

# PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE BROTES POR ESCABIOSIS

Actualizado a 14 de febrero de 2024



PROTOCOLOS DE  
VIGILANCIA Y  
RESPUESTA EN SALUD  
PÚBLICA

**Autoría:**

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo.

**Agradecimientos:**

Unidad de Salud Pública, Epidemiología y Vigilancia de la Salud. AGS Campo de Gibraltar Este-Oeste.

**Tabla de actualizaciones**

<b>Fecha actualización</b>	<b>Epígrafe Modificado</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
14/02/2024	<b>Tratamiento Específico</b>	Actualización de la pauta de tratamiento (0-7 días).
14/02/2024	<b>Actuaciones ante un brote</b>	Actualización del plazo para la definición de brotes a 6 semanas.

# PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE BROTES POR ESCABIOSIS

Actualización 2024

## CONTENIDO

<b>DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b> .....	4
INTRODUCCIÓN.....	4
AGENTE.....	4
RESERVORIO.....	5
MODO DE TRANSMISIÓN.....	6
PERIODO DE INCUBACIÓN.....	6
PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD.....	7
SUSCEPTIBILIDAD.....	7
DIAGNÓSTICO.....	7
<b>VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD</b> .....	8
DEFINICIÓN DE ALERTA POR ESCABIOSIS.....	8
DETECCIÓN Y DECLARACIÓN DE LA ALERTA.....	9
ORGANIZACIÓN DE RECURSOS.....	10
MEDIDAS DE CONTROL Y TRATAMIENTOS.....	11
FINALIZACIÓN DE ALERTA.....	17
ANEXOS.....	18
ANEXO 1.....	19
ANEXO 2.....	20
ANEXO 3.....	21
ANEXO 4.....	22
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	24

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una infestación parasitaria de la piel, causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* (variedad *hominis*). Su ciclo vital dura unos 10-14 días. Se transmite por contacto directo estrecho y prolongado persona a persona y por fómites en los que puede vivir hasta 8 días, en condiciones óptimas de temperatura y humedad. La clínica cutánea está producida tanto por los surcos con una longitud de unos 5-15 mm (lesiones específicas), como por la respuesta de hipersensibilidad, causada por sus desechos. También se observan pápulas y vesículas de unos 2-3 mm. El periodo de incubación es de 4-6 semanas en primo-infestación y 1-4 días en infestaciones sucesivas <sup>(1)(2)(3)</sup>.

Hay 2 tipos de escabiosis, la más frecuente en nuestro medio es la clásica (hay pocos ácaros en la piel) y por otro lado existe la escabiosis costrosa (antiguamente llamada sarna noruega, con miles de ácaros en la piel del infestado). Aunque no es una enfermedad grave puede causar complicaciones como impétigo, celulitis, abscesos, sepsis por *S.aureus* etc. Además genera discapacidad, pérdidas económicas y sociales, con un mayor impacto en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que la fibrilación auricular <sup>(4)(2)</sup>.

La incidencia anual a nivel mundial se estima entre 200-455 millones de casos, con una tendencia ascendente <sup>(1)(3)</sup>. En 2020 se incluyó en la hoja de ruta de La Organización Mundial de la Salud (OMS) para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 <sup>(1)</sup>.

La escabiosis, no está incluida como enfermedad de declaración obligatoria, aunque sí se deben declarar la agrupación de casos (3 o más casos en ámbitos familiares y 2 o más casos relacionados entre sí en instituciones cerradas), ya que es una alerta en Salud Pública. La incidencia de la escabiosis, que se recoge mediante la declaración de agrupaciones a través de Red Alerta, muestra un aumento generalizado, con una mayor incidencia en los últimos años.

### AGENTE

La escabiosis, comúnmente conocida como sarna, es causada por un ácaro parasitario llamado *Sarcoptes scabiei*. Es un ácaro microscópico de 0,3 a 0,4 mm de longitud, forma ovalada, color grisáceo y dispone de ocho patas. Este ácaro se infiltra en la capa externa de la piel humana, donde pone huevos y provoca una reacción alérgica que resulta en los síntomas característicos de la enfermedad.

Su ciclo vital dura unos 10-14 días, pasando por 4 etapas: huevo, larva, ninfa y adulto, que vive 1-2 meses. La hembra adulta construye surcos en la capa superior de la piel humana, donde deposita sus huevos. Cada hembra pone de 2 a 3 huevos por día en los túneles que ha creado. Los huevos son pequeños, redondos y casi transparentes, estos eclosionan aproximadamente en 3 a 8 días según los niveles de humedad, liberando larvas (estas tienen 6 patas) que se desplazan creando túneles laterales hacia la superficie de la piel, buscando continuar el ciclo. A medida que las larvas se desarrollan, pasan por dos etapas de ninfa, llamadas protoninfa y deutoninfa. Durante estas etapas, desarrollan las 2 patas faltantes, hasta tener 8 patas y se alimentan de la piel y los tejidos del huésped. Cada etapa de la ninfa dura alrededor de 3 a 4 días.

Después de las etapas de ninfa, se convierten en ácaros adultos, siendo estos sexualmente maduros. Las hembras adultas una vez fecundadas, excavan nuevos túneles en la piel para depositar sus huevos, hasta su muerte.

Es importante destacar que la escabiosis no es exclusiva de los humanos, ya que existen variantes de ácaros de la sarna que afectan a otros animales, como perros o gatos. Sin embargo, estos ácaros no pueden reproducirse en los seres humanos y causar una infestación sostenida.

## RESERVORIO

El reservorio de *Sarcoptes scabiei*, el ácaro que causa la escabiosis, es exclusivamente humano. Esto significa que los seres humanos son los únicos hospedadores naturales y el reservorio principal de estos ácaros. Sin embargo, existen sarcoptes de animales que provocan prurito en la piel humana pero no tienen la capacidad de reproducirse.

Si bien es posible que los ácaros de la sarna sobrevivan durante un corto período fuera del cuerpo humano, como en la ropa, las toallas o la ropa de cama, el contacto indirecto con objetos infestados no es la principal forma de transmisión (en condiciones óptimas de temperatura 24° y humedad 40-80% pueden sobrevivir hasta 8 días fuera del huésped).

