

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento de **ESCABIOSIS**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-543-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: Diagnóstico y Tratamiento de Escabiosis. México: Secretaría de Salud, 2012.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: B86 Escabiosis (Sarna o Acariasis) GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Escabiosis

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

| | | | |
|----------------------------------|-------------------|---|--|
| Dra. María Luisa Peralta Pedrero | Medicina Familiar | Instituto Mexicano del Seguro Social | Coordinación de Unidades Médicas de Alta especialidad, División de Excelencia Clínica. Coordinadora de Programas Médicos |
|----------------------------------|-------------------|---|--|

Autores :

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--|---|
| Dr. Agles Cruz Avelar | Médico General | Universidad Nacional Autónoma de México | Jefe del Departamento de la Coordinación de Personal Docente y Alumnos. División de Estudios de Posgrado Facultad de Medicina |
| Dr. Carlos Ortega Genel | Medicina Familiar | Instituto Mexicano del Seguro Social | Jefe de Departamento Clínico UMF 18 Villa de Álvarez, Colima |
| Dr. Juan Ismael Parrilla Ortiz | Medicina Familiar | Instituto Mexicano del Seguro Social | Auxiliar de la Coordinación de Planeación y Enlace Institucional Delegación Sur D.F |
| Dra. Gladys Torres Alcázar | Medicina Familiar | Instituto Mexicano del Seguro Social | Consulta Externa UMF #47 Tabasco |
| Dra. Luisa Elizabeth Velasco González | Medicina Familiar | Instituto Mexicano del Seguro Social | Consulta Externa UMF #24 Nayarit |

Validación interna:

| | | | |
|----------------------------------|-------------------|---|---|
| Dra. Talina Hernández Pérez | Medicina Familiar | Instituto Mexicano del Seguro Social | Consulta Externa UMF #28 D.F |
| Dra. Ma. Guadalupe Olguín García | Dermatóloga | Departamento del Distrito Federal | Centro Dermatológico D. r Ladislao de la Pascua Consulta externa |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| AUTORES Y COLABORADORES | 3 |
| 1. CLASIFICACIÓN..... | 5 |
| 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA | 6 |
| 3. ASPECTOS GENERALES | 7 |
| 3.1 ANTECEDENTES..... | 7 |
| 3.2 JUSTIFICACIÓN..... | 8 |
| 3.3 PROPÓSITO..... | 8 |
| 3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA | 8 |
| 3.5 DEFINICIÓN | 9 |
| 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES..... | 10 |
| 4.1 POBLACION SUSCEPTIBLE..... | 11 |
| 4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS (VER FIGURA 1) | 12 |
| 4.3 DIAGNÓSTICO | 14 |
| 4.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 17 |
| 4.5 COMPLICACIONES..... | 18 |
| 4.5 TRATAMIENTO..... | 19 |
| 4.5.1. TRATAMIENTO TÓPICO. VER CUADRO 1..... | 19 |
| 4.5.2. TRATAMIENTO ORAL | 22 |
| 4.5.3. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO..... | 23 |
| 4.6 PRONÓSTICO | 24 |
| 5. ANEXOS..... | 26 |
| 5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA..... | 26 |
| 5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN | 27 |
| 5.3 MEDICAMENTOS..... | 29 |
| 5.4 ALGORITMO..... | 30 |
| 6. GLOSARIO..... | 31 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | 32 |
| 8. AGRADECIMIENTOS. | 34 |
| 9. COMITÉ ACADÉMICO. | 35 |
| 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR..... | 36 |
| 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA..... | 37 |

1. CLASIFICACIÓN.

| Catálogo Maestro: IMSS-543-12 | |
|---|---|
| Profesionales de la salud. | Médicos familiares, dermatóloga |
| Clasificación de la enfermedad. | CIE-10: B86 Escabiosis (Sarna o Acariasis) |
| Categoría de GPC. | Primer y Segundo nivel de atención. |
| Usuarios potenciales. | Médicos familiares, Médicos pediatras, Médicos dermatólogos, personal de enfermería, oficial de puericultura, personal de salud de reclusorios, escuelas, internados y asilos de ancianos. |
| Tipo de organización desarrolladora. | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Población blanco. | Niños mayores de 5 años, Adolescentes, Adultos jóvenes y Ancianos |
| Fuente de financiamiento / patrocinador. | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Intervenciones y actividades consideradas. | Identificación de factores de riesgo, cuadro clínico, tratamiento Fármacos: Permetrina, Ivermectina, Lindano y Benzoato de Bencilo. |
| Impacto esperado en salud. | Prevención primaria de la incidencia de Escabiosis Detección oportuna de pacientes en riesgo Diagnóstico temprano Tratamiento oportuno Prevención de complicaciones. |
| Metodología.¹ | Adopción de guías de práctica clínica, revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada. |
| Método de validación y adecuación. | Enfoque de la GPC: enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 34 Guías seleccionadas: 2 Meta análisis:1 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos clínicos: 5 Estudios retrospectivos:2 Transversales :2 Revisiones narrativas: 14 Reportes:2 Comparativo:2 Prospectivo : 3 |
| Método de validación | Validación del protocolo de búsqueda: <Institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <Institución que validó por pares> Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <Institución que realizó la validación externa> Verificación final: <Institución que realizó la verificación> |
| Conflicto de interés | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés. |
| Registro y actualización | Catálogo maestro IMSS-543-12 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación |

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es la Escabiosis?
2. ¿Cuál es la población susceptible?
3. ¿Cuáles son las medidas de prevención?
4. ¿Cuál es el cuadro clínico?
5. ¿Que auxiliares de diagnósticos existen?
6. ¿Cuáles son los tipos de Escabiosis que existen?
7. ¿Cuál es diagnóstico diferencial?
8. ¿Cuál es el tratamiento?
 - a) Farmacológico
 - b) No Farmacológico
9. ¿Cuáles son las complicaciones de la Escabiosis?
10. ¿Cuál es el pronóstico?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La Escabiosis es una infección de la piel producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* de la variedad *hominis*, que produce una erupción intensamente pruriginosa, de predominio nocturno, con un patrón de distribución característico, que se transmite por contacto directo o fómites (especialmente ropa, donde el parásito permanece viable por 2-5 días). La incidencia de la Escabiosis presenta fluctuaciones cíclicas en todo el mundo. En la década de 1960 la incidencia en Europa y América del Norte comenzó a aumentar y en 1980 había alcanzado niveles cercanos a la pandemia. Desde entonces, su incidencia se ha reducido, pero la enfermedad sigue siendo común. Nada menos que 300 millones de personas pueden verse afectadas en todo el mundo. Las condiciones de hacinamiento incrementan su prevalencia en la población, inclusive puede ocurrir en forma epidémica en las instituciones. Es más frecuente en el invierno que en el verano, probablemente por la mayor aglomeración de personas y mayor sobrevivencia de los ácaros en fómites a temperaturas más frías (Chosidow O, 2006).

