



Principado de
Asturias

Consejería
de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Atención a la Salud Mental



ESCARLATINA

PROTOCOLOS DE SALUD PÚBLICA

NOVIEMBRE DE 2023

**Enfermedad infecto-contagiosa.
Los brotes son de declaración obligatoria y urgente.
Los casos aislados no son de declaración obligatoria.**

PROTOCOLO DE ESCARLATINA

vigilancia.sanitaria@asturias.org



RESUMEN ESCARLATINA

CUADRO CLÍNICO	○ Fiebre, faringo-amigdalitis, exantema y descamación. ○ Las formas graves pueden dar lugar a un síndrome de shock tóxico estreptocócico, fascitis necrotizante o septicemia.
AGENTE CAUSAL	○ Estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA).
RESERVORIO	○ Piel y mucosas tanto de enfermos como de asintomáticos.
MODO DE TRANSMISIÓN	○ Persona a persona: transmisión por gotas. ○ Menos frecuente a través de fómites.
PERIODO DE INCUBACIÓN	○ De 2 a 5 días.
PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD	○ Desde las 12 horas del contacto hasta las 24 horas tras el inicio del tratamiento. ○ En casos no tratados hasta 2-3 semanas después del inicio de síntomas.
SUSCEPTIBILIDAD	○ Más frecuente en niños de 2 a 8 años. ○ Más frecuente en invierno y primavera.
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	○ Desde 1996 ya no se considera Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO). ○ Los brotes si son de declaración obligatoria y urgente.
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA	○ Control del paciente y sus contactos. ○ Prescripción de tratamiento antibiótico adecuado. ○ Adoptar las medidas para evitar la transmisión por gotas y contacto. ○ En caso de brote: evaluar el riesgo e implementar medidas de control.



Principado de
Asturias

Consejería
de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Atención a la Salud Mental





DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La escarlatina es una enfermedad infecto-contagiosa aguda que afecta a la infancia y cuyos síntomas son fiebre, faringo-amigdalitis, exantema y descamación. Está causada por cepas de *Streptococcus pyogenes* (estreptococo betahemolítico del grupo A, EBHGA) productoras de exotoxina pirogénica.

La transmisión suele ser directa, de persona a persona por vía aérea mediante gotitas de saliva (gotas de Pflügge). También pueden contagiar las personas portadoras a través de objetos o alimentos, aunque con menor frecuencia.

Es más frecuente entre los 2 y los 8 años de edad (máxima incidencia alrededor de los 4 años); en menores de 3 años es menos frecuente, pero debe considerarse en ambiente epidémico familiar, lactantes que acuden a escuela infantil y en épocas de mayor incidencia. Se observa una mayor incidencia de la enfermedad durante estaciones de invierno y primavera principalmente. No hay diferencias significativas de incidencia entre ambos sexos.

Por lo general es una enfermedad benigna y autolimitada, aunque en algunos casos puede ser grave, cuando se producen formas tóxicas y formas sépticas, como el síndrome de shock tóxico estreptocócico, fascitis necrotizante o septicemia.

Signos y síntomas

Los síntomas de la escarlatina pueden ser inespecíficos al principio de la enfermedad, y pueden incluir dolor de garganta, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, vómitos y una erupción cutánea.

La principal característica de esta enfermedad es la aparición en 24-48 horas de una erupción cutánea, con zonas de piel enrojecida, que blanquean al apretar y produce en la piel una textura parecida al papel de lija, que suele aparecer primero en el pecho y en el vientre, y se extiende rápidamente a otras partes del cuerpo, como cuello, tórax, axilas, codos, ingles y muslos. En general, la erupción es más intensa a lo largo de los pliegues (líneas de Pastia) y respeta el triángulo nasogeniano, lo que da aspecto de palidez perioral (fascies de Filatov). Además, durante la erupción la lengua puede descamarse y aparecer roja con papilas prominentes, confiriéndola un aspecto aframbuesado o de fresa. La erupción suele ir acompañada de fiebre, amigdalitis y faringitis. Durante la convalecencia, puede producirse una ligera descamación de la piel en las puntas de los dedos de manos y pies y, con menos frecuencia, en amplias zonas del tronco y las extremidades.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y debe confirmarse con un test rápido de estreptococo o un cultivo de exudado faríngeo. Los criterios de confirmación diagnóstica de laboratorio son:

- Evaluación inicial: test de diagnóstico rápido (TDR) estreptocócico.
- Situaciones especiales:
 - En casos de duda diagnóstica (por ejemplo, exantema escarlatiniiforme sin fiebre y/o faringitis), recurrencias, casos secundarios y brotes en colectividades, confirmación microbiológica mediante: TDR de *S. pyogenes* o cultivo de exudado faríngeo.



