Siguen aumentando los casos de sarna en niños tras la pandemia de COVID-19

D. Andina-Martínez,[a] C. J. García-García,[b] E. Fernández-Mozo,[b] R. Trincado-Lamuño, MD,[b] S. Clavero-Sánchez,[b] and L. Morera Noguel[c]

Afiliaciones

[a]Emergency Department, *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*, Madrid, Spain
[b]Department of Pediatrics, *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*, Madrid, Spain
[c]Department of Dermatology, *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*, Madrid, Spain

Autor para correspondencia: David Andina-Martínez.

Dirección de correo electrónico: david.andina@salud.madrid.org

Resumen

Dado que se ha descrito un incremento significativo de la incidencia de sarna en adultos desde 2020, se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico y transversal en los pacientes menores de 18 años que acudieron a Urgencias Pediátricas (UP) de un centro de referencia terciario durante un periodo de 6 años (del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2023) con diagnóstico de sarna. Los resultados reflejaron que la incidencia siguió una tendencia similar en la población pediátrica, con 5 veces más episodios atendidos durante 2022-2023, en comparación con el periodo prepandémico. Las prescripciones incorrectas de fármacos escabicidas fueron frecuentes, al igual que el manejo inadecuado de los cohabitantes y fómites, en especial en instalaciones diferentes a UP. En conclusión, el incremento de casos pediátricos de sarna, posiblemente exacerbado por la pandemia de COVID-19, requiere que los clínicos se mantengan alerta sobre esta condición, siendo necesarios los esfuerzos combinados de dermatólogos, médicos de atención primaria y pediatras para el reconocimiento temprano y el manejo adecuado de la sarna.

Palabras clave: enfermedades parasitarias; sarna; exantema piel; COVID-19

Introducción

La sarna constituye una infestación cutánea altamente contagiosa causada por el ácaro de la escabiosis *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Anualmente, se diagnostican cerca de 200 millones de casos de sarna a nivel mundial[1]. En los países desarrollados, la sarna se ha producido tradicionalmente en forma de casos esporádicos o brotes institucionales en hospitales, centros residenciales, instalaciones militares, prisiones, o entre poblaciones de desplazados tales como los refugiados[2,3]. Sin embargo, se ha demostrado un incremento significativo de la incidencia de sarna desde 2020, probablemente relacionado con las medidas de aislamiento implementadas para prevenir la propagación de la COVID-19[4–6]. Además, el incremento de la incidencia de sarna puede estar también asociado a fallos del tratamiento.

Aunque algunos estudios sugieren una reducción de la eficacia del tratamiento de primera línea con permetrina tópica[7], otros autores argumentan que no se ha demostrado la resistencia real al

fármaco, y que el fracaso del tratamiento está relacionado a menudo con la adherencia inadecuada a las recomendaciones terapéuticas o a la aplicación incorrecta de permetrina[8,9]. A pesar de haberse reportado un incremento de sarna en adultos a nivel mundial, no está claro el hecho de que esta tendencia afecte también a la población pediátrica.

Por tanto, diseñamos un estudio para describir la epidemiología y los tratamientos administrados a los niños que acudieron a nuestra unidad de Urgencias Pediátricas (UP) con diagnóstico de sarna.

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo unicéntrico y transversal en los pacientes menores de 18 años que acudieron a Urgencias Pediátricas (UP) de un centro de referencia terciario durante un periodo de 6 años (del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2023) con diagnóstico de sarna. Nuestra institución es un centro de referencia terciaria público situado en la región de Madrid. El personal de UP incluye pediatras y residentes de pediatría. En nuestras UP se atienden anualmente cerca de 70.000 episodios, sin variación significativa en el uso de la unidad de urgencias durante el periodo de estudio.

Revisamos las historias clínicas de UP de los pacientes con código diagnóstico de "sarna" (Clasificación internacional de enfermedades, 9ª Revisión [ICD-9], 133.0; y Clasificación internacional de enfermedades, 10ª Revisión [ICD-10], B86). Registramos edad, sexo, historia personal de enfermedades dermatológicas previas, contacto con familiares potencialmente infectados, tratamientos previos, tipo de diagnóstico (clínico vs microbiológico) y terapias administradas.