La transmisión es generalmente de persona a persona, por contacto directo. La transmisión de padres a hijos y sobre todo de madre a hijo, es la rutina. Las escuelas por lo general no ofrecen el nivel de contacto necesario para la transmisión. En los adultos jóvenes, el modo de transmisión más frecuente es por contacto sexual. En ambiente frío con alta humedad pueden sobrevivir mucho más tiempo. En condiciones comparables, los ácaros hembras (que se introducen en la piel y causan la enfermedad) sobreviven más tiempo que los machos.

Aunque es poco común, se ha reportado el contagio por el uso o manejo de ropa muy contaminada, o por dormir en una cama recientemente ocupada por una persona infestada. Transmisión a través de prendas de vestir o ropa de cama es más probable con mayores cargas parasitarias como se ve en la Escabiosis costrosa forma atípica que ocurre en pacientes inmuno-comprometidos o en ancianos institucionalizados que son infectados por miles de parásitos (Chosidow O, 2006; Heukelbach J, 2006).

Los animales también pueden contraer la sarna, pero la subespecie que infectan a los gatos y los perros son distintos de los que infectan a seres humanos. Mientras que entre especies puede producirse la transmisión, la Escabiosis contraída de un gato o un perro es poco probable que cause infestaciones extensas en un huésped humano a menos que el animal no reciba tratamiento. Estos ácaros no suelen reproducirse en el huésped humano y rara vez viven más que unos pocos días. (Heukelbach J, 2006).

El *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* es de color marrón blanquecino de ocho patas, de forma muy similar a una tortuga. La hembra que es la que produce las manifestaciones clínicas, es de aproximadamente 0,4 x 0,3 mm. El parásito hace madrigueras mediante la secreción de enzimas proteolíticas que causan daño a nivel de los queratinocitos. (Chosidow O, 2006; Heukelbach J, 2006).

Cuando la hembra es fertilizada, rápidamente excava una madriguera en la epidermis a nivel del estrato granuloso, donde se extiende aproximadamente 2 mm cada día y pone de dos a tres huevos a la vez, hasta un total de 10 a 25 y después de uno a dos meses muere. La eclosión de las larvas se produce en tres o

cuatro días y continúa el ciclo. (Currie BJ, 2010; Johnston G, 2005) El objetivo del tratamiento es eliminar a los parásitos en todos los miembros de la familia o que han estado en contacto con el paciente.

3.2 JUSTIFICACIÓN

La Escabiosis es una enfermedad fácilmente transmisible y de alta frecuencia especialmente en países en vías de desarrollo, con una incidencia aproximada de 300 millones por año en todo el mundo, que ha alcanzado proporciones pandémicas y constituye un problema de salud pública, que puede afectar la calidad de vida del paciente aunque no afecta la sobrevivencia. En México y en algunos otros países esta ectoparasitosis no es de notificación obligatoria, por lo que su frecuencia real se desconoce. El diagnóstico es fácil con las características clínicas y sus métodos diagnósticos son económicos. El tratamiento es sencillo, económico y de fácil acceso, como son las medidas de higiene personal y el uso correcto de escabiocidas, por lo que es importante que el médico detecte los factores de riesgo, establezca un diagnóstico oportuno para limitar la progresión de la enfermedad.

La finalidad de esta Guía es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

3.3 PROPÓSITO

El propósito de esta Guía es homogeneizar criterios diagnóstico – terapéuticos sobre la Escabiosis, también llamada Sarna o Acariasis, en el personal de salud.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y Tratamiento de la Escabiosis**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales para:

1. Realizar un diagnóstico oportuno de Escabiosis.
2. Identificar los principales factores de riesgo para Escabiosis.
3. Establecer los criterios diagnósticos.
4. Evitar las principales complicaciones.
5. Considerar los diagnósticos diferenciales.
6. Conocer la efectividad de las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.5 DEFINICIÓN

La Escabiosis es una infección de la piel producida por el ácaro *Sarcoptes Scabiei* de la variedad *hominis*, que produce una erupción intensamente pruriginosa, con un patrón de distribución característico, que se transmite por contacto directo o fómites (especialmente ropa, donde el parásito permanece viable por 2-5 días). Se reportan aproximadamente 300 millones de casos de Escabiosis cada año. Es más frecuente en población menor de 15 años, ancianos institucionalizados, inmunocomprometidos y adultos jóvenes por contacto sexual. (Arenas R, 2004; Roversi MA, 2011; Karthikeyan K, 2005; Chosidow O, 2006)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|----------------------|
| E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud | 2++ (GIB, 2007) |

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

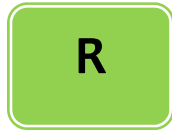
| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|---------------------------------------|
| E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada | la [E: Shekelle] Matheson, 2007 |

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

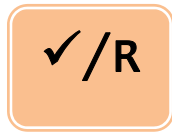
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA






RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 POBLACION SUSCEPTIBLE

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---|---|--|
|  | <p>Es más frecuente en población menor de 15 años, ancianos institucionalizados, inmunocomprometidos y adultos jóvenes con contacto sexual.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i> <i>Otero L, 2004</i></p> |
|  | <p>Las estancias hospitalarias por tiempo prolongado y la utilización crónica de esteroides se asocian a cuadros de Escabiosis.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Chorng-Jang L, 2011</i> <i>Makigami K, 2011</i></p> |
|  | <p>Identificar los grupos poblacionales con mayor riesgo de desarrollar Escabiosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promiscuidad. • Menores de 15 años y Adultos jóvenes. • Estancia prolongada en asilos y hospitales. • Etapa inerval. • Inmunocomprometidos. | <p>C [E: Shekelle] <i>Chorng-Jang L, 2011</i> <i>Makigami K, 2011</i> <i>McCarthy JS 2004</i> <i>Chosidow O, 2006</i> <i>Otero L, 2004</i></p> |

4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS (VER FIGURA 1)

