

Febrero, 2023

Síntesis Rápida de Evidencia

En casos de escabiosis ¿Cuál es la efectividad de tratar farmacológicamente al grupo familiar y contactos comunitarios versus tratar solo al grupo familiar?

El presente informe de síntesis rápida de evidencia forma parte de una serie de reportes en relación al tratamiento y manejo de la escabiosis solicitado por el Departamento de Enfermedades Transmisibles, de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud. Este informe sintetiza la evidencia sobre la efectividad de los tratamientos farmacológicos dirigidos a una población más amplia que aquella comprendida en los contactos cercanos del grupo familiar de la persona contagiada. Adicionalmente, se buscan recomendaciones de organismos internacionales y países sobre el tratamiento de contactos de escabiosis ([ver anexo 2](#)).

Dentro de las estrategias de tratamiento a poblaciones más amplias, se encuentra la Administración Masiva de Medicamentos (AMM), que consiste en la administración del agente farmacológico a comunidades completas, independiente de si las personas presentan o no la enfermedad.

Componentes de la pregunta

Población: Población general

Intervención: Tratar farmacológicamente a contactos familiares y comunitarios

Comparación: Tratar farmacológicamente solo a contactos del hogar

Outcome: Prevención de contagio y reinfección de escabiosis

Mensajes clave

- No se encontró evidencia que respondiera directamente a la pregunta por lo que se incluyeron estudios que evaluaban la efectividad de la AMM.
- No es posible establecer el efecto de tratar a los contactos comunitarios y familia sobre la prevalencia de escabiosis en comparación al tratamiento solo al grupo familiar, debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja.
- La escasa evidencia identificada proviene de contextos endémicos de escabiosis, de comunidades pequeñas y aisladas por lo que la aplicabilidad de la evidencia a un contexto más amplio habría que evaluarla con precaución.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención. Su ejecución es en un plazo no mayor a 20 días hábiles.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Evidencia respecto a la efectividad.
- Consideraciones de implementación (costo efectividad, viabilidad, aceptabilidad, etc).

✗ Esta síntesis no incluye

- Recomendaciones explícitas de cómo desarrollar una política pública o modo de organización.

Se utilizan 2 revisiones sistemáticas

Certeza de la evidencia GRADE

ALTA ⊕⊕⊕⊕

La evidencia entrega una muy buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es baja.

MODERADA ⊕⊕⊕○

La evidencia entrega una buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es moderada.

BAJA ⊕⊕○○

La evidencia entrega alguna indicación del efecto verdadero. Sin embargo, la probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es alta.

MUY BAJA ⊕○○○

La evidencia no entrega una indicación confiable del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es muy alta.

Introducción

La escabiosis tiene una prevalencia estimada en 200 millones de personas alrededor del mundo (1), la gran mayoría se concentra en regiones tropicales donde se han reportado prevalencias entre un 20% y un 50% en niños y niñas (2).

Para su tratamiento existen alternativas disponibles de uso tópico como la permetrina o el benzoato de bencilo, y de administración oral como la ivermectina (3). Sin embargo, la prevención de contagios se dificulta en zonas donde la escabiosis es endémica ya que las condiciones de higiene y de hacinamiento favorecen casos de reinfección incluso cuando los contactos familiares han sido tratados de manera preventiva (4).

Considerando lo anterior, ha cobrado relevancia como estrategia de control de la escabiosis, la Administración Masiva de Medicamentos (AMM), que consiste en la administración del agente farmacológico a comunidades completas, independiente de si las personas presentan o no la enfermedad (3,5).

Si bien las guías actuales recomiendan tratar tanto a las personas infectadas como a los contactos familiares (1,3), es relevante considerar otros factores relacionados a características contextuales de las localidades (ej: condiciones de higiene, hacinamiento) que pueden incidir en la efectividad del tratamiento y por ende en el control de la enfermedad (6).