También se registró el tratamiento de los cohabitantes, las recomendaciones relativas a fómites, la derivación a la Unidad de Dermatología y los reingresos en UP.

Cuando se prescribió tratamiento, bien en UP o previamente en otros centros, analizamos si este fue correcto conforme a las guías europeas para el manejo de la sarna[10]. En cuanto a los fármacos escabicidas disponibles en España, se consideraron adecuados los regímenes siguientes:

- Pomada de permetrina al 5%, con repetición una vez tras 7 a 14 días
- 0,2 mg/kg de ivermectina oral, con repetición una vez tras 7 a 14 días
- Pomada de azufre al 6%-10% aplicada durante 3 días consecutivos

Para el análisis estadístico, se establecieron tres periodos: 2018-2019 (prepandemia), 2020-2021 (pandemia) y 2022-2023 (postpandemia). Se describieron las variables categóricas como frecuencias absoluta y relativa, y las variables cuantitativas como media y DE. Se utilizaron mediana y RIC para los datos que no siguieron una distribución normal. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de la distribución de los datos. Las variables cualitativas se compararon utilizando la prueba χ^2. El análisis de los datos se realizó utilizando el software STATA versión 17.0, considerándose estadísticamente significativo un valor $P < 0,05$.

El estudio cumplió las guías de la Convención de Oviedo y de la Declaración de Helsinki, y fue aprobado por el Comité de revisión institucional del *Hospital Infantil Universitario Niño*

Jesús (Madrid, España) (aprobación nº R-0001/24). Dicho Comité de revisión institucional obvió el requisito de consentimiento informado debido al diseño retrospectivo del estudio.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 388 episodios de sarna (2018, 20; 2019, 19; 2020, 38; 2021, 58; 2022, 121; y 2023, 132) (Figura 1), con una media de edad de 5,2 años (RIC, 1,9-9,6 años); 225 pacientes (57,9%) fueron VARONES.

La duración media de los síntomas antes del diagnóstico fue de 4 semanas (RIC, 1-6 semanas), y 246 pacientes (63,4%) tuvieron cohabitantes sintomáticos. Un total de 161 de los 388 pacientes (41,5%) había recibido previamente tratamiento escabicida, y 53 de 161 prescripciones (32,9%) fueron consideradas inadecuadas.

El diagnóstico fue clínico en 326 casos (84%). En los 62 casos restantes (16%), el diagnóstico fue confirmado microbiológicamente por un dermatólogo mediante identificación de ácaros, óvulos o heces mediante utilizando un microscopio óptico. Se prescribió tratamiento escabicida en 344 casos (88,6%) atendidos en UP. En cuanto los informes de alta de UP, no se incluyeron recomendaciones para el tratamiento de los cohabitantes en 56 de los 344 casos (16,2%), y se omitieron las recomendaciones relativas a fómites en 26 de 344 casos (7,5%). Se consideró la derivación a la Unidad de Dermatología en 99 pacientes (25,5%), y 59 pacientes (15,2%) requirieron reingreso en UP.

Al comparar los tres periodos de estudio, observamos que durante 2022-2023 se produjo un incremento del número de casos que afectó a los cohabitantes, así como del número de pacientes que habían recibido previamente tratamiento escabicida. En UP, las prescripciones de ivermectina y preparaciones de azufre fueron más frecuentes durante 2022-2023, mientras que el número de prescripciones inadecuadas se redujo durante el mismo periodo. Los informes de alta incluyeron con mayor frecuencia recomendaciones terapéuticas para todos los cohabitantes y asesoramiento relativo al manejo de fómites durante 2022-2023, en comparación con los periodos previos (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio reflejó que la tasa de incidencia de sarna se ha incrementado progresivamente en la población pediátrica, habiéndose quintuplicado el número de episodios atendidos en UP vs el periodo prepandémico.

