

Febrero, 2023

Síntesis Rápida de Evidencia

¿Cuál es la efectividad de las medidas ambientales para el manejo de escabiosis para prevenir el contagio o la reinfección en la población general?

La escabiosis, popularmente conocida como sarna, es un cuadro parasitario ocasionada por el ácaro *Sarcoptes scabiei var hominis* (1), categorizada como una enfermedad desatendida. Se estima que a nivel mundial existen más de 100 millones de personas con esta enfermedad (2).

Si bien, esta puede ser adquirida por cualquier persona, suelen ser más susceptibles personas inmunocomprometidas o quienes viven en condiciones de hacinamiento o lugares poco sanitizados, los cuales suelen ser ambientes ideales para el parásito.

Se han descrito diversas estrategias para el manejo de brotes por escabiosis, entre las que se encuentran: uso de medicamentos tópicos solos o en combinación con tratamiento oral, así como medidas de prevención no farmacológicas (3). Estas medidas, llamadas también ambientales, pueden servir como coadyuvante para la prevención de la diseminación de la enfermedad y su reinfección.

Es en este contexto que el Departamento de Enfermedades Transmisibles, de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, ha solicitado esta síntesis, con la finalidad de conocer las medidas ambientales y su potencial efectividad en el control de brotes y prevención de reinfección.

Componentes de la pregunta

Población: Población general

Intervención: Medidas ambientales

Comparación: No aplica

Outcome: Prevención de contagio y reinfección de escabiosis

Mensajes clave

- La evidencia sobre medidas ambientales para el tratamiento de escabiosis no se han evaluado por sí solas, pero sí han sido consideradas como coadyuvantes de los tratamientos farmacológicos.
- Con moderada certeza de la evidencia, se observa que incorporar programas educativos de higiene personal, podría contribuir en disminuir la prevalencia de escabiosis en escolares.
- Existe incertidumbre de la evidencia sobre el efecto de la incorporación de programas de detección temprana (*screening*), sobre la prevalencia de escabiosis durante periodos de 7 meses a 5 años en población rural e indígena.

¿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

En la actualidad, se estima que más de 200 millones de personas en el mundo han sufrido un episodio de escabiosis (también conocida como sarna) al menos una vez en su vida (4). Sin embargo, esta enfermedad ha sido dejada de lado por décadas, afectando de manera desproporcionada a poblaciones que viven en la pobreza o en áreas tropicales o sub-tropicales, y siendo relativamente abandonada por la investigación (5,6). Por ello, en el año 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ha catalogado como una “enfermedad desatendida” (5,6).

Esta enfermedad parasitaria, ocasionada por el ácaro *Sarcoptes scabiei var hominis* (1), puede ocasionar consecuencias en la calidad de vida de las personas afectadas, siendo responsable del 0,21% de los años ajustados por discapacidad (DALYs), según estimaciones en 2015 (6). Sin embargo, esta carga y su prevalencia son desiguales a nivel mundial, siendo mayor en Asia, Oceanía y América Latina (6,7). Adicionalmente, suele afectar en mayor proporción a niños, niñas y personas mayores, más que en adolescentes o personas adultas (7).

La escabiosis, también conocida como “la enfermedad de la pobreza”, tiene una prevalencia de entre 1% y 5% en Chile, siendo las poblaciones más afectadas las personas indigentes o inmunosuprimidas (1). Esto es de especial preocupación para el sistema de salud, debido a que las infestaciones por sarna y sus complicaciones pueden llegar a generar costos importantes (5).

Aunque para la población general esta enfermedad no es frecuente, los brotes de escabiosis suelen observarse donde hay condiciones de hacinamiento, en colegios rurales o de menor nivel socioeconómico, así como cuando se han generado situaciones de emergencias, conflictos armados, desastres o catástrofes como terremotos o aluviones. En estas ocasiones, es crucial que existan estrategias de control rápido y tratamientos adecuados para evitar y prevenir su propagación (4).

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 las medidas ambientales (no farmacológicas) para prevenir la escabiosis y su reinfección.

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 y Pubmed, con fecha 12 enero 2023. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#). Además, se construyó una matriz de evidencia con el objetivo de encontrar literatura adicional.

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

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

Inclusión: Efecto de Medidas ambientales, Sarna/Escabiosis, población general

Exclusión: Otras enfermedades, medidas farmacológicas

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

La extracción la realiza una persona, 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 464 revisiones sistemáticas. De éstas se excluyeron 462 por disenso o duplicados, y se utilizaron **2 Revisiones Sistemáticas (RS)** (8,9) publicadas entre 2014 y 2019.

