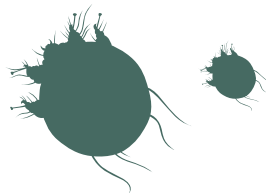


Escabiosis

Guía de Consenso



SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

Escabiosis

Guía de Consenso

Francisco José Aganzo López

Médico de Atención Primaria en La Almunia de Doña Godina (Zaragoza).
Miembro del Grupo de Cirugía Menor de SEMERGEN.

José Luis Allué Blasco

Farmacéutico comunitario en Zaragoza. Doctor en Farmacia.
Presidente de SEFAC Aragón, La Rioja, Navarra.
Miembro del Grupo de Indicación Farmacéutica de SEFAC.

Patricia Arbués Espinosa

Médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Delicias Norte (Zaragoza).
Miembro del Grupo de Dermatología de SEMERGEN.

Augusto González Borrego

Farmacéutico comunitario en Olivares (Sevilla).
Coordinador del Grupo de Dermatología de SEFAC.

Laura Orries Mestres

Farmacéutica comunitaria en Zaragoza.
Miembro del Grupo de Dermatología de SEFAC.

Fátima Vela Florensa

Farmacéutica comunitaria en Utebo (Zaragoza).

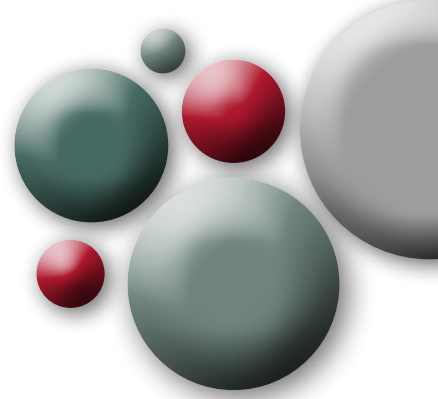
© SEFAC, 2023

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de SEFAC.

Diseño y maquetación: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

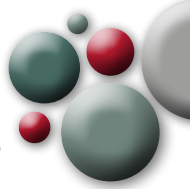
ISBN: 978-84-09-46401-2
Depósito Legal: M-19916-2023

Esta publicación debe citarse de la siguiente forma: Aganzo López FJ, Allué Blasco JL, Arbués Espinosa P, González Borrego A, Orries Mestres L, Vela Florensa F. *Escabiosis: guía de consenso*. Madrid:SEFAC; 2023.



Índice

1. Introducción	5
2. Manifestaciones clínicas	6
2.1. Sarna clásica	7
2.2. Sarna costrosa, hiperqueratósica o noruega	8
3. Diagnóstico	9
4. Manejo terapéutico	10
4.1. Tratamiento tópico	11
4.2. Tratamiento sistémico	12
4.3. Tratamiento de síntomas y complicaciones	14
4.4. Tratamiento en situaciones especiales	19
5. Indicación farmacéutica	20
6. Seguimiento farmacoterapéutico	22
6.1. Procedimiento	22
6.2. Valoración de necesidad	23
6.3. Valoración de efectividad	23
6.4. Valoración de seguridad	24
6.5. Intervención	24
6.6. Plan de seguimiento	24
7. Adherencia al tratamiento	25
Bibliografía	30



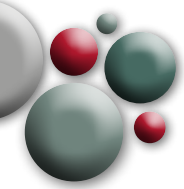
1. Introducción

La sarna humana o escabiosis es una infestación cutánea contagiosa causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei variedad hominis*. Es una enfermedad común de la piel registrada en todo el mundo y, en los últimos años, no han dejado de notificarse nuevos casos en los países europeos, principalmente durante la pandemia por COVID-19. Por ello, el estudio de las manifestaciones clínicas y su diagnóstico precoz podría suponer la clave para el control de estas epidemias¹. En 2012, La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la sarna como una enfermedad tropical desatendida (ETD), debido a la creciente necesidad de concienciar a la comunidad y buscar estrategias de tratamiento adecuadas^{1,2}.

La escabiosis es considerada una de las enfermedades más antiguas, cuyas primeras referencias las encontramos en el siglo IV a.c. En la actualidad, la sarna constituye un problema de salud pública a nivel mundial que afecta principalmente a países subdesarrollados y en vías de desarrollo con una prevalencia e incidencia anual mundial altísima. La mayor prevalencia se ha descrito principalmente en áreas tropicales^{1,3}.

En los países desarrollados se presenta con frecuencia en forma de casos ocasionales o brotes en instituciones como en los hospitales y residencias, con una distribución uniforme en todos los grupos de edad e igual en ambos sexos. En los países en vías de desarrollo la incidencia es mucho mayor en la población pediátrica y por encima de los 70 años^{3,4}.