Se produjo un incremento significativo de la tasa de incidencia de sarna a nivel mundial durante la pandemia de COVID-19 frente a los años anteriores[6]. A diferencia de la reducción de los casos de sarna y de las prescripciones reportados por Bonnano et al.[11] en Carolina del Norte, nuestros hallazgos confirmaron una tendencia al alza similar en la población pediátrica. Sin embargo, algunos autores han descrito ya un incremento de la incidencia de sarna antes de la pandemia[12], y en particular entre los adolescentes[13]. Por tanto, el confinamiento domiciliario prolongado durante las restricciones por la COVID-19 puede haber facilitado simplemente una mayor propagación de la sarna.

También se ha observado un mayor riesgo de transmisión parasitaria a través del contacto directo de fómites durante los meses de invierno, probablemente relacionado con la tendencia de los individuos a pasar más tiempo en interiores, en proximidad estrecha con los demás durante este periodo[14]. Por tanto, en nuestra serie la frecuencia de cohabitantes afectados se incrementó significativamente en los últimos años.

Los signos clínicos de la sarna varían conforme a la edad, pudiendo ser difícil el diagnóstico en niños pequeños[15,16]. También se ha incrementado en los últimos años el número de pacientes que buscan atención en nuestra institución tras haber sido evaluados en otros centros, tales como los centros de atención privada o las clínicas privadas. Los fallos terapéuticos son comunes, no sólo en adultos sino también en niños[17]. Al evaluar la idoneidad de las prescripciones escabicidas emitidas en dichos centros, un tercio fue considerado inadecuado. Los médicos de atención primaria pueden desempeñar un papel esencial en el control de la sarna, y es necesario mejorar las recomendaciones terapéuticas[18].

A menudo se han observado fallos de la terapia de permetrina durante los brotes institucionales mayores, debido a las dificultades de implementar medidas de descontaminación y completar adecuadamente el tratamiento tópico, traduciéndose en infestaciones recurrentes entre los cohabitantes. En tales casos, ivermectina oral se considera el tratamiento de elección para controlar la infestación[19]. Es posible que durante y después de la pandemia de COVID-19 se hayan producido brotes pequeños dentro de los entornos familiares, y que las dificultades del tratamiento se asemejaran a las descritas en los brotes institucionales. Por tanto, puede resultar adecuado un enfoque terapéutico similar, que puede explicar el uso incrementado de ivermectina oral en los últimos años en nuestras UP. Además, también se han incrementado en nuestra serie los casos de sarna en recién nacidos, junto con un mayor uso de cremas con base de azufre.

A diferencia de los pacientes atendidos en otros centros, en nuestro hospital se ha logrado un manejo del paciente más efectivo. Se evitan los tratamientos inadecuados, y se incluyen actualmente indicaciones para el tratamiento de los cohabitantes, así como recomendaciones sobre fómites en hasta el 90% de los informes de alta. Las medidas implementadas recientemente en nuestra institución para el manejo de la sarna incluyen la publicación de un protocolo basado en la evidencia para el manejo de la sarna, recomendaciones estructuradas en los informes de alta de UP, y colaboración estrecha y derivación temprana a la Unidad de Dermatología. Las medidas futuras en consideración incluyen reuniones presenciales con los médicos de atención primaria y formación en dermatoscopia para el personal de UP.

Nuestro estudio tiene tres limitaciones principales. En primer lugar, aunque nuestros hallazgos son consistentes con la literatura previa, se trata de un estudio unicéntrico con un número limitado de pacientes. En segundo lugar, dado su diseño retrospectivo, que se basó en la revisión de los informes de alta de UP sin intención original a fines de investigación, pudo haberse perdido cierta información, inevitablemente. En tercer lugar, muchos casos fueron diagnosticados clínicamente. Sin embargo, la proporción de casos clínicamente diagnosticados no cambió entre los periodos de estudio.

CONCLUSIONES

El incremento de los casos de sarna pediátrica, posiblemente exacerbado por la pandemia de COVID-19, requiere que los clínicos se mantengan alerta sobre esta condición. Son necesarios los esfuerzos combinados de dermatólogos, médicos de atención primaria y pediatras de urgencias para el reconocimiento temprano y el manejo adecuado de la sarna.

Agradecimientos

Los autores quieran expresar su agradecimiento al Dr. José Antonio Alonso por el análisis estadístico, y al Dr. Antonio Torrelo por la revisión crítica del documento.