A los estudios primarios incluidos en las RS utilizadas, se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los aplicados en las RS (cuadro de metodología). Con estos criterios, se consideraron finalmente 4 estudios primarios (10–13), de los cuales 1 era Ensayo Controlado Aleatorizado por Grupos (ECAG) (10), 2 fueron estudios ecológicos (11,13) y 1 un estudio de cohorte prospectivo (12). En la Tabla N°1 se describen las características de todos los estudios incluidos. La RS de FitzGerald, D. *et al* no encontró estudios primarios que respondieran la pregunta de investigación (9).

Para estimar el efecto de los hallazgos de esta SRE (Síntesis Rápida de Evidencia), se utilizaron los 4 estudios primarios referidos (10–13) correspondientes a la RS de May, P *et al*(8). Sin embargo, no fue posible realizar un metaanálisis, por encontrarse solamente 1 estudio por tipo de hallazgo.

Los hallazgos aquí presentados se han separado de acuerdo a los tipos de intervención descritas en los estudios primarios. Las intervenciones de medidas ambientales fueron subdivididas en dos: medidas educativas sobre higiene personal y medidas de detección temprana o screening para la prevención de escabiosis. Cada hallazgo contiene además una tabla resumen con los resultados, mostrando la certeza en la evidencia de cada uno de los desenlaces encontrados, de acuerdo a la metodología 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 las medidas ambientales para el manejo de escabiosis que prevengan el contagio o reinfección en la población general.	
Fecha de búsqueda de las RS incluidas en esta SRE: hasta 2015	
Componentes	Descripción
Diseños de estudio	Un fue Ensayo Controlado Aleatorizado por grupos (ECAG) (10), y 3 fueron estudios observacionales (11–13).
Población	Todos los estudios incluyeron poblaciones de niños, niñas y adolescentes de diferentes contextos. Un estudio incluyó exclusivamente población escolar masculina (10), otro escolares de zonas rurales (13), y los últimos población infantil menor de 5 años de comunidades indígenas (11,12).
Intervención	Los estudios implementaron programas de prevención de escabiosis. Un estudio instauró un programa de medidas educacionales referidas a higiene personal y de elementos personales (10). Los otros estudios realizaron seguimientos de cohortes, donde se instauraron programas de detección temprana por parte de personal sanitario (11–13).
Comparación	Solamente 1 estudio realizó comparaciones de grupos, donde al grupo control no se realizó intervención (10). Los otros tres estudios tuvieron comparaciones pre y post intervención en el tiempo (11–13).
Desenlaces	Tres estudios reportaron disminución de la prevalencia de escabiosis luego de implementar los programas de prevención (10–12), mientras que un estudio no encontró disminución significativa (13).
Ámbitos (setting)	Un estudio fue un internado religioso islámico en Bangladesh (10), y los otros se desarrollaron en contextos de población infantil rural de Kenia (13) o en comunidades indígenas de Australia (11,12).



Hallazgo 1. Programa de medidas educacionales de prácticas de higiene personal para la prevención de escabiosis

Se realizó una intervención de medidas educacionales durante 4 meses a un grupo de estudiantes masculinos de internados islámicos en Bangladesh. Tanto el grupo control como el de intervención, recibieron tratamientos masivos para escabiosis, pero solamente el grupo de intervención participó del programa educacional (10).

La intervención constó de un monitoreo diario de la higiene personal, clases semanales de educación en salud, y reunión mensual entre los monitores de clases con oficiales del control de sarna (10). En el [Anexo 2](#) se puede observar un folleto de las medidas reforzadas durante el periodo de intervención, dentro de las cuales se destacan: el uso diario de jabón durante el baño, lavar la ropa más de una vez a la semana, colgar la ropa separada, y separar la ropa de cama, poner la ropa de cama al sol por lo menos una vez al mes (10).

Posterior a la intervención, se reportó que el grupo control no tuvo diferencia estadísticamente significativa de la prevalencia de escabiosis pre y post intervención (de 62% a 50%, $p = 0,367$), mientras que en el grupo de intervención, la disminución fue significativa (de 50% a 5%, $p < 0,001$) (10). Además, fue posible estimar el efecto relativo de la intervención, el cual indicaría un factor protector para la población al implementar una medida educativa (OR: 0,05 IC95%: 0,01-0,25).