Dado el contexto mencionado, es que el Departamento de Enfermedades Transmisibles, de la División de Prevención y Control de Enfermedades, del Ministerio de Salud de Chile, ha priorizado la actualización de las guías de manejo clínico y prevención de escabiosis. El objetivo de esta síntesis rápida de evidencia es informar sobre el efecto que podría tener tratar a la comunidad versus solo a los contactos familiares.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron revisiones sistemáticas que respondieron la pregunta en las bases de datos MEDLINE y EMBASE a través de OVID y en Epistemonikos, Pubmed, BEIC, JBI y BVS con fecha 23 enero 2023. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#). Se complementa la búsqueda con comunicación con expertos y literatura gris.

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisores independientes seleccionaron las revisiones sistemáticas y estudios primarios según los siguientes criterios:

Inclusión: población general, efecto de tratar farmacológicamente a contactos versus contactos comunitarios en Sarna/Escabiosis, outcomes de infección o reinfección

Exclusión: estudios que comparen la efectividad de medicamentos

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

La extracción la realizaron dos personas, priorizando la información extraída por las revisiones sistemáticas. Cuando éstas no reportaban adecuadamente los resultados presentados, se recurrió a los estudios primarios para complementar la información faltante.

Resumen de Hallazgos

A partir de la metodología descrita anteriormente, se identificaron inicialmente 195 revisiones sistemáticas. De éstas se excluyeron 191 por disenso o duplicados, y se incluyeron **4 Revisiones Sistemáticas (RS)**(3,5–7) publicadas entre 2014 y 2022. De éstas, 1 RS (7) orientada a la búsqueda de estudios que abordasen recomendaciones de medidas profilácticas en contactos expuestos al caso índice, no encontró estudios primarios que cumplieran con los criterios de inclusión.

A los estudios primarios incluidos en las RS encontradas, se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los aplicados en las RS (cuadro de metodología). Con estos criterios, se consideraron finalmente 2 estudios primarios (8,9). De los cuales 1 corresponde a un ensayo controlado aleatorizado por grupo (ECAG) (8), y el otro a un estudio transversal (9). Dado esto, finalmente **se utilizaron 2 RS** (3,5) que incluyeron estudios que evaluaban el efecto de la intervención de interés.

En la Tabla N°1 se describen las características de todos los estudios incluidos.

Para estimar el efecto de los hallazgos de esta SRE, se utilizó 1 estudio ECA(8) y no se incorporaron los datos de 1 EP(9) debido a que correspondía a un estudio de diseño transversal.

El hallazgo de esta síntesis se presenta según el efecto de la intervención sobre la prevalencia de escabiosis en la población de interés. Además, contiene una tabla resumen con los resultados, mostrando la certeza en la evidencia del desenlace encontrado, de acuerdo a GRADE (ver recuadro en portada).

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE)

Objetivos de la SRE: Conocer la efectividad de tratar farmacológicamente al grupo familiar y contactos comunitarios versus tratar solo al grupo familiar.	
Fecha de búsqueda de las RS incluidas en esta SRE: 1970 hasta abril de 2021	
Componentes	Descripción
Diseños de estudio	1 Ensayo Controlado Aleatorizado por grupo (ECAG)(8). 1 estudio transversal (9).
Población	Población general de tres comunidades insulares del archipiélago de Fiyi (8). Población general de dos islas en Tanzania (9).
Intervención	En el ECAG cada comunidad fue asignada aleatoriamente a una estrategia de tratamiento diferente. Dos comunidades recibieron administración masiva de medicamentos (AMM) con ivermectina y permetrina respectivamente(8). En el estudio transversal la intervención consistió en AMM con ivermectina y albendazol para el tratamiento de la filariasis linfática (9)
Comparación	En el ECAG la comparación se realizó con el grupo que recibió tratamiento estándar consistente en permetrina para las personas afectadas y sus contactos cercanos (8). En el estudio transversal se comparó la prevalencia anterior al inicio de la AMM, periodo de tiempo en que el tratamiento fue estándar con Benzyl Benzoate (no AMM) (9).
Desenlaces	Prevalencia de escabiosis a los 12 meses (8). Prevalencia de escabiosis a los 5 años (9).
Ámbitos (setting)	Ambos estudios fueron realizados en comunidades insulares (8,9).