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---------------------------|--|---|
| <p>E</p> | <p>El principal síntoma es el prurito. A menudo es severo y empeora por la noche. Es resultado de reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV al ácaro y al aumento de IgE hacia hipersensibilidad inmediata o Tipo I, a sus huevecillos o a sus heces.</p> | <p>IIb [E: Shekelle] <i>Currie BJ. 2010</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Los síntomas comienzan tres a seis semanas después de la infestación primaria. Sin embargo, en pacientes que han sufrido infestación previamente, los síntomas generalmente comienzan entre uno y tres días después de la reinfestación, presumiblemente por la previa sensibilización del sistema inmunológico.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>McCarthy JS. 2004</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Las lesiones fundamentales son pápulas pequeñas y eritematosas, a menudo excoriadas y con puntas con costras hemorrágicas. En ocasiones se pueden observar surcos por la excavación del parásito observándose como una fina línea (túneles) color gris, rojizo o marrón de 2 a 15 mm de largo. Muchas veces las lesiones no son visibles fácilmente. En raras ocasiones se pueden presentar pequeñas ronchas, vesículas, ámpulas o pústulas. (Figura 1)</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Chouela E. 2002</i> <i>Huynh TH. 2004</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Afecta principalmente las regiones axilares, eminencias tenar e hipotenar, superficies flexoras de las muñecas y extensoras de los codos, pliegues interdigitales de las manos, pliegues subglúteos, ombligo. (Ver Figura 2).</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Morales L. 2006</i> <i>Currie BJ. 2010</i> <i>Chosidow O. 2010</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Respeto cabeza cuello y pies. En las mujeres afecta pliegues submamaros y pezones. En varones afecta región escrotal y abdomen.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Morales L. 2006</i> <i>Currie BJ. 2010</i> <i>Chosidow O. 2010</i></p> |
| <p>R</p> | <p>Se le llaman Líneas de Hebra a las líneas imaginarias que se trazan a nivel de hombros y por detrás de las rodillas.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Arenas R. 2004</i></p> |

- E** Las formas atípicas se pueden encontrar en niños y ancianos, en piel cabelluda, plantas y palmas. III
[E: Shekelle]
Chosidow O. 2006
- E** Otras formas atípicas son la Escabiosis nodular, Escabiosis costrosa (Noruega), Escabiosis inmunológica. III
[E: Shekelle]
Chosidow O. 2006
- R** Intencionadamente se sugiere explorar: los pliegues interdigitales de las manos, cara anterior de las muñecas y pliegue antecubital, axilas piel adyacente a los pezones en mujeres, área periumbilical, la cintura, los genitales masculinos (escroto, pene y glande) la superficie extensora de las rodillas, la parte inferior de las nalgas y los muslos, y caras laterales y posterior de los pies. La parte trasera del cuerpo y la cabeza están libres de lesiones. C
[E:Shekelle]
Chosidow O. 2006
- R** La Escabiosis Nodular, se manifiesta con lesiones en forma de cúpula de 5 ó 6 mm de diámetro, eritematosas y prurito extremo. En este caso se sugiere explorar la ingle, los genitales, los glúteos y axilas. Estos pacientes pueden desarrollar urticaria generalizada, inclusive ha habido casos de pacientes con urticaria como manifestación inicial de la Escabiosis. C
[E: Shekelle]
Chosidow O, 2006
- R** Los niños pequeños y los bebés a menudo presentan lesiones en palmas y plantas, en toda la superficie de los dedos, e incluso pueden mostrar ácaros en las uñas. Suelen ser más inflamatorias que en los adultos y con frecuencia son vesículas o ámpulas. C
[E: Shekelle]
Chosidow O, 2006
- R** La Escabiosis costrosa o Escabiosis noruega puede ocurrir en pacientes con SIDA, lepra, linfoma y otras enfermedades y/o tratamientos que comprometen la inmunidad celular. B
[E: Shekelle]
Kartono F, 2007
- R** La Escabiosis costrosa a veces también se observa en ancianos y en pacientes con Síndrome de Down. B
[E: Shekelle]
Kartono F, 2007

R

La Escabiosis costrosa empieza con placas eritematosas mal definidas que rápidamente desarrollan una escama importante. Cualquier área puede ser afectada, pero la piel cabelluda, manos y pies son particularmente susceptibles. Si no se trata la enfermedad inexorablemente se extiende y puede afectar el tegumento entero. Las escamas son verrugas, especialmente sobre las prominencias óseas. Aparecen costras y fisuras. Sus lesiones son malolientes. Las costras y escamas están llenas de ácaros que se cuentan por cientos de miles. Las uñas, son gruesas, descoloridas, y distróficas. El prurito puede ser mínimo o ausente.

B
[E: Shekelle]
Kartono F, 2007

4.3 DIAGNÓSTICO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|--|
| E El diagnóstico es clínico a través del prurito de predominio nocturno y las lesiones difusas en al menos dos localizaciones típicas, o un miembro de la familia con prurito. | II b [E: Shekelle] <i>Mahé A, 2005</i> |
| E La identificación de los túneles en la piel es un dato clínico específico de Escabiosis. | IIb [E: Shekelle] <i>Currie BJ 2010</i> |
| E El diagnóstico definitivo se realiza identificando el parásito, las heces o sus huevecillos. | III [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i> |
| E Los auxiliares de diagnóstico son: <ul style="list-style-type: none"> • Raspado de piel. • Biopsia por rasurado. • Microscopia de bajo poder. • Dermatoscopia. • Prueba de fluorescencia de tetraciclina. | III [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i> <i>Chouela E, 2002</i> <i>Huekelbach J, 2006</i> |

E

Todas las pruebas descritas se pueden utilizar para diagnosticar la Escabiosis con éxito.

III

[E: Shekelle]

*Dupuy A, 2007**Walter B, 2011***E**

La prueba de la **cinta adhesiva** para la Escabiosis implica el uso de cinta adhesiva transparente con adhesivo fuerte (ejemplo, cinta para empacar. La cinta se pega directamente a una lesión y luego se quita rápidamente. Después se aplica a un portaobjeto y se observa al microscopio para buscar los ácaros y los huevos. La utilidad de esta prueba es que no requiere de recursos especializados, es también útil en los niños que no toleran los raspados de piel.

III

[E: Shekelle]

Walter B, 2011

Raspado de la piel;

En los adultos, las zonas más útiles para la toma de muestra son las regiones interdigitales, los lados de las manos, muñecas, codos, axilas, la ingle, el pecho y los pies. En los lactantes y niños pequeños las palmas, plantas o en el torso.

El siguiente procedimiento permite la identificación de los ácaros o huevos en los raspados de los túneles o pápulas:

E

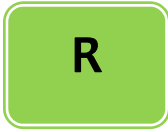
- El equipo necesario (alcohol, aceite mineral, hoja de bisturí número 15, portaobjetos de vidrio, cubreobjetos y microscopio)
- Identificar una pápula no escoriada, de preferencia con una línea fina, blanca o gris en la parte superior.
- Poner una gota de aceite mineral en la lesión de la piel, o bien raspar la zona con el bisturí o pellizcar el área entre los dedos pulgar e índice y superficialmente afeitarse la capa superior de la piel. La anestesia no es necesaria.
- Colocar la muestra sobre un portaobjetos, colocar el cubreobjetos y examinarla bajo el microscopio con un aumento de 10x para identificar el ácaro adulto femenino (0,4 mm de largo), el macho (0,2 mm de largo), los huevos o las heces
- Los huevos de ácaros son todos del mismo tamaño, mientras que las burbujas de aire son de diferentes tamaños y el cambio con la compresión de la diapositiva.