Disponibilidad de los datos

Podrá disponerse de los datos que respaldan los hallazgos de este estudio previa solicitud razonable al autor para correspondencia.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Declaración de consentimiento

Todos los autores participaron en la preparación del documento, y aprobaron su publicación.

Aprobación del Comité de revisión institucional

Este estudio fue aprobado por el Comité de revisión y ética institucional del *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*, Madrid, España.

REFERENCIAS

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016;388(10053):1545–602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32606-X. PMID: 27733282; PMCID: PMC5055577.
2. Chandler DJ, Fuller LC. A Review of Scabies: An Infestation More than Skin Deep. Dermatology. 2019;235(2):79-90. doi: 10.1159/000495290. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30544123.
3. Louka C, Logothetis E, Engelman D, Samiotaki-Logotheti E, Pournaras S, Stienstra Y. Scabies epidemiology in health care centers for refugees and asylum seekers in Greece. PLoS Negl Trop Dis. 2022 ;16(6):e0010153. doi: 10.1371/journal.pntd.0010153. PMID: 35731821; PMCID: PMC9255768.
4. Isoletta E, Vassallo C, Brazzelli V, Giorgini C, Tomasini CF, Sabena A, et al. Emergency accesses in dermatology department during the Covid-19 pandemic in a referral third level center in the north of Italy. Dermatol Ther. 2020;33(6):e14027. doi: 10.1111/dth.14027.
5. Martínez-Pallás I, Aldea-Manrique B, Ramírez-Lluch M, Manuel Vinuesa-Hernando J, Ara-Martín M. Scabies outbreak during home confinement due to the SARS-CoV-2 pandemic. J Eur Acad Dermatol

Venereol. 2020;34(12):e781–e783. doi: 10.1111/jdv.16879.
6. Facciolà A, Laganà A, Genovese G, Romeo B, Sidoti S, D'Andrea G, et al Impact of the COVID-19 pandemic on the infectious disease epidemiology. J Prev Med Hyg. 2023;64:E274–E282. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.3.2904.
7. Meyersburg D, Kaiser A, Bauer JW. Loss of efficacy of topical 5% permethrin for treating scabies: an Austrian single-center study. J Dermatol Treat. 2020;4:1–4. doi: 10.1080/09546634.2020.1774489.
8. Aussy A, Houivet E, Hébert V, Colas-Cailleux H, Laaengh N, Richard C, et al. Investigators from the Normandy Association of Medical Education in Dermatology. Risk factors for treatment failure in scabies: a cohort study. Br J Dermatol. 2019;180(4):888–893. doi: 10.1111/bjd.17348.
9. Nemecek R, Stockbauer A, Lexa M, Poeppl W, Mooseder G.Application errors associated with topical treatment of scabies: an observational study. J Dtsch Dermatol Ges. 2020; 18 (6):554–559. doi: 10.1111/ddg.14122.
10. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 (8):1248-1253. doi: 10.1111/jdv.14351
11. Bonanno M, Lee OS, Sayed C. Decreases in scabies and lice cases among the pediatric and adult populations during COVID-19. Pediatr Dermatol. 2022;39(5):737- 739. doi: 10.1111/pde.15083.
12. Fernández Camporro Á, Navarro Fernández Í, Arcos González P. Scabies in Spain: Trends in Public Interest and Ectoparasiticide Use. Actas Dermosifiliogr. 2024;115:76-79. doi: 10.1016/j.ad.2022.11.018.
13. Amato E, Dansie LS, Grøneng GM, Blix HS, Bentele H, Veneti L, et al. Increase of scabies infestations, Norway, 2006 to 2018. Euro Surveill. 2019;24 (23):190020. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.23.190020.
14. Nowowiejska J, Król ME, Dłużniewska P, Olszyńska M, Baran A, Flisiak I. Scabies –still current medical and social problem. A retrospective analysis of 193 cases. Przegl Epidemiol. 2019;73(1):19– 29. doi: 10.32394/pe.73.03.
15. Hill TA, Cohen B. Scabies in babies. Pediatr Dermatol. 2017;34(6):690-694. doi: 10.1111/pde.13255.
16. Thornley S, Sundborn G, Engelman D, Roskvist R, Pasay C, Marshall R, et al. Children's scabies survey indicates high prevalence and misdiagnosis in Auckland educational institutions. J Paediatr Child Health. 2023;59:1296–1303. doi: 10.1111/jpc.16512.
17. Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, Mertz D, Motaghi S, Ghadimi M, et al. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol. 2024;190(2):163-173. doi: 10.1093/bjd/ljad308.
18. Schmidt-Guerre AR, Aranda-Hulin B, Maumy-Bertrand M, Aubin F. Description des pratiques des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge de la gale commune. Ann Dermatol Venereol. 2018;145(2):89–94. doi: 10.1016/j.annder.2017.09.591.
19. Richards RN. Scabies: Diagnostic and Therapeutic Update. J Cutan Med Surg. 2022;25(1):95-101. doi: 10.1177/1203475420960446. doi: 10.1177/1203475420960446.

