



NOTIFICACIÓN Y CONTROL DE BROTES DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN RESIDENCIAS

Departamento de Sanidad
Departamento de Bienestar Social y Familia

Versión 3 – diciembre de 2025

ÍNDICE

1. Introducción y objetivos
2. Notificación de brotes
3. Brotes de infección respiratoria aguda
4. Brotes de escabiosis (sarna)
5. Brotes de gastroenteritis aguda
6. Otros brotes
7. Anexos



1. Introducción y objetivos

Los brotes de enfermedades transmisibles son frecuentes en las residencias donde viven personas mayores y/o personas con discapacidad. Pueden tener repercusiones importantes en la salud y la calidad de vida de las personas que allí viven, y también en las personas de su entorno. Los residentes son en general más vulnerables a las enfermedades y por tanto con mayor riesgo de gravedad. Pueden afectar a muchas personas y producir problemas de salud importantes, incluso hospitalización y en algunos casos mortalidad. Además, las medidas de prevención y control pueden limitar las actividades sociales de las personas y empeorar su calidad de vida.

Desde 2023 a la actualidad (casi 3 años completos) se notificaron en total 572 brotes a las secciones de vigilancia epidemiológica de Aragón, de los cuales la tercera parte (185) ocurrieron en residencias, distribuidos de la siguiente forma:

- **Infecciones respiratorias agudas** de todo tipo (por gripe, Covid 19 y otros) (74 brotes, el 40%).
- **Escabiosis o sarna** (66 brotes, el 36%).
- **Gastroenteritis aguda** (por causas diversas, 38 brotes, el 20%).
- El resto de brotes, menos frecuentes (7 brotes, el 4%), se debieron a otras causas diversas.

Los brotes fueron por otra parte **muy variables en nivel de afectación y complejidad**, desde brotes con pocos afectados sin gravedad hasta brotes con cientos de afectados y medidas de prevención y control complejas, lo que supone una elevada carga de trabajo para las instituciones.

Es importante la notificación de los brotes lo antes posible, ya que las medidas de prevención y control pueden evitar que aumente el número de casos.

Este documento tiene dos **objetivos**:

1. **Que los centros residenciales en Aragón conozcan la importancia de notificar los brotes por enfermedades transmisibles, y que los notifiquen lo antes posible, a salud pública y a su médica o médico.**
2. **Presentar de manera resumida las principales medidas de control de los brotes más frecuentes en residencias: infección respiratoria aguda, escabiosis (sarna) y gastroenteritis aguda.**

Este documento **no** sustituye a las indicaciones que dará la sección de vigilancia epidemiológica, que estarán adaptadas a cada situación concreta, ya que cada brote es distinto. Es decir, no hay que realizar actuaciones sin indicación de los profesionales de salud pública.



2. Notificación de brotes

2.1 Qué notificar:

Que hay un brote o se sospecha uno.

Un brote es una agrupación de casos de enfermedad en la residencia que supera lo que se considera normal. Esto puede tener matices. Serán las secciones de vigilancia epidemiológica las que tras la notificación decidan si realmente hay o no un brote,

De qué enfermedad. Según las siguientes definiciones:

- **Brote de infección respiratoria aguda:** la aparición de 3 o más casos con clínica de infección respiratoria aguda aparecidos en un período de 48 horas.
- **Brote de escabiosis (sarna):** la aparición de un solo caso de escabiosis.
- **Brote de gastroenteritis aguda:** la aparición de 2 o más casos con clínica de gastroenteritis en un período de 72 horas.
- **En su caso, otros tipos de brotes.**

El número de afectados (incluidos residentes y trabajadores).

Información básica de la residencia:

- Nombre completo, dirección y ubicación, si es preciso con indicaciones para llegar.
- Personas relevantes de contacto con sus cargos. Habitualmente serán la dirección, los equipos sanitarios (medicina, enfermería) y responsables organizativos y/o de personal.
- Medios de contacto para todas las personas anteriores: teléfonos fijos y móviles, correos electrónicos.

Hay que preparar, porque se pedirán a continuación, dos listados de personas en formato electrónico Excel® o compatible (.xls .csv .ods) que se mandarán por correo electrónico:

- o Uno con el conjunto total actualizado a ese momento de **residentes y trabajadores**, con la información especificada en el **anexo 1**.
- o Otro sólo con los **enfermos**, con la información especificada en el **anexo 1 (según la enfermedad)**.

Se incluyen modelos sencillos de estos listados. Se pueden solicitar también a las secciones de vigilancia modelos para completar.