III

[E: Shekelle]

*Chouela E, 2002**Chosidow O, 2006**Huekelbach J, 2006*

| | | |
|----------|---|---|
| E | <p>En los casos de Escabiosis Costrosa, un gran número de ácaros y sus huevos pueden verse en raspado de la piel.</p> | <p>Ib [E: Shekelle] <i>Wong SS, 2005.</i></p> |
| E | <p>Los sitios más frecuentes para la toma de muestras son los sitios donde exista la lesión o zonas de rascado.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Chouela E, 2002</i></p> |
| E | <p>Las formas atípicas o cuando el examen directo no es posible, se realiza una biopsia de piel.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i></p> |
| R | <p>El diagnóstico es principalmente clínico mediante los antecedentes, interrogatorio dirigido y la presencia de las lesiones en sitios frecuentes detectadas en la exploración física.</p> | <p>D [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i></p> |
| R | <p>Los apoyos diagnósticos pueden realizarse a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raspado de piel. • Biopsia por rasurado. • Microscopia de bajo poder. • Dermatoscopía. • Prueba de fluorescencia de tetraciclina. | <p>D [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i> <i>Chouela E, 2002</i> <i>Huekelbach J, 2006</i></p> |
| R | <p>En espera de más evidencia comparativa, la habilidad del clínico, la tolerancia del paciente, y la disponibilidad de los equipos siguen siendo los principales factores que determinan la selección de una prueba de diagnóstico apropiada.</p> | <p>C [E: Shekelle] <i>Dupuy A, 2007</i> <i>Walter B, 2011</i></p> |
| R | <p>En poblaciones inmunocomprometidas, niños, ancianos y con estancias hospitalarias prolongadas, se deberá pensar en la posibilidad de Escabiosis Atípica.</p> | <p>B [E: Shekelle] <i>Kartono F, 2007</i></p> |
| R | <p>En niños se puede realizar la prueba de la cinta adhesiva, es una prueba fácil de realizar y, debido a que tiene un alto valor predictivo positivo y negativo es la prueba ideal para fines de selección. El Raspado de la Piel no es recomendado.</p> | <p>C [E: Shekelle] <i>Walter B, 2011</i></p> |



La técnica para realizar la prueba de la cinta adhesiva es: La cinta se pega directamente a una lesión y luego se quita rápidamente. Después aplicar la cinta a un portaobjetos y se utiliza un microscopio para examinar la cinta e identificar los ácaros y/o sus huevecillos.

C
[E: Shekelle]
Walter B, 2011;
Katsumata K, 2006

4.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---------------------------|--|---|
| | <p>El diagnóstico diferencial incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis atópica • Dermatitis herpetiforme • Dermatitis por contacto • Dermatitis seborreica • Urticaria papular • Pitiriasis rosácea • Impétigo • Psoriasis • Sífilis • Dermatitis por contacto al níquel | <p>III [E: Shekelle] <i>Karthikeyan K, 2005</i> <i>Chouela O, 2002 Alonzo PL. 2006</i></p> |
| | <p>Eccema atópico: Se diferencia por la historia familiar y personal, la clínica y la distribución de las lesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis de contacto: En caso de eczema en la areola, descartar Escabiosis además de enfermedad de Paget. • Dermatitis herpetiforme: Prurito episódico y diferentes lesiones como eczema, placas de eczema con lesiones vesiculosas y pápulas urticariales. • Liquen plano: las lesiones son poligonales y violáceas y afecta mucosas. • Escabiosas del níquel y platino: lesiones parecidas pero con antecedente de contacto con estos metales. • Pediculosis de pubis: La diferenciación es con la visualización del parásito adherido al vello (color rojizo en la piel alrededor de los vellos). | <p>III [E: Shekelle] <i>Campillos PS, 2002</i> <i>Alonzo PL. 2006</i></p> |

E

El prurito urémico tiene antecedente de uremia en paraclínicos.

III
[E: Shekelle]
Campillos PS, 2002

R

Si existe eczema del pezón tiene que descartarse enfermedad de Paget, pero además, debe considerarse la que se describe como "sarna del níquel" ya que puede confundirse con escabiosis y si se da tratamiento para ésta entidad, empeora el cuadro del paciente.

C
[E: Shekelle]
Alonzo PL. 2006

4.5 COMPLICACIONES

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---------------------------|--|--|
| E | Con frecuencia, el cuadro se complica sobre todo en los meses de verano, con infección por estafilococos aureus o estreptococos del grupo A, incluyendo impétigo, ectima, paroniquia, y furúnculosis. Además, el constante rascado y la aplicación de medicamentos irritantes o sensibilizantes pueden ocasionar eczematización. | Ib [E: Shekelle] <i>Currie BJ, 2010</i> |
| R | En la Escabiosis impegatinizada es recomendable prescribir antibiótico tópico y un macrólido vía oral durante al menos 7 días. | C [E: Shekelle] <i>Campillos PS, 2002</i> |
| R | El uso de antihistamínicos es recomendado para evitar las complicaciones propiciadas por el prurito. | C [E: Shekelle] <i>Chouela O, 2002</i> |
| E | En la Escabiosis costrosa se pueden presentar fisuras que proporcionan una puerta de entrada para las bacterias. Esto puede llevar a la sepsis como complicación en pacientes ancianos e inmunodeprimidos. | Ib [E: Shekelle] <i>Chih-Chieh Ch, 2009</i> |
| R | En pacientes con escabiosis costrosa extremar cuidados para prevenir la infección y mantener vigilancia para detectar datos de sepsis. | A [E: Shekelle] <i>Chih-Chieh Ch, 2009</i> |

| | | |
|---|---|--|
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">E</div> | <p>Existen también complicaciones psicológicas tales como: incredulidad, persistentes delirios de parasitosis, vergüenza, culpabilidad, entre otros.</p> | <p style="text-align: right;">III [E: Shekelle] <i>Chouela O, 2002</i></p> |
| <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">R</div> | <p>Tranquilizar al paciente, informar sobre el éxito del tratamiento de la Escabiosis y medidas preventivas para prevenir la reinfección. En los casos de trastornos.</p> | <p style="text-align: right;">C [E: Shekelle] <i>Chouela O, 2002</i></p> |

4.5 TRATAMIENTO

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|---|--|
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">E</div> | <p>Las personas infectadas y sus contactos físicos cercanos deben ser tratados al mismo tiempo, independientemente de la presencia o no de sintomatología, tomando en cuenta las dosis y los efectos secundarios de cada medicamento.</p> | <p>III [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i></p> |
| <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">R</div> | <p>Las personas infectadas y sus contactos deben recibir tratamiento al mismo tiempo.</p> | <p>C [E: Shekelle] <i>Chosidow O. 2006</i></p> |
| <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">R</div> | <p>Tomar en cuenta el costo, la eficiencia y la tolerancia para iniciar el tratamiento y evitar el abandono y su posible resistencia.</p> | <p>C [E: Shekelle] <i>Mounsey KE, 2008</i> <i>Chosidow O, 2006</i></p> |