Hallazgo 1. Tratamiento masivo con medicamentos para la escabiosis comparado con tratar sólo a los contactos

Un estudio transversal evaluó el impacto en la reducción de escabiosis de un programa de AMM que utilizó ivermectina y albendazol para el tratamiento de la filariasis linfática (9). Para esta medición se utilizaron los registros de 50 unidades de atención primaria de diez distritos de Zanzíbar en los que se observó la prevalencia de escabiosis en un periodo de seis años (2000-2005). Los registros del año 2000 constituyeron el registro basal previo a la implementación anual de un programa de AMM para la filariasis linfática. Los registros clínicos muestran una disminución significativa entre 68-98% según el grupo etario, en los diagnósticos de escabiosis a los 5 años de la implementación del programa.

Para la elaboración de la tabla SoF se utiliza el ECA que evaluó la AMM en escabiosis(8). Este fue realizado en tres comunidades insulares incluyendo a más del 85% de su población y todos los grupos etarios. Cada una de las comunidades recibió 1) el tratamiento estándar (administración de permetrina a las personas afectadas y sus contactos), 2) AMM con permetrina y 3) AMM con ivermectina, respectivamente.

El efecto de la intervención (grupos 2 y 3) fue evaluada en comparación con el tratamiento estándar sobre la prevalencia de escabiosis a los 12 meses.

Los resultados muestran que la población tratada con ivermectina en AMM tendría una menor prevalencia de escabiosis a los 12 meses en comparación a la población que recibió el tratamiento estándar¹. Sin embargo, la probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es alta. Por otro lado, en el caso de la población tratada con permetrina en AMM tendría resultados inciertos dado que el RR indica tanto un beneficio como un riesgo. Ambos hallazgos tienen certeza en la evidencia muy baja.

¹ La población que recibió el tratamiento estándar tendría un riesgo 12,5 veces mayor de tener escabiosis a los 12 meses que la población que recibió el tratamiento con ivermectina como AMM.



Tabla 2. Tratamiento masivo con medicamentos para la escabiosis comparado con tratar sólo a los contactos

Resultado de salud (<i>Outcome</i>)	Efecto relativo (IC 95%) -- Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Tratamiento solo a familia	Con AMM	Diferencia (IC 95%)		
Prevalencia de escabiosis posterior a los 12 meses (Ivermectina) (8)	RR 0,08 (0,04 a 0,15) Nº de participantes: 1333 (1 ECA*)	188 por 1000	15 por 1000	173 menos (180 menos a 160 menos)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	No es posible establecer el efecto de tratar con ivermectina a los contactos comunitarios y familia sobre la prevalencia de escabiosis en comparación al tratamiento solo al grupo familiar, debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja.
Prevalencia de escabiosis posterior a los 12 meses (Permetrina) (8)	RR 0,84 (0,65 a 1,09) Nº de participantes: 1195 (1 ECA*)	188 por 1000	158 por 1000	30 menos (66 menos a 17 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,d}	No es posible establecer el efecto de tratar con permetrina a los contactos comunitarios y familia sobre la prevalencia de escabiosis en comparación al tratamiento solo al grupo familiar, debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo sin la intervención se basa en el grupo estándar

IC: Intervalo de confianza; **ECA:** Ensayo controlado aleatorizado; **GC:** Grupo control; **GI:** Grupo intervención; **MD:** Diferencia de medias; **NA:** No aplica **RR:** Riesgo relativo; **GRADE:** *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*

*Se decide no llevar a cabo el metanálisis debido a la alta heterogeneidad entregada (I2 98%) y que solo 2 grupos de intervención del mismo ECA serían el cuerpo de la evidencia.

a. La RS evaluó el riesgo de sesgo de los estudios primarios a través de la Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias, identificando alto riesgo de sesgo de detección, poco claro para el cegamiento de la asignación y alto riesgo de sesgo de desempeño en participantes y personal. Sin embargo este último no se considera relevante dada las características de la intervención. Se disminuye un nivel la certeza en la evidencia.

b. Se disminuye en un nivel la certeza en la evidencia por evidencia indirecta ya que las intervenciones incluidas son en poblaciones aisladas (insulares y con mayor control de medidas), por otro lado, las intervenciones fueron la administración masiva de medicamentos, lo que podría incluir a personas no expuestas a escabiosis.

c. Se disminuye un nivel la certeza en la evidencia debido a imprecisión ya que el tamaño muestral no cumple con el tamaño óptimo de información.

d. Se disminuye en dos niveles la certeza en la evidencia dado que el estimador de efecto indica tanto un beneficio como un riesgo.