Tabla 2. Estimación del efecto de incorporar programas educativos de higiene sobre la prevalencia de escabiosis

Resultado de salud (Outcome)	Efecto Relativo (95% IC) -- N° de participantes (Estudios)	Efectos absolutos estimados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Sin Intervención	Con Intervención	Diferencia (95% IC)		
Prevalencia de escabiosis*	OR: 0,05 (0,01-0,25) -- N° de participantes: 80 (1ECAG) (10)	500 por 1000	48 por 1000**	452 menos por 1000 (490 menos a 300 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Con moderada certeza de la evidencia, se observa que incorporar programas educativos de higiene a estudiantes, disminuye la prevalencia de escabiosis, en comparación a no incorporarlo

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 la prevalencia detectada en el muestreo en el grupo control (10).

IC: Intervalo de confianza; ECAG: Ensayo controlado aleatorizado por grupos; GRADE: Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation

Explicaciones

* El estudio se llevó a cabo en internados de estudiantes masculinos en Bangladesh

** En el estudio de Talukder 2013 señalan que la diferencia entre el grupo control e intervención es significativa p<0.0001

a. Se disminuye un nivel de la certeza de la evidencia por riesgo de sesgo. El estudio de Talukder 2013 fue clasificado con riesgo de sesgo por la RS de May 2019, disminuyendo la confianza en sus resultados por no tener ciego de los monitores de la intervención ni de los participantes, así como por no poder evaluar la generación de la aleatorización, ocultamiento de la asignación, u otras fuentes de sesgo.



Hallazgo 2. Programa de detección temprana para la prevención de escabiosis

Un estudio evaluó un proyecto dermatológico implementado en una comunidad rural en Kenia por un periodo de 5 años. En este, se entrenó personal de salud de atención primaria, quienes realizaban de forma rutinaria (una vez a la semana) en los colegios de la comunidad, controles de detección de enfermedades a la piel, entre ellas, sarna (13). Al detectarse un caso, se aplicaba el tratamiento farmacológico correspondiente. Este programa no mostró reducción significativa de la prevalencia de sarna entre el periodo previo al inicio del programa y posterior a su finalización (13).

Otros dos estudios observacionales forman parte del seguimiento de una intervención realizada en una comunidad indígena del *Northern Territory*, en Australia (11,12). Esta intervención (detalle en [Anexo 3](#)), constó de un día de tratamiento masivo para escabiosis a toda la comunidad aborigen con crema de permetrina al 5%, chequeo médico a las y los niños de 5 años y menos previo al día de tratamiento, y controles de detección cada 3 meses, por un período de hasta 15 meses reportado (11,12).

Cabe señalar, que una semana previo al día del tratamiento masivo en la comunidad, un equipo comenzó a dar sesiones intensivas educativas, enfocadas en la importancia de la higiene personal, así como aseo regular del hogar, lavar y airear ropa y colchones. Se mostró la correcta aplicación de permetrina y se disiparon mitos frente a su uso (11). Durante estas sesiones educativas, los menores de 5 años fueron revisados por dos médicos, quienes registraron la presencia y severidad de infección en la piel por escabiosis.

El día de tratamiento se realizaron medidas de higienización masivas en la comunidad (ver [Anexo 3](#)), y acorde a las guías de tratamiento de Australia, las y los niños diagnosticados con escabiosis moderada o severa fueron tratados nuevamente la semana siguiente, así como los adultos que vivían con ellos, y sus casas fueron fumigadas para eliminar ácaros remanentes (11).

Todos los niños de la comunidad menores de 5 años fueron nuevamente revisados en las visitas de seguimiento a las 6 semanas, 4 meses y 7 meses post intervención, y más del 98% de los niños menores de 5 años fueron revisados en cada visita.

El primer estudio muestra los resultados para los primeros 7 meses desde la intervención, donde la prevalencia de escabiosis se redujo de 35% a 4,1% ($p < 0,0001$) (11). El segundo estudio, muestra los resultados luego de 15 meses post intervención, donde se detectó una prevalencia de 11,8%, con lo cual sigue siendo estadísticamente significativa la diferencia ($p < 0,0001$) (12).

