



Características de pacientes diagnosticados de escabiosis. Un estudio descriptivo

Characteristics of patients diagnosed with scabies. A descriptive study

AUTORAS

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| (1) Nuria Villafañez-Roldan | (1) Elena Fernández-Sánchez | (1) Sonia González-Martínez |
| (1) Olga Corral-Rodríguez | (1) Cristina Muñoz-Santos | (2) María José Fernández-Landa |

FILIACIONES

- (1) Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Centro de Salud de Deusto, Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto, BILBAO, ESPAÑA.
- (2) Enfermera Doctora en Salud Pública (UPV/EHU), Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Centro de Salud de Zorroza, Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto, BILBAO, ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

No hubo.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La escabiosis o sarna es una enfermedad que ha aumentado su incidencia en España en los últimos años. Asimismo, los expertos destacan una posible resistencia emergente a los medicamentos para tratarla. El objetivo de este trabajo fue describir las características de las personas con diagnóstico de escabiosis y su influencia en la curación.

MÉTODOS // Se realizó un estudio descriptivo transversal con 867 personas que tenían diagnóstico de escabiosis, cuyo seguimiento fue realizado por la RVRE. Se incluyeron datos sociodemográficos, relacionados con el trabajo de la RVRE y relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. Se emplearon las pruebas Chi Cuadrado, test exacto de Fisher, Kruskal-Wallis y Wilcoxon Scores, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS // El 48,2% fueron mujeres. La media (DE) de edad fue de 29,9 (19,1) años. El 65,3% fueron españoles. El 81% vivían acompañados en domicilio privado y el 9% tenía relación con un recurso sociosanitario. El 89,4% se diagnosticaron en Atención Primaria. El 79,4% de las personas no habían tenido episodios previos de escabiosis. El 69% de los casos se curaron tras recibir una sola pauta. El tratamiento de primera elección fue la permetrina (61,2%). La vaselina azufrada fue de elección (25%) a partir de la 3ª pauta de tratamiento. Facilitaron una media de 2,8 (2,9) contactos estrechos. El ámbito de exposición referido era desconocido en el 53,2%. Las personas con mayor dificultad para curarse eran menores de veinte años ($p = 0,0130$) y tuvieron más contactos estrechos (3,2 frente a 2,5), especialmente usuarios de recursos sociosanitarios (5,5).

CONCLUSIONES // La escabiosis afecta a cualquier tipo de persona, pese a que puede existir una afectación mayor ante determinadas características. La curación es difícil-tosa, especialmente en poblaciones asociadas al uso de recursos sociosanitarios.

PALABRAS CLAVE // Escabiosis; Permetrina; Tratamiento Farmacológico; Control; Características de la población.

ABSTRACT

BACKGROUND // Scabies is a disease whose incidence has increased in Spain in recent years. Furthermore, experts have pointed to the potential emergence of resistance to the medications used to treat the disease. The aim of this paper was to describe the characteristics of people diagnosed with scabies and their influence on healing.

METHODS // A descriptive cross-sectional study of 867 people diagnosed with scabies, who were followed up by the STNE, was carried out. Sociodemographic data, related to the disease and its treatment, and related to the work of the STNE were included. Descriptive and inferential analysis was performed. Chi-Square, Fisher's exact test, Kruskal-Wallis and Wilcoxon Scores tests were used, considering $p < 0.05$ as significant.

RESULTS // 48.2% were women. The mean (SD) age was 29.9 (19.1) years. 65.3% were Spanish. 81% lived with someone in a private home and 9% had a relationship with a social-healthcare resource. 89.4% were diagnosed in Primary Care. 79.4% of people had not had previous episodes of scabies. 69% of cases were cured after receiving only one treatment regime. The first choice treatment was permethrin (61.2%). Sulfur Vaseline was the choice (25%) from the third treatment regimen onwards. They facilitated an average of 2.8 (2.9) close contacts. The reported area of exposure was unknown in 53.2%. People with greater difficulty to be healed were younger than twenty years ($p = 0.0130$) and had more close contacts (3.2 vs 2.5), especially users of social-healthcare resources (5.5).

CONCLUSIONS // Scabies affects any type of person, although there may be a greater impact due to certain characteristics. Healing is difficult, especially in populations associated with the use of socio-health resources.

KEYWORDS // Scabies; Permethrin; Drug Therapy; Control; Population Characteristics.

AGRADECIMIENTOS

A los sujetos de estudio, ya que sin su colaboración el estudio no se hubiese podido realizar. A todas las personas que de forma desinteresada han contribuido a la realización de este estudio, con especial mención a la OSI Bilbao-Basurto, a la Unidad de Investigación e Innovación de la OSI y a la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

INTRODUCCIÓN

La escabiosis o sarna es una enfermedad parasitaria causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, parásito humano obligado. Su ciclo vital es de cuatro-seis semanas (1). Los ácaros y sus productos generan una reacción de hipersensibilidad, produciendo intenso prurito de predominio nocturno y pápulas eritematosas que, al rascarse, producen escoriación. Esta sintomatología se distribuye preferentemente en espacios interdigitales de manos, muñecas, areolas y genitales. La lesión patognomónica es el surco acarino producido por el ácaro que lo excava (2,3).

El periodo de incubación es de dos-seis semanas en personas sin exposición previa y de uno-cuatro días en personas expuestas (1). Aunque ya no se alberguen ácaros adultos, la persona portadora de huevos puede contagiar la infestación una vez que éstos eclosionen y el ácaro se desarrolle (1,2).