Para destruir al ácaro debe ser expuesto a una temperatura de más de 50°C durante más de 10 minutos, congelación a menos 10°C durante más de 5 horas, o mediante asfixia en bolsas de plástico durante 4 días.

## MODO DE TRANSMISIÓN

El modo de transmisión más común de *Sarcoptes scabiei*, es a través del contacto directo de piel con piel con una persona infestada. Durante el contacto cercano y prolongado, los ácaros pueden pasar de una persona a otra. Algunas formas específicas de transmisión incluyen:

- Contacto sexual: La actividad sexual con una persona infestada puede transmitir los ácaros.
- Contacto familiar: Vivir en el mismo hogar con una persona infestada, compartir la misma cama, toallas, ropa de cama u otros objetos personales aumenta el riesgo de transmisión.
- Contacto social: El contacto físico frecuente y estrecho en entornos sociales, como escuelas, guarderías, centros sociosanitarios y centros de reclusión, puede facilitar la propagación de la escabiosis.
- Contacto indirecto: Aunque menos común, los ácaros de la escabiosis también pueden transmitirse a través del contacto con objetos infestados, como ropa, toallas, ropa de cama o muebles. Sin embargo, el ácaro no sobrevive por mucho tiempo fuera del cuerpo humano, por lo que la transmisión indirecta es menos frecuente.

## PERIODO DE INCUBACIÓN

El periodo de incubación de la escabiosis suele ser de 2 a 6 semanas en primo infección y 1-4 días en reinfestaciones. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los síntomas pueden tardar más tiempo en desarrollarse en personas que nunca han tenido una infestación previa. Esto se debe a que la reacción alérgica a los ácaros puede tardar un tiempo en desarrollarse y provocar los síntomas característicos de la escabiosis.

Es posible que algunas personas infectadas no presenten síntomas durante un período prolongado, incluso si están infestadas de ácaros. Esto puede dificultar la identificación de la fuente de transmisión y llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento. Es importante tener en cuenta que durante el período de incubación, una persona puede transmitir los ácaros de la sarna a otras personas, incluso si aún no presenta síntomas. Por lo tanto, es fundamental tomar precauciones para evitar el contacto directo con personas infestadas y seguir prácticas adecuadas de higiene personal y limpieza para prevenir la propagación de la escabiosis.

## PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD

El período de transmisibilidad varía en función del tratamiento y las medidas preventivas tomadas. En general, una persona infestada con *Sarcoptes scabiei* puede transmitir los ácaros desde el momento en que están infestados hasta que reciben un tratamiento adecuado y se eliminan los ácaros y sus huevos.

Si una persona infestada no recibe tratamiento, la transmisibilidad puede continuar indefinidamente. Esto se debe a que los ácaros pueden sobrevivir en la piel del hospedador y reproducirse allí, lo que permite la propagación continua de la infestación. Sin embargo, una vez que se inicia el tratamiento apropiado, la transmisibilidad disminuye significativamente. Por lo general, se considera que una persona ya no es contagiosa después de 24-48 horas de recibir el tratamiento adecuado y tomar las medidas de higiene necesarias.

Es importante destacar que, si bien una persona puede no mostrar síntomas evidentes después del tratamiento, es esencial seguir el régimen completo de tratamiento prescrito por un médico. Esto ayudará a garantizar la erradicación completa de los ácaros y evitar reinfestaciones o recurrencias.

## SUSCEPTIBILIDAD

La susceptibilidad se considera universal. Cualquier persona puede contraer esta parasitación si entra en contacto con ácaros de *Sarcoptes scabiei* y su infestación no genera inmunidad.

Se puede considerar factor de riesgo el hacinamiento, donde es común el contacto cercano con el cuerpo y la piel.

## DIAGNÓSTICO

### Definición de caso

#### Criterios clínicos

- Aparición de pápulas, vesículas o surcos lineales diminutos en pliegues interdigitales, cara anterior de muñecas y codos, pliegues axilares, cintura, muslos y órganos genitales externos, acompañado de prurito intenso, especialmente por la noche. Puede aparecer una infección secundaria bacteriana en la zona de rascado.

#### Criterios de laboratorio

- Visualización al microscopio de los ácaros, óvulos o excrementos en un raspado de la piel.

### **Clasificación de caso**

Según estos criterios los casos se clasifican en:

- Caso sospechoso: Compatible con la definición clínica de caso.
- Caso probable: Caso sospechoso más confirmación de lesiones por un médico.
- Caso confirmado: Caso probable más criterio de laboratorio.

### **Clasificación de contacto**

Se consideran contactos estrechos, las personas en contacto directo con el caso, tanto convivientes como parejas sexuales. Si aparecen lesiones en dichos contactos se trataría de un nuevo caso y debe acudir a su médico. Si no hay lesiones se haría tratamiento preventivo como contacto.

## **VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD**

Un caso individual por estas causas no es motivo de declaración de EDO en Andalucía. Es necesaria una agrupación de casos. Sin embargo, es importante la vigilancia de los contactos para conocer la evolución clínica con el fin de identificar nuevos casos con vínculo epidemiológico.

## **DEFINICIÓN DE ALERTA POR ESCABIOSIS**

### **Declaración de brote**

- Aparición de 3 o más casos, relacionados entre sí, en ámbito familiar, en un intervalo de tiempo de 6 semanas (máximo periodo de incubación).
- Aparición de 2 casos de escabiosis relacionados entre sí, si se trata de instituciones cerradas de alto riesgo (hospitales, guarderías, residencias de ancianos, albergues de inmigrantes), en un intervalo de tiempo de 6 semanas (máximo periodo de incubación).

### **Criterios de complejidad en la gestión del brote**

Se consideran brotes complejos aquellos que presenten alguna de las siguientes características:

- Tras haber aplicado correctamente 2 ciclos de tratamiento tópico completo a los casos y contactos, aparecen nuevos casos relacionados o los casos diagnosticados pertenecientes al brote presentan nuevas lesiones compatibles y se evidencia un empeoramiento clínico tras valoración por un médico.