Tener preparado también, por si es necesario, la disposición espacial de la residencia incluyendo los edificios, pisos, alas o pasillos, con número de habitaciones, nº de personas por habitación, zonas comunes y de servicios. Incluir mapas o esquemas de las instalaciones actualizados, suelen ser útiles los planos de incendios.

2.2 Quién notifica:

La dirección del centro. La obligación de hacerlo se recoge en el [Decreto 222/96 que regula la vigilancia epidemiológica en Aragón](#) (artículo 10). La razón de ser obligatoria es la importancia de la notificación lo más precoz posible para evitar nuevos casos de enfermedad.



2.3 A quién notificar y cómo

A Salud Pública y a su médica o médico (caso de que no lo sepa).

Por **teléfono** y por **correo electrónico** (las dos vías).

A Salud Pública:

En horario de 8 a 15h en días laborables:

- Sección de vigilancia epidemiológica de **Huesca**: 974 293 228 y epihu@aragon.es
- Sección de vigilancia epidemiológica de **Teruel**: 978 641 161 y epite@aragon.es
- Sección de Vigilancia epidemiológica de **Zaragoza**: 976 715 350 y epizara@aragon.es
- Caso de que no se logre comunicar con la que corresponda de las anteriores, tras varios intentos: Sección de Vigilancia epidemiológica de **Aragón**: 976 714 316 y epiara@aragon.es

En otro horario:

Sistema de Atención a alertas de Salud Pública, a través del **112/061**.

A su médica o médico (si no lo sabe):

- Si se dispone de servicio sanitario propio, al médico o médica que sea.
- Si no, al médico asignado (por ejemplo, del centro de salud o el que corresponda).

Su médica o médico deberá evaluar la situación clínica de los afectados, pedir o realizar pruebas diagnósticas y poner medidas de tratamiento. A su vez, **notificará por los medios correspondientes a salud pública el brote** y colaborará en su caso con las medidas de prevención y control que se indiquen.

Por qué es necesaria la notificación de la residencia y también la del médico. Aunque aparentemente se van a producir dos notificaciones del mismo brote las dos son necesarias, porque la información de cada notificación es diferente. La residencia informa del brote, de las características de la residencia y proporciona listados de personas. La médica o médico informa del brote respecto a la afectación clínica de los enfermos, su estado, posibles factores relacionados y otra información relevante.



3. Brotes de infección respiratoria aguda

3.1 Descripción

Una **infección respiratoria aguda** se define como un proceso de **comienzo generalmente súbito** y que tiene al menos **uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, disnea (dificultad para respirar) o rinorrea (secreción nasal)**. Puede haber **fiebre** (38°C o más termometrados) o no haberla. Además, debe valorarse que se debe a un **proceso infeccioso** y no a otras causas.

Están causadas por una gran variedad de **virus** (entre ellos los rinovirus, adenovirus, coronavirus, virus gripe y virus respiratorio sincitial) y pueden causar desde cuadros leves a graves, incluidas infecciones bacterianas secundarias.

Los mecanismos fundamentales de transmisión son dos: de forma **directa** por **gotitas respiratorias** que van de una persona a las mucosas de otra (se producen al hablar, toser, estornudar, cantar, gritar...) y de manera **indirecta** a través de las **manos u objetos contaminados** con secreciones respiratorias, que a su vez se ponen en contacto con las mucosas.

3.2 Qué se debe notificar

Como se ha especificado previamente, se define **Brote de infección respiratoria aguda** como la aparición de **3 o más casos con clínica de infección respiratoria aguda aparecidos en un período de 48 horas**.

Por tanto, la aparición de menos casos en ese período, o 3 o más casos, pero espaciados en más días no se debe notificar. Puede haber situaciones en las que no está claro. En ese caso es preferible aclararlo con la sección de vigilancia epidemiológica correspondiente para que valoren si se está ante una situación de brote.

3.3 Medidas específicas en caso de brote

La sección de vigilancia epidemiológica de la provincia donde se produzca el brote valorará si se ha producido un brote, realizará la investigación epidemiológica y propondrá las medidas de control del mismo. Las residencias no pondrán en marcha medidas de control del brote sin que las unidades de salud pública sean notificadas, hayan realizado la investigación y propongan medidas, coordinadas en su caso con los servicios sanitarios.

Las medidas se adaptarán a las características concretas de cada brote, valorando entre otras el agente etiológico, grado de afectación, gravedad, características del centro (arquitectura, personal, posibilidades de sectorización, tipo de residentes...).