La sarna clásica es transmitida por contacto directo con la piel de una persona infestada, mínimo durante quince-veinte minutos (4), o menos frecuentemente a través de fómites contaminados (prendas, ropa de cama y toallas) (1,5). Su diagnóstico es mayoritariamente clínico, siguiendo los niveles de certeza diagnóstica de los criterios IACS 2020: escabiosis confirmada, clínica y sospechada (6). Puede confirmarse microscópicamente con la identificación de áca-

ros o huevos (7), pudiendo demorarse debido a una presentación inespecífica o baja sospecha clínica (2,8).

Ante un caso o brote, el objetivo es erradicar el parásito y cortar la cadena de transmisión. Dado que las personas que se encuentran en la etapa inicial pueden ser asintomáticas y que no todos los tratamientos eliminan los huevos del parásito (5), cobra especial relevancia el tratamiento simultáneo de contactos estrechos (convivientes y personas con las que se haya mantenido contacto prolongado piel con piel en el último mes y medio), presenten o no éstos sintomatología (9).

El tratamiento implica medidas farmacológicas y no farmacológicas, que deben instaurarse simultáneamente. El tratamiento farmacológico de primera línea es permetrina tópica o ivermectina oral, que debe aplicarse en toda la piel, incluyendo cuero cabelludo, ingles, ombligo, genitales externos, espacio interdigital y bajo el extremo distal de uñas, y dejar actuar entre ocho y doce horas (1). Se debe repetir a los ocho-quince días, especialmente en el caso de la ivermectina, por no ser ovicida (4). Se debe realizar una adecuada descontaminación del entorno (tratamiento de fómites). El ácaro y sus huevos mueren al exponerse a temperaturas superiores a 50 °C durante diez minutos o tras ser aislados en bolsas de plástico entre tres días (condiciones templadas y secas) y ocho días (condiciones cálidas y húmedas) (10,11).

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sarna está declarada como enfermedad desatendida (12). Los brotes pueden surgir en lugares cerrados (hospitales, centros de cuidados de larga duración...) debido al hacinamiento, ya que aumenta el contacto directo con la piel de otras personas (5). En España, destaca el aumento de su incidencia en los últimos años (13). Asimismo, destaca la preocupación de expertos ante una posible resistencia emergente a los medicamentos para tratarla, especialmente, a permetrina e ivermectina (14).

Su abordaje conlleva costos sustanciales para los sistemas sanitarios. Es fundamental contar con recursos necesarios para identificar y notificar contactos estrechos, con un acceso ágil al tratamiento y apoyo para comprender el tratamiento y las medidas de descontaminación (15).

Así, surge en Euskadi la necesidad de reforzar el procedimiento de atención a estas personas, incorporando como pieza clave a la Red de Vigilancia y Rastreo de Euskadi (RVRE), encargada de realizar seguimiento de casos y estudio de contactos estrechos convivientes y sociales (4).

Es necesario conocer el escenario actual de la escabiosis, para adaptar e individualizar el plan terapéutico, a fin de garantizar su efectividad. Por ello, se planteó el presente estudio con el objetivo de describir las características de las personas con diagnóstico de escabiosis y su influencia en la curación.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, cuya población de estudio fueron todas las personas con diagnóstico de escabiosis (CIE B86) en su historia clínica (HC) entre el 24 de octubre de 2022 y el 23 de enero de 2023, cuyo seguimiento fue realizado por la RVRE de la Organización Sanitaria Integrada Bilbao Basurto (Osakidetza-SVS), excluyéndose aquellas personas que no residían en Bilbao o a quienes se desestimó el diagnóstico tras una segunda valoración.

Tras notificar un nuevo diagnóstico, la RVRE realizó un estudio del caso y sus contactos, garantizando el acceso al tratamiento farmacológico a ambos, así como la planificación de la aplicación del mismo junto con las medidas de descontaminación (casos y contactos). Fueron considerados *persona con episodios previos de sarna* los casos detectados durante el periodo de estudio en cuya HC constaba algún diagnóstico previo de sarna con curación, y como *contacto estrecho* aquellos que hubieran tenido contacto piel con piel con el caso o que hubieran sido expuestos a sus fómites (seis semanas previas al inicio de síntomas y hasta que el caso era tratado con la 1ª aplicación) (4).

Se realizó el seguimiento de las cadenas de transmisión, coordinando con Atención Primaria (AP) la prescripción de tratamientos, la valoración de casos sospechosos detectados durante el estudio de contactos, las altas por curación o la necesidad de nuevos tra-

4 tratamientos por nueva exposición tras la curación.

El seguimiento se realizó a cuatro semanas desde la primera aplicación del tratamiento (casos y contactos). Se consideró *fracaso terapéutico* aquellos casos en los que persistía sintomatología tras este periodo, continuando esa persona en seguimiento con la RVRE y comenzando el proceso de estudio de casos y contactos. Se consideraron *reinfestación* los casos en los que, dentro del periodo de estudio, tras haber recibido el alta médica, volvían a presentar sintomatología que daba lugar a un nuevo diagnóstico y a una nueva activación de la RVRE. Se consideraron *casos curados* aquellos que no presentaban síntomas en la llamada de seguimiento, o cuyos síntomas no excedían de dos-tres semanas postratamiento.