La sarna clásica generalmente se manifiesta como una erupción con intenso picor y localización característica. El ácaro *Sarcoptes scabiei var hominis* es un ectoparásito obligado que vive a nivel de epidermis. El parásito presenta una coloración blanco-marrón, dispone de cuatro pares de patas y no puede ser detectado a simple vista. El ácaro hembra tiene aproximadamente el doble del tamaño que la del ácaro macho, y en la piel, tras ser fecundada, comienza a cavar túneles en el estrato córneo. El proceso de excavación en la piel dura generalmente entre 20 y 30 minutos y es facilitada por la secreción de enzimas proteolíticas que disuelven el estrato córneo. Los ácaros persisten en la piel humana de 4 a 8 semanas hasta el fin de su vida. Esta fase corresponde con el periodo de incubación, donde el paciente se mantiene asintomático y coincide con el depósito de 40 a 50 huevos en el interior de la epidermis^{5,6}. Los huevos eclosionan a los 4-5 días y tardan en madurar en ácaros adultos alrededor de 10 días aproximadamente. El ácaro ocasiona una reacción alérgica, que provoca a su vez un prurito que es mucho más intenso durante la noche. Puede sobrevivir fuera de la piel humana aproximadamente 24 horas. Su supervivencia también aumenta con la humedad y las bajas temperaturas, y son resistentes al alcohol y al jabón. Puede llegar a transcurrir hasta un mes antes de que el paciente comience a percibir prurito⁴.



La enfermedad se transmite principalmente por contacto directo de persona a persona y ocurre después de un contacto estrecho de piel con piel, tras una duración mínima de 5 minutos. Entre adultos jóvenes, la vía sexual es una forma importante de transmisión. El riesgo de contagio aumenta con la duración y la frecuencia del contacto directo con la piel, así como con el número de ácaros de la sarna que existan en ese momento. Un mecanismo secundario de la infección es por fómites, como sábanas, toallas, etc.³.

Durante la pandemia de COVID-19, debido al confinamiento sufrido, se ha observado en España un aumento de las consultas de casos de escabiosis familiar. El incremento del contacto íntimo y constante ha hecho que la escabiosis se extienda en los núcleos familiares; asimismo el miedo a salir de casa y no buscar atención médica ha originado un retraso en el inicio del tratamiento. Dichos acontecimientos han favorecido que la sarna se convierta en una enfermedad más difícil de tratar y de controlar el aumento de los brotes^{4,8}.

2. Manifestaciones clínicas

El síntoma principal y más característico de la sarna es el prurito intenso de predominio nocturno, ya que el ácaro presenta mayor actividad con el calor, y de varias semanas de evolución. Aparece por hipersensibilidad a los antígenos del ácaro y suele ocurrir de 3 a 6 semanas después de la infestación⁹.

Las lesiones primarias o específicas, es decir, por acción directa del parásito, son los surcos acarinos o intraepidérmicos. Se trata de erupciones grisáceas de 5-10 mm de longitud que terminan en una pápula en la que se encuentra el ácaro hembra. Se localizan preferentemente en regiones corporales con pocos folículos pilosos como la cara ventral de las muñecas, espacios interdigitales, codos, pliegues axilares, área periumbilical, región periareolar y genitales. En los adultos, la cabeza y cuello no suelen verse afectados, mientras que en los lactantes podemos verlas localizadas en la cabeza, región facial y cuello, además de las palmas de las manos y plantas de los pies (figura 1).

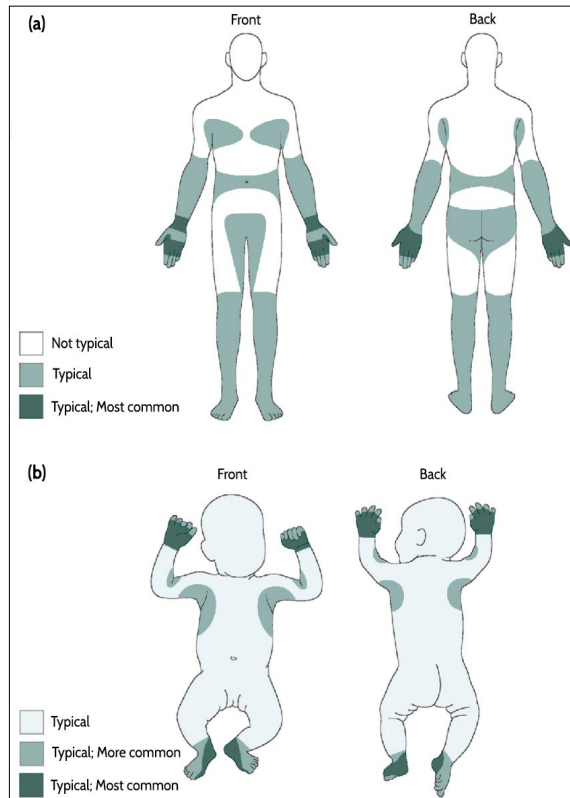
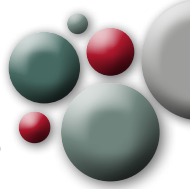


Figura 1. Distribución típica de las lesiones de la escabiosis. (a) Niños mayores de 2 años y adultos. (b) Niños menores de 2 años.