- Aquellos brotes en los cuales los casos y contactos recibieron los tratamientos tópicos con 2 o más fármacos pero la evolución de los casos es tórpida o continúa la aparición de casos nuevos asociados.
- Aquellos brotes que involucran mayor o igual a 3 núcleos familiares afectados, 2 o más clases en un centro educativo o más del 20 % de los residentes de un centro socio-sanitario o de centros cerrados (con al menos 10 afectados).

## DETECCIÓN Y DECLARACIÓN DE LA ALERTA

### Detección de la alerta

- A través de la red de vigilancia epidemiológica.
- En cualquier centro del sistema sanitario, tanto público como privado, donde acuden afectados en solicitud de atención sanitaria.
- En otros centros a los que acudan los afectados para comunicar su situación: Distrito Sanitario, Delegación Provincial de Salud, Oficina Municipal de Información al Consumidor, Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica etc.
- En cualquier unidad o punto que excepcionalmente detecte un brote, como por ejemplo los medios de comunicación, centros escolares, guarderías, instituciones.

Generalmente dispondrán de información añadida los responsables de los establecimientos en el que surgió la alerta, esto es: cuidadores y responsables en caso de residencias y albergues, profesores en centros escolares, personal de planta en hospitales, funcionarios en prisiones.

Para incrementar la sensibilidad y la oportunidad de la detección se propone el inicio de actividades de formación sobre pediculosis y escabiosis, en residencias y albergues.

### Declaración de la alerta

Ante la sospecha de una alerta por infestación por ectoparásito, el médico o el servicio donde fue diagnosticado procederán a la notificación a la Red de Vigilancia (SVEA) en un plazo no superior a 24 horas, y por parte de la Red se grabará la ficha de alerta correspondiente en la aplicación *Red Alerta*.

No se aprecian situaciones de comunicación urgente al Sistema de Guardias en Salud Pública, fuera de horario laboral.

Actuaciones para confirmar la alerta:

Toma de contacto y coordinación entre los distintos niveles asistenciales tanto de primaria (a través de Epidemiología) como Hospitalarios (a través de Medicina Preventiva) con los responsables del establecimiento donde se produjo el brote para consultar sintomatología, número de casos según criterios, número de expuestos, posibles mecanismos de transmisión, evolución temporal de los casos, etc.

Es de interés para la clasificación de casos en sospechosos, confirmados o probables el estudio de las lesiones y los parásitos por un médico concedor de estas infestaciones. Se podrán tomar muestras de raspado que se remitirán al laboratorio de microbiología para confirmación.

## ORGANIZACIÓN DE RECURSOS

En la intervención deben participar a nivel de distrito sanitario los profesionales de la Unidad de Epidemiología, en conjunto con la Unidad de Protección de la Salud especialmente ante brotes complejos, salvo en los brotes de origen hospitalario de los que se encargará el Servicio de Medicina Preventiva correspondiente.

Funciones de Epidemiología de Atención Primaria o Medicina Preventiva hospitalario:

- Confirmación de brote.
- Determinación del número de casos y expuestos.
- Declaración en Red Alerta.
- Asesoramiento a responsables acerca de las medidas de control.
- Visita del centro afectado, obligatoria ante brotes complejos.
- Charlas informativas a afectados y familiares si procede. Actividades formativas.
- Divulgación de material informativo sobre control del brote.
- Recomendación de las medidas pertinentes para el control del brote a nivel ambiental
- Coordinación con Protección de la Salud para la adopción y verificación de las medidas de control ambiental cuando proceda.

En el caso específico de brote en medio hospitalario, el Servicio de Medicina Preventiva definirá el período epidémico, a fin de delimitar y definir las personas consideradas como contactos. Se hará una búsqueda retrospectiva en pacientes dados de alta, incluidos en dicho período epidémico. En las instituciones que cuenten con médico propio o médico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, se establecerán en coordinación con el mismo las medidas preventivas y de control.

En el ámbito penitenciario, se dictarán instrucciones de asesoramiento al responsable sanitario por parte de Epidemiología de AP y la Delegación de Salud según magnitud y trascendencia del brote.

La Delegación de Salud prestará asesoramiento técnico y coordinación, en el caso en que esté implicado más de un Distrito, o en el supuesto de que el caso índice proceda de otra provincia en la que se necesite realizar alguna intervención, lo que se comunicará al nivel central.

## MEDIDAS DE CONTROL Y TRATAMIENTOS

### Búsqueda activa de casos:

Estos brotes suelen tener comienzo lento y progresivo hasta terminar en una expansión general, normalmente a causa de un cúmulo de casos que generan alarma social. De este modo, es necesario un abordaje que induzca tranquilidad y sensación de control.

No son necesarias medidas urgentes (no es necesario comunicar la alerta fuera de horario laboral) o realizar búsqueda en la red asistencial sino atender el problema desde la comunicación y la instauración de medidas probadas para control del brote, en principio tratando con responsables del centro y si fuese preciso con afectados y familiares. Las Medidas afectan al conjunto de personas que utilizan el entorno implicado. La búsqueda activa de casos tiene únicamente sentido en orden a identificar casos confirmados para calibrar la magnitud del brote.

### Investigación de antecedentes:

Cuando este tipo de brotes consigue aparecer en algún nivel de la red de vigilancia epidemiológica lo suele hacer con una madurez avanzada. Esto implica la presencia de una sospecha acerca del origen del brote con frecuencia erróneo que suele apuntar a individuos en condiciones de marginación social o de falta de higiene. La confirmación de esta fuente normalmente no es relevante, siempre y cuando las medidas para el control del brote alcancen a toda la población afectada.

### Primeras acciones a tomar de inmediato tras la comunicación de la alerta:

- Toma contacto con responsables del lugar donde ocurre el brote.
- Estimación del número de expuestos y afectados.
- Declaración al Sistema Integrado de Alertas en salud pública.
- Tratar el problema conjuntamente con afectados y responsable del centro.