La recogida de datos se realizó a partir del trabajo diario de la RVRE, generando una plantilla en formato *Excel* en la que se realizó el volcado de información de los casos diagnosticados diariamente, obtenidos mediante extracción de datos de la herramienta *Oracle Business Intelligence* (OBI) de Osakidetza-SVS. Posteriormente, se realizó pseudoanonimización de datos para evitar su identificación, previa revisión y depuración.

Las variables recogidas incluyeron: datos sociodemográficos (sexo, edad, país de origen, centro de salud, situación convivencial y relación con recursos sociosanitarios [albergues, residencias o viviendas tuteladas]); relacionados con la enfermedad y su tratamiento (episodios de escabiosis previos, reinfestaciones o fracaso terapéutico, servicio que diagnosticó, ámbitos de exposición, número de tratamientos, tipo de trata-

miento y derivaciones al servicio de dermatología); relacionados con el trabajo de la RVRE (tiempo en seguimiento, número de contactos facilitados/gestionados y pacientes localizados).

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. Las variables cuantitativas se presentaron con media, desviación estándar y rango; las variables cualitativas, con frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó Chi Cuadrado y el test exacto de Fisher, y para las variables cuantitativas se emplearon las pruebas de Kruskal-Wallis y Wilcoxon Scores, considerando significativas las diferencias si $p < 0,05$. El análisis se realizó con el paquete estadístico *SPSS V23*.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Basurto (56.23 CEIHUB). Se respetaron los principios de la *Declaración de Helsinki* (1964) en su última versión de Fortaleza (Brasil 2013), así como la normativa europea y estatal.

RESULTADOS

De 980 personas con diagnóstico de escabiosis durante el periodo de estudio, 867 conformaron la muestra tras la aplicación de los criterios de exclusión.

El 48,2% fueron mujeres. La media de edad de las personas fue de 29,9 años. El grupo de edad más afectado fueron los menores de veinte años (38,6%). El 65,3% fue de origen español. Los pacientes que vivían acompañados en domicilio privado representaron el 81%. Se observó que 78 personas (9%) tenían relación con recursos sociosanitarios, siendo el 44% de las

mismas poblaciones en situación de exclusión **[TABLA 1]**.

El 89,4% de los casos fueron detectados desde centros de salud, concentrándose en el Ambulatorio de Rekalde (12,7%), el Centro de Salud de Miribilla (11,4%) y el Ambulatorio de Solokoetxe (7%). El resto de UAP representaron menos del 6% cada una **[TABLA 1]**.

El 79,4% de las personas estudiadas no habían tenido episodios previos de escabiosis, frente al 20,6% que sí. 29 personas sufrieron una reinfestación **[TABLA 2]**.

El número máximo de pautas de tratamiento prescritas a una misma persona fue de siete. El 69% se curó tras recibir una sola pauta **[TABLA 2]**.

El tratamiento de primera elección fue permetrina, utilizado en un 61,2%, seguido por combinación de permetrina+ivermectina (19,4%), siendo el menos utilizado el benzoato de bencilo (0,2%).

La vaselina azufrada fue prescrita como tratamiento inicial en un 4,5%, tanto de manera individual como combinada con ivermectina. A partir de la 3ª pauta de tratamiento, este fármaco fue de elección en un 25% de estos casos **[TABLA 2]**.

Desde la RVRE se intentó establecer contacto con todas las personas. Sin embargo, 63 pacientes (7,3%) no fueron localizados en la llamada inicial. Con 57 (6,6%) no se logró un contacto en la llamada de seguimiento **[TABLA 2]**.

Los pacientes permanecieron en seguimiento por la RVRE una media de treinta y cinco días (de once a ciento diecinueve días) y facilitaron una media

de 2,8 contactos estrechos. El número máximo de contactos estrechos generados por un caso fueron 25. El 17% declaró no tener ningún contacto estrecho. El ámbito de exposición referido era desconocido en el 53,2% **[TABLA 2]**.

El número de contactos estrechos facilitados a la RVRE varió en función de la situación convivencial. Se observó que aquellas personas que vivían acompañadas en su domicilio refirieron una media de 3,2 contactos, un 14,3% más respecto a la media del resto. Resultó estadísticamente significativo que las personas que hacían uso de recursos tales como pisos tutelados o centros de día, declararon tener una media de 5,5 contactos, un 96,4% más respecto a la media **[TABLA 3]**.

Se realizó una comparación entre las personas sin episodios previos de sarna y que se curaron tras un único tratamiento, con las personas que sí habían tenido episodios anteriores o precisaron más de un tratamiento para curarse **[TABLA 4]**. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a edad, número de contactos estrechos, tiempo de seguimiento, situación de convivencia, ámbito de exposición y primer tratamiento de elección. Sin embargo, no se encontró relación estadística significativa para sexo y distritos.

Las personas con mayor dificultad para curarse tuvieron más contactos estrechos (una media de 3,2 frente a 2,5) y vivían acompañadas en domicilio en mayor medida que aquellas que se curaron con más facilidad (82,5% frente a 79,7%). Estas últimas tuvieron un ámbito de exposición desconocido en mayor proporción que las primeras. La curación fue más difícil en las menores

Tabla 1
Características sociodemográficas de las personas del estudio (N=867).