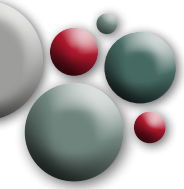
Fuente: Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol.* 2020; 183(5):808-2014.

Las lesiones secundarias se originan por sensibilización, escoriaciones por rascado y/o infecciones. Las más frecuentes son las pápulas, lesiones rojizas o marrones de hasta 1 cm de diámetro que aparecen principalmente en el abdomen, muslos y nalgas¹⁰.

Se pueden diferenciar dos variedades clínicas de sarna con características especiales (tabla 1):

2.1. Sarna clásica

Se presenta en pacientes con un sistema inmunitario normal y en los que se encuentran escasos ácaros hembras. La clínica consiste en prurito generalizado, intenso y de predominio nocturno en zonas como los espacios interdigitales, las áreas flexoras de las muñecas, la



región genital y las areolas mamarias de las mujeres. Además, suelen aparecer lesiones de rascado generalizadas¹¹.

2.2. Sarna costrosa, hiperqueratósica o noruega

Aparece en personas con el sistema inmune debilitado por diferentes procesos como enfermedades crónicas, pacientes en tratamiento inmunosupresor, pacientes con trastornos neurológicos que dificultan la sensación del prurito, etc. Se presenta como una dermatitis generalizada con descamación extensa, vesículas, engrosamiento de la piel y costras con disminución o incluso ausencia de prurito. En las lesiones hiperqueratósicas pueden hallarse miles de ácaros, es por ello que suele ser muy contagiosa y frecuentemente causa brotes en instituciones cerradas. Los pacientes pueden asociar uñas engrosadas, alopecia, hiperpigmentación o eosinofilia. De forma característica, en los adultos que presentan esta variedad de sarna, el polo cefálico deja de estar respetado¹².

Tabla 1. Características fundamentales de las dos variedades de sarna

Tipo	Inmunosupresión	Ácaros	Picor	Contagiosidad
Clásica	-	+	+++	+
Costrosa	+++	+++	+	+++

Fuente: elaboración propia.



Imagen dermatoscopia

Imagen macroscópica

Imagen macroscópica

Imagen 1. Lesiones visualizadas a través de dermatoscopia y a tamaño real

Fuente: propia

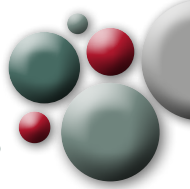


Imagen dermatoscopia

Imagen macroscópica

Imagen 2. Lesiones visualizadas a través de dermatoscopia y a tamaño real

Fuente: *propia*

3. Diagnóstico

Se debe sospechar ante la presencia de un cuadro de prurito generalizado de predominio nocturno y de más de dos semanas de evolución que asocie lesiones específicas como surcos y túneles en las localizaciones mencionadas anteriormente (topografía lesional), sobre todo en zonas endémicas y cuando hay contactos positivos. La dermatoscopia es una técnica útil, sencilla y rápida que permite objetivar estructuras triangulares marronáceas al final del surco acarino («signo del ala delta»), que evidencian la presencia del ácaro y apoyan la sospecha. La confirmación del diagnóstico podría realizarse microscópicamente tras el raspado o la biopsia de las lesiones, aunque no se suele realizar¹³.

En el caso de la sarna costrosa, dada su similitud con otras enfermedades, el diagnóstico en fases iniciales es difícil (tabla 2). Además, como no produce prurito o este es muy escaso, suele pasar desapercibido, diagnosticando la enfermedad en fases muy avanzadas y con una alta diseminación del parásito.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial.

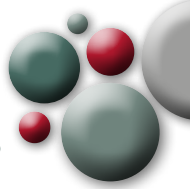
	Sarna	Dermatitis de contacto	Varicela	Urticaria
Lesiones Elementales	Surcos en localizaciones específicas Eminencia acarina	Placas eritematosas con vesículas, prurito y exudado	Evolución de las lesiones: pápula, vesícula, costra	Habones
Claves Diagnósticas	Prurito intenso de predominio nocturno	Antecedente de contacto físico con sustancias desencadenantes	Presencia de síntomas sistémicos: cefalea, fiebre, etc.	Lesiones evanescentes de menos de 48 horas de evolución
Puntos Claves	Ambiente epidemiológico familiar y/o en contactos	Casos aislados	Ambiente epidemiológico con otros niños principalmente afectados	Factores desencadenantes Distribución inespecífica

Elaboración propia.

En todos los casos, la clínica, localización, morfología de las lesiones y la presencia de los parásitos, corroborarán el diagnóstico.

