

ALERTAS POR ESCABIOSIS EN ANDALUCÍA. PERIODO 2022-2025

INTRODUCCIÓN

La escabiosis o sarna es una infestación parasitaria de la piel, causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* y transmitida por contacto directo estrecho y prolongado con personas afectadas o fómites contaminados.

Sarcoptes scabiei es un ácaro microscópico de 0,3 a 0,4 mm que se infiltra en la capa externa de la piel humana, donde pone huevos y provoca una reacción alérgica que tiene como resultado la clínica característica de la enfermedad. Dicha clínica consiste en la 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, sobre todo nocturno. Además, en las zonas de rascado pueden aparecer infecciones secundarias bacterianas. En base a la clínica se diferencian dos tipos de escabiosis, la clásica que es la más frecuente en nuestro medio con pocos ácaros en la piel y la escabiosis costrosa con miles de ácaros en la piel del infestado.

El periodo de incubación en personas sin exposición previa al ácaro es de 2 a 6 semanas, mientras que en las personas que han estado infestadas anteriormente, es de 1 a 4 días. Respecto a la transmisión, las personas

afectadas pueden transmitir los ácaros desde el momento en que están infestados hasta que reciben un tratamiento adecuado con eliminación de los ácaros y sus huevos; y el mecanismo de transmisión puede ser directo por contacto piel con piel o de forma indirecta al compartir fómites como ropa, toallas o ropa de cama. El hacinamiento, se puede considerar un factor de riesgo pues implica el contacto cercano con el cuerpo y la piel. De igual manera, hay grupos más vulnerables como los niños y las personas de edad avanzada.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque puede confirmarse microscópicamente. En ocasiones, se produce un retraso en el diagnóstico ocasionado por la ausencia de síntomas durante un periodo prolongado, una presentación inespecífica o una baja sospecha clínica.

El tratamiento incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas. El tratamiento farmacológico de elección es la permetrina tópica al 5% o la ivermectina oral, y la combinación de ambos fármacos en la sarna costrosa. Para que el tratamiento sea efectivo debe repetirse al cabo de 1-2 semanas, y está indicado tanto en los casos como en los contactos estrechos

identificados incluso si son asintomáticos. Simultáneamente, deben instaurarse las medidas no farmacológicas que incluyen el lavado de ropa que haya estado en contacto con el paciente con una temperatura superior a 60°C, limpieza de superficies como sofás o alfombras para asegurar la eliminación de los ácaros, evitar el rascado, así como cortar las uñas y usar crema hidratante para prevenir la irritación de la piel.

Situación mundial

La sarna es una enfermedad presente en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en cualquier momento, 200 millones de personas en el mundo la padecen, lo que la convierte en una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes.

Aunque es una enfermedad distribuida mundialmente, es más frecuente en países tropicales cálidos y zonas con alta densidad de población y pocos recursos; y afecta más a grupos vulnerables como niños y personas de edad avanzada. En los países con mayor nivel socioeconómico, la sarna suele presentarse en forma de casos esporádicos y brotes en instituciones cerradas que afectan a personas vulnerables como centros escolares, residencias de mayores o de personas con discapacidad, prisiones, etc.

La OMS, en la hoja de ruta 2021-2030, considera prioritaria su cobertura sanitaria universal y la determinación de su carga poblacional con el propósito de la administración masiva de medicamentos en las zonas donde la enfermedad es endémica, es decir, allí donde la prevalencia es del 10% o superior.

Situación en Europa y España

En España, y en la mayoría de los países europeos, la sarna no es una enfermedad de declaración obligatoria ante casos individuales, solo se vigilan los brotes epidémicos, lo que complica la estimación de la incidencia de enfermedad en la población. Una aproximación a su incidencia puede realizarse mediante otros sistemas de información como los episodios atendidos en consultas de Atención Primaria, en Urgencias Hospitalarias y el seguimiento de la venta de escabicidas.

Estudios recientes evidencian una tendencia creciente en la incidencia de sarna en España, sobre todo a partir del año 2020. Esto se encuentra en la misma línea de los patrones observados respecto al aumento en la incidencia de escabiosis, en varios países europeos como Italia, Alemania, Reino Unido, Países Bajos y Croacia.

Este aumento puede tener un origen multifactorial, incluyendo cambios en comportamientos sociales, un aumento de la población anciana e inmunodeprimida y un fracaso del tratamiento ya sea por una incorrecta aplicación o pauta o por la posible resistencia del ácaro a los tratamientos farmacológicos disponibles.