Existen una serie de medidas de prevención para las infecciones respiratorias agudas, que incluyen vacunación de residentes y trabajadores, higiene de manos, uso de mascarillas, ventilación, limpieza y desinfección de las instalaciones, y régimen de visitas. En este documento **no se explican en detalle**, pero se pueden consultar en documentos como [éste](#).

Son sin embargo muy importantes y deberían estar contempladas en el funcionamiento habitual de la residencia, especialmente cuando se producen situaciones de alta transmisión comunitaria (por ejemplo, en situación de pico estacional de gripe). También se describen en el documento anterior las medidas ante la **aparición de casos aislados** de infección respiratoria aguda (1-2 casos en 48 horas).

Considerar el refuerzo de la plantilla: pueden ser necesarios más trabajadores por el incremento de tareas a realizar.

Sectorización: si se puede realizar. Según cómo sean las instalaciones se pueden separar al menos dos grupos de personas: afectadas (con síntomas) y no afectadas. También si es posible pueden ser incluso tres grupos separados: 1) asintomáticos sin contacto previo con sintomáticos, incluidos eventualmente las curaciones, 2) asintomáticos con contacto previo, y 3) sintomáticos). Si se puede realizar, se segregarán también los trabajadores para que atiendan sólo a un tipo de grupo de los definidos previamente. En los distintos grupos se darán indicaciones que pueden ser diferentes.

Espacios comunes: si se puede, se utilizarán por turnos por los distintos grupos.

Disminuir contactos sociales de los enfermos: no se recomienda el aislamiento estricto en la habitación, pero sí evitar en lo posible el uso de espacios comunes cerrados con los grupos de no enfermos.

Aislamiento: excepcionalmente se puede considerar el aislamiento según las circunstancias del brote. Sin embargo, hay que tener en cuenta el impacto negativo que tiene, que incluye depresión, deterioro, posible agravamiento y pérdida de movilidad.

Uso de mascarilla quirúrgica: en sintomáticos fuera de su habitación, salvo contraindicación.

Uso de mascarilla FFP2 por parte de trabajadores que atienden a residentes sintomáticos.

Realización de pruebas diagnósticas: no está indicado el cribado sistemático con pruebas diagnósticas en personas asintomáticas. Por indicación de salud pública se podrán hacer pruebas a un número suficiente de personas afectadas (no suele ser necesario a todos) para caracterizar el brote.

Estado de vacunación: se revisará el estado de vacunación de residentes y trabajadores. Si es necesario se recomendará completar con pautas de vacunación específicas.

Medidas ambientales: Se procurará realizar la ventilación de todos los espacios. Se aumentará la frecuencia de las medidas de limpieza y desinfección en toda la residencia, y especialmente en los espacios de los grupos de afectados, normalmente después de cada



uso y al menos dos veces al día para superficies que se tocan con frecuencia (manillas, teclados, interruptores...).

Se considerará cerrado el brote y que decaen las medidas que sean cuando lo establezca la sección de vigilancia epidemiológica. Esto es habitualmente cuando han pasado dos períodos de incubación sin aparición de nuevos casos, pero se valorará cada circunstancia particular.



4. Brotes de escabiosis (sarna)

4.1 Descripción

La **escabiosis** o **sarna** es una **infestación parasitaria de la piel** causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis. Los **síntomas** son **picor intenso**, especialmente por la noche, y **lesiones en la piel** con forma de surcos lineales que terminan en una vesícula. Las zonas más afectadas son en general: entre los dedos de las manos, muñecas, y cara anterior de los codos. En hombres: pliegues anteriores de las axilas, cintura, muslos y órganos genitales externos. En mujeres: pezones, abdomen y parte inferior de los glúteos.

La **principal vía de transmisión es el contacto directo y prolongado piel con piel con una persona infestada** (incluido el contacto sexual). Aunque menos efectiva, también puede transmitirse mediante **contacto indirecto y prolongado a través objetos infestados**, como ropa, toallas, ropa de cama o muebles.

Los brotes de escabiosis ocurren principalmente en **instituciones cerradas**, afectando a **pacientes, familiares y personal**, y **suelen deberse a diagnósticos tardíos** que facilitan su propagación.

4.2 Qué se debe notificar

Se debe notificar un solo caso sospechoso, probable o confirmado de sarna.

Siempre hay que valorar si hay más residentes o trabajadores con síntomas o lesiones compatibles y si hay antecedentes previos de otros casos. Si es necesario, vigilancia epidemiológica dará instrucciones para que se realice el diagnóstico de la enfermedad en personas relacionadas con la residencia.