- Anticuerpos anti-estreptolisina (ASLO): para valorar si un episodio anterior reciente, en el que no se hizo comprobación mediante TDR o cultivo, pudo ser causado por *S. pyogenes* (de 2 a 3 semanas después del inicio del episodio anterior), cuando este dato sea relevante.

Complicaciones

Aunque la escarlatina suele ser una enfermedad leve, algunos pacientes pueden requerir ingreso hospitalario para tratar los síntomas o las complicaciones. Entre las complicaciones precoces, que suelen aparecer en las primeras fases de la enfermedad debido a la extensión de la infección estreptocócica a tejidos vecinos, se pueden incluir la otitis media, mastoiditis, adenitis cervical, laringitis, sinusitis, absceso faríngeos, bronconeumonías o meningitis. En fases posteriores pueden aparecer secuelas como la glomerulonefritis aguda, osteomielitis o fiebre reumática aguda.

El tratamiento rápido con antibióticos adecuados reduce significativamente el riesgo de complicaciones. Cabe destacar que se ha observado que los contactos familiares de los casos de escarlatina tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad en los 2 meses siguientes a la aparición de la escarlatina en el caso inicial, aunque este riesgo sigue siendo relativamente bajo (35,3 casos por 100.000 personas-año). Los médicos deben aconsejar a los pacientes, o a sus padres o tutores, que estén atentos a cualquier síntoma que pueda sugerir estas complicaciones, y que busquen ayuda médica inmediatamente si les preocupa la evolución de la enfermedad.

Epidemiología

En numerosos textos clásicos y algunos artículos se considera que la escarlatina es actualmente poco frecuente; sin embargo, muchas publicaciones refieren un aumento significativo de casos desde 2014. Su incidencia es cíclica y depende de la prevalencia de las cepas productoras de toxinas y del estado inmunitario de la población, siendo mayor en niños de 5 a 15 años, especialmente en los escolares más jóvenes, pero no es excepcional en otras edades. Su principal reservorio lo constituyen la piel y mucosa humanas de personas enfermas o portadores asintomáticos.

El método de transmisión consiste principalmente en la transmisión por vía aérea y el contacto directo. Los niños con escarlatina no tratada diseminan el agente etiológico a través de las gotitas de saliva de la vía respiratoria y de las secreciones nasales, aunque se han documentado casos de transmisión por alimentos y fómites. La transmisión se ve favorecida por el contacto estrecho, y por tanto las guarderías, colegios y el hogar constituyen ambientes de importante diseminación.

El periodo de incubación es de 2 a 5 días. Los niños dejan de ser infectivos en general 24 horas después del inicio del tratamiento antibiótico adecuado, aunque recientemente se ha publicado que 12 horas pueden ser suficientes. Los portadores faríngeos crónicos del EBHGA rara vez transmiten ese organismo a los demás.

Se considera que el periodo de transmisibilidad oscila entre las 12 horas después del contacto con la bacteria, hasta generalmente 24 horas después del inicio del tratamiento antibiótico. En los casos no tratados y sin complicaciones existe la posibilidad de seguir transmitiendo la enfermedad hasta 2 o 3 semanas después del inicio de la sintomatología.

La escarlatina es una enfermedad que puede acontecer más de una vez en la vida de un individuo, debido a la existencia de varios linajes genéticos del estreptococo betahemolítico del grupo A que dan lugar a diversas toxinas pirogénicas.



DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

Criterio clínico

Alguno de los siguientes: manifestaciones clínicas de la angina estreptocócica, enantema, lengua aframbuesada y exantema escarlatiniforme. Las formas graves se caracterizan por fiebre alta y una acusada toxicidad sistémica.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los dos criterios siguientes:

- Detección de antígenos con un test de diagnóstico rápido estreptocócico (TDR)
- Aislamiento de *S. pyogenes* en una muestra clínica (exudado faríngeo)

Criterio epidemiológico

Vínculo epidemiológico con un caso confirmado.