OBJETIVOS

Describir las características, situación y evolución de las alertas por escabiosis en Andalucía desde el 1 de enero 2022 hasta el 31 de diciembre de 2025.

MATERIAL Y MÉTODO

En primer lugar, se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los datos de las alertas por infestación notificadas a la aplicación Red de Alerta del Sistema de

Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2025.

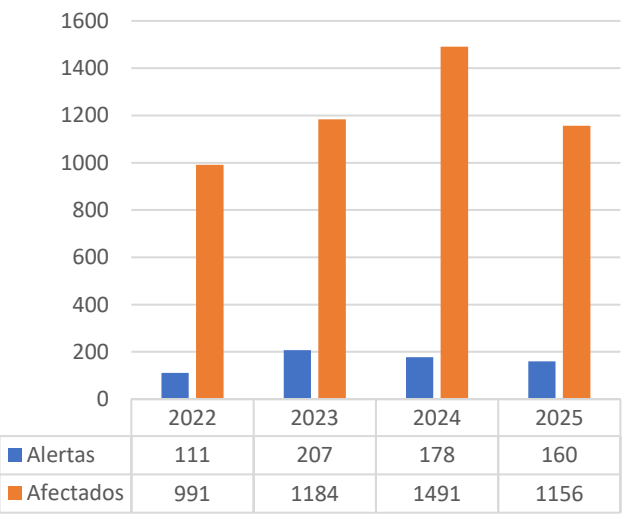
Se define alerta por escabiosis una agrupación de 3 o más casos en ámbito familiar o 2 o más casos relacionados entre sí en instituciones cerradas de alto riesgo (hospitales, centros escolares, residencias de mayores, albergues de inmigrantes) cuyo agente causal es *Sarcoptes scabiei*, por lo que se descartaron las infestaciones por otros ectoparásitos.

Se analizaron las variables año, provincia, ámbito y tipo, fecha de inicio de problema y número de afectados. La variable ámbito fue reagrupada en los siguientes grupos: familiar, colectivo y otros, donde se incluyen las siguientes categorías: poblacional, laboral y país tercero.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se han notificado un total de 656 alertas por *Sarcoptes scabiei* con 4822 afectados. La evolución de alertas y afectados por años viene representada en la Figura 1.

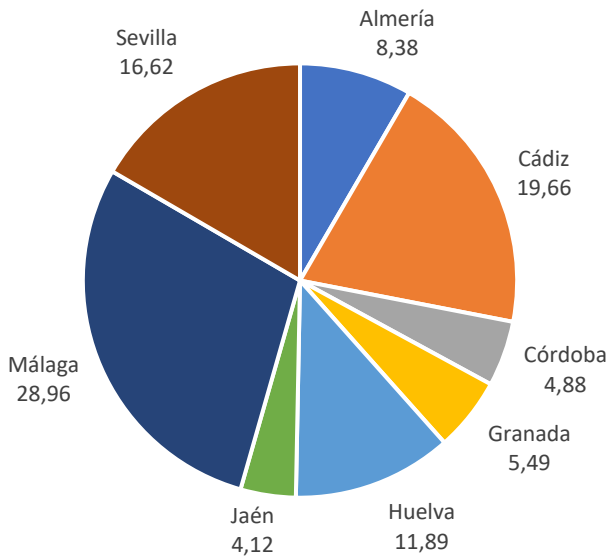
Figura 1. Número de alertas y número de afectados por año. 2022-2025.



En el periodo 2022-2025 la media de afectados por alerta es de 7,35. Al inicio del periodo, en el año 2022 se objetiva el mayor número de afectados por alerta con 8,93 casos, seguido del año 2024 con 8,38 casos por alerta.

Las provincias que han reportado más alertas han sido Málaga con 190 (28,96%), Cádiz con 129 (19,66%) y Sevilla, 109 (16,62%).

Figura 2. Alertas por provincias. 2022-2025.



De las alertas en las que se conoce la fecha de inicio del problema (96,65% del total), se observa que el 62,11% se produce en los meses de invierno (octubre-marzo). En el periodo 2022-2025, el ámbito donde más alertas se han producido es el colectivo con 454 alertas que suponen el 69,21% del total de alertas notificadas, y del mismo modo constituye el ámbito con mayor número de afectados representando el 79,55% del total de afectados en el periodo. En segundo lugar, se encuentra el ámbito familiar con 188 alertas notificadas que representan el 28,66% del total y el 17,83% de los casos afectados.