4.3 Medidas específicas en caso de brote

Las medidas incluyen **tratamiento de los casos, aislamiento de los casos, control de los contactos y medidas ambientales**. Son todas ellas importantes y **deben realizarse en el mismo período**. Esto significa habitualmente **como mínimo una semana** (a veces más) entre aplicar la primera ronda de tratamientos, realizar diariamente las medidas ambientales, y completar la segunda ronda de tratamientos. Además, **todas las personas que deben recibir el tratamiento lo deben hacer a la vez**. Esto puede incluir tanto **residentes como trabajadores y familiares**, y tanto personas **enfermas** (infestadas, con signos y/o síntomas) como sus **contactos** (que no tienen signos y síntomas, por lo que es difícil a veces reconocer la necesidad de tratarse). Como además **hay que realizar las medidas ambientales en el mismo período**, esto puede requerir una preparación y organización importantes. Si no se realizan todas las medidas y en el mismo período, es frecuente que los brotes se prolonguen, que aparezcan nuevos casos o que casos antiguos reincidan, con el consiguiente perjuicio para las personas.



Tratamiento de los casos (enfermos) (Anexos 2 y 3)

El objetivo del tratamiento es **lograr la erradicación del ácaro causante (*Sarcoptes scabiei*) y prevenir su transmisión**. El tratamiento puede ser tópico (el más frecuente se muestra en el **anexo 2**, pero puede haber otros) o sistémico (el más frecuente por vía oral se muestra en el **anexo 3**). En general se harán **dos rondas de tratamiento separadas una semana**. Aunque la indicación de tomar medidas en general y entre ellas el tratamiento de las personas del brote la haga salud pública, la indicación y prescripción del tratamiento a cada persona concreta deben ser realizadas por la médica o el médico responsable del paciente. **Se recomienda seguir cuidadosamente las instrucciones de cada medicamento.**

Aislamiento de los casos (enfermos)

Se debe evitar el contacto físico con otras personas durante 14 - 24 horas posteriores al tratamiento, en función del tipo de fármaco utilizado. Los residentes afectados deben permanecer en una zona limpia y separada del resto de los internos. Al entrar en contacto piel con piel con el residente afectado, los trabajadores y familiares deben usar batas y guantes desechables. **Una vez retiradas las medidas de protección, es obligatorio realizar higiene de manos con solución hidroalcohólica o con agua y jabón.**

Control de los contactos

Los contactos estrechos de los casos, aunque no presenten síntomas, deben recibir tratamiento preventivo de la misma manera y a la vez que los casos confirmados. Esto puede ser difícil de entender (“si a mí no me pasa nada”), pero no tratar a los contactos constituye una causa frecuente de reinfección. Todos los contactos deben ser evaluados de forma individual mediante una revisión clínica dirigida a la búsqueda de lesiones compatibles con sarna. Si se descubre que son casos, a su vez hay que investigar sus posibles contactos.

El tratamiento de los casos y sus contactos debe realizarse de manera simultánea, acompañado de las correspondientes medidas ambientales. No empezar el tratamiento hasta estar seguros de poder realizar simultáneamente las medidas ambientales.

Medidas ambientales (Anexo 4)

Las medidas ambientales (no farmacológicas) deben realizarse en el mismo período que tiene lugar entre las rondas de tratamiento farmacológico (empezar mejor simultáneamente y como máximo en 24 horas tras la primera ronda), con el fin de minimizar el riesgo de reinfestación. Las medidas ambientales deberán aplicarse diariamente desde el primer día de tratamiento y mantenerse hasta completar la segunda tanda terapéutica (es decir, hasta el día siguiente a la finalización del último día de tratamiento cutáneo u oral).

Es fundamental seguir cuidadosamente todas las recomendaciones proporcionadas para garantizar la erradicación del parásito y prevenir nuevas infestaciones.



5. Brotes de gastroenteritis aguda

5.1 Descripción

La gastroenteritis se presenta como un proceso que cursa con **vómitos y/o diarrea** como síntomas predominantes, que **pueden acompañarse de malestar general, fiebre, cefalea y dolor abdominal**, entre otras manifestaciones.

El agente causal suele ser vírico o bacteriano, y puede haber otros.

Los virus son la causa más frecuente, destacando Rotavirus, Norovirus, Adenovirus y Astrovirus. Las **bacterias** que típicamente provocan brotes son *Campilobacter* y *Salmonella*, pero hay muchos otros.