Clasificación de los casos

- Caso sospechoso: Persona que cumple el criterio clínico.
- Caso probable: Persona que cumple los criterios clínico y epidemiológico.
- Caso confirmado: Persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio.

Definición de brote

La existencia de 2 o más casos probables o confirmados, notificados dentro en un plazo de 10 días entre sí (periodo de tiempo que se corresponde a 2 periodos máximos de incubación de la enfermedad) y con un vínculo epidemiológico entre los casos.



MODO DE VIGILANCIA

La escarlatina desde 1996 ya no tiene consideración de enfermedad de declaración obligatoria en España, excepto cuando se presenta en forma de **brote epidémico**, que debe ser declarada de forma **urgente** y obligatoria.

Esta obligatoriedad afecta, en primera instancia, a todos los profesionales sanitarios en ejercicio y a los centros sanitarios, públicos y privados, que detectan la aparición del mismo. Los responsables de instituciones, públicas o privadas que sospechan la aparición de un brote, deberán comunicarlo también de manera urgente al SVE. En horario extra-laboral se comunicará el brote al 112, que trasladará la información al teléfono de Alertas de Salud Pública del SVE.

La notificación de los brotes se realizará a:

Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.
Consejería de Salud del Principado de Asturias.
C/ Ciriaco Miguel Vigil, 9. Edificio "Buenavista". 33006 Oviedo.
Teléfonos: 985 10 65 04. 985 10 63 23 (horario de oficina). Fax: 985 10 63 20
Correo-e: vigilancia.sanitaria@asturias.org

El Servicio de Vigilancia Epidemiológica será el encargado de notificar los brotes a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica por los circuitos habituales establecidos.



MEDIDAS PREVENTIVAS

Control del paciente, contactos y medio

Cuando aparecen síntomas de escarlatina, o de otras infecciones por estreptococos, la medida más importante es un tratamiento precoz con antibióticos. El tratamiento acorta la duración de los síntomas, previene la aparición de complicaciones y evita la transmisión de la bacteria a las 24 horas del tratamiento. Por tanto, cuando se sospeche una de estas infecciones, se recomienda:

- Prescripción de un tratamiento antimicrobiano adecuado:
 - Penicilina V15 VO, 25-50 mg/kg/día, en 2 dosis, durante 7-10 días; dosis estándar. Si < 27 kg de peso: 250 mg, c/12 horas. Si ≥ 27 kg de peso: 500 mg, c/12 horas.
 - Alternativas: Amoxicilina VO, 40-50 mg/kg/día, durante 7-10 días; pauta: 2 dosis/día, máximo 500 mg/dosis. 1 dosis/día, máximo 1 g/dosis.
- Duración del tratamiento:
 - Se recomienda mantener la duración de 10 días cuando el objetivo de asegurar la erradicación microbiológica sea relevante: escarlatina o faringitis estreptocócica de repetición, brote intrafamiliar, pacientes inmunocomprometidos, pacientes que conviven con enfermos con antecedentes de fiebre reumática o con inmunodepresión, y brotes comunitarios de la enfermedad.
 - Una duración más corta que la tradicionalmente recomendada (10 días) consigue probablemente los mismos resultados clínicos.
- Tomar precauciones con las secreciones de nariz y garganta hasta pasadas 24 horas tras el inicio del tratamiento:
 - Proteger la boca al toser o estornudar, utilizando pañuelos desechables.
 - Lavarse las manos tras cada contacto con estas secreciones (tras sonarse o toser).
 - Evitar el uso compartido de cubiertos, vasos u otros objetos que se llevan a la boca.
- Aconsejar la exclusión temporal de la asistencia a clase de los casos durante al menos 24 horas tras el inicio de un tratamiento antibiótico eficaz.
- Considerar la posibilidad de tomar una muestra faríngea para ayudar al diagnóstico diferencial o si el paciente:
 - Se cree que puede formar parte de un brote, para confirmar la etiología.
 - Es alérgico a la penicilina, para determinar la susceptibilidad antimicrobiana (el agente etiológico puede ser resistente a opciones no penicilínicas como los macrólidos y la clindamicina).
 - Está en contacto regular con personas vulnerables (por ejemplo, trabajadores sanitarios), como inmunodeprimidos, personas con comorbilidades o con la integridad de la piel comprometida, lo que facilitará una rápida actuación de salud pública al diferenciarlas de enfermedades que imitan a la rubéola y el sarampión.
- Si otros miembros de la familia presentan síntomas probablemente causados por una infección por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A, tales como dolor de garganta, fiebre leve, infección cutánea leve (por ejemplo, impétigo), considerar la revisión clínica, el tratamiento antibiótico y la recomendación de exclusión.