4.5.1. TRATAMIENTO TÓPICO. VER CUADRO 1

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|--|---|
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">E</div> | <p>La estimación combinada de los ensayos mostró que la permetrina era superior al lindano (RR 0,32; IC del 95%: 0,13 a 0,75; modelo de efectos aleatorios; 753 participantes). Se detectó heterogeneidad estadística (prueba de ji cuadrado: 11,83; gl=4; p = 0,02; I² 66,2%).</p> | <p style="text-align: center;">Ia [E: Shekelle] <i>Strong M, 2008</i></p> |

- E** Persistencia de prurito; Dos ensayos que informaron la persistencia de prurito hallaron diferentes efectos: Hansen 1986 no halló diferencias significativas entre las dos intervenciones después de 28 días (99 participantes), mientras que Schultz 1990 halló que la permetrina era superior después de 28 +/- 7 días (RR 0,56; IC del 95%: 0,37 a 0,86; 391 participantes). Una estimación combinada mostró que la permetrina era superior (RR 0,62; IC del 95%: 0,44 a 0,87; 490 participantes).
- Ia**
[E: Shekelle]
Strong M, 2008
- E** Una estimación combinada mostró un beneficio de la permetrina sobre el crotamitón (RR 0,24; IC del 95%: 0,10 a 0,55; 194 participantes).
- Ia**
[E: Shekelle]
Strong M, 2008
- E** La permetrina crema al 5% utilizada por la noche una vez al día y retiro después de 8 a 14 hrs tiene una buena tolerancia y efectividad.
- Ia**
[E: Shekelle]
EGMS, 2010
- R** La permetrina no es recomendable en pacientes asmáticos.
- C**
[E: Shekelle]
Chosidow O, 2006
- E** La permetrina puede usarse en niños, embarazadas (FDA B) y ancianos.
- III**
[E: Shekelle]
Chosidow O, 2006
- E** Lindano loción y crema 1%, hexacloruro de gamma benceno, es un insecticida de tipo órgano clorado. Se absorbe en todos los sitios y se metaboliza y excreta a través de orina y heces.
- III**
[E: Shekelle]
Chosidow O, 2006
Galvan JL, 2004
- E** Benzoato de Bencilo. Es éster del ácido benzoico y alcohol bencílico. Emulsión y loción 10 y 25%. Actúa directamente sobre el ácaro y lo intoxica. Se absorbe en el estrato córneo de la epidermis y se excreta por vía renal.
- III**
[E: Shekelle]
Chosidow O, 2006
EGMS, 2010

| | | |
|---|--|--|
| E | <p>Benzoato de bencilo versus azufre (158 participantes, un ensayo) Gulati 1978 comparó benzoato de bencilo tópico al 25% con pomada de azufre tópica. Fracaso del tratamiento en los casos diagnosticados clínicamente. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos a los 15 días en Gulati 1978.</p> | <p>A [E: Shekelle] Strong M, 2008</p> |
| E | <p>Loción de benzoato de bencilo (10 a 25%) también es eficaz, y requiere la aplicación por más de un día.</p> | <p>III [E: Shekelle] EGMS, 2010</p> |
| R | <p>La loción de benzoato de bencilo debe aplicarse al menos de 2 a 3 noches continuas para tener una mejor eficacia.</p> | <p>B [E: Shekelle] EGMS, 2010</p> |
| R | <p>Su uso está prohibido durante el embarazo, la lactancia y en niños menores de 5 años.</p> | <p>B [E: Shekelle] Chosidow O, 2006</p> |
| E | <p>Crotamitón versus lindano (100 participantes, 1 ensayo) Amer 1992 comparó crotamitón tópico al 10% versus lindano tópico al 1%. No hubo diferencia significativa del tratamiento entre ambos grupos a los 28 días.</p> | <p>I a [E: Shekelle] Strong M, 2008</p> |
| R | <p>Crotamiton, crema o loción al 10% (crotonyl-N-etil-o-toluidina), debida a su poca eficacia y datos de toxicidad está prácticamente en desuso.</p> | <p>III [E: Shekelle] Chosidow O, 2006</p> |
| E | <p>Singalavanija 2003 comparó lindano tópico al 0,3% con azufre tópico al 10%. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos a los 28 días.</p> | <p>Ia [E: Shekelle] Strong M, 2008</p> |
| E | <p>Gulati 1978 comparó benzoato de bencilo tópico al 25% con pomada de azufre tópica. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos a los 15 días.</p> | <p>Ia [E: Shekelle] Strong M, 2008</p> |
| E | <p>Azufre, ungüento del 2 al 10% en base de petrolato, es el más antiguo de los escabicidas. Mediante su oxidación a ácido pentatiónico ejerce su acción germicida; además posee acción queratolítica, antiséptica leve y parasiticida.</p> | <p>Ib [E: Shekelle] Singalavanija S, 2003 EGMS, 2010</p> |

R

El azufre, parece ser eficaz, es muy barato y seguro, pero mancha la ropa y requiere la aplicación de tres días consecutivos.

A
[E: Shekelle]
EGMS, 2010

4.5.2. TRATAMIENTO ORAL

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---------------------------|--|---|
| <p>E</p> | <p>La estimación combinada de los ensayos mostró un beneficio de la ivermectina sobre el lindano (RR 0,36; IC del 95%: 0,23 a 0,58; 193 participantes).</p> | <p>I a [E: Shekelle] Strong M, 2008</p> |
| <p>E</p> | <p>Nnoruka 2001 comparó 200 µg/kg de peso corporal de ivermectina con benzoato de bencilo al 25% reportó una diferencia significativa a favor de la ivermectina a los 30 días (RR 0,13; IC del 95%: 0,03 a 0,53; 58 participantes).</p> | <p>I a [E: Shekelle] Strong M, 2008</p> |
| <p>E</p> | <p>La ivermectina ha sido utilizada desde 1980 con buenos resultados, en 1992 se utilizó a dosis de 100microgramos/ kg vía oral una sola dosis con curación del 70% de los casos en el mes siguiente, Macotella Ruíz al siguiente año la administró a dosis de 200microgramos /kg con un índice de curación del 74% y un estudio posterior del mismo reporta un índice de curación del 100% con una o tres dosis de 250Microgramos / kg. Para obtener la máxima eficacia se requiere la administración de dos dosis de 200microgramos/ kilogramo con intervalo de 2 semanas y se alcanza un 100% de eficacia</p> | <p>IV [E: Shekelle] Arenas 2004</p> |
| <p>E</p> | <p>Ivermectina, análogo semi sintético de la avermectina-B1a derivado del streptomycetes avermectilis. Inhibe la sinapsis neuromuscular del insecto. Metabolismo hepático, excreción biliar.</p> | <p>Ib [E: Shekelle] EGMS, 2010 Elgar G, 2003 Morales C, 2002</p> |
| <p>E</p> | <p>El uso de antihistamínicos para evitar complicaciones propiciadas por el prurito.</p> | <p>III [E: Shekelle] Chouela O, 2002</p> |

R

Cuando no se puede aplicar tratamiento tópico, por confusión, por dificultad en la aplicación, por escoriaciones, lesiones eccematosas o el potencial riesgo de absorción percutánea, se recomienda usar la vía oral.