Tabla 3. Estimación del efecto de incorporar programas de screening sobre la prevalencia de escabiosis

Resultado de salud (Outcome)	Efecto Relativo (95% IC) -- N° de participantes (Estudios)	Efectos absolutos estimados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Pre-Intervención	Post-Intervención	Diferencia (95% IC)		
Prevalencia de escabiosis* 7 meses post intervención Screening cada 3 meses	OR: 0.08 (0.04-0.16) -- N° de participantes: 459 (1 Estudio observacional (11))	350 por 1000	41 por 1000***	309 menos por 1000 (329 menos a 271 menos)	⊕○○○ ^{a,b} MUY BAJA	Implementar programa de screening continuo en comunidades indígenas podría disminuir la prevalencia de escabiosis. Sin embargo, la certeza de la evidencia es muy baja y es posible que estos resultados no sean correctos
Prevalencia de escabiosis* 15 meses post intervención Screening cada 3 meses	OR: 0.25 (0.15-0.42) -- N° de participantes: 393 (1 Estudio observacional (12))	352 por 1000	120 por 1000***	232 menos por 1000 (277 menos a 166 menos)	⊕○○○ ^{a,b} MUY BAJA	Implementar programa de screening semanal por personal de atención primaria en comunidades rurales podría no tener efecto sobre la prevalencia de escabiosis. Sin embargo, la certeza de la evidencia es muy baja y es posible que estos resultados no sean correctos
Prevalencia de escabiosis** 5 años post intervención Screening semanal por personal de Atención primaria	OR: 0.96 (0.83-1.10) -- N° de participantes: 10741 (1 Estudio observacional (13))	83 por 1000	80 por 1000†	3 menos por 1000 (13 menos a 8 más)	⊕○○○ ^{a,c} MUY BAJA	Implementar programa de screening semanal por personal de atención primaria en comunidades rurales podría no tener efecto sobre la prevalencia de escabiosis. Sin embargo, la certeza de la evidencia es muy baja y es posible que estos resultados no sean correctos

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 los datos de prevalencia reportados pre-intervención.

IC: Intervalo de confianza; **OR:** Odds Ratio; **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation

Explicaciones

* Ambos estudios corresponden a una intervención masiva en una comunidad aborígen de Australia, enfocada en detectar escabiosis en niñas y niños de 5 años o menos.

**Intervención en el contexto del Programa de la salud de la piel en atención primaria en población rural de Kenia (13)

***En los estudios de Wong (2001 y 2002) señalan que la diferencia significativa pre y post intervención $p < 0.0001$ (11,12)

† No hay diferencia significativa pre y post intervención en la comunidad según lo reportado por Schemeller 2001

a. Al ser un estudio observacional, se parte con nivel de certeza de la evidencia baja

b. Se disminuye un nivel de la certeza de la evidencia a los dos estudios de Wong 2001 y Wong 2002, ya que fueron calificados con alto riesgo de sesgo por la RS de May 2019, debido a que se detectó diferencias entre grupos y selección del sesgo, sesgo en la recolección de datos y reporte selectivo de resultados. Por otro lado, cabe señalar que el estudio de Schemeller 2001 fue clasificado con bajo riesgo de sesgo.

c. Se disminuye un nivel de la certeza de la evidencia por ser parte de un resultado indirecto, ya que el Programa de la Piel instaurado no es específico para sarna, y no se señalan los métodos diagnósticos diferenciales específicos para la enfermedad frente al resto de screening realizados.

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.

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 3 países (Australia, Bangladesh y Kenia), donde se llevaron a cabo los estudios. A diferencia de Chile, los países vecinos de Kenia (Somalia y Uganda) son países con conflictos armados permanentes(14), mientras que en Bangladesh tiene poblaciones que viven en constante hacinamiento (15).

Por otro lado, este resumen incluyó únicamente población infantil y población indígena o rural. Es importante considerar el contexto de la población indígena australiana, la que puede tener diferencias culturales con la población general. Cabe destacar que, los referentes de salud comunitarios en población indígena son miembros de la misma comunidad (Ancianos Aborígenes), los que cumplen el rol de educar a la población. A diferencia de estos países, Chile tiene una población principalmente urbana y con menor proporción de población indígena (16).

Además, la evidencia aquí presentada contempla como intervenciones un programa de educación en prácticas de higiene para prevenir la escabiosis en población escolar masculina en Bangladesh y un programa de detección temprana de esta enfermedad en población rural o indígena, con diferente duración (7 y 15 meses), junto con un programa de detección de escabiosis en atención primaria.

Sin embargo, existe literatura que reporta medidas similares de prevención en poblaciones de adultos mayores institucionalizados u otro tipo de residencias, donde también se describen brotes recurrentes de escabiosis (3).