Control de los brotes de escarlatina

Comunicación con el personal de la escuela, padres o tutores en caso de brotes escolares

En situaciones de brote, se podría proporcionar una carta estándar (anexo I) para que las escuelas la envíen a los padres o tutores, y también al personal. En ella se proporciona información sobre los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la escarlatina, y se aconseja que los niños sintomáticos no vayan a la escuela, acudan a su médico de cabecera y permanezcan en casa hasta que hayan tomado antibióticos durante al menos 24 horas.

Investigación del brote y evaluación del riesgo de propagación

La investigación del brote debe delimitar la población en la que ocurre el brote (territorio epidémico), y el potencial de difusión de la enfermedad en esa población, en función de las características que hacen posible la transmisión del estreptococo beta-hemolítico del Grupo A.

La investigación inicial del brote debe comenzar lo antes posible. La información preliminar debe evaluar el vínculo epidemiológico entre los casos, por ejemplo, casos en la misma guardería, clase o centro educativo.

No se recomienda el hisopado masivo de niños en un brote. En algunas circunstancias (por ejemplo, cuando hay niños con una infección más grave u hospitalizados, o hay altos niveles de preocupación) el Servicio de Vigilancia Epidemiológica podría considerar la posibilidad de realizar un cribado y hacer un seguimiento de los resultados de dichas muestras para informar las decisiones sobre la gestión del brote.

Se debe animar a los padres a que lleven a sus hijos con síntomas al médico de cabecera para que les realice un diagnóstico clínico y las pruebas diagnósticas adecuadas.

Consejos para el control de brotes:

- Debe recordarse al personal y a los padres que los niños y adultos con escarlatina no deben volver a la guardería o al colegio hasta que hayan transcurrido al menos 24 horas después del inicio de un tratamiento antibiótico adecuado.
- Lavarse las manos sigue siendo la medida más importante para prevenir estas infecciones. Debe fomentarse una buena higiene de las manos entre todos los alumnos y el personal, y animar a los niños a lavarse las manos al comienzo de la jornada escolar, después de ir al baño, después de jugar, antes y después de comer, y al final de la jornada escolar. Es importante la realización de una técnica correcta de lavado de manos, así como garantizar la presencia de jabón líquido y abundantes toallitas de papel para el secado de manos en los lavabos.
- Debe animarse a niños y adultos a que se cubran la boca y la nariz con un pañuelo de papel al toser y estornudar, y a que se laven las manos después de estornudar y después de utilizar o desechar pañuelos de papel.
- La ruptura de la barrera cutánea proporciona un portal de entrada para el organismo, por lo que debe recordarse a los niños y al personal que todos los rasguños o heridas, especialmente las mordeduras, deben limpiarse a fondo y cubrirse.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gerbe MA. Estreptococo grupo A. En: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, Geme JW, Behrman RE. Nelson Tratado de Pediatría. 19.^a edición. Barcelona: Elsevier España. 2013; 955-60.
2. Wormser GP, Colebunders RL. Control of Communicable Diseases Manual, 19th Edition Edited by David L. Heymann Washington, DC: American Public Health Association, 2008. 746 pp. \$45.00 (hardcover). Clin Infect Dis. 15 de octubre de 2009;49(8):1292-3.
3. Chiou CS, Wang YW, Chen PL, Wang WL, Wu PF, Wei HL. Association of the shuffling of Streptococcus pyogenes clones and the fluctuation of scarlet fever cases between 2000 and 2006 in central Taiwan. BMC Microbiol. 1 de junio de 2009;9:115.
4. Sanz de Miguel MP, Perales Martínez JI, Chapi Peña B, Arana Navarro T, Cenarro Guerrero T, García Vera C. Enfermedades exantemáticas en la consulta de Atención Primaria. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2009;11:e42-e42.
5. Garcia G, José J. Differential Diagnosis of Viral Exanthemas. Open Vaccine J [Internet]. 16 de febrero de 2010 [citado 20 de marzo de 2023];3(1). Disponible en: <https://benthamopen.com/ABSTRACT/TOVACJ-3-65>
6. Herdman MT, Cordery R, Karo B, Purba AK, Begum L, Lamagni T, et al. Clinical management and impact of scarlet fever in the modern era: findings from a cross-sectional study of cases in London, 2018-2019. BMJ Open. 24 de diciembre de 2021;11(12):e057772.
7. Scarlet Fever: All You Need to Know | CDC [Internet]. 2023 [citado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/scarlet-fever.html>
8. HealthyWA, Western Australian Department of Health [Internet]. [citado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.healthywa.wa.gov.au/>.
9. Villamor Martín R, del Pozo Menéndez B. Escarlatina (v.2/2019). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el 22-03-2023. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
10. Efstratiou A, Lamagni T. «Epidemiología del Streptococcus pyogenes». En: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editores. Streptococcus pyogenes Basic Biology to Clinical Manifestations. Oklahoma City: Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oklahoma, 2016.
11. UK Health Security Agency. Guidelines for the public health management of scarlet fever outbreaks in schools, nurseries and other childcare settings. UKHSA, 2023. Available at: gov.uk/government/publications/scarlet-fever-managing-outbreaks-in-schools-and-nurseries



