabajadores. Hubo un retraso diagnóstico de 6 días de media ($DE=5,6$).

	Nº	Casos	%
Trabajadora social	1	0	0%
Gericultora limpiadora	17	5	29%
Lavandería	1	0	
Fisioterapeuta	2	1	50%
Cocina	4	1	25%
Chofer	2	0	0%
Mantenimiento	1	0	0%
Modista	1	0	0%
Médico	1	0	0%
Enfermera seguro privado	1	1	100%
Monjas	11	3	27%
Total	42	11	24%

TABLA 1: Tasas de ataque por categoría laboral en el asilo

Correspondencia

M^a Jesús Purriños Hermida
Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (CNE- ISCIII)
Teléfono: 881/546132
maria.jesus.purriños.hermida@sergas.es

Entre los trabajadores la TA fue 26% (N=11); el 75% (N=6) trabajaban en enfermería de mujeres y el resto fueron: el fisioterapeuta y 2 monjas, que trabajaban en todo el asilo; 1 monja que sólo ayudaba al cuidado de un familiar, caso identificado como ES (alojada en enfermería de mujeres); y una enfermera que acudía al asilo sólo a realizarle curas a ES. Entre las TA de los trabajadores destacaron gericultoras/limpiadoras, 29% (tabla 1).

Entre los residentes la TA fue 22% (N=26). Todos los casos residían en la enfermería de mujeres. De los 5 ingresos más recientes sólo hubo un caso, al que se le revisó su historia clínica por un ingreso hospitalario previo, sin encontrarse antecedentes sugestivos de sarna. Se localizaron 24 de los 26 contactos de los residentes caso y ninguno fue caso.

En la clínica destacó el prurito y las pápulas (tabla 2).

Síntoma	Total casos residentes	% en residentes	Total casos trabajadores y monjas	% en trabajadores y monjas
Prurito	26	96%	11	100%
Pápulas	26	96%	11	82%
Eritema	26	96%	11	54%
Vesículas	26	92%	11	64%
Surcos	26	0%	26	0%

TABLA 2: Presentación clínica en los casos declarados en el asilo

Hospital. La paciente ES ingresó en la tercera planta del hospital del 14/02/2013 al 05/03/2013, detectándose lesiones cutáneas desde el 27/02/2013 no identificadas como sarna. Reingresó el día 25/03/2013 y el día 05/04/2013 fue diagnosticada y tratada como caso de sarna.

El brote del hospital lo notificó el 05/04/2013 la mutua cuando identificó trabajadores con sarna. Al contactar con el hospital, evaluaron la posibilidad de que la paciente ES fuera el caso índice. Se contactó con el asilo donde residía esta mujer, que confirmó casos de sarna desde el 26/03/2014.

El hospital tenía 373 trabajadores, distribuidos por diferentes servicios, incluidas 2 plantas de hospitalización (tercera y cuarta). Se declararon 33 casos. Las fechas de inicio de síntomas recogidas por la mutua y el

hospital presentaron discordancia en 6 casos, de los que se consiguió reentrevistar y corregir 4. El primer caso lo diagnosticó una dermatóloga el 02/04/2013 y el último el médico de la mutua el 11/04/2013. El retraso diagnóstico fue de 18 días de media (DE=14). La figura 2 muestra la curva epidémica.

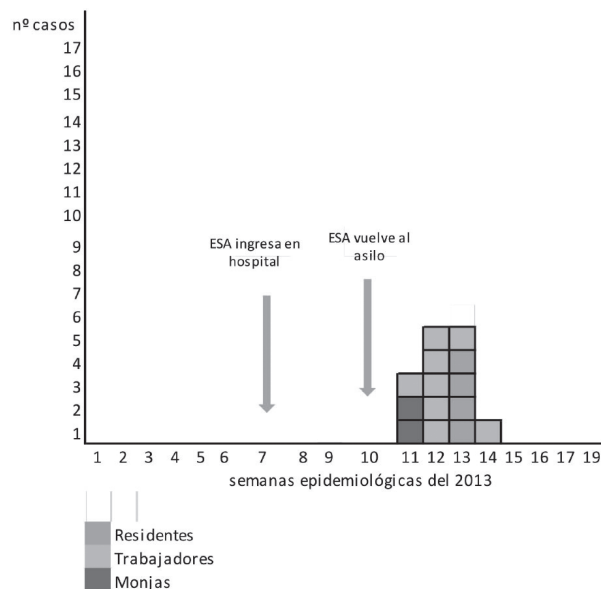


FIGURA 1: Curva epidémica del asilo en trabajadores externos, monjas y residentes