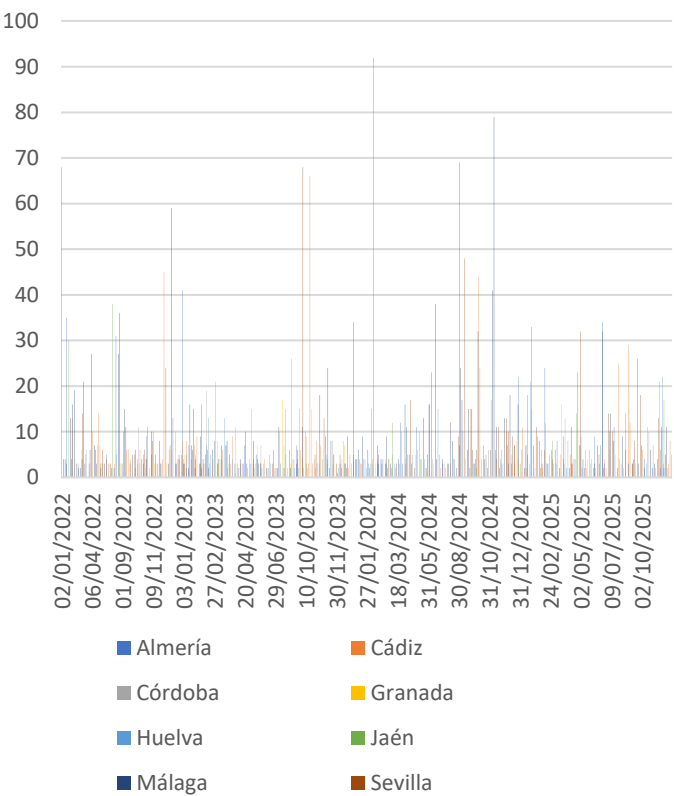
Figura 3. Distribución de alertas por escabiosis según ámbito. Años 2022-2025.

	2022		2023		2024		2025		Total			
Ámbito	Alertas	Casos	Alertas	Casos	Alertas	Casos	Alertas	Casos	Alertas	%	Casos	%
Colectivo	68	695	123	820	130	1287	133	1034	454	69,21	3836	79,55
Desconocido	0	0	1	5	2	12	7	40	10		57	
Albergues Marginados	1	6	2	4	1	6	2	18	6		34	
Centro de Discapacitados	2	11	13	102	12	139	7	30	34		282	
Centro de Salud	0	0	0	0	1	2	0	0	1		2	
Centro Educativo	4	17	15	50	11	61	17	90	47		218	
Establecimiento Penitenciario	7	77	3	17	4	33	2	10	16		137	
Guardería	1	2	3	10	3	10	2	6	9		28	
Hospital	4	19	12	48	4	8	1	2	21		77	
Otro Centro Sociosanitario	9	41	25	97	25	157	19	137	78		432	
Residencia de Mayores	36	504	43	466	64	845	75	696	218		2511	
Residencia Estudiantes	4	18	6	21	3	14	1	5	14		58	
Familiar	40	214	80	344	42	183	26	119	188	28,66	860	17,83
Otros	3	82	4	20	6	21	1	3	14	2,13	126	2,61
Total general	111	991	207	1184	178	1491	160	1156	656		4822	

Dentro del ámbito colectivo el tipo más frecuente se localiza en residencia de mayores con el 48,02% de las alertas y el 65,46% de los afectados dentro de este ámbito, seguido en menor proporción por otros centros sociosanitarios (17,18% alertas y 11,26% afectados), centros educativos (10,35% alertas y 5,68% afectados) y centros de discapacitados (7,49% alertas y 7,35% afectados).

Atendiendo a las alertas en residencias de mayores encontramos que la media de afectados por alerta fluctúa con los años, siendo superior en 2022 y 2024 con 14 y 13,20 casos por alerta respectivamente. En relación con la distribución de los afectados por años se observa cierta estabilidad en los primeros años de estudio, que se acrecienta en 2024, con un posterior descenso en 2025 sin llegar a alcanzar las cifras del inicio del periodo de estudio.

Figura 4. Curva epidémica de los afectados de alertas por escabiosis por provincia. 2022-2025



DISCUSIÓN

Según los datos expuestos, las alertas por escabiosis en Andalucía han experimentado cambios a lo largo de los últimos 4 años. Al inicio del periodo hasta 2023, se mantiene el incremento en las alertas observado en los años previos, seguido de una tendencia a la estabilización desde 2023 a 2025.