Esta síntesis de evidencia, consideró como desenlaces prioritarios intervenciones sobre educación y detección temprana de escabiosis, sin embargo, la literatura ha descrito otras intervenciones no farmacológicas (ambientales) como el cambio y lavado de ropa de cama a 60 °C y secadas en caliente, aspirar todos los tapizados y luego deshacerse de las bolsas de la aspiradora o sanitizar las aspiradoras y corte de uñas de población en riesgo o contactos estrechos (3). No obstante, estas intervenciones no presentaron medición de efecto en las RS identificadas, por lo que tampoco fue posible evaluar la certeza de la evidencia de estas intervenciones. Asimismo, para el éxito de estas intervenciones, es necesario contar con las condiciones apropiadas y los insumos correspondientes.

Consideraciones Económicas

Uno de los estudios primarios incorporados, realizó un análisis de los costos de desarrollar un programa de control de escabiosis en colegios (10). En este señalan que los implementos que involucraron mayor costo, fueron los materiales usados, como las bolsas



plásticas y los colgadores, los que finalmente implicaron un costo del programa de US\$1.61 por estudiante (año de referencia: 2009) (10).

El personal involucrado en el programa no implicó costos adicionales a las horas destinadas a la realización del programa, debido a que ya se encontraban contratados por los respectivos colegios. Sin embargo, el investigador asistente implicó gastos adicionales, ya que se encontraba contratado a tiempo completo para el programa (10).

Se debe considerar que este análisis de costos se realiza en el marco de un determinado país o contexto, por lo que la aplicación o extrapolación de los resultados del estudio al contexto nacional, se debe realizar con precaución.

En ese sentido, cabe mencionar que la implementación de cualquiera de las medidas ambientales acá señaladas implicaría costos relacionados al tratamiento masivo de la comunidad afectada, así como de la entrega de los insumos que se requerirían para el control e higienización de los hogares (4,6,10,13).

Esto es de especial consideración, ya que la aplicabilidad de cualquier medida, ya sea educativa o de prevención, tendría que contemplar si las personas cuentan con los materiales para sanitizar, así como con las condiciones para ventilar o airear sus ropas o colchones o mantener estos en espacios separados dentro del hogar (4,6,10,13).

Consideraciones de Equidad

La escabiosis, ha sido reconocida como una enfermedad desatendida por la OMS, por lo que el alcance de las medidas, el estudio de nuevas terapias o la constante revisión de su prevalencia se ha descuidado a nivel mundial (6). 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 (6).

Así mismo, su distribución y carga de la enfermedad es desigual a nivel mundial, siendo mayor en Asia, Oceanía y América Latina (6,7), estimándose DALYs 0,21% en el 2015 (6). Adicionalmente, su prevalencia es sustancialmente mayor en niños y niñas, más que en adolescentes o personas adultas (7), siendo poblaciones particularmente afectadas para tener en consideración.

En consecuencia, el efecto o no efecto de una intervención podría variar entre diferentes grupos de la población, por ejemplo entre grupos etarios, sexo o por nivel socioeconómico. En este sentido, grupos que son especialmente afectados, son aquellos con condiciones de compromiso inmunológico, así como quienes tienen condiciones socioeconómicas desventajosas, donde las condiciones de salubridad no son ideales: hacinamientos, indigentes (6,13). Por esto, varios autores describen que para el control de la enfermedad, no solo basta con la implementación de esquemas de tratamiento o la atención de salud, sino que se deben considerar también las condiciones ambientales y socioeconómicas disponibles, como se mencionó con anterioridad (4,6,10,13).

Ante ello, los estudios incluidos, plantean primero la necesidad de hacer una intervención con tratamiento farmacológico masivo (tanto en comunidad escolar como en aborígenes), por la alta prevalencia de sarna en dichas comunidades, pues tratar solamente a un individuo o grupo familiar de forma aislada tendría un limitado éxito debido a los altos niveles de movimiento entre los pares, casas y las comunidades (10,11).



Si bien no se encontraron publicaciones que mostraran diferencias de la prevalencia de esta enfermedad por sexos, sí se señala que pudieran haber consideraciones de género a tener en cuenta. Por un lado, las consecuencias socioemocionales de la enfermedad, se ha descrito que afectan en mayor proporción a mujeres (6). Por otro lado, se destaca, que tanto en Chile como en América Latina, existe una “feminización de la pobreza”(17), por lo que al ser una enfermedad con mayor prevalencia en entornos de pobreza, las mujeres podrían verse afectadas por ello. Adicionalmente, al ser una enfermedad que afecta principalmente a niños, niñas o personas mayores, cabe considerar que culturalmente son las mujeres quienes suelen llevar la carga de su cuidado y tratamiento, e incluso se ha descrito que cuando un niño/niña es diagnosticado, también se debe tratar a la madre (18).