### Medidas de aislamiento:

Debe excluirse de centros escolares o de trabajo a todas las personas infestadas hasta pasadas 24 horas del inicio de un tratamiento eficaz.

En el caso de pacientes hospitalizados o en residencias es necesario el aislamiento de contacto durante 24 horas después de tratamiento eficaz. Buscar casos no notificados o no diagnosticados entre los compañeros y miembros del núcleo familiar; es rara la infestación de un solo individuo en una familia. Instaurar tratamiento profiláctico de las personas que hayan tenido contacto cutáneo con personas infestadas (incluidos los miembros de la familia y los contactos sexuales).

### Medidas cautelares en centros no sanitarios:

Valorar la pertinencia de visita oficial de inspección por parte de los Agentes de Salud Pública cuando se considere necesario la adopción de medidas cautelares descritas en el artículo 83 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

### Transporte Sanitario:

Control de la limpieza efectuada en ambulancias que han servido para el traslado de casos identificados.

### Tratamiento Específico:

Actualmente en España disponemos de 4 fármacos principales para tratar escabiosis:

#### 1) **Tratamientos tópicos**<sup>(9)(10)(11)</sup>

- a) **Permetrina al 5%:** la pauta que se recomienda es aplicación durante 2 semanas seguidas (0-7 días). Se aplica de cuello a pies y debe mantenerse al menos 8 horas en la piel. Es un fármaco seguro en mayores de 2 meses de edad, embarazadas y lactancia. Actúa inhibiendo los canales de sodio del ácaro. Fármaco de primera elección en la guía clínica europea y en la mayoría de guías consultadas.

#### La aplicación tópica correcta se realiza de la siguiente forma:

- Cortar las uñas de manos y pies. Ducharse con agua tibia 60 minutos antes de irse a la cama y tras el secado y antes de acostarse a dormir se aplicará la crema de permetrina al 5% o el tratamiento tópico elegido. Separar la toalla usada para lavar a más de 60<sup>0</sup>
- Aplicar la crema por todo el cuerpo, desde la mandíbula hasta la planta de los pies. Hacer especial énfasis en aquellas zonas donde haya lesiones y en los pliegues de dedos de

manos, pies. Muy importante debajo de las uñas. Evitar zonas mucosas: Ej. Zona genital, ojos, boca.

- No lavarse las manos luego de la aplicación.
  - Dejar actuar la crema mientras duermes, entre 8 y 14 horas. Se deberá retirar el producto a la mañana siguiente, mediante una ducha de agua tibia.
  - Por indicación médica se puede intensificar el tratamiento aumentando las horas que debe mantenerse la crema en el cuerpo, los días de aplicación o la frecuencia de aplicación.
- b) **Ungüentos de azufre (vaselina azufrada) 5%-10%:** La pauta que se recomienda es en concentración habitualmente al 6%. Es una fórmula magistral que se prepara en farmacia. Se aplica durante 3 días seguidos, dejando el ungüento en la piel durante 24 horas y se vuelve a aplicar a la semana durante otros 3 días seguidos (0-1-2/7-8-9 días). Es segura en recién nacidos, embarazadas y lactancia. Actúa de forma queratolítica. Tiene mal olor y puede irritar la piel.

**Fórmula de vaselina azufrada al 6%:**

Azufre precipitado – 6%

Vaselina líquida – 6%

Vaselina filante c.s.p. – 100 gr

\*Por persona, para 3 días de tratamiento hacen falta 250 gr.

Se pueden utilizar las siguientes pautas de aplicación:

Adultos: concentración entre el 6% y el 10%

Niños: concentración al 5%

Nota: Seguir las medidas para una aplicación tópica correcta que se describen en el apartado de la permetrina al 5%. A diferencia de la permetrina al 5%, debe permanecer mínimo 12 horas con la crema aplicada.

- c) **Benzoato de bencilo 10%-25%:** Se pauta 24h durante dos días seguidos y se repite a la semana otros dos días seguidos (0-1 /7-8 días) o durante 2 días seguidos y repetir a la semana solo un día (1-2-7 días). Es segura en recién nacidos, embarazadas y lactancia. Inhibe el aparato respiratorio del ácaro. Puede irritar la piel. La aplicación se realiza igual que la permetrina pero se deja actuar 24h.

## 2) Tratamientos orales<sup>(9)</sup>

- a) **Ivermectina oral:** la posología es 0,2 mg/kg (200µg/kg) dos tomas, separadas entre sí una semana (0-7 días) en ayuno. Se puede administrar a partir de 15kg de peso y durante la lactancia. No está recomendada en embarazadas, aunque dicha recomendación está en estudio. Hay varios ensayos clínicos en marcha para disminuir el peso mínimo a 5 kg y para aumentar la dosis por kg. No es ovicida y actúa inhibiendo los canales de cloro del ácaro por lo que se recomienda siempre repetir la dosis a los 7 días si se utiliza en monoterapia.

### **Fármacos disponibles para tratar escabiosis costrosa<sup>(12)</sup>:**

Son los mismos fármacos, pero con diferente posología. El tratamiento de elección es una combinación de tratamiento tópico e ivermectina oral.

- Permetrina 5% o vaselina azufrada 5% - 10% o Benzoato de bencilo 10% - 25%: administrar cada 2-3 días durante 1-2 semanas.
- Ivermectina 200µg/Kg oral: una dosis durante 3 días no consecutivos (días 1,2 y 8); en casos graves durante 5 ó 7 días no consecutivos (1,2,8,9 y 15 o 1,2,8,9,22 y 29).

La sensación de prurito puede persistir durante 1-4 semanas tras un tratamiento efectivo. Si pasado este tiempo no hay resolución cambiar de tratamiento. Si tras probar dos líneas terapéuticas diferentes no hay una resolución de clínica, o se produce una sobre infección en la piel, derivar a dermatología.