FIGURA 1. Número de casos de sarna atendidos en la unidad de urgencias por año.

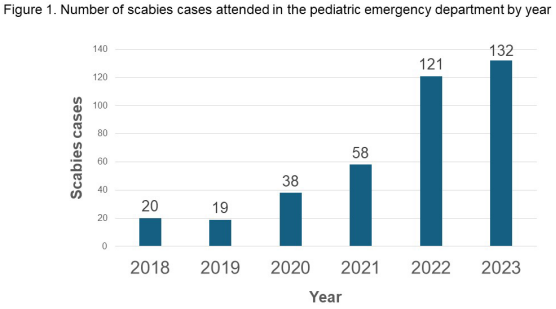


TABLA 1. Características de los pacientes con sarna que acudieron a la unidad de urgencias pediátricas.

	2018-2019 **(N=39)**	2020-2021 **(N=96)**	2022-2023 **(N=253)**	valor p
Edad en años, mediana (RIC)	3,5 (1,3-8,2)	5,7 (2,1-10,4)	5,1 (2-9,6)	n,s,
Casos en bebés <3 meses, n (%)	1 (2,6)	3 (3,1)	19 (7,5)	n,s,
Sexo masculino, n (%)	20 (51,2)	63 (65,6)	142 (56,1)	n,s,
Semanas de progresión de los síntomas, mediana (RIC)	2,5 (1-4,8)	4 (1,5-8)	4 (1-6)	n,s,
Cohabitantes afectados, n (%)	21 (53,8)	41 (42,7)	184 (72,7)	**<0,001**
Tratamientos escabicidas previos, n (%)	6 (31,5)	36 (37,5)	119 (47,0)	**<0,001**
Tratamiento escabicida previo incorrecto, n/N (%)	3/6 (50,0)	9/36 (36,0)	41/119 (34,4)	n,s,
Tratamiento escabicida prescrito en UP, n (%)	39 (100)	76 (79,1)	229 (90,5)	n,s,
Permetrina, n/N (%)	36/39 (92,3)	70/76 (92,1)	179/229 (78,2)	**0,003**
Ivermectina, n/N (%)	0 (0)	5/76 (6,6)	25/229 (10,9)	**0,02**
Sulfuro, n/N (%)	0 (0)	0 (0)	13/229 (5,7)	**0,02**
Permetrina + Ivermectina, n/N (%)	3/39 (7,7)	1/76 (1,3)	12/229 (5,2)	n,s,
Tratamiento escabicida incorrecto en UP, n/N (%)	13/39 (33,3)	16/76 (21,1)	32/229 (13,9)	**0,003**
Indicación para el tratamiento de los cohabitantes, n/N (%)	23/39 (58,9)	59/76 (77,6)	206/229 (89,9)	**<0,001**
Recomendaciones sobre fómites, n/N (%)	27/39 (69,2)	65/76 (85,5)	226/229 (98,6)	**<0,001**
Derivación a la Unidad de Dermatología, n (%)	6 (15,4)	37 (38,5)	56 (10,7)	n,s,
Reingreso en UP, n (%)	2 (5,1)	18 (18,8)	39 (15,2)	n,s,