4. Manejo terapéutico

Debe instaurarse el tratamiento una vez confirmado el diagnóstico. Las terapias empleadas pueden ser tratamientos tópicos o sistémicos. Es importante que sea establecido tanto en el paciente como en todos los contactos directos y familiares, así como en las parejas sexuales. Es necesario que el paciente conozca la naturaleza de la enfermedad y debe evitar el contacto físico hasta haber terminado el tratamiento para lograr una correcta eliminación del ácaro. Además del tratamiento acaricida, en algunas personas será necesario el tratamiento sintomático con antihistamínicos para aliviar el picor y los emolientes para atenuar los efectos irritantes causados por el propio ácaro, por el rascado debido al picor o por la irritación derivada de los tratamientos tópicos. A veces, es necesario también tratamiento antibiótico tópico o sistémico si hay sobreinfecciones bacterianas. Paralelamente al tratamiento expuesto, es primordial la erradicación de los ácaros del ambiente mediante el lavado a máquina de la ropa con agua a una temperatura de 60-75 °C. La ropa u objetos que no puedan someterse a esta temperatura, sería necesario colocarlos previamente en bolsas cerradas de plástico y manteniéndose cerradas un mínimo de 72 horas o realizando el aspirado de superficies¹⁴.

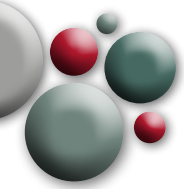


4.1. Tratamiento tópico

Por lo que respecta a la escabiosis, actualmente existen pocos estudios que comparen las diferentes opciones de tratamiento. Teniendo en cuenta la efectividad y la seguridad de los diversos tratamientos disponibles, la permetrina tópica al 5 %, la ivermectina oral y la loción de benzoato de bencilo se consideran de elección¹⁵.

Los tratamientos tópicos deben aplicarse por la noche, sobre la piel seca, y deben mantenerse al menos 12 horas antes de ducharse al día siguiente para su retirada. El producto debe repartirse por todo el cuerpo, incluyendo cuero cabelludo, manos y uñas, pliegues cutáneos y región genital, masajeando durante 30 minutos. En neonatos también deberá de aplicarse en la cara, por la posibilidad de contagio durante la lactancia al estar en contacto piel con piel. Está indicado repetir la aplicación a los siete días para realizar la pauta completa de tratamiento ya que la mayoría de los tratamientos tienen acción acaricida pero no ovicida¹⁶. Las complicaciones más frecuentes de esta terapia son el eccema, la hiperpigmentación postinflamatoria y el prurigo. Por ello, se recomienda como tratamiento coadyuvante los emolientes y corticoides tópicos si precisase.

- * **Permetrina crema al 5 %.** Es la terapia de primera elección en pacientes embarazadas, durante la lactancia y en lactantes mayores de 2 meses con buen perfil clínico y alta eficacia si se aplica de forma correcta¹⁷. A través de diferentes estudios clínicos se ha podido demostrar la eficacia de permetrina al 5 % en crema llegándose alcanzar una resolución clínica en torno al 98 %, superándose a la obtenida con ivermectina oral (70 %) en única dosis¹⁸. Aunque es eficaz en todo el ciclo del ácaro, la permetrina carece de actividad ovicida por lo que es necesaria su aplicación a los siete días. El tratamiento puede agravar temporalmente el prurito, edema y eritema característicos de la enfermedad. No debe aplicarse sobre heridas ni mucosas, ni en casos de irritación persistente de la piel¹⁹. Los efectos adversos más frecuentes son eritema, prurito y parestesia. Este último solo se da en paciente con hipersensibilidad a los crisantemos, así que se administrará en estos pacientes sólo si es estrictamente necesario.
- * **Benzoato de bencilo.** Está indicado en niños menores de 5 años en concentración al 12.5 % y en adultos al 25 % en formulación magistral. No se recomienda en lactantes, pero podría aplicarse en embarazadas²⁰. Se aplica por la noche y se retira transcurridas 24 horas, durante 2 días consecutivos, repitiendo el ciclo a la semana de la primera aplicación. La irritación local de la piel, prurito, xerosis y picor en los ojos son los posibles efectos adversos.
- * **Ivermectina loción al 1 %.** Se puede utilizar en niños desde los 6 meses y adultos, pero no está indicada en el embarazo. Debe aplicarse en todo el cuerpo dejando que actúe 8 horas, posteriormente se retira y se tiene que repetir una segunda dosis a los siete días dado que carece de acción ovicida²¹. Según la guía europea de manejo de la sarna la loción de ivermectina al 1 % es tan efectiva como la crema de permetrina al 5 %¹⁰. La ivermectina tópica es tan segura como la ivermectina oral y la permetrina tópica. No presenta reacciones adversas importantes ya que parece tolerarse bien; la irritación local de la piel o la sensación de ardor son posibles efectos adversos²².