Consideraciones de Implementación

Para el análisis de las consideraciones de implementación, durante la selección de títulos, resúmenes y texto completo de esta síntesis, se realizó una selección de revisiones sistemáticas que pudieran entregar antecedentes para el análisis de la aplicabilidad de la evidencia al contexto local, consideraciones económicas, equidad y de monitoreo y evaluación. Además, se contactó con expertos de la Organización Mundial de la Salud en enfermedades tropicales desatendidas con el objetivo de identificar literatura adicional.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de Aplicabilidad

La evidencia aquí contemplada proviene de intervenciones realizadas en 2 países (Tanzania, Fiyi). Uno de ellos se ubica en la región del Pacífico, una de las zonas de mayor prevalencia para la escabiosis y consideradas zonas endémicas de escabiosis. Este contexto podría generar que los efectos estimados de la AMM sean superiores a los que podrían presentarse en Chile en general², por lo que se sugiere evaluar con precaución los contextos locales a nivel nacional. Por otra parte, ambos estudios fueron en zonas tropicales en vías de desarrollo, donde la falta de recursos económicos puede incidir en mayores niveles de hacinamiento en los hogares facilitando la propagación de la escabiosis (2).

Dada la ausencia de RS centradas en tratamientos dirigidos a contactos comunitarios, es decir, contactos cercanos de las personas infectadas fuera del grupo familiar, esta síntesis de evidencia reportó principalmente intervenciones de AMM. Estas intervenciones se realizaron en la población general, exceptuando grupos etarios y condiciones en los que está contraindicado el tratamiento farmacológico, y en pequeñas poblaciones insulares geográficamente aisladas.

De acuerdo a una RS(6), la baja migración dentro de las zonas escogidas, favorecieron una buena cobertura de la administración masiva, alcanzando en general porcentajes entre un 85% y 100% de cobertura, superando el 65% mínimo recomendado por la OMS. Lo anterior puede implicar mayores desafíos en poblaciones más amplias y no aisladas geográficamente donde la dinámica poblacional de movimiento es mucho mayor. Precisamente los programas de AMM con baja cobertura o que no monitorean la administración del tratamiento, muestran niveles más bajos en la erradicación de la enfermedad, por lo que uno de las principales desafíos de la AMM radica en cómo asegurar logísticamente la mayor distribución y adherencia al tratamiento

Otra consideración de aplicabilidad a considerar, son las líneas basales de prevalencia de escabiosis de las poblaciones escogidas. En general la alta prevalencia de escabiosis en estas poblaciones es consistente con la recomendación de la OMS de utilizar la AMM en contextos con una prevalencia superior al 10% (10). Adicionalmente, en la “Hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030” de la OMS, la ivermectina vía oral y escabicidas tópicos son considerados intervenciones estratégicas básicas(11).

² Se disminuyó un nivel la certeza en la evidencia por corresponder a evidencia indirecta por lo que la confianza que podemos tener en el hallazgo ya ha sido sancionada por este elemento.

Las intervenciones aquí contempladas corresponden a la AMM de ivermectina y permetrina en un contexto de ECA por grupos, en ellas hubo monitoreo y reforzamiento del cumplimiento de la medicación, garantizando la adherencia a ella. Los efectos de la intervención podrían variar en caso que se aplique esta medida poblacional sin una supervisión adecuada de su cumplimiento.

Si bien esta SRE no abordó las efectividades comparadas entre distintos tratamientos farmacológicos, como la ivermectina y la permetrina, una RS (3) reportó algunas ventajas de implementación en la ivermectina, considerando que la permetrina requiere una aplicación en todo el cuerpo, lo que dificulta la adherencia de los usuarios a tratamiento e imposibilita la observación de su aplicación efectiva.

Esta síntesis de evidencia consideró como desenlaces prioritarios la infección y reinfección por escabiosis, sin embargo solo se identificaron estudios que evaluaron la prevalencia de la infección (casos nuevos y casos antiguos). Otros desenlaces identificados en la evidencia fueron la presencia de eventos adversos asociados al tipo de medicación(8).