Aunque cada agente causal tiene un modo de transmisión específico, por lo general, se pueden transmitir de las siguientes formas:

- **Transmisión alimentaria o hídrica:** a través de la ingesta de alimentos o agua contaminados.
- **Transmisión persona a persona:** vía fecal oral tras una higiene deficiente de las personas afectadas o de las personas que les ayudan a realizar la higiene.
- **Transmisión por objetos** (por ejemplo, manivelas de las puertas, botones del ascensor, apoyamanos de las escaleras...) contaminados por manipulación tras una higiene deficiente de los afectados o de sus ayudantes, o de deficiente limpieza y desinfección del entorno.

5.2 Qué se debe notificar

Dos o más casos de gastroenteritis relacionados en el espacio (residencia) y en el tiempo (72 horas).

Pueden aparecer casos del brote más allá de las 72 horas, pero como mínimo para considerarlo brote se tendrá que cumplir la definición anterior.

5.3 Medidas específicas en caso de brote

Se recomienda el **AISLAMIENTO ENTÉRICO** de los residentes **al menos mientras persistan la diarrea y/o los vómitos**. Este tipo de aislamiento consiste en **evitar el contacto con heces infectadas**. Incluye las siguientes medidas: **lavado de manos, habituación individual, uso de guantes y bata por sus cuidadores, uso de objetos personales, reforzar las medidas de limpieza y eliminación sanitaria de residuos**. A continuación se detallan las medidas.



Medidas para los casos (los enfermos)

Extremar las medidas de higiene en el manejo de los pacientes que requieran manipulación en sus cuidados. El personal que los atiende debe utilizar **bata**, hacer **lavado de manos** y uso de **guantes** para el manejo de los mismos, con **cambio de guantes entre cada uno de ellos**.

Destacamos por su importancia el **lavado de manos frecuente y escrupuloso de los trabajadores en contacto con los residentes**:

- Con **agua y jabón** (no solución hidroalcohólica), técnica adecuada, y tiempo suficiente (al menos 40 segundos).
- En las siguientes ocasiones:
 - Tras utilizar el baño.
 - Antes de comer, preparar o suministrar alimentos.
 - Después del contacto con enfermos o con el material que haya sido utilizado por las personas enfermas (ropa de cama, muebles, etc.).
 - Después de estornudar, toser, sonarse.
 - Antes y después de quitarse los guantes.

Determinados **objetos de los residentes serán de uso personal** (por ejemplo, los cubiertos utilizados en las comidas).

Los residentes con síntomas si es posible deben estar en **habitación individual** hasta que remita el cuadro, evitando el uso de las dependencias comunes y aseos colectivos.

Si es posible, **separar un espacio para uso común para enfermos y otro para residentes que no tengan síntomas**, y suspender las actividades de grupo mientras dure el brote.

Por indicación de salud pública se realizará **toma de muestras de heces para diagnóstico**. **La indicación individual la hará la médica o médico del paciente**.

Se realizará vigilancia activa y notificación ante la aparición de nuevos casos, tanto entre los residentes como entre los trabajadores de dicha residencia. La vigilancia activa consiste en evaluar diariamente a todos los residentes para detectar nuevos casos de enfermedad. Esto se realizará durante el período que indique la sección de vigilancia epidemiológica.

Medidas para los trabajadores

Los grupos implicados de una manera directa son: los **trabajadores sanitarios** (sobre todo enfermeras y auxiliares que trabajan en contacto con enfermos y residentes dependientes); el **personal de limpieza**, y el **personal que manipula alimentos** (sobre todo cocineros, pinches y los que sirven la comida).

Se recomienda la BAJA LABORAL a todos los trabajadores que presenten síntomas de gastroenteritis, hasta la desaparición del cuadro clínico, e insistir en que se extremen las medidas de higiene, especialmente las de **lavado de manos** cuando se incorpore a su trabajo. En el caso de personal que manipula alimentos se puede alargar la recomendación



de baja según el agente causal del brote hasta que se obtenga resultados de análisis de heces negativos para ese agente causal.

Medidas medioambientales

Intensificar los procesos de limpieza habituales. Incidir en aquellas superficies y objetos que entran en contacto frecuente con las manos, como los pomos de las puertas, lavabos, grifos, WC, teléfonos, barandillas, botones de ascensores, mando de TV, pomos de armarios, comedores y cocinas.

Utilizar un equipo de limpieza propio para las habitaciones o áreas dónde se encuentran los enfermos, y utilizar desinfectante.

Utilizar **cubos de pedal** en áreas donde se acumulen los residuos contaminados, utilizando siempre bolsas de basura. Deben mantenerse cerrados y desechar su contenido con frecuencia.