ANEXO I. CARTA A LOS CENTROS EDUCATIVOS ANTE AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE LA ESCARLATINA

Estimado Sr/a Director/a:

En las últimas semanas, los Servicios de Salud Pública han recibido la notificación de la ocurrencia de un aumento de casos de escarlatina entre la población infantil de <centro escolar>, que viene registrándose desde <fecha>.

La escarlatina es una enfermedad producida por una bacteria llamada estreptococo del grupo A, que es la misma bacteria que causa las faringitis y amigdalitis (anginas) bacterianas. La principal característica de esta enfermedad es la aparición de una erupción cutánea, con zonas de piel enrojecida (que blanquean al apretar y con un tacto como de arena) en cuello, tórax, axilas, codos, ingles y muslos, y finaliza con descamación de la piel; además se suele acompañar de fiebre y faringitis, y la lengua puede aparecer enrojecida o pálida con puntos rojos (aspecto de fresa).

La escarlatina no es más que una manifestación especial de las infecciones habituales de la infancia por estreptococos (faringitis y amigdalitis), que ocurre porque algunas cepas de esta bacteria pueden producir una toxina (toxina eritrogénica) que es la responsable de la erupción.

Las infecciones por estreptococo ocurren principalmente en niños entre los 2 y los 12 años de edad, y son más frecuentes en los meses fríos, pero muchas de estas infecciones no producen síntomas o son muy leves. Estas bacterias se transmiten entre las personas a través de las secreciones respiratorias, por gotitas generadas al hablar, toser o estornudar, o por contacto directo con ellas (por ejemplo, mediante besos o al compartir vasos u otros objetos que se llevan a la boca).

Cuando aparecen síntomas de escarlatina, o de otras infecciones por estreptococos, la medida más importante es un tratamiento precoz con antibióticos. El tratamiento acorta la duración de los síntomas, previene la aparición de complicaciones y evita la transmisión de la bacteria (a las 24 horas del tratamiento). Por tanto, cuando se sospeche una de estas infecciones, se recomienda:

- Acudir al pediatra que hará el diagnóstico y prescribirá el antibiótico adecuado.
- Tomar precauciones con las secreciones de nariz y garganta hasta pasadas 24 horas tras el inicio del tratamiento:
 - Proteger la boca al toser o estornudar, utilizando pañuelos desechables.
 - Lavarse las manos tras cada contacto con estas secreciones (tras sonarse o toser).
 - Evitar el uso compartido de cubiertos, vasos u otros objetos que se llevan a la boca.
- Se recomienda que los niños y los profesores enfermos no acudan a clase hasta pasadas 24 horas tras el tratamiento.

Agradeciendo su valiosa ayuda, aprovecho para saludarle atentamente y recordarle que para cualquier información puede localizarnos en el teléfono 985 10 65 04 o 985 10 63 23.

Servicio de Vigilancia Epidemiológica

Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental

Consejería de Salud del Principado de Asturias