Sin embargo, el número de afectados por alerta fluctúa durante los años incluidos en el estudio siendo el año 2022 el que presenta una media mayor de afectados por alerta seguido de 2024. A nivel global, durante todo el periodo 2022-2025 la media de afectados por alerta es de 7,35 casos, observando por tanto un aumento del número de casos por alerta respecto al lustro anterior (6,9 casos por alerta en el periodo 2017-2021).

Esta tendencia al alza va en consonancia con los datos observados a nivel nacional y en otros países europeos, y podría tener un origen multifactorial, siendo uno de los factores causales que se postulan las medidas de confinamiento durante la pandemia de Covid-19 lo que pudo generar el hacinamiento de personas en los entornos familiares y en algunas instituciones cerradas, favoreciendo la propagación de la escabiosis. Otros factores causales del incremento de escabiosis que se recogen en la literatura son: el aumento de la población anciana e inmunodeprimida, cambios en los comportamientos sociales como el aumento de las parejas sexuales, el fracaso del tratamiento farmacológico por una incorrecta aplicación, pauta y la posible resistencia de los ácaros a los fármacos disponibles.

Es de especial relevancia el análisis de los datos de escabiosis en el ámbito de las residencias de mayores por tratarse de entornos especialmente vulnerables a

esta problemática tanto por las características intrínsecas de las personas institucionalizadas como por los aspectos del propio centro. Las características más frecuentes de los usuarios de las residencias de mayores son la senectud e inmunosenescencia, que los hace más susceptibles a complicaciones de la infestación; suelen presentar también alteraciones cognitivas, que dificultan la identificación de síntomas, un consecuente retraso del diagnóstico y de notificación de alertas, con una demora en la implementación de las medidas de tratamiento y control. De hecho, según los datos obtenidos de todos los casos en el ámbito colectivo, casi la mitad corresponden con residencias de mayores (48%). En el periodo de estudio, esta situación es más acusada en 2022, año en el que la media de casos asociados por alerta fue 14 en las residencias de mayores andaluzas.

En cuanto a los rasgos de los centros residenciales, al ser instituciones cerradas, se favorece la transmisión no solo entre residentes, sino también entre trabajadores y trabajadores-residentes, facilitando la propagación en el tiempo de esta enfermedad.

Por otro lado, los métodos diagnósticos de la sarna tienen limitaciones importantes, ya que se basan en la identificación clínica de las lesiones dérmicas. Por ello, es importante una alta sospecha diagnóstica para así instaurar el tratamiento y las medidas no farmacológicas. Se ha descrito que en una tercera parte de los casos no se cumple correctamente el tratamiento, esto puede ser debido a la selección incorrecta del fármaco, dosis inadecuadas o resistencia a los fármacos escabicidas. De igual manera, la identificación correcta de todos los contactos y su tratamiento es imprescindible y no siempre se puede

lograr hacer de manera adecuada, continuando el contacto con personas infestadas no tratadas.

Otras medidas no farmacológicas esenciales en la finalización de alertas por escabiosis es la limpieza ambiental, que requiere unas condiciones especiales (lavar la ropa a alta temperatura, limpieza integral ambiental de las habitaciones, etc.) por lo que es importante realizar una correcta educación sanitaria a los afectados y personal implicado en sus cuidados. Esta es una de las medidas más frecuentemente implementadas en este estudio.

CONCLUSIONES

Es complejo conocer la magnitud exacta del problema puesto que al no considerarse la escabiosis una enfermedad de declaración obligatoria, los casos individuales no son reportados al SVEA.

La estimación realizada a partir de la información de las alertas declaradas al SVEA, nos permiten afirmar que en Andalucía la tendencia de la escabiosis es ascendente al inicio del periodo de estudio con una estabilización posterior.

