Sociedad Española
Medicina Preventiva,
Salud Pública y Gestión Sanitaria

Revista Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. 2026;31(2): 13-20

Artículo original

Manejo de un brote de escabiosis en un centro hospitalario: estrategias de control y prevención. Una serie de casos

M.ª Elena Torres-Pérez[1]*, Ana-Carolina Iglesias-Sánchez[1]

[1]Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI), Las Palmas de Gran Canaria, España

*Correspondencia: Maria Elena Torres Pérez. elenatorresperez@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de un brote de escabiosis en un hospital y las medidas de control implementadas.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo, tipo serie de casos. Se revisaron los afectados en medicina interna, realizando búsqueda activa entre pacientes y personal, seguimiento epidemiológico e implantación de profilaxis y bioseguridad.

Principales resultados: Se identificaron 6 casos (4 pacientes, incluyendo un caso índice de sarna noruega, y 2 profesionales). La aplicación de permetrina e ivermectina, las medidas preventivas de contacto y la desinfección ambiental, coordinados por Medicina Preventiva, controlaron el brote con éxito.

Conclusiones: El diagnóstico exclusivamente clínico y las características sociosanitarias del caso índice retrasaron la detección inicial. La comunicación multidisciplinar y la rápida activación de protocolos fueron fundamentales para frenar la transmisión.

Palabras clave: Escabiosis. Brote epidémico. Infección hospitalaria. Medicina preventiva. Sarna noruega.

Management of a scabies outbreak in a hospital setting: control and prevention strategies. A case series

ABSTRACT

Objective: To describe the management of a scabies outbreak in a hospital and the control measures implemented.

Method: A retrospective descriptive case series study. Cases in internal medicine were reviewed, performing active searching among patients and staff, epidemiological follow-up, and implementation of prophylaxis and biosafety measures.

Main results: Six cases were identified (4 patients, including a Norwegian scabies index case, and 2 healthcare professionals). The application of permethrin and ivermectin, contact isolation, and environmental disinfection, coordinated by preventive medicine, successfully controlled the outbreak.

Conclusions: Exclusively clinical diagnosis and the social characteristics of the index case delayed initial detection. Multidisciplinary communication and the rapid activation of protocols were essential to halt transmission.

Keywords: Scabies. Disease outbreaks. Cross infection. Preventive medicine. Norwegian scabies.

Introducción

La escabiosis o sarna es una enfermedad contagiosa causada por la infestación del ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. Su principal vía de propagación es el contacto directo y prolongado con la piel de una persona infestada [1,2]. De forma menos frecuente, la transmisión puede ocurrir a través de fomites contaminados, como ropa, textiles de cama o mobiliario, dado que el parásito puede sobrevivir fuera del huésped hasta 72 horas. En personas sin exposición previa, el período de incubación oscila entre 2 y 6 semanas; sin embargo, en individuos previamente infestados, los síntomas aparecen entre 1 y 4 días tras la reinfestación. El período de transmisibilidad se extiende desde la incubación hasta la completa eliminación de los ácaros y sus huevos, por lo que el riesgo de contagio persiste hasta que se aplican las medidas terapéuticas oportunas [3]. La probabilidad de transmisión depende de la carga parasitaria en la piel, así como de la duración y frecuencia del contacto físico [4].

Recibido: *06/04/2026,* ***Aceptado:*** *05/05/2026,* ***Publicado: 30/06/2026, https://doi.org/10.64133/REMPSP.2026.31.02.3***

Citar como: Torres-Pérez M.ª E, Iglesias-Sánchez AC. Manejo de un brote de escabiosis en un centro hospitalario: estrategias de control y prevención. Una serie de casos. *REMPSP* 2026;31(2): 13-20. Disponible en: https://doi.org/10.64133/REMPSP.2026.31.02.3

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**.