Características		Valores
Sexo	Hombre/Mujer, N (%)	449 (48,2%) / 418 (51,8%)
Edad (años) N (%)	0-20	335 (38,6%)
	21-40	276 (32%)
	41-60	188 (21,7%)
	61-80	62 (7%)
	≥81	6 (0,7%)
Edad (años), media±DE (rango)		29,9 años (desviación estándar 19,1), rango 0-95
Origen N (%)	Europa	557 (66,6%)
	España	546 (65,3%)
	Asia	15 (1,7%)
	América del Norte	1 (0,1%)
	América del Sur y Centro	183 (21,1%)
	África	87 (10%)
	Apátridas	4 (0,5%)
	Distrito 1: Deusto	66 (7,6%)
Centro de Salud al que pertenece N (%)	Ambulatorio Deusto	24 (2,8%)
	CS San Ignacio	30 (3,5%)
	Consultorio Arangoiti	12 (1,3%)
	Distrito 2: Uribarri	69 (8%)
	CS Zurbaran	18 (2,1%)
	CS Gazteleku	51 (5,9%)
	Distrito 3: Otxarkoaga-Txurdinaga	69 (8%)
	CS Otxarkoaga	48 (5,5%)
	Ambulatorio Txurdinaga	21 (2,5%)
	Distrito 4: Begoña	158 (18,2%)
	CS Mina del Morro	36 (4,2%)
	Ambulatorio Santutxu-Solokoetxe	61 (7%)
	CS Santutxu-El Karmelo	10 (1,2%)
	CS Bolueta-Sagarminaga	28 (3,2%)
	Ambulatorio Begoña	23 (2,6%)

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Tabla 1 (continuación)

Características sociodemográficas de las personas del estudio (N=867).

	Características	Valores
Centro de Salud al que pertenece N (%)	Distrito 5: Ibaiondo	230 (26,6%)
	CS Casco Viejo	35 (4%)
	CS La Peña	34 (4%)
	CS San Adrián	30 (3,5%)
	CS Miribilla	99 (11,4%)
	Consultorio La Merced	32 (3,7%)
	Distrito 6: Abando	35 (4%)
	CS Javier Saenz de Buruaga	11 (1,3%)
	Ambulatorio Doctor Areilza	24 (2,7%)
	Distrito 7: Rekalde	159 (18,3%)
	Ambulatorio Rekalde	110 (12,7%)
	Ambulatorio Bombero Etxaniz	33 (3,8%)
	Consultorio Irala	16 (1,8%)
	Distrito 8: Basurto-Zorroza	72 (8,3%)
	CS Basurto	35 (4%)
	CS Zorroza	24 (2,8%)
	Consultorio Alonsoategui	7 (0,8%)
	Consultorio Altamira	6 (0,7%)
	Sin centro de salud asignado	9 (1%)
Servicio que diagnostica N (%)	Atención Primaria	775 (89,4%)
	Dermatología	41 (4,7%)
	Médicos del Mundo	5 (0,6%)
	Otros servicios hospitalarios	5 (0,6%)
	Urgencias hospitalarias	41 (4,7%)
Situación de convivencia N (%)	Acompañado en domicilio privado	702 (81,5%)
	Solo en domicilio privado	54 (6,2%)
	Residencia	3 (0,4%)
	Otros recursos	18 (2%)
	Albergue	21 (2,4%)
	Calle	13 (1,5%)
	Desconocido	56 (6,5%)
Relación con recursos sanitarios, N (%)		78 (9%)

Tabla 2
Características epidemiológicas y de seguimiento de la RVRE (N=867).

Características		Valores
Episodios escabiosis previos, N (%)		179 (20,6%)
Reinfestaciones, N (%)		29 (3,4%)
Ámbitos de exposición N (%)	Desconocido	461 (53,2%)
	Domicilio	279 (32,2%)
	Laboral	9 (1%)
	Sociosanitario	12 (1,4%)
	Sociofamiliar	99 (11,4%)
	Otros	7 (0,8%)
Número de tratamientos realizados N (%)	1 tratamiento	598 (69%)
	2 tratamientos	186 (21,5%)
	3 tratamientos	71 (8,2%)
	4 tratamientos	8 (0,9%)
	5 tratamientos	3 (0,3%)
	7 tratamientos	1 (0,1%)
Tipo de tratamiento (primera elección) N (%)	Permetrina	531 (61,2%)
	Ivermectina	127 (14,7%)
	Permetrina+Ivermectina	168 (19,4%)
	Vaselina Azufrada	26 (3%)
	Vaselina Azufrada+Ivermectina	13 (1,5%)
	Benzoato de Bencilo	2 (0,2%)
Tratamiento tras fracaso de tratamiento (2ª tanda) N (%)	Permetrina	87 (32,3%)
	Ivermectina	87 (32,3%)
	Permetrina+Ivermectina	65 (24,2%)
	Vaselina Azufrada	25 (9,3%)
	Vaselina Azufrada+Ivermectina	4 (1,5%)
	Benzoato de Bencilo+Ivermectina	1 (0,4%)

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Tabla 2 (continuación)

Características epidemiológicas y de seguimiento de la RVRE (N=867).