El tipo de ámbito donde se encuentran más afectados por alertas siguen siendo las residencias de mayores, entorno vulnerable por sus características intrínsecas, tanto de los usuarios como del propio centro. Por este motivo, es importante poner el foco en la vigilancia epidemiológica de este entorno priorizando la educación sanitaria, el diagnóstico y tratamiento precoz y un seguimiento estrecho para prevenir la transmisión de la enfermedad y controlar los brotes.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras de sarna. Consultado el 24 de noviembre 2025: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
- Chatterjee A, Roy Á, García-Blázquez C, Cruz I, Gómez-Barroso D, Descalzo MÁ, Planelló R, Herrador Z; SCABEAT Network group; SCABEAT Network. Rising scabies incidence in Spain: a retrospective observational analysis of four national data sources, 2011 to 2023. Euro Surveill. 2025; 30 (47): 2500296. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.47.2500296. PMID: 41287541; PMCID: PMC12645275.
- Saskia C van der Boor, Ines Figaroa, Annemarie A Uijen, Stijn FH Raven, Cornelia HM van Jaarsveld. Rising scabies incidence and the growing burden on GPs: a retrospective longitudinal study. BJGP Open 2025; 9 (4): BJGPO.2025.0037. DOI: 10.3399/BJGPO.2025.0037.
- Protocolo de vigilancia de Brotes por Escabiosis. Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. 2024.
- Galván Casas, C., Ruiz-Villaverde, R., Prados-Carmona, A. et al. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes diagnosticados de escabiosis en España: oportunidades de mejora. Estudio transversal multicéntrico CLINI-AEDV. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2024; 115: 36-47. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-caracteristicas-clinicas-epidemiologicas-pacientes-diagnosticados-articulo-S0001731023006890>

- Lluch-Galcerá J.J., Carrascosa J.M., Boada A. Epidemia de escabiosis: los nuevos retos de una enfermedad ancestral. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2023; 114 (2): 132-140. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-epidemia-escabiosis-nuevos-retos-una-articulo-S0001731022006858>
- Delas Azdajic M., Beslic I., Gasic A. et al. Increased Scabies Incidence at the Beginning of the 21st Century: What Do Reports from Europe and the World Show? Life 2022, 12 (10): 1598. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/life12101598>
- Redondo-Bravo L., Fernandez Martinez B., Gomez-Barroso D. et al. ¿Sarna en España? Desentrañando el contexto epidemiológico actual. 2022 Jan 1; Disponible en: <https://research-ebsco-com.bvsspa.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=88658fd2-9bf7-3bdf-bcc5-f63bdacbb745>
- Mazzatenta C., Piccolo V., Argenziano G., et al. Is Scabies becoming less sensitive to permethrin therapy?. Acad Dermatol Venereol. 2021; 35.
- Amal A. El-Moamly. Scabies as a part of the World Health Organization roadmap for neglected tropical diseases 2021–2030: what we know and what we need to do for global control. Tropical Medicine and Health. 49:64. 2021. Disponible en: <https://tropmedhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41182-021-00348-6>
- Sunderkötter C., Aebischer A., Neufeld, M., et al. Increase of scabies in Germany and development of resistant mites? Evidence and consequences. J Dtsch Dermatol Ges. 2019; 17: 15-23.

AUTORÍA

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

Enlaces de interés

Vacunas

- **Coberturas de vacunación de Andalucía**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/coberturas-vacunales/>

- **Coberturas de gripe, por distritos, provincias, edades**; en la web del IECA:

<https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?idNode=70357>

- **Virus del Papiloma Humano**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia/>

- **#ZeroMeningitis**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/campanas/meningitis/>

Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda

<https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>

Viruela de los monos

<https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/home.htm>

Tabla de EDO

Enfermedades de Declaración Obligatoria por provincias. Semana 07/2026 y acumulado desde semana 01/2026.
Datos provisionales.

	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
EDO	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	2025*	2026
Enf Meningoc.	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	0	3	12	10
Enf. Neumo. Inv.	0	4	3	15	0	11	2	17	1	5	0	4	1	25	3	41	145	122
Fiebre Q	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	5
Hepatitis A	2	3	1	8	0	1	0	3	3	9	0	3	3	12	1	5	40	44
Hepatitis B	0	1	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	15	8
Hepatitis C	0	1	0	10	0	2	0	2	0	1	0	2	2	18	0	6	52	42
Infec. Gonoc.	4	25	12	77	2	28	10	73	0	16	0	3	7	100	30	234	694	556
Legionelosis	0	1	0	1	0	1	0	1	1	3	0	3	0	8	1	9	71	27
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	3
Paludismo	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	2	0	1	5	7
Parotiditis	2	7	1	10	0	4	1	3	0	5	1	1	0	2	2	8	35	40
Sífilis	5	24	7	49	1	6	5	37	0	11	1	13	4	51	24	95	323	286
Tosferina	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12	6
Tuberculosis	3	17	0	5	0	3	1	8	0	7	0	7	1	13	6	24	98	84

* Casos acumulados en el mismo periodo en 2025.