En cuanto al área de trabajo, 32 casos eran de la planta de hospitalización, donde trabajan 87 personas (TA 36,8%) y 1 en radiología (técnico) donde trabajan 22 (TA 4,5%). Se entrevistó a 75 personas de hospitalización (tasa de respuesta del 86%) y a 7 del servicio de radiología (tasa de entrevistados del 32%). El RR de ser caso trabajando en hospitalización respecto a rayos fue de 8,0 (IC95% 1,2-56,0).

Categoría Profesional	Total trabajadores encuestados	Casos	Tasa de ataque
Auxiliar enfermería	37	21	57%
Due	36	10	28%
médico	2	1	50%
ter	7	1	14%
Total	82	33	40%

TABLA 3: Tasa de ataque entre los trabajadores del hospital por categoría profesional

En el servicio de hospitalización el 88% (N=29) eran trabajadores de la tercera planta y el resto (N=3) de la cuarta, de los que 2 trabajaron, por guardias o rotación, en la tercera. La categoría profesional más afectada fue de auxiliar de enfermería (tabla 3), con diferencia entre auxiliares y enfermeras (p=0,023).

En la clínica destacó el prurito y las pápulas (tabla 4).

Síntoma	Total casos	%
Prurito	33	97%
Pápulas	33	67%
Eritema	33	12%
Vesículas	33	18%
Sucos	33	0%

TABLA 4: Presentación clínica de los casos declarados entre el personal del hospital

La revisión de la historia de enfermería de ES, que recogió la relación de todas las enfermeras que la atendieron durante su ingreso, evidenció que de los 10 casos declarados entre enfermería, 8 tuvieron contacto con ella durante su primer ingreso. Así, entre las enfermeras, el RR de ser caso estando expuesto a esta paciente fue 2,9 IC95%(0,7-12,2). La diferencia entre la fecha de inicio de síntomas en las enfermeras y el primer contacto con ES presentó un rango de 13 a 49 días. Se confirmó que en el servicio de radiología solo el técnico tuvo contacto con ES.

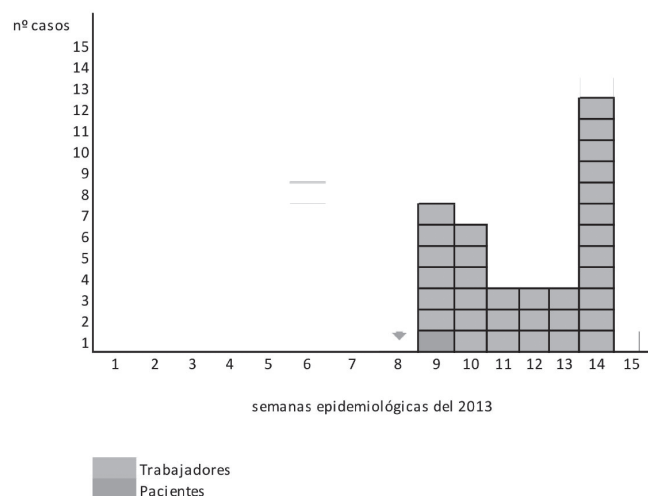


FIGURA 2: Curva epidémica del hospital en trabajadores y pacientes

En lo que respecta a los ingresos hospitalarios, solo se declaró como caso a la paciente ES, aunque la búsqueda activa realizada identificó cuatro casos, finalmente descartados.

Mutua aseguradora. Los dos médicos de esta institución fueron caso. El primero de ellos inició síntomas el 05/04/2013, con lesiones eritematosas, vesículas y prurito; refirió que antes del brote había atendido, sin usar guantes, a un trabajador del hospital entonces asintomático. El segundo caso inició síntomas el 11/04/2013, con pápulas y prurito.