Características	Valores
Tratamiento tras fracaso de tratamiento (3ª tanda) N (%)	Permetrina
	15 (18%)
	Ivermectina
	24 (29%)
	Permetrina + Ivermectina
	22 (26,5%)
Vaselina Azufrada	17 (20,5%)
	Vaselina Azufrada + Ivermectina
	3 (3,6%)
Benzoato de Bencilo	2 (2,4%)
Tratamiento tras fracaso de tratamiento (4ª tanda) N (%)	Permetrina
	3 (23,1%)
	Ivermectina
	4 (30,7%)
Permetrina + Ivermectina	3 (23,1%)
	Vaselina Azufrada
	3 (23,1%)
Tratamiento tras fracaso de tratamiento (5ª tanda) N (%)	Permetrina
	2 (50%)
	Permetrina + Ivermectina
	1 (25%)
Vaselina Azufrada	1 (25%)
Tratamiento tras fracaso de tratamiento (6ª tanda) N (%)	Permetrina + Ivermectina
	1 (100%)
Tratamiento tras fracaso de tratamiento (7ª tanda) N (%)	Permetrina + Ivermectina
	1 (100%)
Contacto con servicio de Dermatología, N (%)	87 (10%)
Localizados en llamada inicial, N (%)	804 (92,7%)
Localizados en llamada de seguimiento, N (%)	754 (87%)
Tiempo de seguimiento, media±DE (rango)	35±19,2 (11-119)
Numero de contactos, media±DE (rango)	2,8±2,9 (0-25)

Tabla 3
Comparativa entre número de contactos y situación de convivencia.

Situación de convivencia	N	Media	Desviación estándar	p valor
Solo en domicilio	54	0,89	2,44	<0,0001
Acompañado en domicilio	702	3,19	2,50	
Albergue	21	1,43	4,46	
Residencia	3	1,67	1,53	
Otro recurso sociosanitario	18	5,50	6,23	
Calle	13	1,85	6,07	

Tabla 4
Comparativa entre personas curadas tras un primer tratamiento y sin episodios previos de sarna y personas que precisan más de un tratamiento para curación y/o con episodios previos de sarna.

Variables		Personas curadas tras un primer tratamiento y sin episodios previos de sarna	Personas que precisan más de un tratamiento para curación y/o con episodios previos de sarna previa	p valor
Edad, media±DE		31,5±19,6	27,9±18,3	0,0058
Edad N (%)	0-20 años	164 (34,3%)	171 (44%)	0,0130
	21-40 años	160 (33,5%)	116 (29,8%)	
	41-60 años	112 (23,4%)	76 (19,5%)	
	61-80 años	36 (7,5%)	26 (6,7%)	
	≥81 años	6 (1,3%)	0 (0%)	
Nº de contactos media±DE (rango)		2,5±2,4	3,2±3,3	0,0003
Nº de contactos N (%)	0 contactos	95 (19,9%)	52 (13,4%)	0,0268
	1 contacto	80 (16,7%)	52 (13,4%)	
	2 contactos	80 (16,7%)	63 (16,2%)	
	3 contactos	115 (24,1%)	106 (27,2%)	
	4 contactos	42 (8,8%)	40 (10,3%)	
	≥5 contactos	66 (13,8%)	76 (19,5%)	
Tiempo seguimiento, media±DE (rango)		26,6±7	15,5±24,5	<0,0001

Tabla 4 (continuación)

Comparativa entre personas curadas tras un primer tratamiento y sin episodios previos de sarna y personas que precisan más de un tratamiento para curación y/o con episodios previos de sarna.

Variables		Personas curadas tras un primer tratamiento y sin episodios previos de sarna	Personas que precisan más de un tratamiento para curación y/o con episodios previos de sarna previa	p valor
Sexo, N(%)	Mujer	238 (49,8%)	180 (46,3%)	0,3025
	Hombre	240 (50,2%)	209 (53,7%)	
Distritos de Bilbao N (%)	Deusto	30 (6,3%)	36 (9,3%)	0,3975
	Uribarri	41 (8,6 %)	28 (7,2%)	
	Otxarkoaga-Txurdinaga	44 (9,2%)	25 (6,4%)	
	Begoña	83 (17,4%)	75 (19,3%)	
	Ibaiondo	126 (26,3%)	104 (26,7%)	
	Abando	20 (4,2%)	15 (3,9%)	
	Errekalde	83 (17,4%)	76 (19,5%)	
	Basurto	46 (9,6%)	26 (6,7%)	
	Sin centro	5 (1%)	4 (1%)	
	Solo domicilio	30 (6,3%)	24 (6,2%)	
Situación de convivencia N (%)	Acompañado domicilio	381 (79,7%)	321 (82,5%)	0,0009
	Albergue	5 (1%)	16 (4,1%)	
	Residencia	3 (0,6%)	0 (0%)	
	Otro recurso sociosanitario	8 (1,7%)	10 (2,6%)	
	En calle	8 (1,7%)	5 (1,3%)	
	Desconocido	43 (9%)	13 (3,3%)	
Ámbito de exposición N (%)	Domicilio	134 (28%)	145 (37,3%)	0,0205
	Sociofamiliar	50 (10,5%)	49 (12,6%)	
	Sociosanitario	9 (1,9%)	3 (0,8%)	
	Laboral	6 (1,3%)	3 (0,8%)	
	Otros	5 (1%)	2 (0,5%)	
	Desconocido	274 (57,3%)	187 (48%)	
Primer tratamiento N (%)	Permetrina	277 (58%)	254 (65,3%)	0,0089
	Ivermectina	75 (15,7%)	52 (13,4%)	
	Vaselina azufrada	9 (1,9%)	17 (4,4%)	
	Permetrina+Ivermectina	105 (22%)	63 (16,2%)	
	Vaselina azufrada+ Ivermectina	11 (2,3%)	2 (0,5%)	
	Benzoato de Bencilo	1 (0,2%)	1 (0,3%)	

Tabla 5
Comparativa entre el uso de recursos sociosanitarios y el servicio que diagnostica y tipo de primer tratamiento.