En cocinas y comedores enfatizar la **importancia del lavado de manos y el uso de ropa exclusiva en el personal**, especialmente al entrar a la cocina, antes de manipular y servir alimentos.

El personal de limpieza deberá ponerse bata y guantes desechables antes de realizar sus labores de limpieza.

Los restos de vómitos y diarrea deberán tratarse de la siguiente manera:

- Retirar con toallas de papel o con material absorbente.
- El material contaminado debe introducirse directamente en una bolsa de basura y cerrarla.
- Lavar inmediatamente el área implicada y las zonas cercanas con agua caliente y detergente.
- Después de limpiar, aplicar una solución desinfectante de agua con lejía. Utilizar lejía comercial (no detergentes con lejía) con al menos 40g de cloro por litro. La dosis es de dos tapones de lejía por litro (equivale a una concentración del 0.1% de lejía).
- Desinfectar del mismo modo el área de 3 metros alrededor de una zona contaminada (con heces o vómitos)
- Eliminar los guantes y el delantal en una bolsa de basura.
- Lavarse las manos.
- La ropa de cama y textiles contaminados deben colocarse en bolsas separadas del resto de ropa y lavarse aparte con un ciclo de lavado como mínimo a 60°C.



6. Otros brotes

Aunque son menos frecuentes, en las residencias de personas vulnerables se pueden dar otros brotes, que pueden ser muy diversos: conjuntivitis, tiña, tuberculosis o varicela son algunos ejemplos.

Se notificarán igual que los brotes vistos anteriormente. Las secciones de vigilancia pedirán la información necesaria y se establecerán medidas de control específicas.



ANEXO 1 Modelos de listados

Se realizarán en formato electrónico Excel® o compatible (.xls .csv .ods). Se incluyen en una hoja de cálculo adjunta un modelo sencillo de estos listados. Se pueden solicitar también a las secciones de vigilancia modelos para completar.

Listado de residentes y trabajadores

Se utilizará un formato en la que la primera fila tendrá las variables que se muestran a continuación en columnas diferentes. Cada fila adicional corresponderá a una persona.

- Nombre
- Apellido 1
- Apellido 2
- Nº de tarjeta sanitaria
- DNI
- Tipo: residente o trabajador
- Enfermo: poner SI en las personas enfermas

Listado de casos (enfermos) (brote de infección respiratoria aguda)

Mismo formato que el listado anterior. Se puede de hecho utilizar la información de los enfermos para no hacerla dos veces. Además de las variables anteriores:

- Fecha de nacimiento (día/mes/año)
- Sexo (mujer, hombre)
- Fecha de inicio de síntomas
- Clínica: indicar si hay: tos, dolor de garganta, disnea (dificultad para respirar), rinorrea (secreción nasal), otro. Se puede poner más de uno.
- Prueba diagnóstica realizada: Sí/no.
- Habitación: identificación según sea necesario: piso, número, cama...
- Lugares de la residencia frecuentados: comedor, talleres, actividades, terapia ocupacional...
- Hospitalizado: Sí/no.
- Hospital: nombre

Listado de casos (enfermos) y de contactos (brote de escabiosis/sarna)

Mismo formato que el primero. Se puede de hecho utilizar la información de los enfermos para no hacerla dos veces. Además de las variables anteriores:

- Fecha de nacimiento (día/mes/año)
- Sexo (mujer, hombre)
- Caso o contacto
- Fecha de inicio de síntomas (día/mes/año)



- Prueba diagnóstica realizada: Sí/no.
- Habitación: identificación según sea necesario: piso, número, cama...
- Lugares de la residencia frecuentados: comedor, talleres, actividades, terapia ocupacional...
- Ha estado durante las 6 semanas previas al inicio de los síntomas en otra residencia: si/no
- En caso afirmativo: nombre y datos de contacto de la residencia.
- Hospitalizado: si, no
- Hospital: nombre
- Fecha de inicio de tratamiento (día/mes/año)
- Fecha de fin de tratamiento (día/mes/año)
- Tipo de tratamiento: tópico/oral
- Nombre del tratamiento.