Consideraciones Económicas

De acuerdo a una revisión sistemática de estudios de costo efectividad(12), para el control de la escabiosis es necesario considerar intervenciones multifacéticas que involucren el acceso y la coordinación a servicios de salud, la instalación de la capacidad para su detección, brindar tratamiento especializado, trabajo social y seguimiento de casos.

Respecto a los recursos requeridos para el control de la escabiosis, un estudio reportó que en Estados Unidos el costo aproximado por tratamiento de escabiosis por persona fue de 163 USD por episodio, lo cual podría traducirse en un costo anual de 10.4 millones de USD (13), de los cuales 3.7 millones son principalmente destinados para el tratamiento en niños. En Australia, se registró que la duración media de las admisiones por escabiosis en hospitales es de 4.5 días, representando los ingresos por escabiosis el 4.2% de los ingresos totales y el 8.3% de los días camas. El costo asociado al manejo pediátrico por paciente de escabiosis fue de alrededor 10.000 AUS en el año 2013 (12).

Si bien los costos pueden variar de manera sustancial dependiendo del tratamiento, dos RS (6,12) reportan que no hay suficiente evidencia para determinar qué estrategia de intervención resulta en la mejor alternativa de salud en términos de costo efectividad. También una RS(12) especifica que no hay reportes de informes de costos de la escabiosis costosa, pese a que quienes la padecen pueden constituirse en los propagadores principales de la enfermedad, y cuyo tratamiento es clave para evitar episodios más costosos de fiebre reumática y enfermedades cardiacas que tienen un impacto en la disminución de calidad de vida.

La validez externa de las evaluaciones económicas encontradas puede verse afectada por variaciones en la estructura de costos, en la organización de los sistemas de salud, sociales o en la práctica clínica. Por su parte, el horizonte temporal, la perspectiva del estudio y su relación con el abordaje de los costos, los precios y sus fuentes de información, las medidas de efecto, los métodos para obtener las preferencias sobre los estados de salud, las tasas



de descuento para costos y efectos, entre otros, son factores que influyen en el diseño del estudio y por tanto en sus resultados.

Finalmente, se puede mencionar que la administración masiva de medicamentos en el caso de la escabiosis tiene efectos en la reducción de prevalencia del impétigo la cual es causa de otras complicaciones de salud(12).

Consideraciones de Equidad

La escabiosis ha sido reconocida como una enfermedad desatendida por la OMS, ya que el alcance de las medidas, el estudio de nuevas terapias o la constante revisión de su prevalencia ha sido descuidado a nivel mundial (14). Su reciente incorporación por la OMS a la “Hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030” busca salvaguardar estas brechas e incentivar la investigación, así como lograr el control de la enfermedad (14).

Así mismo, su distribución y carga de la enfermedad es desigual a nivel mundial, siendo mayor en Asia, Oceanía y América Latina (2,14), estimándose DALYs 0,21% en el 2015 (14). Adicionalmente, su prevalencia es sustancialmente mayor en niños y niñas, más que en adolescentes o personas adultas (2), siendo poblaciones particularmente afectadas para tener en consideración.

Es importante considerar que la diferencia en la carga de enfermedad entre grupos poblacionales, especialmente dados por condiciones socioeconómicas desventajosas (hacinamiento, indigentes), geográficas (países tropicales) y grupos con contraindicaciones (mujeres embarazadas y niños), podrían tener variabilidad en el efecto de las intervenciones que es importante reconocer y adaptar a sus contextos.

Algunos estudios identificados, pero excluidos por no explicitar el comparador (15–18), fueron realizados en población aborígen. En estos estudios se menciona que las diferencias culturales con la población general podrían facilitar o dificultar la implementación de diversas estrategias de tratamiento. Al respecto, algunos EP resaltaron la importancia de generar instancias de involucramiento y educación de las comunidades, y que mantener un feedback constante en términos culturalmente apropiados ayudaron a mantener una alta participación (17,18). Sin embargo, una limitante en el trabajo con comunidades aborígenes (18) fue atribuida a los bajos recursos con los que cuentan los servicios de salud y las resultantes inequidades en comparación con las zonas urbanas centralizadas de los países.