Servicio que diagnostica FA (%)	Atención Primaria	57 (73%)	<0,0001
	Dermatología	6 (7,7%)	
	Urgencias	8 (10%)	
	Médicos del mundo	5 (6,4%)	
	Otros	2 (2,6%)	
Primer tratamiento FA (%)	Permetrina	41 (52,6%)	0,0698
	Ivermectina	21 (26,9%)	
	Permetrina+Ivermectina	14 (17,9%)	
	Vaselina Azufrada	2 (2,6%)	
	Vaselina Azufrada+Ivermectina	0 (0%)	
	Benzoato de Bencilo	0 (0%)	

de veinte años, con diferencia estadísticamente significativa [TABLA 4].

Se observó que la relación con los recursos sociosanitarios condicionó el servicio en el que se diagnosticó la enfermedad. De manera estadísticamente significativa, Médicos del Mundo y Urgencias diagnosticaron más a personas que estaban en contacto con dichos recursos (16,7% frente a 4,2%). No se encontró relación estadísticamente significativa entre tratamiento prescrito y pertenencia a recursos sociosanitarios. Sin embargo, se observó tendencia a pautar ivermectina mayoritariamente a estas personas [TABLA 5].

Se observaron diferencias estadísticas significativas en la elección del tratamiento en función de la existencia de episodios previos. Se observó que fue superior el uso de vaselina azufrada y la combinación de permetrina e ivermectina en los casos que habían

tenido la enfermedad con anterioridad respecto a los que no. La permetrina se usó en mayor medida en personas sin episodios previos (64,4% frente a 49,2%) [TABLA 6].

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El abordaje de la sarna conlleva costos sustanciales para los sistemas sanitarios. El tratamiento adecuado y precoz resulta determinante para curarla y evitar su transmisión, así como conocer las características de las personas afectadas y sus contactos. Se observa que el diagnóstico se produce en personas de treinta años de media, especialmente en menores de veinte años. Este dato concuerda con resultados de estudios epidemiológicos previos que describieron que la incidencia y prevalencia es mayor en población infantil y adolescente (16,17,18,19). Asimismo, la revisión *Ectoparasites: Scabies* (20) recogió que en EE.UU., Australia o Francia la

Tabla 6
Comparativa entre tipo de tratamiento (1ª elección) y episodios de sarna previa.

Tipo de tratamiento (1ª elección)	Sarna previa				p valor
	Sí		NO		
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	
Permetrina	88	49,2%	443	64,4%	<0,001
Ivermectina	30	16,8%	97	14,1%	
Vaselina Azufrada	14	7,8%	12	1,8%	
Permetrina+Ivermectina	44	24,6%	124	18%	
Vaselina azufrada+Ivermectina	2	1,1%	11	1,6%	
Benzoato de Bencilo	1	0,5%	1	0,1%	

sarna afecta más a niños. Posiblemente, el riesgo elevado en éstos se deba a la presencia de conductas asociadas a la edad que implican mayor contacto directo.

En este estudio no se encuentra diferencia de diagnósticos entre hombres y mujeres, no siendo así en otros estudios donde se encontraron diferencias en torno al 25% (19,21).

El presente estudio revela que la permetrina es pautaada como primera línea en el 61,2% de los casos. Numerosos estudios apuntaron que la permetrina es el tratamiento más efectivo contra la escabiosis, constituyendo el tratamiento de elección (3,22,23,24,25). Otros autores plantearon una posible resistencia por constatar dificultades y retrasos en la remisión de la escabiosis tratada con permetrina tópica (3,9,25,26). En contraposición, otro estudio no encontró evidencia para considerar que existe esta resistencia (27). En 2019, una revisión de *Cochrane* mostró que no se encuentran diferencias en la eficacia de permetrina frente a ivermectina (28). El presente estudio

refleja que la ivermectina como primera elección se utiliza el doble en las personas que han estado en contacto con recursos sociosanitarios con respecto a las que no (26,9% frente al 13,4%), ya que es recomendada como preferente para tratamientos masivos y poblacionales, por su facilidad de empleo y menor coste a gran escala (28). Se considera el tratamiento combinado de ivermectina oral con permetrina tópica, constituyendo el 19,4% del total en primera elección en el presente estudio. Respecto a esta combinación, varios estudios la propusieron como pauta de tratamiento con mayor probabilidad de curación (9,29). La vaselina azufrada se empleó en torno al 20% a partir de la tercera tanda de tratamiento, en casos de fracasos terapéuticos o episodios de sarna previos. De esta manera, un estudio la consideró una alternativa por posibles resistencias también al tratamiento con ivermectina oral (25). Por ello, es necesaria la realización de estudios formales que analicen la sensibilidad o resistencia del ácaro a distintos escabicidas ante casos refractarios y de difícil curación.

Con respecto al tiempo de seguimiento, el presente estudio muestra que la media de seguimiento por parte de la RVRE, que es un servicio de Salud Pública, es de treinta y cinco días, desde el inicio del tratamiento hasta la curación completa. No se encuentran estudios en los que se recoja el seguimiento por parte de alguna entidad o servicio similar; sin embargo, el estudio de Crua-ñes-Monferrer y Montes Serrano **(27)** refiere que el tiempo medio fue de aproximadamente veintiún días.