C
[E: Shekelle]
Chosidow O, 2006

R

Se puede indicar antihistamínicos para disminuir las complicaciones secundarias al rascado.

c
[E: Shekelle]
Chouela O, 2002

4.5.3. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---------------------------|---|---|
| E | Desinfectar todos los objetos que están en contacto directo con el paciente. | IV [E: Shekelle] <i>González JR, 2009</i> <i>Campillos MT, 2002</i> |
| E | Toda la ropa de cama con la que tuvo contacto el paciente en las 48 a 72 horas y un día después de iniciado el tratamiento, debe mantenerse en agua con detergente por lo menos durante una hora y luego lavarse (si es posible en lavadora y secadora a 60°C) si no es posible exponerla al sol durante todo el día. | IV [E: Shekelle] <i>González JR, 2009</i> III [E: Shekelle] <i>EGMS, 2010</i> <i>Campillos MT, 2002</i> |
| E | Aquellos objetos que no pueden ser lavados, se deben colocar en una bolsa de plástico sellada por 72 horas o más, ya que el ácaro no sobrevive más tiempo fuera del humano. | IV [E: Shekelle] <i>González JR, 2009</i> III [E: Shekelle] <i>EGMS, 2010</i> |
| E | Lavado de manos y cepillado de uñas. | IV [E: Shekelle] <i>Ausina V. 2007</i> |
| R | Se debe informar a los pacientes que es una enfermedad transmisible. | C [E: Shekelle] <i>Chosidow O, 2006</i> |

| | | |
|----------|---|--|
| R | Informar al paciente de evitar el contacto sexual, hasta que ambas partes hayan completado el tratamiento. | C [E: Shekelle] EGMS, 2010 |
| R | Se recomienda el uso de lubricantes o emolientes tópicos para atenuar el prurito. | C [E: Shekelle] Campillos P, 2002 |
| R | Evitar promiscuidad y hacinamiento. Aseo personal. | C [E: Shekelle] Chosidow O, 2006 |
| R | Lavado y exposición de la ropa al calor y/o sol. | D [E: Shekelle] Chosidow O, 2006 |
| R | Evitar el intercambio de prendas de uso personal. | D [E: Shekelle] Chosidow O, 2006 |
| R | Las instrucciones para el tratamiento deben darse por escrito al paciente (Ver cuadro 2). | D [E: Shekelle] EGMS, 2010 Campillos MT, 2002 |
| R | Aislar a los pacientes hospitalizados portadores o sospechosos de Escabiosis independientemente de la patología de ingreso. | D [E: Shekelle] Fajardo V, 2004 |

4.6 PRONÓSTICO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|--------------------------------------|
| <div style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 10px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> La mayoría de los casos se resuelven sin problemas a largo plazo. | IV [E: Shekelle] Díaz JH, 2009 |

E

Un caso severo con mucha descamación o costra, puede ser un signo de que la persona tiene VIH.

IV
[E: Shekelle]
Díaz JH, 2009

R

En casos muy graves o resistentes a tratamiento descartar VIH.

D
[E: Shekelle]
Díaz JH, 2009

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento de Escabiosis.

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 5 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Tratamiento de Escabiosis en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Scabies. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 3 guías británicas, solo una de acceso libre pero no enfocada a enfermedades de transmisión sexual. Una GPC europea y una española que se mencionan a continuación y que se utilizaron para la adaptación de la presente:

Roversi MA, Chalela, JP. Escabiosis, Guía de manejo. (Consultado: dic 2011) Disponible en: <http://www.nasajpg.com/2011/06/023/escabiosis-o-sarna-guia-de-manejo.pdf>. Diciembre 2011

Gordon RS, Chosidow O. European Guideline of the Management of Scabies. 2010.

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales en medline, Ovide, MDconsult, Science Direct seleccionando los documentos que se especifican en la bibliografía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Graduar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

| Categoría de la evidencia | Fuerza de la recomendación |
|--|--|
| Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio | A. Directamente basada en evidencia categoría I |
| IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte | B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I |
| III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas | C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II |
| IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas | D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III |

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CUADRO 1: EJEMPLO DE INSTRUCCIONES ESCRITAS PARA LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ESCABIOSIS

| |
|--|
| <p>Instrucciones:</p> <p>El tratamiento se aplica después del baño, sobre la piel seca, en todo el cuerpo, iniciando detrás de las orejas y el cuello hacia abajo. Se pondrá especial atención al aplicarlo en los pliegues (entre los dedos, ombligo, nalgas) y debajo de las uñas, bien cortadas. Se mantendrá durante las horas recomendadas y posteriormente se eliminará mediante un nuevo baño.</p> <p>No usar durante más tiempo o más frecuentemente de lo recomendado.</p> <p>El sobre tratamiento puede causarle una dermatitis.</p> <p>Después de concluido el tratamiento se debe lavar la ropa personal y de cama a 60°C</p> |
|--|

FIGURA 1: LESIÓN DE ESCABIOSIS OBSERVADA A TRAVÉS DEL MICROSCOPIO.



Figura 1. Chouela E, Abeldaño A, Pellerano G, Hernández MI. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. Am J Clin Dermatol. 2002;3(1):9-18

LOCALIZACIÓN TÍPICA DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA ESCABIOSIS.