Algunas de las zonas de mayor prevalencia de escabiosis, suelen presentar condiciones de bajo desarrollo económico, con altos niveles de hacinamiento (2). En Chile, si bien los índices de hacinamiento no son elevados(19), existen condiciones sociales que concurren con mayores grados de hacinamiento. Tal es el caso de la situación de vivienda de la población migrante, de la cual un 20% aproximadamente vive en condiciones de hacinamiento (20). También existen registros de niveles de hacinamiento crítico en la población carcelaria de Chile (21) que podrían dificultar el manejo de un brote de escabiosis.



Consideraciones de Monitoreo y Evaluación

Uno de los hallazgos de esta síntesis fue la escasa información sobre la definición de contactos de una persona diagnosticada con escabiosis. Los estudios incluidos identifican a los contactos familiares como parte del tratamiento estándar, por lo que es importante monitorear y promover la publicación de estudios donde se señale claramente lo que se considera contacto y los criterios para tratarlos.

Las publicaciones revisadas en esta SRE enfatizaron además la relevancia de un monitoreo continuo de los programas de intervención de escabiosis, considerando la posibilidad de reinfección de casos ya tratados (3,6), y de la potencial menor adherencia en intervenciones que utilizaron un agente tópico.

Por otro lado, es importante destacar que existe una alta heterogeneidad en los criterios y métodos diagnósticos de sarna lo que dificulta una comparación real entre estudios, siendo necesario contar con datos epidemiológicos para evaluar el impacto de intervenciones que busquen prevenir y tratar la escabiosis(2).

Una RS de prevalencia de escabiosis, concluyó que la mayoría de los estudios epidemiológicos se han realizado en zonas endémicas o de preocupación de escabiosis, por lo que datos epidemiológicos de otros países no estarían reflejados, como lo es el caso de Chile (2). Se hace necesario que Chile monitoree y publique los resultados con el objetivo de poder evaluar el impacto real de las medidas que se implementen a futuro.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. En casos de escabiosis ¿Cuál es la efectividad de tratar farmacológicamente al grupo familiar y contactos comunitarios versus tratar solo al grupo familiar? Febrero 2023. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Autores

- Paula García Celedón
- Francisco Paiva Cornejo

Agradecimientos

A Ludovic Reveiz, coordinador de la red EVIPNet Américas y a Ruben Nicholls, asesor de OPS en enfermedades infecciosas desatendidas por facilitar información relevante para el manejo de la escabiosis.

Palabras Clave

Scabies; Mass Drug Administration; Sarcoptes scabiei; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Eduardo Quiñelen Rojas , profesional de la Unidad de Evidencia Clínica. Departamento ETESA-SBE
- Paula Nahuelhual Cares, Jefa(s) de Departamento ETESA-SBE