Consideraciones de Monitoreo y Evaluación

Las publicaciones incluidas, mostraron que realizar un continuo seguimiento de las medidas implementadas podría ser beneficioso para mantener el control de la enfermedad (10–12). En este aspecto, se destaca el uso de mediadores comunitarios para su inserción en diferentes contextos, tanto en escolares como indígenas, así como contar con personal reconocido por la comunidad para su seguimiento (10–12).

En el contexto chileno, el modelo con enfoque comunitario instalado en la atención primaria de salud (APS) (19), podría permitir el monitoreo y evaluación de alguna intervención ambiental que se requiriera realizar, dada su cercanía con la comunidad. Este trabajo, podría realizarse conjuntamente con sub-poblaciones o grupos afectados, como podrían ser brotes en residencias de adultos mayores o en poblaciones escolares. Ante esto último, la APS podría desarrollar un trabajo conjunto con las comunidades educativas o de residencias, para llevar a cabo intervenciones masivas, tanto farmacológicas como ambientales.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. ¿Cuál es el efecto de las medidas ambientales para el manejo de escabiosis para prevenir el contagio o la reinfección en la población general? Febrero 2023. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Autoras

- Cecilia Palominos-Veas, Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia (ETESA-SBE)
- Deborah Navarro Rosenblatt, Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia

Palabras Clave

Scabies; Environmental intervention; *Sarcoptes scabiei var hominis*; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Nelson Vargas Malebrán, profesional de Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia
- Natalia Celedón Hidalgo, Jefa Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia

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

Las autoras declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. Moreno M C. Ectoparasitosis de importancia en Chile: Epidemiología y terapia. *Rev Chil Infectol.* 2011 Oct;28(5):435–9.
2. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The Global Burden of Skin Disease in 2010: An Analysis of the Prevalence and Impact of Skin Conditions. *J Invest Dermatol.* 2014 Jun;134(6):1527–34.
3. Morrison EJ, Middleton J, Lanza S, Cowen JE, Hewitt K, Walker SL, et al. Do we know how scabies outbreaks in residential and nursing care homes for the elderly should be managed? A systematic review of interventions using a novel approach to assess evidence quality. *Epidemiol Infect.* 2019;147:e250.
4. Widaty S, Miranda E, Cornain EF, Rizky LA. Scabies: update on treatment and efforts for prevention and control in highly endemic settings. *J Infect Dev Ctries.* 2022 Feb 28;16(02):244–51.
5. World Health Organization. Sarna [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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>
10. Talukder K, Talukder MQK, Farooque MG, Khairul M, Sharmin F, Jerin I, et al. Controlling scabies in madrasahs (Islamic religious schools) in Bangladesh. *Public Health.* 2013 Jan;127(1):83–91.
11. 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.
12. Wong LC, Amega B, Barker R, Connors C, Dulla ME, Ninnal A, et al. Factors supporting sustainability of a community-based scabies control program. *Australas J Dermatol.* 2002 Nov;43(4):274–7.
13. Schmeller W. Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system. *Br J Dermatol.* 2001 Jan;144(1):118.
14. World Population Review. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-currently-at-war> [Internet]. 2023. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-currently-at-war>
15. Statista. Countries with the highest population density worldwide in 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.statista.com/statistics/264683/top-fifty-countries-with-the-highest-population-density/#:~:text=Monaco%20led%20the%20ranking%20for,in%20second%2C%20followed%20by%20Singapore.>
16. Ministerio de Desarrollo Social. Pueblos indígenas. Síntesis de resultados. Observatorio

Social CASEN. 2017.