Clínicamente, la infestación puede manifestarse en dos formas principales [3]. La sarna clásica se presenta habitualmente en individuos inmunocompetentes; cursa con una baja carga parasitaria y un prurito intenso que se instaura entre las 2 y 6 semanas postinfestación, cuyas zonas de rascado pueden no corresponder anatómicamente con la ubicación de los ácaros [3]. Por otro lado, la sarna noruega, costrosa o hiperqueratósica, constituye una variante altamente contagiosa y de difícil erradicación que afecta predominantemente a pacientes inmunodeprimidos. Se caracteriza por una respuesta inmune atenuada, lo que se traduce en una disminución o incluso ausencia de prurito. Clínicamente, cursa con descamación y un engrosamiento difuso de la piel —especialmente en manos, codos, rodillas, cuero cabelludo, uñas y cara— que puede llegar a simular cuadros de psoriasis. Estas lesiones hiperqueratósicas pueden albergar miles de parásitos y huevos, lo que explica su altísima infectividad y el riesgo epidemiológico que suponen [3,5].

El impacto de la sintomatología trasciende lo puramente físico, afectando gravemente a la calidad de vida del paciente al restringir sus actividades cotidianas y generar un notable estigma social. El cuadro clínico cardinal consiste en un prurito intenso de predominio nocturno. Asimismo, las excoriaciones secundarias al rascado predisponen a la aparición de sobreinfecciones bacterianas graves. Por su parte, en la población pediátrica es frecuente observar una erupción más severa con afectación palmoplantar y del cuero cabelludo, que puede complicarse con cuadros de impétigo contagioso [1,2,4].

A nivel epidemiológico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2017 una prevalencia global de 175,4 millones de personas afectadas. Su incidencia es significativamente mayor en países tropicales cálidos, áreas de alta densidad demográfica y en población infantil de zonas con escasos recursos, donde llega a afectar entre un 5 % y un 10 % de los niños. Dada esta magnitud, ese mismo año la OMS la incluyó en su lista de enfermedades tropicales desatendidas. Esta catalogación busca impulsar metas estratégicas de cara al año 2030, centradas fundamentalmente en integrar el control de la escabiosis dentro de las medidas de cobertura sanitaria universal e implementar programas de administración masiva de medicamentos en aquellas regiones que presenten una prevalencia igual o superior al 10 % [1,2].

Durante las dos últimas décadas, las mayores prevalencias mundiales (oscilando entre el 0,2 % y el 71 %) se han concentrado en las regiones del Pacífico y América Latina. Por su parte, Europa presenta una clara tendencia creciente en la incidencia de casos. Este repunte se asocia a diversos determinantes sociales y de salud pública, entre los que destacan el aumento del flujo de viajeros, el desplazamiento de población refugiada, el incremento de colectivos en condiciones socioeconómicas precarias y el impacto coyuntural de la pandemia. Por consiguiente, la obtención de registros epidemiológicos precisos y la optimización de los sistemas de notificación sistemática deben constituir un objetivo prioritario a nivel global [6].

A nivel nacional, en España, un amplio estudio retrospectivo (1997-2019) basado en múltiples registros [7] confirmó un marcado aumento en la incidencia de esta parasitosis. Los grupos más vulnerables a la transmisión identificados fueron la población infantil, los pacientes geriátricos, las personas inmunodeprimidas y la población institucionalizada, un perfil clínico y epidemiológico que coincide exactamente con el caso índice de nuestro estudio. Asimismo, se observó una afectación significativa entre los profesionales de los sectores sanitario y sociosanitario. Cabe destacar, además, que nuestra comunidad autónoma se sitúa entre las regiones con mayor prevalencia y afectación del país [7].