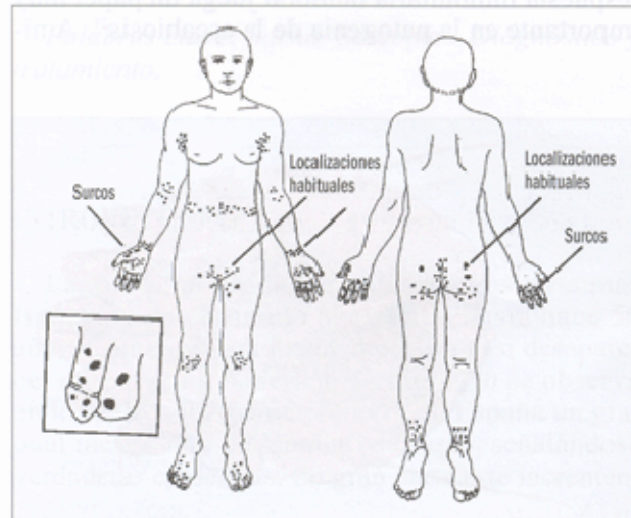


Figura 2

Localización de las lesiones por escabiosis⁹

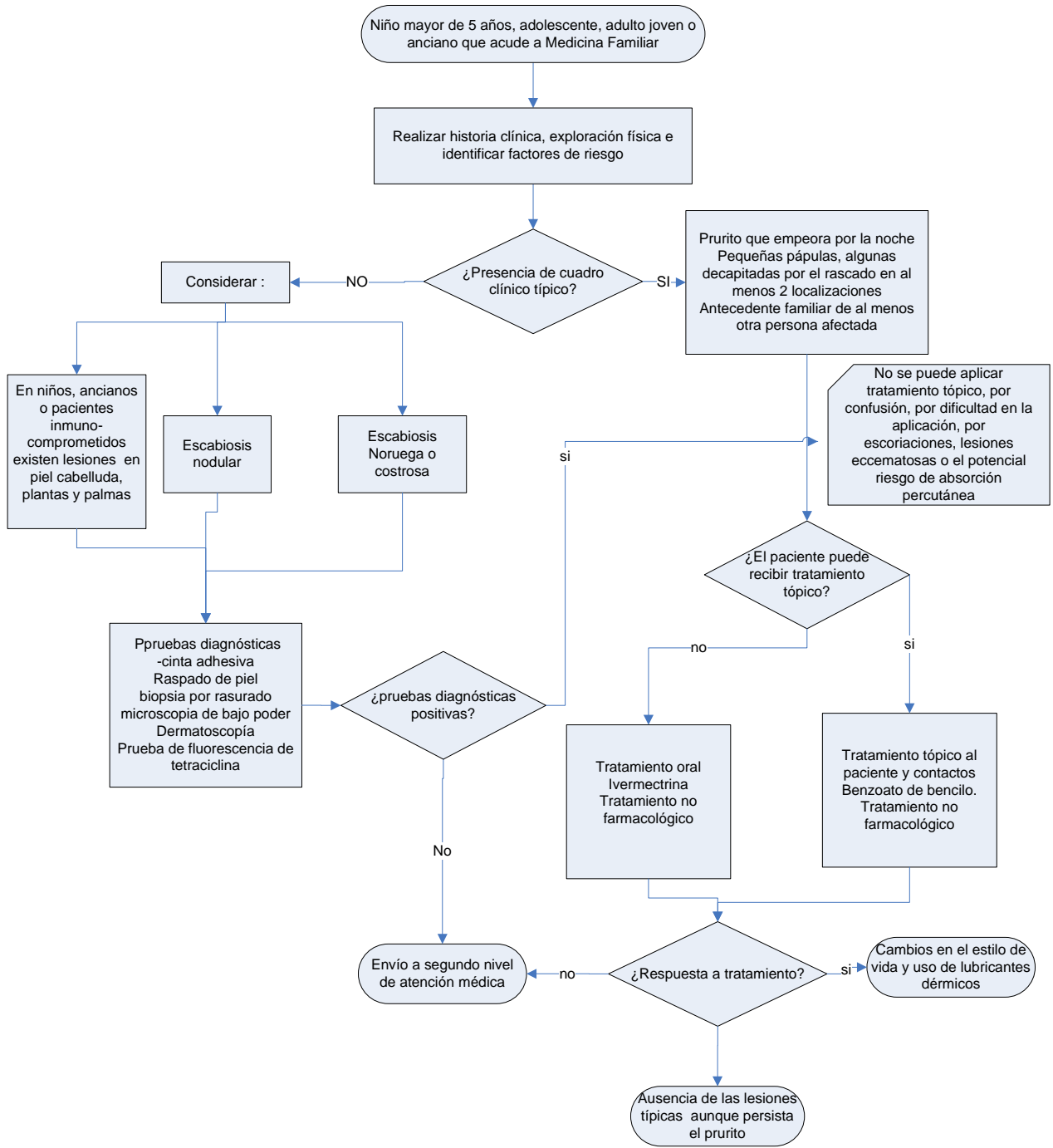
Figura 2. Campillos Paez MT, et al. Escabiosis: Revisión y actualización. Medi Fam on line 2002 vol 12 no 7 pp 40-54

5.3 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTO INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCABIOSIS

| Clave | Principio Activo | Dosis recomendada | Presentación | Tiempo (período de uso) | Efectos adversos | Interacciones | Contraindicaciones |
|-------|---------------------|-------------------|---|--|---|-------------------------------------|--|
| 0861 | Benzoato de bencilo | 25 %/dosis | Frasco. Cada 100ml contiene 30g Solución dérmica por cada 25ml Frasco con 300mg | Aplicarse por las noches y retirarse al día siguiente con agua y jabón | Lesiones cutáneas eritematosa, ardor, prurito, dermatitis atópica, irritación local leve, sensación de comezón y salpullido | Depende de la fórmula de aplicación | No debe aplicarse cuando se presente irritación de la piel, en quemaduras, pacientes con crisis convulsivas, durante el embarazo y lactancia, no en cara, ojos, membranas mucosas y meato urinario |

5.4 ALGORITMO



6. GLOSARIO.

Ácaro: Parasito de hombres, animales y plantas de tamaño muy pequeño con respiración traqueal y con cefalotórax unido al abdomen.

Acariasis: Sinónimo de Escabiosis.

Fómites: Objeto de uso personal de un enfermo o portador que puede estar contaminado y transmitir agentes infecciosos.

Infestada: Es aquella persona portadora de un padecimiento contagioso parasitario.

Infestar: Invadir un lugar o una cosa.

Ectoparásito: Parasito que vive en la superficie de otro organismo o entra en contacto con él solo en el momento de alimentarse.

Antiescabiasis: Sustancia química que actúa como tratamiento en pacientes con Escabiosis.

Inmunocomprometido: Persona con disminución de la respuesta del sistema inmune.

Población susceptible: Conjunto de personas con riesgos de recibir el efecto o acción de un agente.

Promiscuidad: Convivencia y relaciones sexuales desordenadas de una persona con muchas otras.

Hacinamiento: Situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.

Líneas de Hebra: Son las líneas imaginarias que se trazan a nivel de hombros y por detrás de las rodillas.

Túnel: Excavación del parásito sobre la piel.