Declaración de potenciales conflictos de interés de las autoras de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. World Health Organization. Sarna [Internet]. [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
2. Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2015 Aug;15(8):960–7.
3. Lake SJ, Kaldor JM, Hardy M, Engelman D, Steer AC, Romani L. Mass Drug Administration for the Control of Scabies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2022 Sep 29;75(6):959–67.
4. La Vincente S, Kearns T, Connors C, Cameron S, Carapetis J, Andrews R. Community Management of Endemic Scabies in Remote Aboriginal Communities of Northern Australia: Low Treatment Uptake and High Ongoing Acquisition. Speare R, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009 May 26;3(5):e444.
5. May PJ, Tong SYC, Steer AC, Currie BJ, Andrews RM, Carapetis JR, et al. Treatment, prevention and public health management of impetigo, scabies, crusted scabies and fungal skin infections in endemic populations: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2019 Mar;24(3):280–93.
6. Rinaldi G, Porter K. Mass drug administration for endemic scabies: a systematic review. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. 2021 Dec;7(1):21.
7. FitzGerald D, Grainger RJ, Reid A. Interventions for preventing the spread of infestation in close contacts of people with scabies. Cochrane Work Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Feb 24 [cited 2023 Jan 23]; Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009943.pub2>
8. Romani L, Whitfeld MJ, Koroivueta J, Kama M, Wand H, Tikoduadua L, et al. Mass Drug Administration for Scabies Control in a Population with Endemic Disease. *N Engl J Med*. 2015 Dec 10;373(24):2305–13.
9. Mohammed KA, Deb RM, Stanton MC, Molyneux DH. Soil transmitted helminths and scabies in Zanzibar, Tanzania following mass drug administration for lymphatic filariasis - a rapid assessment methodology to assess impact. *Parasit Vectors*. 2012 Dec;5(1):299.
10. World Health Organization: WHO informal consultation... - Google Académico [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=WHO+Informal+Consultation+on+a+Framework+for+Scabies+Control.+Phillipines;+2020+19+February&publication_year=2019&
11. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la desatención para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible: hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346561>
12. van der Linden N, van Gool K, Gardner K, Dickinson H, Agostino J, Regan DG, et al. A systematic review of scabies transmission models and data to evaluate the cost-effectiveness of scabies interventions. Althouse B, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019 Mar 8;13(3):e0007182.
13. Owusu-Edusei K, Chesson HW, Gift TL. The Economic Burden of Pediculosis Pubis and Scabies Infections Treated on an Outpatient Basis in the United States: Evidence From Private Insurance Claims Data, 2001–2005. *Sex Transm Dis*. 2009;36(5):297–9.
14. El-Moamly AA. 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. *Trop Med Health*. 2021 Dec;49(1):64.
15. Taplin D, Meinking TL, Porcelain SL, Athey RL, Taplin D, Porcelain SL, et al. Community control of scabies: a model based on use of permethrin cream. *The Lancet*. 1991



- Apr;337(8748):1016–8.
16. Kearns TM, Speare R, Cheng AC, McCarthy J, Carapetis JR, Holt DC, et al. Impact of an Ivermectin Mass Drug Administration on Scabies Prevalence in a Remote Australian Aboriginal Community. Vinetz JM, editor. PLoS Negl Trop Dis. 2015 Oct 30;9(10):e0004151.
 17. Wong LF, Amega B, Connors C, Barker R, Dulla ME, Currie BJ. Outcome of an interventional program for scabies in an Indigenous community. Med J Aust. 2001 Oct;175(7):367–70.
 18. Carapetis JR, Connors C, Yarmirr D, Krause V, Currie BJ. Success of a scabies control program in an Australian aboriginal community. Pediatr Infect Dis J. 1997 May;16(5):494–9.
 19. Familia M de DS y. Datos: Ministerio de Desarrollo Social y Familia [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: <http://>
 20. Margarit S. D, Moraga R. J, Roessler V. Pl, Álvarez G. I, Margarit S. D, Moraga R. J, et al. Habitar migrante en el Gran Santiago: vivienda, redes y hacinamiento. Rev INVI. 2022 May;37(104):253–75.
 21. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2018 : Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos en la Privación de Libertad [Internet]. Santiago de Chile; 2020 [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1704>
 22. Salavastru C m., Chosidow O, Boffa M j., Janier M, Tiplica G s. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(8):1248–53.
 23. World Health Organization. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136863>
 24. The International Alliance for the Control of Scabies (IACS) global resources [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://www.controlscabies.org/>
 25. Ministerio de Salud de Colombia. Control de la escabiosis, en el marco del programa nacional de enfermedades infecciosas desatendidas [Internet]. 2022 Jan. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-escabiosis-pneid.pdf>
 26. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento de Escabiosis [Internet]. Secretaría de Salud; 2012 [cited 2023 Feb 22]. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
 27. Doenças infecciosas e parasitárias_ Guia de bolso.pdf — Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-diarreicas-agudas/doencas-infecciosas-e-parasitarias_-guia-de-bolso.pdf/view
 28. Overview for healthcare professionals | Difficult-to-treat scabies: oral ivermectin | Advice | NICE [Internet]. NICE; 2014 [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://www.nice.org.uk/advice/esuom29/chapter/Overview-for-healthcare-professionals>