Aunque la escabiosis no es una enfermedad de declaración obligatoria de forma aislada, la aparición de dos o más casos con vínculo epidemiológico (brote epidémico) fuera del ámbito familiar, especialmente en instituciones residenciales o sanitarias, obliga a su declaración y a la activación inmediata de medidas de control [3]. Dada la vulnerabilidad de los pacientes ingresados y el alto riesgo de transmisión nosocomial al personal, documentar estas experiencias resulta fundamental. Por ello, el objetivo de este trabajo es describir, mediante un diseño de serie de casos, el manejo clínico, epidemiológico y preventivo de un brote de escabiosis originado por un caso de sarna noruega en una unidad de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel, aplicando los protocolos vigentes de vigilancia de Salud Pública.

Material y métodos

Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos. El estudio se desarrolló en

una planta de hospitalización de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel de nuestra comunidad autónoma. El protocolo del estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de referencia del centro, asignándosele el código de registro 2025-195-1.

Entorno y población de estudio

El estudio se llevó a cabo en una unidad de hospitalización de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel (dotado con más de 850 camas) en nuestra comunidad autónoma, durante el periodo comprendido entre el 14 de octubre y el 24 de diciembre de 2024, coincidiendo con el primer paciente diagnosticado y la finalización del periodo de vigilancia epidemiológica tras el último contacto expuesto .

El caso índice ingresó en la unidad en agosto presentando lesiones cutáneas que, inicialmente, fueron orientadas como un cuadro de urticaria, recibiendo tratamiento sintomático. Esta sospecha diagnóstica inicial demoró la identificación de la parasitosis hasta el mes de octubre, momento en el que la aparición de casos secundarios con clínica compatible en la misma planta permitió establecer el vínculo epidemiológico y confirmar el brote de escabiosis.

Para la selección de la población se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia y de carácter exhaustivo. Los criterios de inclusión establecidos fueron: pacientes ingresados en la unidad afectada durante el periodo de estudio; personal sanitario o trabajadores del centro considerados contactos estrechos de los casos confirmados; y pacientes que hubieran recibido tratamiento médico específico para escabiosis en el hospital, identificados mediante búsqueda retrospectiva en los registros del Servicio de Farmacia. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnósticos dermatológicos alternativos confirmados que justificaran la sintomatología cutánea, así como los casos con información clínica insuficiente para su análisis.

De acuerdo con el protocolo autonómico de actuación frente a la escabiosis emitido por la Dirección General de Salud Pública, se definió como “contacto estrecho” a toda persona que hubiera mantenido un contacto habitual o un contacto directo piel con piel continuado con un caso índice en las seis semanas previas. Debido al perfil sociosanitario de la planta, caracterizada por un alto índice de pacientes de larga estancia ingresados con alta médica, la totalidad de los pacientes hospitalizados en la unidad y el personal expuesto fueron categorizados como contactos estrechos.

Se definió como caso confirmado a todo paciente o trabajador que presentara una clínica compatible (prurito de predominio nocturno y/o lesiones cutáneas polimorfas como pápulas, surcos acarinos o nódulos) confirmada mediante exploración física y dermatoscopia por el Servicio de Dermatología. Dado que el brote fue originado por un caso de sarna noruega, el diagnóstico se fundamentó en la presencia de placas hiperqueratósicas características y la confirmación de una alta carga parasitaria mediante la visualización directa de estructuras del ácaro (signo del ala delta) por dermatoscopia manual.

Medidas de actuación y control del brote

La gestión del brote fue coordinada de forma multidisciplinar desde el Servicio de Medicina Preventiva, implicando a los servicios clínicos responsables, Dermatología, Prevención de Riesgos Laborales y la Dirección del centro. Conforme al protocolo actualizado de Salud Pública, se implementaron secuencialmente las siguientes intervenciones:

- Búsqueda activa y medidas de prevención: se establecieron de forma inmediata las medidas de prevención (con uso de equipo de protección individual) para todos los casos sospechosos o confirmados. Estas medidas se mantuvieron de forma estricta hasta que la valoración clínica por parte de Dermatología confirmó la ausencia de contagiosidad. Paralelamente, se elevó el nivel de alerta y sospecha diagnóstica en toda la unidad, evaluando y descartando posibles nuevos casos mediante interconsultas preferentes en el mismo día.