En referencia al servicio que realiza el diagnóstico, la literatura recoge que la mayoría de los casos se diagnosticaron en Dermatología o en servicios específicos **(20)**. En contraposición, en el estudio actual se observa que el 89,4% de los casos son detectados desde AP. Se desconoce si esta variabilidad es debida a que el estudio anteriormente citado fue realizado en poblaciones pertenecientes a un sistema sanitario con carácter organizativo diferente a España. El ámbito de exposición referido es desconocido en el 53,2% **[TABLA 2]**.

Diferentes estudios concluyeron que la situación de convivencia influye en la transmisión **(20,21,30,31)**, observándose un incremento de prevalencia en aquellas viviendas con situación de hacinamiento o donde conviven muchas personas, pudiéndose explicar por un mayor contacto piel con piel o con fómites infestados. Autores como Abebaw Gedef Azene *et al.* **(32)** determinaron que el contacto con una persona con sarna aumenta la probabilidad de infectarse. De igual forma, el presente estudio muestra una mayor prevalencia en personas que viven acompañadas. Algunos estudios **(20,31)** refirieron que los brotes de sarna son más frecuentes en entornos institucionales

e instalaciones donde viven muchas personas, como hogares de refugiados o residencias. En cambio, el presente estudio refleja una mayor prevalencia en domicilios privados. Esto podría explicarse por una identificación deficiente de la pertenencia o no a recursos sociosanitarios y por el sistema específico de codificación en residencias. Además, los hallazgos de este estudio concuerdan con lo reportado por C Galván Casas *et al.* **(2024)**, sobre que la escabiosis fue más difícil de eliminar cuando el contacto con la fuente de contagio no podía evitarse, como sucede con las personas de la propia familia y domicilio familiar **(15)**.

La principal limitación de este estudio fue que el sistema de notificación de casos a la RVRE era dependiente del correcto procedimiento de codificación en HC. Esta condición repercute sobre el número total de procesos activos de escabiosis, que son mayores que los notificados, afectando a la detección de reinfestaciones y fracasos terapéuticos. Además, durante el periodo de estudio se produjo un cambio de protocolo en el abordaje de casos y contactos dentro de la RVRE, ampliándose el tiempo de seguimiento suponiendo que los periodos de seguimiento variaran a partir de noviembre de 2022. Además, la atención realizada de manera telefónica dificultó el establecimiento del contacto y obtención de datos, destacándose la dificultad de comunicación con personas que sufrían de barrera idiomática.

Debe tenerse en cuenta que el presente estudio se circunscribió a un único municipio y se limitó a un corto periodo de seguimiento.

Un aspecto relevante no evaluado fue el nivel socioeconómico, debido a la

dificultad encontrada para recabar dicha información dentro del contexto analizado. Según la evidencia científica, la prevalencia de sarna es más elevada en comunidades desfavorecidas (30) y con bajo nivel socioeconómico (31,33). Sería conveniente trabajar en esta línea a futuro.

Es fundamental explorar los motivos por los que el ámbito de exposición es desconocido en la mitad de casos estudiados. Teniendo en cuenta que se contó con el tiempo suficiente para realizar estudio de contactos, desconocer el ámbito de exposición sugiere que podría estar relacionada con el tabú asociado a la escabiosis. Esta hipótesis podría constituir un punto de partida para investigaciones que aborden el impacto del estigma en el manejo de enfermedades transmisibles.

En conclusión, pese a que pueda existir una afectación mayor en la población con características descritas, la sarna puede afectar a cualquier persona. La Red de Vigilancia contribuye a garantizar un control y seguimiento más exhaustivo de casos y contactos. ②

BIBLIOGRAFÍA

1. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. *European guideline for the management of scabies*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(8):1248-1253. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.14351>
2. Villalobos S, Romero J, Liébana M, Durán E, Vergara MA. *Alerta por Escabiosis en Andalucía*. Periodo 2017-2022. BES 4222. 2022; 27 (42)
3. Morgado D, Piquero J, Podlipnik S. *Tratamiento de la escabiosis [Treatment of scabies]*. Atención Primaria. 2022;54 (3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102231>
4. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica. *Escabiosis*. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 8 abril de 2022. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vigilancia_protocolos/es_def/adjuntos/Escabiosis_08042022_cast.pdf. [Consultado el 15 enero de 2023].
5. Organización Mundial de la Salud. *Sarna. Datos y cifras*. [internet]. 16 agosto 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/scabies>. [Consultado el 15 enero de 2023].
6. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. *The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies*. Br J Dermatol. 2020 Nov;183(5):808-820. doi: <https://doi.org/10.1111/bjd.18943>
7. Sashidharan P, Basavaraj S, Bates CM. *UK national guideline on the management of scabies*. Macclesfield (GB): British Association for Sexual Health and HIV. 2016.
8. Plasencia A, Proy H, Eljure N, Atoche C, Calderón C. *Escabiosis: una revisión*. DCMQ. 2013; 11 (3): 217-223.
9. Lluch JJ, Carrascosa JM, Boada A. *Epidemia de escabiosis: los nuevos retos de una enfermedad ancestral*. ACTAS Dermo-Sifiliográficas. 2022; 20 (114): 132-140. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.017>
10. Galván-Casas C, Ortiz-Álvarez J, Martínez-García E, Corbacho-Monné M. *Recomendaciones de expertos de la Academia Española de Dermatología (AEDV) para el manejo de las ectoparasitosis de transmisión sexual. Escabiosis y pediculosis pública*. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2024;115(5):475-492. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.11.007>
11. Bernigaud C, Fernando DD, Lu H, Taylor S, Hartel G, Chosidow O et al. *How to eliminate scabies parasites from fomites: A high-throu-*

ghput ex vivo experimental study. J Am Acad Dermatol. 2020;83:241-245. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.11.069>

12. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades tropicales desatendidas*. Organización Mundial de la Salud [consultado 30 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1

13. Redondo L, Fernández B, Gómez D, Gherasim A, García M, Benito A et al. *Scabies in Spain? A comprehensive epidemiological picture*. PLoS ONE. 2021; 16 (11). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258780>

14. 49º Congreso de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). [Nota de prensa] Los dermatólogos constatan el "importante aumento" de los casos de sarna y la pérdida de efectividad del tratamiento. 2 junio 2022. Disponible en: https://aedv.es/wpcontent/uploads/2022/06/NdP_Sarna-Congreso-AEDV_2jun-2022.pdf. [Consultado el 15 enero de 2023].

15. Ortiz-Álvarez J, Corbacho-Monné M, Garcés-Gil S, Peñas-Espinar J, Martínez-García E, Galván-Casas C et al. *Características clínicas y epidemiológicas de pacientes diagnosticados de escabiosis en España: oportunidades de mejora. Estudio transversal multicéntrico CLINI-AEDV*. Actas Dermo-Sifiliogr. 2024;115(6):556-563. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.08.006>

16. Korycinska J, Dzika E, Kloch M. *Epidemiology of scabies in relation to socio-economic and selected climatic factors in north-east Poland*. Ann Agric Environ Med. 2020; 27 (3): 374-378. DOI: <https://doi.org/10.26444/aaem/109319>

17. Anderson KL, Strowd LC. *Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office*. JABFM. 2017; 30 (1): 78-84. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.01.160190>

18. Schneider S, Wu J, Tizek L, Ziehfrennd S, Zink A. *Prevalence of scabies worldwide-An updated systematic literature review in 2022*. Eur Acad Dermatol Venereol. 2023; 37 (9): 1749-1757. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.19167>

19. Kouotou EA, Nansseu JR, Sieleunou I, Defo D, Bissek AC, Ndam EC. *Features of human scabies in resource-limited settings: the Cameroon case*. BMC Dermatol. 2015; 15: 12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12895-015-0031-0>

20. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY.

Ectoparasites: Scabies. J Am Acad Dermatol. 2020;82(3):533-548. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.109>

21. Mulligan KM, Cullison CR, Zheng DX, Tripathi R, Beveridge MG, Ray AJ, Scott JF. *Sociodemographic factors associated with scabies in the inpatient setting*. Am J Infect Control. 2021;49(12):1558-1560. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.05.010>

22. Campbell JJ, Paulson CP, Nashelsky J. *Clinical Inquiry: What is the most effective treatment for scabies?* J Fam Pract. 2017; 66 (8): 11-12.

23. Dhana A, Yen H, Okhovat JP, Cho E, Keum N, Khumalo NP. *Ivermectin versus permethrin in the treatment of scabies: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. J Am Acad Dermatol. 2018;78(1):194-198. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.09.006>

24. Colilles PE, Sastre M^{PM}, Grimalt R. *Tratamiento actual de la sarna ¿Ivermectina o permetrina?* Piel: Formación continua en dermatología. 2020; 35 (7): 437-440. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2019.10.003>

25. Velasco JP, Prados A, Ruiz R. *Resistance to Permethrin in Scabies Treatment: Does It Really Exist?* Actas Dermosifiliografias. 2023; (114): 433-434. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.05.036>

26. Pooja A, Rudnicka L, Sar-Pomian M, Wollina U, Jafferany M, Torello L et al. *Scabies: A comprehensive review and current perspectives*. Dermatologic Therapy. 2020; 33: e13746. DOI: <https://doi.org/10.1011/dth.13746>

27. Monferrer JC, Serrano JM. *Evidencia actual sobre la refractariedad del tratamiento con permetrina en los pacientes con escabiosis*. Piel: Formación continua en dermatología. 2202; 38 (3): 219-220. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2022.05.002>

28. Rosumeck S, Nast A, Dressler C. *Evaluation of ivermectin vs permethrin for treating scabies-summary of a Cochrane review*. JAMA Dermatol. 2019;155(6):730-732. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0279>

29. Morgado D, Piquero J, Podlipnik S. *Indicaciones de la ivermectina oral en dermatología [Indications of oral ivermectin in dermatology]*. Piel: Formación continua en dermatología. 2022; 37 (2): 113-117. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2021.07.005>

30. Heukelbach J, Mazigo HD, Ugubomoiko US. *Impact of scabies in resource-poor communities*. Curr Opin Infect Dis. 2013; 26 (2):127-132. DOI: <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e32835e847b>

- 31.** Sanei A, Soleimani M, Zare M, Jaberhashemi SA. *Risk factors associated with scabies infestation among primary schoolchildren in a low socio-economic area in southeast of Iran.* BMC Pediatric. 2021; 21 (1): 249. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02721-0>
- 32.** Azene AG, Aragaw AM, Wassie GT. *Prevalence and associated factors of scabies in Ethiopia: systematic review and Meta-analysis.* BMC Infectious Diseases. 2020; 20 (1): 380. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05106-3>
- 33.** Chang AY. *On the importance of social determinants of health: A second look at scabies and failure to thrive in an immigrant female infant.* Int J Womens Dermatol. 2021; 7 (5Part B): 853-855. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jjwd.2021.07004>