17. Observatorio de Igualdad de Género ONU. Índice de feminidad en hogares pobres [Internet]. Observatorio de Igualdad de Género. 2016 [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/indice-feminidad-hogares-pobres>
18. Kazeminejad A, Hajheydari Z, Ghahari MJ. Scabies Treatment in Children: A Narrative Review. *J Pediatr Rev.* 2018 Apr 30;105–12.
19. Fundación EPES, División de Atención Primaria (DIVAP). Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF [Internet]. 2016. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-Apoyo-incorporaci%C3%B3n-ACS-en-Cecosf.pdf>



Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Ovid MEDLINE(R)

Fecha de ejecución de la búsqueda: 12/01/2023

Estrategia:

- 1 Scabies.mp.
- 2 (scab* or mites or "sarcopt* mange" or "Sarcoptes scabiei var hominis").mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
- 3 limit 2 to abstracts
- 4 1 or 3
- 5 ("non pharmacologic" or environment* or manage* or mass* or communit* or strategi* or control* or desinfect* or intervent*).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
- 6 limit 5 to abstracts
- 7 4 and 6
- 8 limit 7 to (meta analysis or "systematic review")

Embase

Fecha de ejecución de la búsqueda: 12/01/2023

Estrategia 1:

- 1 Scabies.mp.
- 2 (scab* or mites or "sarcopt* mange" or "Sarcoptes scabiei var hominis").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
- 3 1 or 2
- 4 limit 3 to abstracts
- 5 ("non pharmacologic" or environment* or manage* or mass* or communit* or strategi* or control* or desinfect* or intervent*).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] 18756490
- 6 limit 5 to abstracts
- 7 4 and 6
- 8 limit 7 to (meta analysis or "systematic review")

Epistemonikos

Fecha de ejecución de la búsqueda: 12/01/2023

Estrategia: ("Scabies"[Mesh] OR scab* OR mites OR "sarcopt* mange" OR "Sarcoptes scabiei var hominis") AND ("non pharmacologic" OR environment* OR manage* OR mass* OR communit* OR strategi* OR control* OR desinfect* OR intervent*)



Pubmed

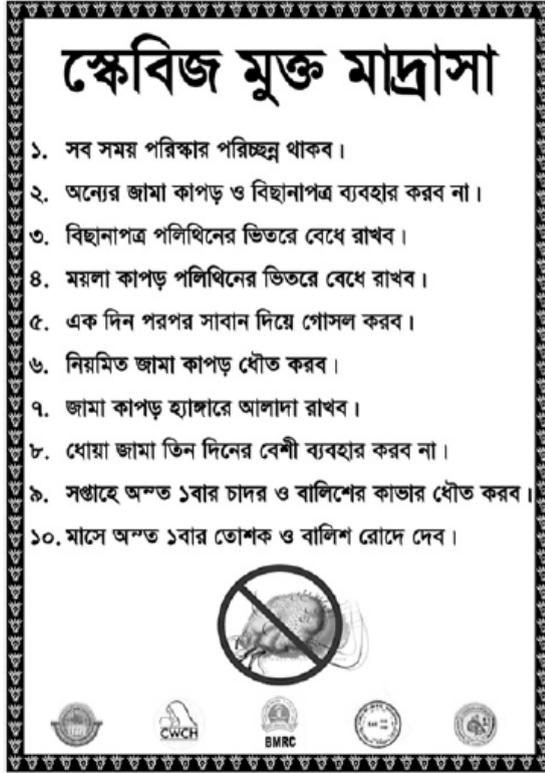
Fecha de ejecución de la búsqueda: 12/01/2023

Estrategia: ("Scabies"[Mesh] OR scab* OR mites OR "sarcopt* mange" OR "Sarcoptes scabiei var hominis") AND ("non pharmacologic" OR environment* OR manage* OR mass* OR communit* OR strategi* OR control* OR desinfect* OR intervent*)



Anexo 2: Ejemplo medida educativa

Poster “Scabies Free Madrasah” que señala las medidas educativas enseñadas y reforzadas durante la intervención realizada (10)



Scabies Free Madrasah

1. We will always keep ourselves clean
2. We won't use other people's clothes or bedding
3. We will store our bedding tied up in polythene bags
4. We will tie up used clothes in polythene bags
5. We will use soap for bathing on alternate days
6. We will regularly wash our clothes
7. We will hang our clothes separately on clothes hangers
8. We will not wear any clothes longer than three days
9. We will wash our bed sheets and pillow cases at least once a week
10. We will put our mattresses and pillows out to sun at least once a month

Anexo 3: Programa de intervención en comunidades aborígenes de Australia

Esta intervención constó de varios pasos, los cuales se enmarcan en los momentos previos al tratamiento masivo en la comunidad con permetrina al 5% y posterior a eso. Durante los 3 meses previos, se realizó una propaganda de reforzamiento en la clínica con el mensaje “healthy house makes healthy skin makes healthy body” (una casa saludable hace pieles saludables hace un cuerpo saludable), por medio de 4 Ancianos Aborígenes, trabajadores de la salud, enfermeras, y doctores, mientras se atendían a pacientes (11). Adicionalmente, se usaron posters y folletos diseñados por artistas indígenas locales (11).