## **ACTUACIONES Y MEDIDAS EN ÁMBITOS ESPECIALES**

Ante cualquier brote en institución educativa o residencia sociosanitaria, el informe inicial y el de cierre deberán ser enviados a la jefatura de servicio de salud pública de la provincia de origen, quien a su vez lo derivará a la persona titular de la Delegación Territorial de Salud. Así, esta, lo enviará a la Delegación de Consejería que corresponda, que será aquella que asuma las competencias de Educación o sobre las mencionadas residencias, para su conocimiento y efectos oportunos.

### **Ámbito de centros sociosanitarios/residencias**

#### **Medidas ante un caso**

Los trabajadores y residentes en contacto directo con la persona diagnosticada se consideran contactos de riesgo, y deben realizar tratamiento (dos aplicaciones de permetrina separadas siete días, o dos tomas de ivermectina 0,2 mg/kg peso en ayunas separadas siete días) de manera

sincronizada con la persona diagnosticada en primer lugar. Importante vigilar la aparición de síntomas.

### **Actuaciones ante un brote**

Se define brote como: dos o más personas (residentes o trabajadores/as) del mismo centro, diagnosticadas de escabiosis en el plazo de 6 semanas.

El control de un brote depende de la rápida detección, declaración e investigación.

En el caso de aparición de dos o más casos en un centro sociosanitario / residencia, la dirección del centro lo debe comunicar a la Unidad de Epidemiología y a Enfermera/o Gestora de Casos de forma inmediata. Desde la Unidad de Epidemiología se apoyará la coordinación de las actuaciones con las personas responsables del centro y declarará el brote en Red Alerta y realizará un informe provisional que resuma la situación y las medidas a implementadas para su control. Las personas responsables del centro afectado informarán a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, que valorará la intervención a realizar con el personal. Esta información se trasladará a las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social para prestar el tratamiento y facilitar el seguimiento de las personas que lo necesiten.

Es esencial que la dirección del centro asegure la administración simultánea del tratamiento (en un periodo de 24 horas) a todas las personas afectadas, casos y contactos asintomáticos en riesgo, ya que de ello dependerá el éxito del tratamiento y el control de la infección en el centro.

Los familiares del personal o de residentes que presenten síntomas deberán tratarse como caso, acudiendo a su MAP en caso de no disponer de tratamiento prescrito a su familiar en una receta múltiple.

Las personas visitantes regulares de la institución serán informadas de la existencia de un brote de sarna en la misma y la Unidad de Epidemiología valorará si se les considera contactos a los cuales se debe pautar tratamiento.

Si la Unidad de Epidemiología considera que para el control del brote se requiere la valoración y opinión de especialistas de dermatología u otra especialidad, será esta la que en función a su organigrama y organización local se encargará de gestionar la interconsulta.

## **Ámbito de Centros Educativos**

### **Medidas ante un caso**

Ante la aparición de un caso aislado en el ámbito escolar, el tratamiento debe ser administrado exclusivamente al caso y a sus convivientes (contactos en riesgo).

### **Actuaciones ante un brote**

Cuando haya un brote en un aula, es decir, dos o más casos, la Unidad de Unidad de Epidemiología realizará una valoración, y determinará, en su caso, si hay contactos estrechos susceptibles de tratamiento. Las pautas de actuación serán similares a las descritas en el caso de brotes en residencias de personas mayores.

## **Ámbito hospitalario y centros de salud**

En estos centros la gestión de casos y brotes la realizará los Servicio de Medicina Preventiva y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, siguiendo las pautas descritas en el caso de brotes en residencias de personas mayores.

Si la Unidad de Medicina Preventiva considera que para el control del brote se requiere la valoración y opinión de especialistas de dermatología u otra especialidad, será esta la que en función a su organigrama y organización local se encargará de gestionar la interconsulta.

## **Paquete de medidas ante brotes complejos**

- Detección precoz, comunicación fluida con el centro de salud, la institución, enfermera gestora de casos, Unidad de Epidemiología etc.
- Búsqueda de contactos o tratamiento “en masa” (a toda la residencia a la vez, usuarios y trabajadores).
- Tratamiento precoz de casos y contactos, este debe ser coordinado y simultáneo.
- Tratamientos combinados (tópico y oral a la vez).
- Visitar el centro afectado.
- Dar información por escrito (ver anexos 2, 3 y 4).
- Seguimiento semanal /re-evaluaciones.
- Ante no resolución cambiar pauta tratamiento y re-evaluar todas las medidas.
- Si persisten dudas en lesiones o tratamientos, consulta dermatología.

- Verificar las actuaciones no sanitarias realizadas (limpieza, tratamientos correctos de ropa/fómites ...) conjuntamente con protección de la salud.
- Valoración semanal de los casos.

### **Resumen medidas ante un brote:**

Ante un brote, el paquete de medidas que se debe poner en funcionamiento para obtener éxito en la resolución del mismo, debe combinar:

1. **Detección precoz:** es importante detectar de forma rápida la agrupación de casos, manteniendo una comunicación fluida con el centro de salud, la enfermera gestora de casos, el centro afectado etc.
2. **Búsqueda de contactos:** realización del estudio de contactos por parte de profesionales capacitados y entrenados para ello: enfermeras de salud pública.
3. **Tratamiento adecuado:** valorar tratamientos combinados y tratamiento “en masa”, es decir a todos los usuarios del centro y sus trabajadores. Realizar de forma simultánea y coordinada en casos y contactos de una forma precoz.
4. **Dar información por escrito:** al centro implicado, los usuarios y a los profesionales sanitarios implicados.
5. **Seguimiento semanal con reevaluaciones:** realizar contacto de forma semanal con el centro y los usuarios afectados para valorar la evolución del brote.
6. **Ante la no resolución del brote:** cambiar pauta de tratamiento y reevaluar todas las medidas asociadas, valorar todos los factores que pueden ocasionar fracaso terapéutico.
7. **Coordinación con atención primaria y dermatología.**

## **FINALIZACIÓN DE ALERTA**

### **Periodo y criterios para considerarla finalizada.**

Se considera finalizada la alerta cuando pasen 12 semanas sin la aparición de nuevos casos probables asociados (dos periodos de incubación).