- Tratamiento y profilaxis masiva: a los pacientes hospitalizados considerados contactos estrechos se les administró tratamiento profiláctico tópico con permetrina al 5 %. En aquellos casos correspondientes a pacientes de larga estancia, la aplicación profiláctica se repitió a los siete días para asegurar su eficacia. Por otro lado, para el manejo del personal sanitario afectado y expuesto, y con el objetivo estratégico de maximizar la adherencia terapéutica, se prescribió ivermectina oral. Como medida de bioseguridad adicional, se indicó la exclusión

laboral temporal de estos trabajadores durante las 24 horas posteriores a la toma de la medicación.

- Medidas ambientales y de bioseguridad: se aplicó una restricción temporal de nuevos ingresos en la planta afectada durante las 24 horas posteriores a la administración de la profilaxis masiva. Simultáneamente, se procedió al recambio exhaustivo de toda la ropa de cama y vestimenta, la cual fue gestionada como textil contaminado (remisión a lencería en bolsa roja hidrosoluble) para su lavado a temperaturas superiores a 60 °C. Asimismo, se intensificaron los protocolos de limpieza y desinfección terminal de superficies, mobiliario y equipamiento clínico en las áreas de contacto directo.

Variables en estudio

Para caracterizar a la población afectada y evaluar la efectividad de las intervenciones, se definieron diversas variables agrupadas en cuatro categorías principales. Las variables sociodemográficas que incluyeron fueron la edad, sexo, procedencia y ocupación laboral. Como variables clínicas y epidemiológicas, se recopilaron la presentación clínica de las lesiones cutáneas (clásica o noruega), la presencia de comorbilidades (criterios de vulnerabilidad) y el tiempo de estancia hospitalaria . Las variables de gestión y control del brote fueron la vía de detección del caso, medidas de aislamiento instauradas, tipo y duración del tratamiento farmacológico o profiláctico aplicado y períodos de exclusión laboral temporal para los profesionales. Por último, como variable de resultados, la resolución clínica del cuadro, duración de la sintomatología tras el tratamiento, efectividad de la profilaxis masiva y registro de reingresos vinculados a la parasitosis.

Métodos de recogida de datos

La recopilación de la información se realizó de forma retrospectiva, utilizando múltiples fuentes de datos institucionales para garantizar la trazabilidad y la exhaustividad en la captación de casos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes para extraer la información demográfica, clínica y de procedencia. Como estrategia de búsqueda activa retrospectiva, se cruzó esta información con los registros del Servicio de Farmacia, buscando a todos los pacientes tratados con fármacos específicos para escabiosis. Para la captación de los trabajadores afectados, los datos se obtuvieron de forma coordinada a través de las notificaciones oficiales del servicio de Recursos Humanos y de la Mutua colaboradora. La validación del diagnóstico clínico de todos los casos sospechosos se realizó mediante los informes de interconsulta emitidos por el servicio de Dermatología.

Análisis estadístico

De acuerdo con el diseño de estudio descriptivo retrospectivo (serie de casos) y el tamaño muestral, que se limitó de forma exhaustiva a los individuos directamente afectados e implicados en el brote, se llevó a cabo un análisis estadístico puramente descriptivo. Las variables cualitativas y categóricas se expresaron mediante frecuencias absolutas y, cuando fue pertinente, porcentajes. Este enfoque analítico, prescindiendo de modelos de regresión inferencial, se ajusta a la naturaleza de los datos y permitió detallar con rigor la caracterización clínico-epidemiológica del brote, la secuencia temporal de los contagios cruzados y la respuesta favorable a las medidas de bioseguridad implementadas.