Sarna Noruega o Costrosa: Es un tipo de Escabiosis que se caracteriza por escamas y es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos con mayor tendencia a la complicación.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alonzo PL, et al. Dermatitis de Contacto alérgica al níquel. Rev. del Centro Dermatológico Pascua. 2006;15(2)
2. Arenas R. Escabiosis. Dermatología, Atlas, Diagnostico y Tratamiento. 2004; Ed. McGrawHill. 3ª ed. México; p 447-451.
3. Ausina V, Moreno S. Sarna o Escabiosis: Tratado Seimc de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Ed. Médica Panamericana. 2006.
4. Campillos Paez MT, et al. Escabiosis: Revisión y actualización. Medi Fam on line 2002;12(7):40-54
5. Chih-Chieh C, Sung-Jan L, Ya-Chi C, et al. Infestation by Norwegian scabies. CMAJ 2009;181(5).
6. Chong-Jang L, Chun-Lung W, Hui-Ying C, et al. Risk Factors for delayed diagnosis of scabei in hospitalized patients from long-term care facilities. J Clin Med Res. 2011;3(2):72-77
7. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006;354(16):1718-1727.
8. Chouela E, Abeldaño A, Pellerano G, et al. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. Am J Clin Dermatol. 2002;3(1):9-18.
9. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and Ivermectin for Scabies. N Eng J Med. 2010;362:717-725.
10. Diaz JH. Scabei. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone Elsevier.2009,cap 294.
11. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. J Am Acad Dermatol. 2007;56(1):53
12. Elgar G, MeinKing T. Ivermectin. Dermatol Clin 2003;21(2)277-282.
13. Fajardo-Velázquez R, Urdez-Hernandez E, Ysita-Morales A. Brote intrahospitalario de escabiosis, a partir de un caso de sarna noruega. Salud pública Mex 2004;46(43)
14. Galvan JL, Hosteria de la Sarna. Piel 2004;19(10):533-537.
15. Gonzalez JR. Escabiosis o Sarna – Tratamiento. <http://dermatologoraulgonzalez.com/topicos-dermatologicos/escabiosis.php>
16. Gordon RS, Chosidow O. European Guideline of the Management of Scabies. 2010.
17. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006;367(9524):1767-74.
18. Huynh TH, Norman RA, Scabies and pediculosis. Dermatol Clin 2004;22:7-11.
19. Karthikeyan K, Tratment of scabies: newer perspectives. Postgrand Med J 2005;81:7-11
20. Kartono F, Edward W, Lee MD, et al. Crusted Norwegian Scabies en an Adult whith Langerhands Cels Histiocytosis. Arch Dermatol. 2007;143(5):626-28
21. Katsumata K. Simple method of detecting sarcoptes scabiei var hominis mites among bedridden elderly patients suffering from severe scabies infestation using an adhesive-tape. Intern Med. 2006;45(14):857.
22. Lin S, Farber J, Lado L. A case report of crusted scabies with methilcilin-resitant Staphylococcus aureus bacteremia. J Am Geriatric Soc. 2009;57(9):1713

23. Mahé A, Faye O, N'Diaye HT, et al. Definition of an algorithm for the management of common skin diseases at primary health care level in sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005;99(1):39
24. Makigami K, Ohtaki N, Ishii N, et al. Risk factors for recurrence of scabies: a retrospective study of scabies patients in a long-term care hospital. *The Journal of dermatology* 2011;38(9):874-879
25. McCarthy JS, Kemp DJ, Walton SF, et al. Scabies: more than just an irritation. *Postgrad Med J* 2004;80:382-387 doi:10.1136/pgmj.2003.014563
26. Morales C, Rodriguez M, Arenas R. Ivermectina. Revisión de su uso en escabiosis y pediculosis. *Dermatología Rev Med* 2002;46(6):268-72
27. Morales L, Arenas R, Escabiosis. Tratamiento de 40 pacientes con Ivermectina oral. *DCMQ Octubre* 2006
28. Mounsey KE, Holt DC, McCarthy J, et al. Scabies: molecular perspectives and therapeutic implications in the face of emerging drug resistance. *Future Microbiol.* 2008;3:57-66
29. Otero L, Varela JA, Espinoza E, et al. *Sarcoptes scabiei* in a sexuality transmitted infections until: a 15 year study. *Sex Transm Dis*, 2004;31(12):761-765.
30. Roversi MA, Chalela, JP. Escabiosis, Guía de manejo. (Consultado: dic 2011) Disponible en: <http://www.nasajpg.com/2011/06/023/escabiosis-o-sarna-guia-de-manejo.pdf>. Diciembre 2011
31. Singalavanija S, Limpongsanurak W, Soponsakunkul S. A comparative study between 10 per cent sulfur ointment and 0.3 percent gamma benzene hexachloride gel in the treatment of scabies in children. *J Med Assoc Thai* 2003;86 Suppl:531-6
32. Strong M, Johnstone PW, Intervenciones para el tratamiento de la Escabiosis (revisión de Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Numero2. Oxford: update software Ltd. Consultada diciembre 2011. Disponible en: <http://www.update-software.com>
33. Walter B, Heukelbach J, Fengler G, et al. Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting. *Arch Dermatol.* 2011;147(4):468.
34. Wong SS, Woo PC, Yen KY. Unusual laboratory findings in a case of Norwegian scabies provided a clue to diagnosis. *J Clin Microbiol.* 2005;43(5):2542.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos. Así mismo al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua por haber apoyado con personal adscrito a su unidad para que asistiera en la validación de esta guía.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Francisco García

Licenciado en Bibliotecología adscrito al CENAIDS.
Instituto Mexicano del Seguro Social

Srita. Luz María Manzanares Cruz

Secretaria
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAЕ

Sr. Carlos Hernández Bautista

Mensajería
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAЕ

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

| | |
|--|--|
| Dr. José de Jesús González Izquierdo | Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad |
| Dr. Arturo Viniestra Osorio | Jefe de División |
| Dra. Laura del Pilar Torres Arreola | Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores | Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos |
| Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez | Jefa de Área de Innovación de Procesos |
| Dra. Rita Delia Díaz Ramos | Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos |
| Dra. Judith Gutiérrez Aguilar | Jefe de área |
| Dra. María Luisa Peralta Pedrero | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dr. Antonio Barrera Cruz | Coordinador de Programas Médicos |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. Aidé María Sandoval Mex | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. Yuribia Karina Millán Gámez | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Coordinador de Programas Médicos |
| Dra. Gloria Concepción Huerta García | Coordinadora de Programas Médicos |
| Lic. María Eugenia Mancilla García | Coordinadora de Programas de Enfermería |
| Lic. Héctor Dorantes Delgado | Coordinador de Programas |
| Lic. Abraham Ruiz López | Analista Coordinador |
| Lic. Ismael Lozada Camacho | Analista Coordinador |

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud.

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg.

Secretario de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Juan José Suárez Coppel.

Director General.

Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniestra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| | |
|--|---|
| Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud | Presidente |
| Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud | Titular |
| Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad | Titular |
| Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud | Titular |
| Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud | Titular |
| Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General | Titular |
| General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional | Titular |
| Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México | Titular |
| Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social | Titular |
| Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Titular |
| Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos | Titular |
| Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia | Titular |
| Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico | Titular |
| Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud | Titular |
| Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño | Titular |
| Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud | Titular |
| M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Titular y Suplente del presidente del CNGPC |
| Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado (OPD) de los Servicios de Salud de Tamaulipas | Titular 2011-2012 |
| Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud del Estado de Oaxaca | Titular 2011-2012 |
| Dr. Jesús Salvador Fragosó Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala | Titular 2011-2012 |
| Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México | Titular |
| Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía | Titular |
| Dra. Mercedes Juan López Presidenta Ejecutiva de la Fundación Mexicana para la Salud | Asesor Permanente |
| Dra. Sara Cartés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina | Asesor Permanente |
| Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales | Asesor Permanente |
| Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud | Asesor Permanente |
| Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC | Secretario Técnico |