### **Informe provisional y final.**

Se realizará un informe provisional, en las primeras 48 horas, con información suficiente relativas a los casos y a las actuaciones realizadas a cargo de Epidemiología de AP o de Medicina Preventiva del hospital en función del ámbito del brote.

Se realizará un informe final sintético de la intervención una vez que haya finalizado la alerta.

## ANEXOS

- ANEXO 1: NOTA INFORMATIVA ÁMBITO RESIDENCIAL<sup>(14)</sup>
- ANEXO 2: NOTA INFORMATIVA ÁMBITO ESCOLAR<sup>(14)</sup>
- ANEXO 3: ALGORITMO DE DECISIÓN
- ANEXO 4: INFOGRAFÍA PARA CASOS Y CONTACTOS

## ANEXO 1

### NOTA PARA FAMILIARES DE RESIDENTES EN BROTE DE ESCABIOSIS

Tras la revisión médica realizada a algunos residentes en esta institución, se han diagnosticado casos de escabiosis. La escabiosis es una enfermedad contagiosa producida por un ácaro. Aunque no supone una enfermedad grave, produce picores que pueden ser muy molestos. Como parte de las medidas que deben ser adoptadas para el control del brote, todos los contactos de los casos deben recibir tratamiento.

Su familiar debe realizar el siguiente tratamiento:

1. Aplicar tratamiento según indicación médica (hay tópicos y orales).
2. En tratamientos tópicos: cortarse las uñas de manos y pies antes de la aplicación. Incidir en los pliegues y no olvidar aplicar debajo de las uñas y en el lecho ungueal. Una vez aplicado el tratamiento no lavarse las manos. Dejarlo actuar las horas indicadas por el prescriptor. Repetir tratamiento según indicación médica.
3. En tratamiento oral, importante tomarlo en ayunas (no comer 2 horas antes ni después de ingerir las pastillas).
4. Deberán lavar la ropa que haya sido utilizada para el tratamiento en la lavadora a más de 60°. La ropa que pueda deteriorarse por la temperatura elevada deberá meterse en una bolsa de plástico herméticamente cerrada durante al menos 8 días.

Si alguno de los miembros de la familia tiene síntomas compatibles con escabiosis (picores de predominio nocturno o lesiones en la piel), se aconseja acudir a su centro de salud para diagnóstico y valorar nuevo tratamiento.

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA  
ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA/DISTRITO

## ANEXO 2

### NOTA PARA FAMILIARES BROTE DE ESCABIOSIS

Tras la revisión médica realizada a algunos alumnos de la clase de su hijo/a, se han diagnosticado casos de escabiosis en el aula. La escabiosis es una enfermedad contagiosa producida por un ácaro. Aunque no supone una enfermedad grave, produce picores que pueden ser muy molestos. Todos los contactos de los casos deben recibir tratamiento.

Su hijo debe realizar el siguiente tratamiento:

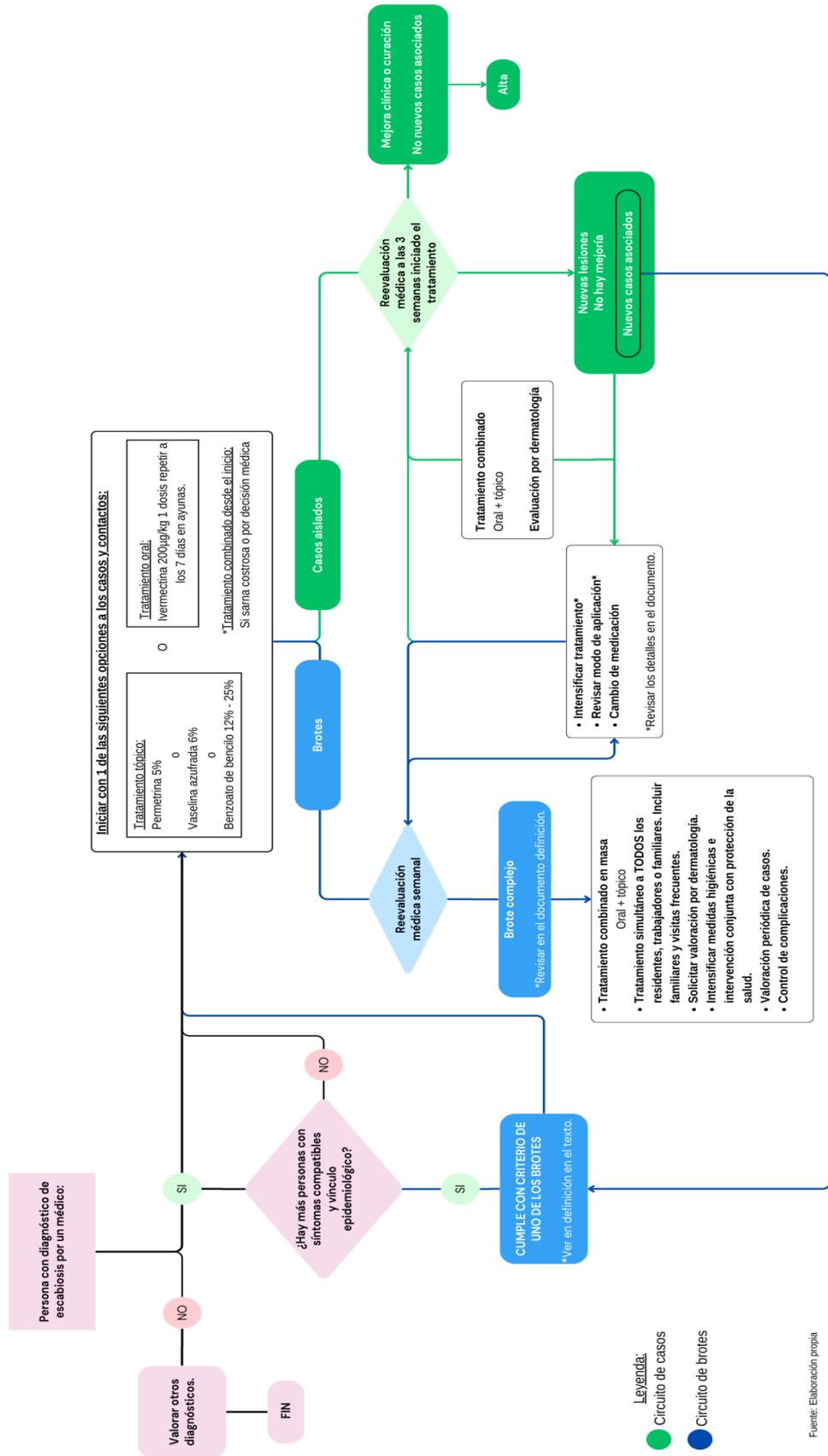
1. Aplicar tratamiento según indicación médica (hay tópicos y orales).
2. En tratamientos tópicos: cortarse las uñas de manos y pies antes de la aplicación. Incidir en los pliegues y no olvidar aplicar debajo de las uñas y en el lecho ungueal. Una vez aplicado el tratamiento no lavarse las manos. Dejarlo actuar las horas indicadas por el prescriptor. Repetir tratamiento según indicación médica.
3. En tratamiento oral, importante tomarlo en ayunas (no comer 2 horas antes ni después de ingerir las pastillas).
4. Deberán lavar la ropa que haya sido utilizada para el tratamiento en la lavadora a más de 60°. La ropa que pueda deteriorarse por la temperatura elevada deberá meterse en una bolsa de plástico herméticamente cerrada durante al menos 8 días.