Listado de casos (enfermos) (brote de gastroenteritis aguda)

Mismo formato que el primero. Se puede de hecho utilizar la información de los enfermos para no hacerla dos veces. Además de las variables anteriores:

- Edad: en años cumplidos
- Sexo: mujer, hombre
- Fecha de inicio de síntomas: día/mes/año
- Clínica: indicar si hay: vómitos, diarrea, malestar general, fiebre, cefalea y dolor abdominal. Se puede poner más de uno.
- Se ha recogido muestra de heces: sí/no.
- Habitación: identificación según sea necesario: piso, número, cama...
- Lugares de la residencia frecuentados: comedor, talleres, actividades, terapia ocupacional...
- Menú de los 3 días previos a la fecha de inicio de síntomas.
- Hospitalizado: si, no
- Hospital: nombre

Se pueden pedir modelos de listados a la sección de vigilancia epidemiológica correspondiente por correo electrónico.



ANEXO 2

ESCABIOSIS. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO TÓPICO DE PERMETRINA AL 5%

CONSIDERACIONES GENERALES:

- Cortar las uñas de la persona afectada antes de empezar el tratamiento.
- Normalmente 30gr de crema son suficientes para una sola aplicación.
- La enfermedad deja de ser transmisible a las 12 h de haber realizado el primer tratamiento acaricida.
- Es necesario que la persona afectada y los contactos estrechos hagan el tratamiento el mismo día.

CÓMO SE APLICA EL TRATAMIENTO:

1. Por la noche antes de acostarse, hay que ducharse con agua caliente y jabón, frotando bien toda la piel y luego secarse bien con una toalla.
2. Esta toalla ya no puede volver a utilizarse, debe ponerse a lavar a 60°C.
3. Aplicarse la crema por toda la piel excepto la cara y en el interior de los genitales (esperar 10-15 min. antes e vestirse).
4. Insistir en las siguientes zonas:

| | |
|----------------------|---|
| Detrás de las orejas | Entre los dedos de las manos y los pies |
| En las ingles | En las nalgas |
| Bajo los pechos | En las axilas |

5. Dejar actuar por la noche mientras la persona duerme, unas 12 horas (mínimo 8 horas). Las sábanas deben haber sido lavadas a 60°C antes de acostarse.
6. Por la mañana, ducharse con agua tibia y jabón frotando bien la piel para eliminar el tratamiento, los ácaros muertos y los huevos.
7. Secarse con una toalla que haya sido lavada previamente a 60°C.
8. Vestirse con ropa que haya sido lavada a 60°C o haya pasado 7 días encerrada en una bolsa de plástico hermética.
9. Las sábanas utilizadas esa noche deben lavarse a 60°C.

A TENER EN CUENTA:

- El picor, si bien normalmente disminuye al cabo de uno o dos días de tratamiento, puede continuar con menor intensidad durante varias semanas, aunque todos los ácaros y huevos se hayan muerto.
- Hay que tener en cuenta que la aplicación del tratamiento también genera picor y esto es normal.
- Se recomienda utilizar cremas hidratantes y mantener la piel limpia y seca.
- Cuando se aplique el tratamiento a otra persona es imprescindible que el que vaya a aplicar el tratamiento se lave previamente las manos y se coloque un par de guantes para realizar la aplicación, que se desecharán y se volverá a realizar el lavado de manos antes de la nueva colocación de guantes para la siguiente persona.
- Deberá llevar bata o delantal desechable.
- Todo se quitará de manera adecuada y se meterá en una doble bolsa de plástico preparada previamente y se cerrarán con un nudo.
- Las esponjas usadas para la higiene personal no pueden ser reutilizadas y serán desechadas.
- Si fuera necesario realizar el lavado de la persona por vómitos, diarreas, cambio de pañal...habrá que volver a aplicar el tratamiento en la zona requerida.
- La ropa de vestir, ropa de cama y las toallas se cambiarán todos los días que dure el tratamiento (7 días).
- Una sola aplicación parece alcanzar el 90% de efectividad, pero es mejor repetir una segunda aplicación a los 7 días de la primera.
- Si el tratamiento ha sido eficaz, no deberían aparecer nuevos túneles ni erupciones. En cualquier caso, habrá que vigilar la aparición de lesiones o la evolución de las existentes durante al menos 6 semanas

“RESIDENTE LIMPIO EN ROPA LIMPIA CON CAMA LIMPIA EN HABITACION LIMPIA”

Fuente: Adaptado de la Agència de Salut Pública de Barcelona.

Disponible en: <https://webs.aspb.cat/epidemiologia-transmissibles/sarna-escabiosi/>



ANEXO 3

ESCABIOSIS. TRATAMIENTO CON IVERMECTINA ORAL.