* **Formulaciones azufradas al 5-10 %.** Se formulan en concentraciones de 5 % para niños y de 10 % para adultos. Puede usarse en embarazadas, lactancia y menores de 2 años. El tratamiento consiste en la aplicación del producto con limpieza posterior, repitiendo el procedimiento cada 6 horas durante 3 días y realizando nuevamente el esquema terapéutico a la semana de la primera aplicación. Tiene como inconveniente el olor desagradable (debido al sulfuro de hidrógeno), la irritación cutánea y que mancha la ropa. En países desarrollados no se suele utilizar, pero como el precio es muy económico, sigue siendo el medicamento de elección en algunos países con escasos recursos. Puede causar irritación local acompañada de ardor, eritema y coloración en la piel²².

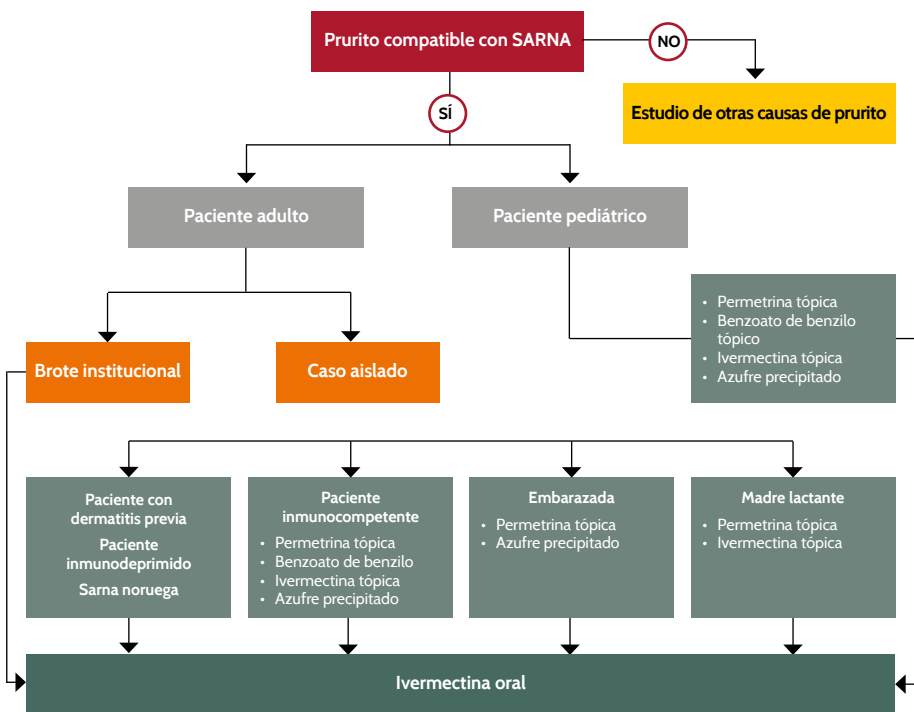
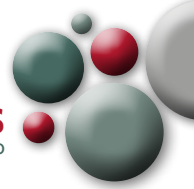


Figura 2. Algoritmo de tratamiento.

Fuente: Elaboración propia

4.2. Tratamiento sistémico

El tratamiento vía oral es de primera elección en casos de sarna costrosa, pacientes inmunodeprimidos, pacientes con dermatitis previas que se pueden agravar con la aplicación de tratamientos tópicos que suelen ser muy irritantes, resistencia a permetrina o cuando afecta a comunidades cerradas como residencias de ancianos u otras instituciones similares en donde la terapia tópica es muy poco práctica.



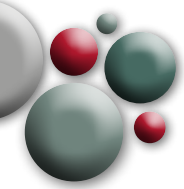
El fármaco utilizado es la **ivermectina oral**²³. Se trata de un fármaco antihelmíntico y anti-parasitario ampliamente utilizado. Esta sustancia suprime la actividad del neurotransmisor GABA (ácido gamma amino butírico), por lo que hay que tener cuidado con las interacciones con fármacos tales como los barbitúricos, las benzodiazepinas o el valproato de sodio, que también dependen de este neurotransmisor. Se trata de un fármaco seguro con escasa toxicidad dado que no atraviesa la barrera hematoencefálica y tiene pocas reacciones adversas, entre las que se encuentran la somnolencia, fatiga, reacciones cutáneas y la cefalea²⁴, aunque también puede causar vómitos y dolor abdominal²⁵. Puede utilizarse en niños mayores de 2 años o con más de 15 kg de peso corporal y en adultos. En España no está autorizado en embarazadas, pero sí durante la lactancia. Se ha descrito el aumento del prurito propio de la escabiosis tras la administración de este fármaco debido a una reacción de hipersensibilidad a los escibalos fecales del parásito. La dosis recomendada es de 200 µg/kg de peso (tabla 3), la presentación es en comprimidos de 3 mg y debe repetirse la dosis a los siete días de la primera, dado que no tiene actividad ovicida. La dosis se puede tomar a cualquier hora del día, pero se recomienda no ingerir alimentos en un periodo de tiempo de dos horas anterior y posterior a su administración. Pasado un mes de la segunda dosis, la remisión clínica es total en la mayoría de los pacientes²⁶.