Resultados

Durante el período de estudio, la población total expuesta al brote fue de 151 personas (28 pacientes ingresados en la unidad y 123 profesionales de distintas categorías). Se identificaron un total de 6 casos confirmados vinculados epidemiológicamente, lo que representa una tasa de ataque global del 3,97%. Desglosado por grupos, se registraron 4 casos entre los pacientes hospitalizados (tasa de ataque específica del 14,28%) y 2 casos entre el personal sanitario (tasa de ataque específica del 1,62%). Esta diferencia en las tasas de ataque subraya la mayor vulnerabilidad y el contacto estrecho prolongado en el grupo de pacientes, frente a la exposición del personal (**Tabla 4**).

Las características sociodemográficas y clínicas de los casos se detallan en la **Tabla 1**. Destaca que los cuatro pacientes afectados eran varones, con edades comprendidas entre los 49 y los 90 años. Tres de ellos presentaban un perfil de paciente sociosanitario de larga estancia, institucionalizado o vulnerable, y el cuarto presentaba criterios de inmunodepresión y exclusión social. La caracterización cronológica del brote reveló un periodo de latencia diagnóstica significativo. El caso índice (Caso 1) ingresó en la unidad en agosto con una clínica hiperqueratósica atípica que fue orientada inicialmente como urticaria. Esta sospecha errónea demoró la identificación de

Tabla 1. *Características sociodemográficas y clínicas de los casos identificados.*

Caso	Edad	Sexo	Perfil de vulnerabilidad / Comorbilidad	Diagnóstico clínico	Presentación/Lesiones
1[a]	90	M	Institucionalizado (socio-sanitario)	Escabiosis noruega	*Rash* cutáneo
2	49	H	Inmunodeprimido y exclusión social	Escabiosis clásica	Prurito
3	81	M	Vulnerable (Socio-sanitario)	Escabiosis clásica	*Rash* cutáneo
4	69	H	Vulnerable (Socio-sanitario)	Escabiosis clásica	Pápulas
5	—	—	Personal sanitario (Enfermero)	Escabiosis clásica	—
6	—	—	Personal sanitario (TCAE)	Escabiosis clásica	—

TCAE: Técnico Cuidados Auxiliares de Enfermería; H:hombre; M: Mujer.

Notas:

No se aporta parte de la información del personal.

[a]Caso índice. Fue identificado mediante búsqueda retrospectiva tras detectarse el cúmulo de casos.

la parasitosis hasta el mes de octubre, cuando la aparición de un clúster de contagios secundarios permitió confirmar el brote. La secuencia detallada de estos eventos se resume en la **Figura 1**.

En relación con las medidas de control del brote (**Tabla 2**), se identificaron a 28 pacientes hospitalizados como contactos estrechos, a los cuales se les administró profilaxis tópica con permetrina al 5 %; en 12 de estos pacientes (aquellos de larga estancia con ingresos superiores a 80 días) se administró una segunda dosis a la semana. Respecto al personal expuesto, se administró tratamiento profiláctico con ivermectina oral a un total de 123 personas (incluyendo enfermeros, TCAE, celadores, fisioterapeutas y alumnos en prácticas) para asegurar la máxima adherencia y frenar la transmisión nosocomial.

La evolución clínica fue favorable en todos los afectados. Tal y como se muestra en la **Tabla 3**, lográndose la resolución clínica en la totalidad de los casos. Tras el levantamiento de los aislamientos y la finalización del periodo de vigilancia epidemiológica, no se registraron nuevos contagios incidentes ni reingresos hospitalarios asociados a escabiosis.

Discusión

El principal hallazgo de este estudio es que la implementación de una estrategia multidisciplinar, liderada por el servicio de Medicina Preventiva, permitió el control efectivo de un brote nosocomial originado por un caso de sarna noruega. A pesar de ser una patología conocida, la escabiosis —y especialmente su variante hiperqueratósica— presenta importantes desafíos diagnósticos. La ausencia de prurito típico y las lesiones que simulan otras dermatosis en pacientes frágiles o institucionalizados suelen derivar en un diagnóstico tardío, factor que, como se observó en nuestro caso índice, actúa como el principal motor de la transmisión hospitalaria [4]. La interacción entre la sospecha clínica precoz, el uso de herramientas diagnósticas y un tratamiento protocolizado constituye la estrategia más eficaz para prevenir la diseminación [8].