Consideraciones generales

- Tiene un efecto acaricida pero no ovicida.
- Es una buena alternativa en el control de brotes en instituciones cerradas o semicerradas como centros sociosanitarios, prisiones...
- Se debe evitar el contacto corporal con otras personas después de la primera aplicación o toma del tratamiento hasta pasadas entre 24 horas

Cómo se aplica el tratamiento

1. La dosis es de 200 mcg/kg en una sola toma (se repite a la semana), todas juntas. Pueden triturarse.
2. Se pueden tomar en cualquier momento del día, pero no se han de ingerir alimentos en las dos horas previas y las dos horas posteriores a la administración, por lo que se recomienda su toma antes de ir a dormir.
3. La dosis se determina en función del peso:

| PESO CORPORAL (Kg) | DOSIS (nº comprimidos 3 mg) |
|--------------------|-----------------------------|
| De 15 a 24 kg | 1 |
| De 25 a 35 kg | 2 |
| De 36 a 50 kg | 3 |
| De 51 a 65 kg | 4 |
| De 66 a 79 kg | 5 |
| ≥ 80 kg | 6 |

A tener en cuenta

- El picor, si bien normalmente disminuye al cabo de uno o dos días de tratamiento, puede continuar con menor intensidad durante varias semanas, aunque todos los ácaros y huevos se hayan muerto.
- Se recomienda utilizar cremas hidratantes y mantener la piel limpia y seca.



ANEXO 4

Medidas ambientales en brotes de escabiosis

Consideraciones generales

Dada la posibilidad de transmisión a partir de los huevos o larvas que puedan quedarse en los tejidos o mobiliario, siempre será necesario adoptar medidas de higiene que se aplicarán **al mismo tiempo** que las medidas de tratamiento y control y que incluyen:

Recomendaciones con la ropa

- Lavar a 60º C (mínimo 10 minutos) y secar con secadora 20 minutos. Se hará con la ropa que se ha llevado en los últimos 7 días antes de empezar los síntomas y hasta que empieza el tratamiento (incluir ropa íntima, pijamas, sábanas, toallas, ropa de vestir...).
- Toda la ropa que se pueda lavar debe ponerse en una bolsa de plástico y transportarla así, asegurándose de que se vacíe directamente en la lavadora para evitar contaminar otras superficies.
- Toda la ropa de cama, toallas y ropa de vestir debe cambiarse diariamente hasta completar los dos tratamientos (separados 7 días).
- La ropa o material que **no** se pueda lavar con lavadora ni en seco (zapatos, abrigos, mantas...) debe ponerse en una bolsa de plástico bien cerrada (que no entre aire) durante 7 días para que se mueran los ácaros y los huevos y depositarla en el armario del residente.
- Hay que identificar todo lo que ha utilizado la personada afectada y las que han sido identificadas como contactos estrechos y realizar su tratamiento adecuado: zapatillas, calzado, bolsos, bata, abrigo....

Relacionados con la limpieza general

- Se realizará limpieza general con agua y jabón de colchones, almohadas, muebles tapizados, alfombras.... asegurándonos de limpiar todos los rincones. Luego es necesario pasar la aspiradora a fondo. El uso de la aspiradora facilita la eliminación de los huevos y ácaros en superficies textiles como almohadas o sillones. El aspirado debe realizarse con inyectores pequeños que favorezcan importantes flujos de aspiración. La bolsa de la aspiradora y los filtros deben cambiarse después de cada actuación.
- Limpieza y desinfección rutinaria con los desinfectantes habituales de las superficies de todo el mobiliario que haya tocado el paciente. En superficies como sillas de plástico, puede ser útil el uso de sistemas de limpieza con vapor en las que se pueden alcanzar temperaturas de más de 120º C. Estos sistemas de limpieza también podrían ser útiles para las fundas plásticas de los colchones, almohadas etc. que han estado en contacto con la persona afectada si el material lo permite.
- Si no se puede utilizar un sistema de limpieza a vapor habrá que plastificar o poner en bolsas de plástico industriales los colchones, almohadas, sofás, sellando el plástico con cinta adhesiva grande para que quede aislado el material de forma hermética, de manera que se puedan seguir utilizando durante los 7 días y hasta que se complete el segundo tratamiento.
- No es necesaria la fumigación dado que se ha demostrado que no es eficaz, tampoco deben utilizarse insecticidas ni otros productos químicos.
- Antes de iniciar el tratamiento evitar compartir cremas y jabones entre personas residentes o usuarias.
- Es aconsejable que los casos lleven manga larga.
- Los casos pueden hacer vida normal y seguir con sus actividades evitando material textil en las mismas.

Fuente: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Disponible en: <https://webs.aspb.cat/epidemiologia-transmissibles/sarna-escabiosi/>