Si alguno de los miembros de la familia tiene síntomas compatibles con escabiosis (picores de predominio nocturno o lesiones en la piel), se aconseja acudir a su centro de salud para diagnóstico y valorar nuevo tratamiento.

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA  
ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA/DISTRITO

ANEXO 3

ALGORITMO DE DECISIÓN TERAPEÚTICA EN CASOS Y BROTES DE ESCABIOSIS



ANEXO 4



# ESCABIOSIS

## RECOMENDACIONES PARA USUARIOS ANTE CASOS Y CONTACTOS

**¿QUÉ ES?** Es una afección de la piel causado por el ácaro (*Sarcoptes scabiei*)

### MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

- **Persona a persona: PIEL CON PIEL**
- Una persona infestada puede transmitir la sarna, incluso si no tiene síntomas, hasta que sea tratada con éxito y se destruyan los ácaros y los huevos.



- Se transmite indirectamente al compartir artículos como ropa, toallas o ropa de cama que usa una persona infestada.
- Se puede propagar más fácilmente en condiciones de hacinamiento donde es común el contacto cercano con el cuerpo y la piel.



### ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

PICOR, SARPULLIDO Y SURCOS DELGADOS Y ONDULADOS

- Pueden afectar a todas las partes del cuerpo, siendo más común en muñecas, pliegues entre los dedos y muslos.



Erupción cutánea producida por Escabiosis



- Cuando una persona se infesta **por primera vez** con los ácaros de la sarna, los síntomas suelen tardar **de 4 a 6 semanas en aparecer después de la infestación.**
- Si una persona ha tenido sarna antes, los síntomas aparecen de 1 a 4 días después de la exposición.
- Entre los síntomas pueden aparecer, **insomnio nocturno por el picor**, ya que se intensifica la necesidad de rascarse por la noche.

### ¿CÓMO SE TRATA?

TRATAMIENTOS DISPONIBLES EN CASOS Y BROTES

(en escabiosis costrosa tratamiento siempre combinado tópico+oral)

¿Quién se trata?

**Crema de permetrina al 5%**

De elección desde los dos meses de edad.  
Repetir aplicación a los 7 días (en ciertos casos repetir también a los 14)

Para niños, incluidos los bebés menores de 2 meses  
Aplicación 3 días seguidos y repetir a los 7 días

**Ungüento de azufre (5%-10%)**

**Benzoato de bencilo al 25 %**

En niños se puede usar al 10% o 12,5%

Este agente puede causar irritación inmediata de la piel.  
Aplicación 2 días seguidos y repetir a los 7 días

En ayunas (2 horas antes y después de comer)  
A partir de 15 kg.  
Repetir a los 7 días

**Ivermectina 200 µg/kg peso**

No ovocida

**¡IMPORTANTE!**

**APLICAR TRATAMIENTO EN CASOS Y CONTACTOS EL MISMO DÍA**

APESAR DEL TRATAMIENTO CORRECTO, EL PICOR PUEDE PERMANECER DURANTE ALGUNAS SEMANAS DEBIDO A UNA HIPERSENSIBILIDAD A ÁCAROS, HUEVOS O HECES.

### APLICACIÓN DE TRATAMIENTO TÓPICO

- 1 Cortar las uñas de manos y pies.  
Ducharse con agua tibia 60 minutos antes de irse a la cama y tras el secado y antes de ir a dormir se aplicará la crema de permetrina al 5% o el tratamiento tópico elegido.
- 2 Aplicarse la crema por todo el cuerpo, desde la mandíbula hasta la planta de los pies.  
Hacer especial énfasis en aquellas zonas donde haya lesiones y en los pliegues de dedos de manos, pies. **Muy importante debajo de las uñas.**  
Evitar zonas mucosas: Ej. Zona genital, ojos, boca.
- 3 Para permetrina al 5%, dejar actuar la crema mientras duermes, entre 8 y 14 horas. Se deberá retirar el producto a la mañana siguiente, mediante una ducha de agua tibia.  
Ungüento de azufre y Benzoato de bencilo dejar actuar 24h.
- 4 Repetir tratamiento tópico según elección.  
Sino funciona pasadas 4-6 semanas, cambiar de tratamiento tópico.

Uno de los efectos adversos de la crema de permetrina al 5% y otros tratamientos tópicos es sequedad en la piel, por lo que se recomienda aplicar crema hidratante en los días posteriores al tratamiento.

## CONTROL AMBIENTAL

La ropa de cama, prendas de vestir y toallas que las personas infestadas y sus contactos cercanos hayan usado, deben ser descontaminadas.