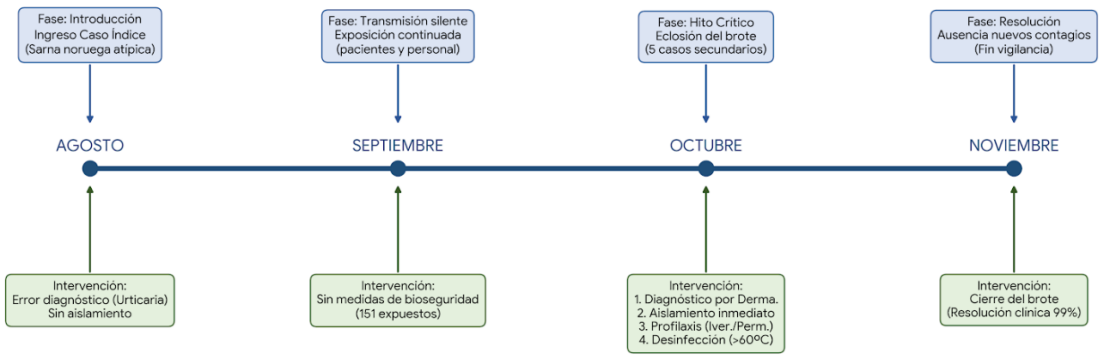


Figura 1. *Cronograma y evolución del brote.*

Tabla 2. *Estrategias de gestión, profilaxis y bioseguridad aplicadas en el brote.*

Población diana	Medidas preventivas y de bioseguridad ambiental	Tratamiento terapéutico o profiláctico administrado
Casos confirmados (Pacientes)	Aislamiento de contacto estricto hasta valoración de no contagiosidad por Dermatología. Cambio de textiles gestionados en bolsa roja hidrosoluble para lavado a >60 °C .	Tratamiento individualizado según valoración clínica (vaselina azufrada al 6 % y/o ivermectina oral).
Contactos estrechos (Pacientes, *n* = 28)	Restricción de ingresos en la planta afectada durante 24 horas tras el tratamiento. Refuerzo de limpieza y desinfección de superficies y equipamiento clínico. Seguimiento clínico exhaustivo.	Profilaxis tópica con permetrina al 5 % en dosis única. En pacientes de larga estancia (*n* = 12), administración de una segunda dosis a los 7 días.
Personal sanitario expuesto[a] y afectados (*n* = 123)	Exclusión laboral temporal preventiva durante las 24 horas posteriores a la toma de la medicación.	Tratamiento y profilaxis masiva con ivermectina oral para asegurar y facilitar la máxima adherencia terapéutica.

Notas:
n: número de individuos.

[a]El personal sanitario incluyó profesionales de enfermería de plantilla y refuerzo, TCAE, celadores, fisioterapeutas y alumnos en prácticas.

Tabla 3. *Resultados clínicos y evolución temporal de los casos diagnosticados.*

Caso	Resolución clínica	Duración de los síntomas (post-tratamiento)	Efectividad del tratamiento[a]	Reingresos por escabiosis
1	Sí	No valorable (alta a centro sociosanitario)	Sí	Exitus[c]
2	Sí	Persistencia documentada[b]	Sí	No
3	Sí	Resolución progresiva completa	Sí	No
4	Sí	Resolución progresiva completa	Sí	No
5	Sí	Resolución completa	Sí	No
6	Sí	Resolución completa	Sí	No

Notas:
[a]Resolución clínica de la totalidad de los casos, al no registrarse fallos terapéuticos.
[b]En algunos casos se documentó persistencia temporal del prurito residual postratamiento tras retirar el aislamiento, resolviéndose satisfactoriamente.
[c]La causa de fallecimiento del paciente 1 el 29/08/24 fue independiente de la infección por escabiosis; el día 23/08/24 se da el alta a su residencia habitual.