MEDIDAS DE CONTROL

Asilo. Se trataron casos y contactos. Se recomendó a los trabajadores afectados exclusión laboral. Se aplicaron medidas de aislamiento de contacto hasta el fin del tratamiento entre los residentes caso. Se consideraron contactos susceptibles de tratamiento a todas las residentes del pabellón de enfermería de mujeres, 2 residentes del pabellón de válidas que ayudaban en enfermería, y a los trabajadores contacto con residentes.

Hospital. La mutua se encargó de los trabajadores: tratamiento, recomendaciones y valoración del tratamiento preventivo de sus contactos. El hospital trató a los pacientes y estableció las medidas de aislamiento de contacto y manejo de ropa personal y de cama. Se realizó una limpieza exhaustiva en habitaciones y zonas comunes. Se facilitó a los trabajadores dos hojas informativas: una general y otra para el centro de salud de cada contacto.

Pasadas 8 semanas desde el último caso, se dio por controlado.

DISCUSION

La sarna es causa habitual de brotes y éste implicó a varias instituciones cuando, aunque excepcionalmente se describió alguno que implicaba hasta 10 instituciones¹⁷, lo normal es que sean en asilos¹⁸⁻¹⁹ u hospitales^{6,7,20-22}.

La TA de 37'5% del personal hospitalario es superior a lo encontrado en la literatura, como del 17% de Larrosa²³, el 14'6% de Obasanzo⁷ o el 4'1% de Elgueta⁶, aún cuando estos dos brotes fueron de sarna noruega. Otros brotes de sarna noruega presentaron TA parecidas a la nuestra: 26-32% de Buelhmann⁵, o 34'6% de Vorou⁹. En cuanto a las TA de la residencia (23% global y 22% para residentes y 27% para trabajadores) difieren de algunas otras ya publicadas; así, Larrosa¹⁹ encontró TA globales del 15% (17% en residentes y 5% en trabajadores). Por tanto cabría destacar: la TA de este brote fue alta y la mayor afectación en el asilo fue en trabajadores (lo que difiere de otros trabajos^{18,24}), y la mayor afectación en el hospital fue en trabajadores (coincidiendo con otras publicaciones^{5,21,23}, aunque no siempre⁶). Una razón para explicar estas TA tan elevadas estaría en el retraso diagnóstico del caso primario, algo ya descrito^{17,21}, que

retrasa la adopción de medidas de control. Además, el hecho de que la sarna sea contagiosa antes de su presentación clínica contribuyó a la difusión en los dos médicos de la mutua por transmisión secundaria a partir del personal sanitario del hospital, lo que refleja la importancia de adoptar medidas estándar en la consulta.

El brote duró 49 días, dentro del rango recogido por Vorou et al⁹, aunque algo menor del rango inferior estimado por Momoe²⁴.

En la clínica destacó el prurito, manifestación típica^{1,16}; la clínica entre residentes, donde se esperaría un cuadro más inespecífico, podría mostrar cierto sobrediagnóstico.

Declarado el brote, destacó el establecimiento de las medidas oportunas y el sistema de comunicación, a través de Venres Epidemiológico²⁵ y una nota enviada a todos los médicos del área para mantener la alerta ante posibles casos. La falta de nuevas notificaciones avalaría la ausencia de nuevos casos.

Este trabajo tiene varias limitaciones. La primera es que no hubo confirmación de laboratorio, aunque la respuesta al tratamiento y el vínculo epidemiológico lo avalarían. Igualmente, otros brotes ya descritos reconocieron como casos aquellos con clínica sugestiva⁶ y/o adecuada respuesta al tratamiento⁹, aún con pruebas dermatológicas negativas²¹. Tampoco se podría descartar un infradiagnóstico, por: falta de declaración de más casos entre pacientes del hospital y la posibilidad de difusión en la mutua a pacientes ajenos a ambas instituciones. Por su parte, el hospital declaró haber buscado y no haber encontrado ningún caso entre pacientes, y una posible explicación la dio Fajardo²⁰, al señalar la relación mínima del enfermo postrado con otros pacientes. Por otro lado, se recomendó a los médicos de la mutua mantener la alerta ante nuevos casos, pero no se declaró ninguno.