El fracaso terapéutico y las recurrencias son frecuentes, pero no se debería establecer hasta pasadas 6 semanas tras el tratamiento ya que los síntomas y signos de hipersensibilidad pueden tardar este tiempo en resolverse, siempre teniendo en cuenta que el prurito debe tender a disminuir tras un tratamiento exitoso. La etiología es multifactorial: gestión incorrecta de contactos, prescripciones erróneas por facultativos no familiarizados con el tratamiento, mala adherencia/cumplimiento terapéutico, error diagnóstico o irritación cutánea relacionada con los tratamientos tópicos²⁶.

Tabla 3. Guía para determinar la dosis en función del peso del paciente

Peso (Kg)	Dosis
< 10 Kg	0,5 comprimido de 3 mg
10-24 Kg	1 comprimido de 3 mg
25-35 Kg	2 comprimidos de 3 mg
36-50 Kg	3 comprimidos de 3 mg
51-65 Kg	4 comprimidos de 3 mg
66-79 Kg	5 comprimidos de 3 mg
80 Kg	6 comprimidos de 3 mg

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOTPLUS [Internet]. 2023 [acceso 11 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceticos.com/FichaPAH/5255>



4.3. Tratamiento de síntomas y complicaciones

Además del tratamiento específico de la sarna, es importante el tratamiento de otros síntomas que pueden aparecer como es el prurito postescabiótico, lesiones inflamatorias reactivas y sobreinfecciones.

4.3.1. Prurito postescabiótico

Suele ser frecuente y es importante advertir a los pacientes que puede perdurar de 2 a 4 semanas tras un tratamiento adecuado²³. Para minimizar los síntomas, se pueden pautar antihistamínicos de perfil no sedante durante el día y sedantes por la noche. En determinados casos, es necesario recurrir a corticoides tópicos de potencia media o alta e incluso, en casos graves, se puede dar corticoides en terapia oral durante 1-2 semanas. Como tratamiento adyuvante, es importante asociar cremas emolientes²⁶.

* Tratamiento farmacológico del prurito

Como antihistamínicos hay que destacar los más empleados y en su mayoría de indicación farmacéutica: loratadina, desloratadina, cetirizina, ebastina e hidroxizina (tabla 4), siendo esta última la que tiene un mayor carácter sedante y la única que requiere una prescripción médica.

Son antagonistas histaminérgicos (H-1) que bloquean de forma más o menos potente, competitiva, reversible y específica a los receptores H1, disminuyendo los efectos sistémicos de la histamina de forma prolongada. Van a conseguir una disminución de la permeabilidad vascular, con lo cual disminuye el eritema y el edema asociado a la alergia²⁷.

La cetirizina es un antihistamínico piperazínico sedante, metabolito de la hidroxizina. Presenta una mayor polaridad comparada con la hidroxizina, lo que va a hacer que apenas atraviese la barrera hematoencefálica y la sedación que pueda ocasionar es mucho menor que otros antihistamínicos de primera generación, aunque más que los derivados piperidínicos (loratadina)²⁷.

La ebastina apenas es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica, por lo que carece prácticamente de efectos sedantes significativos. Presenta una gran selectividad por los receptores H1, careciendo de efectos anticolinérgicos y antiserotonérgicos importantes²⁷.

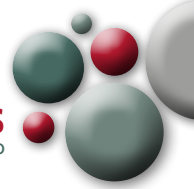


Tabla 4. Posología de los antihistamínicos más empleados en el prurito²⁷

Antihistamínico	Adultos	Niños
Hidroxizina	Dosis máx: 100 mg/24 h. Inicialmente 25 mg/24 h, por la noche. Si fuera necesario, aumentar hasta un máximo de 75 mg/24 h en 3 administraciones.	Niños > 40 kg: dosis máx: 100 mg/24 h Niños >12 meses y < 40 kg: 2 mg/kg/24 h No se recomienda su utilización en niños < 12 meses.
Loratadina	10 mg/24 horas	> 30 kg peso: 10 mg/24 h < 30 kg peso: 5 mg/24h No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños menores de 2 años.
Desloratadina	5 mg/24 horas	6-11 años: 2,5mg/24h 1-5 años: 1,25 mg/24h
Cetirizina	10 mg/24 h.	Niños 6-12 años: 5 mg/12 h. Niños 2-6 años: 2,5 mg/12 h. Niños < 2 años: no se ha evaluado la seguridad y eficacia
Ebastina	10-20 mg/24 h.	Niños 6-11 años: 5 mg/24 h. Niños 2-6 años: 2,5 mg/24 h. Niños < 2 años: no se ha evaluado la seguridad y eficacia.