Tabla 4. *Resumen epidemiológico del brote y tasas de ataque.*

Grupo de población	Población expuesta (n)	Casos confirmados (n)	Tasa de ataque (%)
Pacientes	28	4	14,28 %
Personal sanitario	123	2	1,62 %
Total	**151**	**6**	**3,97 %**

Nota:
Detalla el tamaño de la población expuesta (n=151) y las tasas de ataque específicas. Este desglose permite observar la diferencia en la dinámica de transmisión entre los pacientes (tasa de ataque del 14,28%) y el personal sanitario (1,62%).

A nivel epidemiológico, los resultados obtenidos ofrecen una perspectiva de la situación en nuestra comunidad autónoma que es extrapolable al contexto nacional. En España, la incidencia de sarna ha mostrado una tendencia creciente y sostenida en la última década, consolidándose como una preocupación de salud pública de primer orden [7]. Esta realidad refuerza la necesidad de establecer un registro nacional homogéneo que permita una vigilancia epidemiológica más precisa y una asignación de recursos más eficiente, especialmente ante el repunte de casos observado tras la pandemia [9].

La gestión del brote destacó por la coordinación multidisciplinar. La literatura científica avala este enfoque; estudios similares subrayan que la respuesta rápida del personal de salud y la claridad en las líneas de comunicación son lecciones aprendidas críticas para minimizar el impacto institucional [10]. En nuestro estudio, la instauración de profilaxis masiva en contactos estrechos y el refuerzo de la higiene ambiental (gestión de textiles y desinfección de superficies) resultaron ser los pilares de la contención. El uso de ivermectina oral en el personal, en particular, se alinea con las recomendaciones actuales para maximizar la adherencia y simplificar la logística en brotes de gran magnitud [10].

No obstante, este estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas. El reducido tamaño de la muestra de casos confirmados dificulta la generalización de los resultados a toda la población y limita la potencia del análisis estadístico. A estas limitaciones metodológicas debe sumarse la alta susceptibilidad al infradiagnóstico y el sesgo de detección inherente a la gestión de este tipo de brotes. Por un lado, la naturaleza clínica de la escabiosis, que puede cursar con manifestaciones leves o atípicas en estadios iniciales, sumada a la respuesta inmune atenuada típica de los pacientes frágiles o institucionalizados, sugiere que algunos casos subclínicos podrían haber pasado desapercibidos, subestimando la verdadera tasa de ataque. Por otro lado, la identificación de los contagios secundarios se fundamentó en una estrategia de búsqueda activa tras la confirmación del caso índice. Este enfoque introduce un claro sesgo de detección: la intensificación repentina de la vigilancia epidemiológica y la elevación del nivel de alerta en la unidad aumentaron drásticamente la probabilidad de diagnosticar casos que, en un contexto de práctica clínica rutinaria, podrían no haberse reportado. Esta búsqueda retrospectiva dirigida, dependiente en gran medida de la pericia clínica de los profesionales en un momento de alta sospecha, condiciona la interpretación de la magnitud real del brote y de las cadenas de transmisión [11].

A pesar de estas limitaciones, la experiencia documentada posee una alta aplicabilidad clínica y administrativa. Los protocolos aquí descritos son trasladables a otros entornos de convivencia cerrada, como residencias sociosanitarias, centros de atención a la discapacidad o instituciones escolares. Finalmente, este trabajo subraya que el control de la escabiosis nosocomial no solo depende de la eficacia farmacológica, sino de una cultura de prevención colectiva y de la actualización constante de los protocolos de salud ocupacional.