**Para desinfectar esos artículos:**

- Lávalos con agua caliente a más de 60 grados y séquelos en secadora caliente o en seco si dispone de ella.
- Guarde los artículos que no se puedan lavar en una bolsa de plástico sellada durante al menos 3-8 días.
- Limpiar a fondo y aspirar las habitaciones. Incidir en alfombras, cortinas y demás textiles.
- Tras el tratamiento, para retirar la ropa de cama y pijama importante el uso de guantes.

En centros/instituciones el personal de lavandería y todo el personal que vaya a entrar en contacto directo con ropa perteneciente a casos, deberá llevar guantes y batas desechables.

Para el tratamiento de colchonetas de gimnasio u otros elementos que no puedan lavarse, como sillones o tapicerías de mobiliario que pertenezcan a espacios comunes (especialmente aquellos espacios en los que permanezca más tiempo, como el autobús escolar, clase de gimnasia,...),deberá realizarse aspirado minucioso o limpieza al vapor, incidiendo en los pliegues de estos elementos. En caso de no poder realizarlo dejarlo sin uso durante una semana.

Limpeza del coche aspirado de asientos y superficies.

**Mantener las medidas hasta la desaparición de todas las lesiones.**

## ¿QUÉ ES UN CONTACTO ESTRECHO ?

- Se consideran contactos estrechos de un caso, las personas en contacto directo con el paciente, tanto convivientes como parejas sexuales.
- Si aparecen lesiones se trataría de un nuevo caso, debería acudir a su médico.
- Si no hay lesiones se haría tratamiento preventivo como contacto.

## CONTACTOS ESCOLARES , TRABAJO O INSTITUCIONES

- El centro educativo o institución deberá mantener una vigilancia activa de síntomas, con atención en el aula o grupo,(esto puede incluir compañeros de autobús, compañeros de comedor, grupo de amigos,...) en el que se haya diagnosticado una persona afectada de escabiosis.
- Una vez diagnosticado un caso, se debe realizar aislamiento hasta pasadas 24 horas del inicio de un tratamiento correctamente aplicado , en aquellas personas clasificadas como caso.
- Buscar casos no notificados o no diagnosticados entre los compañeros, trabajadores, residentes y miembros del núcleo familiar; es rara la infestación de un solo individuo en una familia.

En caso de observar algún alumno/a, usuario/a o trabajador/a con sintomatología sospechosa se recomendará acudir al médico para confirmar/descartar el diagnóstico.

## ¿Cuándo estamos ante un brote ?

- La sarna NO es una enfermedad de declaración obligatoria, por lo que no hay que declarar los casos aislados.
- Se deberán comunicar a las autoridades de Salud Pública los brotes epidémicos. (Agrupación de casos)
- Valorar tratamiento "en masa" en brotes complejos, es decir a toda la población susceptible. De elección tratamiento combinado en casos y aral en contactos.

**FAMILIAR:** Aparición de 3 o más casos, relacionados entre si, en ámbito familiar.

**INSTITUCIONES:** Aparición de 2 casos de escabiosis relacionados, si se trata de instituciones cerradas de alto riesgo (hospitales, guarderías, residencias de ancianos, albergues de inmigrantes etc.)

### ¿SON FRECUENTES?

TASA DE INCIDENCIA 1.000.000 HABITANTES EN ANDALUCÍA AÑO 2021-2022

FUENTE: RED ALERTA

**¿CÓMO SE NOTIFICA A EPIDEMIOLOGÍA?**  
Mediante el centro de atención primaria

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lluch-Galcerá J, Carrascosa JM, Boada A. Epidemia de escabiosis: los nuevos retos de una enfermedad ancestral. ACTAS Dermo-Sifiliográficas 114 (2023) 123-140. DOI: 10.1016/j.ad.2022.07.017. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-epidemia-escabio>
2. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnil S. Tratamiento de la escabiosis. Atención primaria Elsevier 54(2022) 102231. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102231>.
3. Talaga-Ćwiertnia K. Sarcoptes Infestation. What Is Already Known, and What Is New about Scabies at the Beginning of the Third Decade of the 21st Century? Pathogens. 2021 Jul 9;10(7):868. doi: 10.3390/pathogens10070868. PMID: 34358018; PMCID:PMC8308645.
4. Nota prensa AEDV 2022. 49º Congreso de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) Los dermatólogos constatan el “importante aumento” de los casos de sarna y la pérdida de efectividad del tratamiento.
5. Casals M. Sarna: una epidemia dentro de una pandemia Piel. 2021 May; 36(5): 281–283. doi: 10.1016/j.piel.2021.02.006.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: scabies. <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html>.
7. Currie BJ, Harumal P, McKinnon M, Walton SF. First documentation of in vivo and in vitro ivermectin resistance in *Sarcoptes scabiei*. Clin Infect Dis. 2004;39(1).
8. Meyersburg D, Kaiser A, Bauer JW. ‘Loss of efficacy of topical 5% permethrin for treating scabies: an Austrian single-center study.’ J Dermatolog Treat. 2022 Feb 17;33(2):774–7.
9. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. JEADV, 2017;31: 1248-1256. [Consultado 19/05/2023].
10. Thadanipon K, Anothaisintawee T, Rattanasiri S, Thakkestian A, Attia J. Efficacy and safety of antiscabietic agents: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. J am Acad Dermatol. 2019;80:1435---44, <http://dx.doi.org/1>.
11. Coordinadora: R. Fernández Urrusuno. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018.
12. INFAC. Información Farmacoterapéutica. Tratamiento de la sarna. Vol 30(2022)3. Osakidetza. Gobierno Vasco, Departamento de Salud.
13. Mueller et al. Implementation and evaluation of an algorithm for the management of scabies outbreaks. BMC Infectious Diseases (2019) 19 : 200 <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3818-5>.

14. Vasco EJG. Protocolos - Enfermedades, vacunas y vigilancia epidemiológica - Departamento de Salud - Gobierno Vasco - Euskadi.eus [Internet]. Basqu Administration Web Portal. Available from: <https://www.euskadi.eus/informacion/protocolos/web01-a2gaixo/es/#escabiosis>



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Consumo