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Ovid MEDLINE

Fecha de ejecución de la búsqueda: 23/01/2023

Estrategia: (sarcoptes scabiei or scabies).ti,ab. limit to systematic review

OVID Embase

Fecha de ejecución de la búsqueda: 23/01/2023

Estrategia: (sarcoptes scabiei or scabies).ti,ab. limit to systematic review

Epistemonikos

Fecha de ejecución de la búsqueda: 23/01/2023

Estrategia: (title:(title:(scabies OR sarcoptes scabiei) OR abstract:(scabies OR sarcoptes scabiei))) OR abstract:(title:(scabies OR sarcoptes scabiei) OR abstract:(scabies OR sarcoptes scabiei)))

Pubmed

Fecha de ejecución de la búsqueda: 23/01/2023

Estrategia: "scabies"[Title/Abstract] OR "sarcoptes scabiei"[Title/Abstract]) AND (systematicreview[Filter])

BEIC

Estrategia: Scabies and systematic review

JBI

Estrategia: (sarcoptes scabiei or scabies).ti,ab. limit to systematic review

BVS

Estrategia: (scabies) OR (sarcoptes scabiei) AND (type_of_study:("systematic_reviews"))



Anexo 2: Protocolos, normas o recomendaciones identificados en otros países

Se realizó una búsqueda dirigida de protocolos, normas o recomendaciones en los países de Latinoamérica y de Reino Unido, dado que eran de especial interés para el solicitante.

Adicionalmente se complementa con literatura entregada por los expertos consultados de la Organización Mundial de la Salud. La búsqueda tuvo como objetivo identificar si los países u organismos entregaban o no una definición de contactos y se entregaban directrices sobre a quienes tratar frente a casos de escabiosis.

En la siguiente tabla se presenta la información de los organismos que realizaban algún tipo de mención al tratamiento de casos de escabiosis.

Tabla 2. Tratamiento de escabiosis en países de interés

Organismo-país (ref) [año]*	Definición de contactos	Tratamiento a contactos	Otras recomendaciones relacionadas al manejo farmacológico de contactos
European guideline for the management of scabies (22)	No incluye	Recomienda tratamiento simultáneo a contactos cercanos para evitar reinfección	Recomienda que personas contagiadas y contactos cercanos eviten relaciones sexuales hasta completar tratamiento. Se recomienda valoración y tratamiento para parejas sexuales con dos meses de anterioridad. La AMM se recomienda para comunidades remotas donde la escabiosis es endémica o para control de brotes en comunidades cerradas (ej. prisiones, hogares).
OMS (23)	No incluye	Recomienda tratamiento simultáneo a contactos cercanos	En comunidades de mayor contacto (hospitales, colegios, hogares, prisiones) se recomienda tratar a todos los participantes y miembros del staff.
International Alliance for the Control of Scabies (IACS) (24)	No incluye	Recomienda tratamiento simultáneo a contactos familiares	No incluye
Ministerio de Salud de Colombia (25)	No incluye	Recomienda tratamiento simultáneo al núcleo familiar y contactos	Para albergues y hogares: tratamiento simultáneo a todos los contactos estrechos (incluyendo contactos sexuales) Para población privada de libertad: aislar a las personas afectadas, así como tratar



		cercanos incluyendo contactos sexuales	simultáneamente a los contactos estrechos, Los contactos cortos no transmiten la escabiosis como es el caso de trabajadores del área de la salud que revisan al paciente. En caso de brotes: realizar aislamiento de los casos hasta 24 horas después de tratamiento eficaz.
Ministerio de Salud de México (26)	No incluye	Recomienda tratamiento simultáneo a contactos físicos cercanos	No incluye
Ministerio de Salud de Brasil(27)	No incluye	No incluye	El individuo debe ser retirado de la escuela o el trabajo hasta 24 horas después del final del tratamiento. En caso de paciente hospitalizado, se recomienda el aislamiento para prevenir brotes en salas, tanto para otros pacientes como para profesionales de salud, especialmente en el caso de la sarna noruega. El aislamiento debe durar 24/48 horas después de iniciado el tratamiento. Investigar la existencia de casos en la misma calle, guarderías y otros entornos de vida del paciente para prevenir brotes comunitarios.
Ministerio de salud de Reino Unido(28)	No incluye	No incluye	Menciona que hay literatura sobre el uso de ivermectina oral para tratar brotes de sarna en entornos de atención masiva, como hogares de ancianos.