Conclusiones

En conclusión, la sarna noruega en pacientes crónicos o institucionalizados constituye un riesgo epidemiológico crítico debido a que su presentación clínica atípica favorece el retraso diagnóstico y la transmisión nosocomial. Para una contención exitosa, es fundamental mantener un alto índice de sospecha y activar una respuesta multidisciplinar inmediata que combine medidas de aislamiento de contacto, control ambiental estricto y profilaxis masiva simultánea. En este contexto, el uso de ivermectina oral en el personal sanitario destaca como una estrategia clave para garantizar la adherencia terapéutica. Dada la tendencia creciente de esta parasitosis, resulta prioritario integrar la vigilancia de la escabiosis en los protocolos de salud ocupacional y fomentar una comunicación ágil entre los servicios clínicos y Medicina Preventiva para proteger a las poblaciones vulnerables y optimizar los recursos del sistema sanitario.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Mª Elena Torres Pérez: Conceptualización, Metodología, Redacción-borrador original.

Mª Elena Torres Pérez y Ana Carolina Iglesias Sánchez: Adquisición de datos, Análisis formal, Visualización.

Mª Elena Torres Pérez: Supervisión, Administración del proyecto, Financiación.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Declaraciones éticas

Este trabajo (artículo original, ensayo clínico, investigación con seres humanos/animales, etc.) cumple con la normativa de investigación y cuenta con la aprobación de un Comité de Ética. Los autores disponen del documento oficial o código de aprobación correspondiente.

CEI/CEIm de referencia: CEI/CEIM DE LAS PALMAS

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que respalda los resultados de este estudio se encuentra disponible bajo previa solicitud razonable al autor de correspondencia.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Sarna [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/scabies

[2] Kim DH, Kim Y, Yun SY, Yu HS, Ko HC, Kim M. Risk factors for scabies in hospital: a systematic review. BMC Infect Dis. 2024;24(1):353.

[3] Dirección General de Salud Pública. Protocolos de Escabiosis [Internet]. Canarias: Servicio Canario de la Salud; [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//contenidoGenerico.jsp?idDocument=94372f3c-8f64-11ee-8735-c5ac5fbf6593

[4] Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arzteblatt Int. 2021;118(41):695-704.

[5] Clínica Universidad de Navarra. Qué es la sarna noruega: Diccionario médico [Internet]. Pamplona: CUN; [citado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sarna-noruega

[6] Ažđajić MD, Bešlić I, Gašić A, Ferara N, Pedić L, Lugović-Mihić L. Increased Scabies Incidence at the Beginning of the 21st Century: What Do Reports from Europe and the World Show? Life (Basel). 2022;12(10):1598.

[7] Redondo-Bravo L, Fernandez-Martinez B, Gómez-Barroso D, Gherasim A, García-Gómez M, Benito A, et al. Scabies in Spain? A comprehensive epidemiological picture. PLoS One. 2021;16(11):e0258780.

[8] Mauro A, Colonna C, Taranto S, Garella V, Castelletti F, Giordano L, et al. The hidden scabies: a rare case of atypical Norwegian scabies, case report and literature review. Ital J Pediatr. 2024;50(1):7.

[9] Tavoletti G, Avallone G, Sechi A, Cinotti E, Veraldi S, Micali G, et al. Scabies: An updated review from epidemiology to current controversies and future perspectives. Travel Med Infect Dis. 2025;67:102878.

[10] Sponselli S, De Maria L, Caputi A, Stefanizzi P, Bianchi FP, Delvecchio G, et al. Infection Control among Healthcare Workers and Management of a Scabies Outbreak in a Large Italian University Hospital. J Clin Med. 2023;12(11):3830.

[11] Thomas C, Castillo Valladares H, Berger TG, Chang AY. Scabies, Bedbug, and Body Lice Infestations: A Review. JAMA. 2024;332(14):1189-99.