Una semana antes del día de tratamiento, un equipo comenzó a dar sesiones intensivas educativas, enfocadas en la importancia de la higiene personal, así como aseo regular del hogar, lavar y airear ropa y colchones. Se demostró la correcta aplicación de permetrina y se disiparon mitos frente a su uso (11).

Durante estas sesiones educativas, los menores de 5 años fueron revisados por dos médicos, quienes registraron la presencia y severidad de infección en la piel por sarna. En caso de detección de sarna, se aplicaba tratamiento. El día de tratamiento 50 voluntarios se desplegaron en la comunidad para entregar jabones, detergentes y crema de permetrina al 5% y se instalaron tendederos en las casas (11).

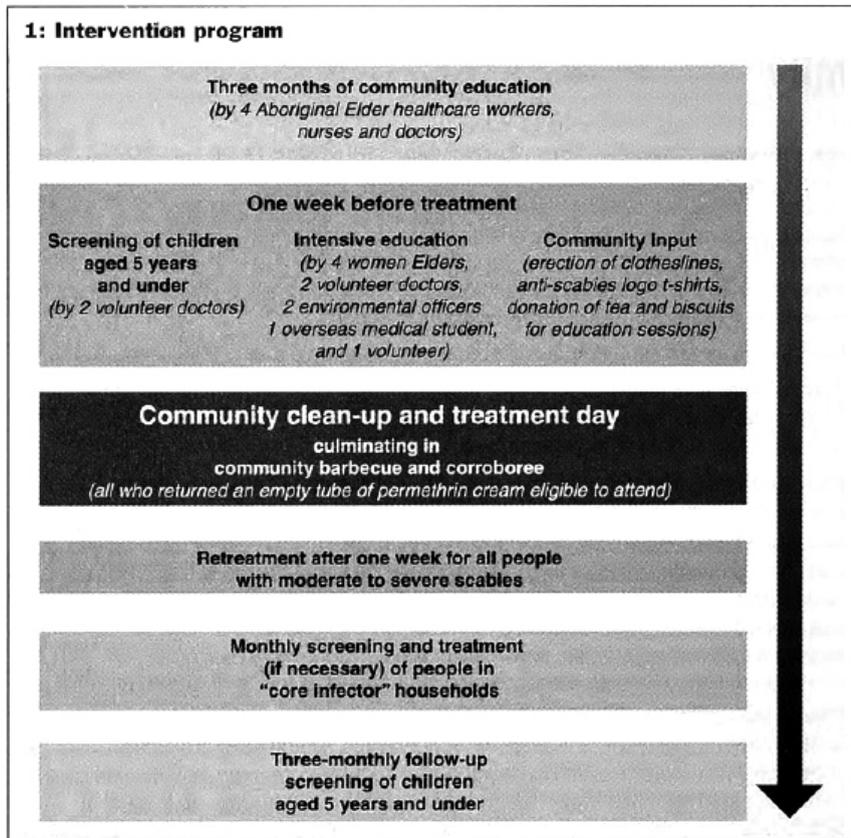
El día de tratamiento se cerró el comercio, escuelas y bancos para apoyar la medida. Residentes lavaron sus pisos con detergente, lavaron sus ropas y sábanas, y airearon los colchones al sol. En la tarde, todos los miembros de la comunidad fueron instruidos en aplicar la permetrina, la cual se dejaba toda la noche y se lavaba con agua al día siguiente. Al retornar con el tubo vacío a la gente se le entregaba un logo anti escabiosis y se les invitaba a un asado en la tarde. Se estima que 1100 personas asistieron al evento.

Acorde a las guías de tratamiento, niños diagnosticados con escabiosis moderada o severa fueron tratados otra vez la semana siguiente, así como los adultos que vivían con ellos, y sus casas fueron fumigadas para eliminar ácaros remanentes (11).

Se realizó un seguimiento cada 3 meses, donde se realizaba chequeo para detectar escabiosis en niñas y niños de 5 años o menos en la comunidad, y en caso de detección se aplicaba tratamiento (11).

Un año posterior a la intervención se volvió a realizar un día de aseo comunitario, y no fue necesario realizar nuevamente un tratamiento masivo por la mantención de la baja prevalencia (12).

En la imagen se muestra la descripción del programa de intervención realizado en comunidad de aborígenes en Australia (11)



Fuente: Imagen de la publicación de Wong, L. et al (11)