Este brote evidencia que la sarna no es una enfermedad obsoleta y que es importante tenerla presente para un diagnóstico rápido. Además, las dificultades encontradas (implicación de varias instituciones, tasas de ataque altas, dificultad y retraso en diagnóstico y en adopción de medidas), evidenciaron la necesidad de un protocolo de actuación ante la sospecha de sarna. Este protocolo, elaborado y concluido, fue difundido ya a todas las instituciones cerradas de nuestra comunidad y está accesible en la web de Saúde Pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Health Protection Agency. Management Guidance for Outbreaks of Scabies in Care Home Institutions in South West London. April 2012
2. Centers for Disease Control and Prevention. Scabies. Consultado 09/05/2013
3. Fitzgerald, Kevitt and Reid. Treatment of close contacts of people with scabies for preventing re-infestation or spread of infestation in contacts. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. Nº: CD009943. DOI: 10.1002/14651558.CD009943
4. R J Hay et al Scabies in the developing world- its prevalence, complications, and management. CMI 2012; 18:313-323
5. M Buehlmann et al. Scabies outbreak in an intensive care unit with 1659 exposed individuals – key factors for controlling the outbreak. Infect Control Hosp Epidemiol 2009; 30 (4):354-360
6. A Elgueta N et al. Brote de sarna en un hospital terciario a partir de un caso de sarna costrosa. Rev Chil Infect 2007; 24 (4):306-310
7. Olugbenga O Obasanjo et al. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned. Infect Control Hosp Epidemiol 2001; 22(1):13-18
8. Leila Ahtari J et al. An outbreak of scabies: a forgotten parasitic disease still present in Switzerland. SWISS MED WKLY 2007;137:695-699
9. Vorou R et al. Nosocomial scabies. J Hosp Infect 2007;65(1):9-14
10. Johanna Stoevesandt et al. Control of large institutional scabies outbreaks. JDDG 2012; 10:637–647.
11. Bouvresse S and Chosidow O. Scabies in healthcare settings. Curr Opin Infect Dis 2010;23:111-118
12. 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
13. Hay RJ et al Skin disease. In: Jamison DT, Breman JG, et al, eds. Disease and control priorities in developing countries. New York: World Bank and Oxford University Press Publications, 2006; 707-722
14. Fuller. Epidemiology of scabies. Curr Opin Infect Dis. 2013; 26(2):123-126.
15. 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.
16. Guías Clínicas. Dermatología. Sarna. Atención Primaria, Fistera: portal de salud para médicos y pacientes. Consultado el 17/07/2013
17. Georgia Ladbury et al. An outbreak of scabies in multiple linked healthcare settings in the Netherlands. Infect Control Hosp Epidemiol 2012; 33(10): 1047-1050
18. Uwe Paasch and Uwe-Frithjof Hausteil. Management of endemic outbreaks of scabies with allethrin, permethrin and ivermectin. International Journal of Dermatology 2000; 39:463-470
19. Larrosa et al Brote de escabiosis en una residencia para personas mayores en la provincia de Huesca. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 107-114
20. Ramón Fajardo-Velázquez. Brote intrahospitalario de escabiosis, a partir de un caso de sarna noruega. Salud Publica Méx 2004; 46(3): 251-254
21. A Khan MBBS et al. Rapid control of scabies outbreak at a tertiary care hospital without ward closure. Am J of Infect Control 2012;40:451-455
22. Barbara G Ross et al. Transmission of scabies in a newborn nursery. Infect Control Hosp Epidemiol 2011; 32(5): 516- 517
23. Larrosa et al. Brote nosocomial de escabiosis en un hospital español. Euro Surveill 2003; 8(10)
24. Momoe Utsumi et al. Types of infectious outbreaks and their impact in elderly care facilities: a review of the literature. Age Ageing 2010; 39:299-305
25. Dirección xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Documentos e publicacións. Venres Epidemiológico. Vol II. N9. Consultado el 06/06/2013.