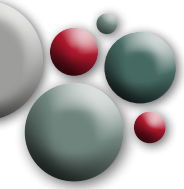
Fuente: elaboración propia.

Los efectos secundarios de estos antihistamínicos suelen ser insignificantes y transitorios, y suelen estar relacionados con la dosis. En el caso de la cetirizina, son más frecuentes durante los primeros días de tratamiento²⁷.

Todos ellos van a presentar efectos de fotosensibilidad, por lo que no es aconsejable exponerse al sol durante el tratamiento, y protegerse con filtros solares¹⁹.

Se debe recomendar al paciente que evite el consumo de bebidas alcohólicas, además de tener precaución al conducir o manejar maquinaria pesada.

Debido a la actividad antialérgica, cabe la posibilidad de falsos negativos en pruebas de hipersensibilidad a extractos antigénicos, con lo cual es aconsejable dejar la toma de estos medicamentos al menos 72 horas antes de la prueba²⁷.



* Tratamiento no farmacológico del prurito

Calamina

La calamina presenta una acción adherente sobre la piel, formando una capa protectora frente a agentes irritantes, y por su capacidad de absorción va a tener una acción secante de las lesiones. Se le atribuye una leve acción astringente y antipruriginosa. Por ello está indicada en el alivio sintomático del picor e irritación de la piel²⁸.

La podemos encontrar en distintas formas farmacéuticas, tanto en crema como en loción y polvo.

Por vía tópica, la aplicaremos 3-4 veces al día, antes de cada aplicación, limpiando la zona a tratar²⁸.

Se puede emplear durante la lactancia y embarazo²⁸.

Hidratantes y emolientes

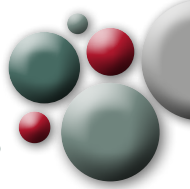
Uno de los efectos adversos de la crema de permetrina es esa sequedad que puede generar en la piel, por lo que va a ser recomendable el uso productos hidratantes y emolientes en los días posteriores al tratamiento. La aplicación repetida de emolientes puede ser también útil en el caso de la picazón posterior a ese tratamiento acompañando a los antihistamínicos y corticoides tópicos.

El agua y los lípidos son los componentes más importantes del espacio extracelular del estrato córneo. Ambos son esenciales para mantener la función barrera cutánea.

Un emoliente va a actuar como lubricante en la superficie de la piel proporcionándole un aspecto saludable, siendo algunos de ellos capaces de rellenar los espacios entre los corneocitos, restaurando así la estructura del estrato córneo y manteniendo la función barrera de la piel. Hay sustancias emolientes que, además de ello, son humectantes, como es la glicerina, que va a ser capaz de aumentar el contenido hídrico de las capas superficiales de la piel²⁹.

Dentro de los productos de dermofarmacia que podemos emplear en estos eccemas y erupciones ocasionados por la sarna, están aquellos que contienen entre sus activos a la urea en concentraciones entre el 5 y el 10 %. La urea es una molécula humectante que acompañada de ceramidas o cualquier otra sustancia emoliente (aceites, mantecas y ceras vegetales) va a hidratar y restablecer la función barrera²⁹.

Frecuentemente en estas fórmulas van asociados agentes antipruriginosos como el polidocanol.



Formulación magistral

Existen varios preparados para aliviar el prurito asociado a la enfermedad. Para ello, se pueden emplear algunos de los principios activos que se detallan en la tabla 5³⁰:

Tabla 5. Principios activos utilizados en el tratamiento del prurito

Principios activos	Acción
Mentol	Antiséptica, antipruriginosa y analgésica local
Alcanfor	Antipruriginosa, rubefaciente, antiséptica y ligeramente analgésica
Extracto glicólico de avena	Calmante
Alfa bisabolol	Antiinflamatoria, calmante y anti-irritante
Aloe vera	Hidratante y reepitelizante
Ictiol	Antipruriginosa y antiinflamatoria ligera

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). BOTPLUS [Internet]. 2023 [acceso 11 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceticos.com/Documentos/2022/12/12/328139.pdf30>

Gel de alcanfor y mentol³⁰

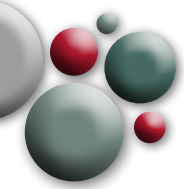
Composición:

* Alcanfor	1 %
* Mentol	0,5 %
* Etanol 96o	20 ml
* Hidroxiethylcelulosa	2,5-3 %
* Propilenglicol	5 %
* Phenonip® XB	0,4 %
* Agua purificada	c.s.p. 100 ml

Loción de calamina con alcanfor, mentol, alantoína y extracto glicólico de avena³⁰

Composición:

* Mentol	0,5 %
* Alcanfor	0,5 %
* Alantoína	0,5 %
* Extracto glicólico de avena	5 %
* Alcohol 96°	c.s.
* Calamina	8 %
* Óxido de zinc	8 %
* Glicerina	8 %
* Crema base Lanette	20 %
* Agua purificada	c.s.p. 100 g



Loción con ictiol, extracto glicólico de avena, alfa bisabolol y aloe vera³⁰

Composición:

* Ictiol	1 %
* Extracto glicólico de avena	5 %
* Alfa bisabolol	1 %
* Aloe vera gel	10 %
* Cera Lanette® SX6	2,5 %
* Cetiol® V (oleato de decilo)	2,5 %
* Phenonip® XB	0,65 %
* Agua purificada	csp 100 gr

4.3.2. Lesiones inflamatorias reactivas (nódulos escabióticos)

Se recomienda iniciar el tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia durante 2-3 semanas o infiltraciones intralesionales de corticoides. La irritación cutánea producida por la permetrina u otros agentes escabicidas también es subsidiaria de tratamiento con corticoide tópico.

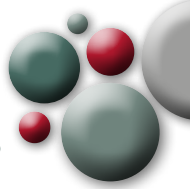
Es frecuente la aparición de hiperpigmentaciones postinflamatorias residual. En estos casos es importante filiar la etiología y derivar al paciente a su médico para descartar lesiones secundarias por sobreinfección u otra patología. Para ellos se pueden utilizar despigmentantes tópicos.

Como único tratamiento farmacológico de indicación farmacéutica como despigmentante se encuentra la hidroquinona al 2 % en forma tópica (gel o crema). La concentración del 4 % sí requiere prescripción médica.

La hidroquinona actúa de manera reversible en el metabolismo de los melanocitos. Interviene por un mecanismo enzimático inhibiendo la enzima tirosinasa, que convierte la tirosina en melanina. Con ello, se altera la estructura de los melanomas, lo que puede ocasionar bien un descenso de la producción o bien un incremento de la degradación de estos orgánulos, o ambos procesos a la vez³¹.

4.3.3. Sobreinfección de las lesiones por rascado por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*

En estos casos debe plantearse la necesidad de tratamiento antibiótico tópico u oral, dependiendo del caso.



4.4. Tratamiento en situaciones especiales

Embarazo

La permetrina crema al 5 % y las formulaciones azufradas al 5-10 % no presentan ningún problema de seguridad en el embarazo¹⁶. La ivermectina presenta categoría C en el embarazo y la guía europea no la recomienda; sin embargo, en Francia es empleada en el embarazo como terapia de segunda línea o como primera línea en casos necesarios³².

Lactancia

La permetrina crema al 5 % y la ivermectina oral presentan seguridad en madres lactantes^{10,32}.

Niños con menos de 15 kg de peso

Aunque el uso de la ivermectina oral no está aprobado en niños con peso inferior a 15 kg, estudios recientes apuntan que también sería un tratamiento seguro para esta población^{33,34}.

Brotos en instituciones

En cuanto se diagnostica un caso de sarna, debe ser tratado cuanto antes ya que puede transformarse rápidamente en un brote. Se considera brote la infestación de dos o más individuos de sarna clásica o uno de sarna noruega, ya sean residentes o trabajadores del mismo centro, diagnosticados de sarna en el plazo de dos meses. La existencia de un brote se debe comunicar a la unidad de vigilancia epidemiológica. El personal y residentes en contacto directo y frecuente con la persona infestada se consideran de alto riesgo por lo que deben vigilar la aparición de síntomas. Se realizará tratamiento tanto en caso preventivo, cuando no hay lesiones ni síntomas, como en caso curativo cuando ya han aparecido los síntomas. La ivermectina oral tiene múltiples ventajas sobre la terapia tópica en caso de residencias o grandes instituciones cerradas dada la dificultad que presenta realizar el tratamiento tópico, y ha demostrado ser altamente efectiva y el tratamiento de primera elección en estos casos³⁵.

5. Indicación farmacéutica

La definición de indicación farmacéutica según la Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria (GUÍA FORO AF-FC: SIF)³⁶ es el servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA) prestado ante la consulta de un problema de salud concreto, para un paciente o cuidador que llega a la farmacia solicitando el remedio más adecuado para el mismo. Se simboliza con la frase: “¿Qué me da para...?”. Si la actuación como resultado del Servicio requiere la dispensación de un medicamento o producto sanitario, esta se realizará de acuerdo con el procedimiento del Servicio de Dispensación³⁶.

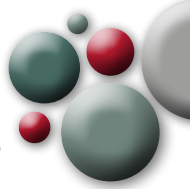
Ante una consulta por parte del paciente, el farmacéutico comunitario necesita recabar una serie de información y datos referentes al estado de salud y medicamentos que emplea este³⁶.

Para ello sería necesario realizar una entrevista que seguirá la estructura PASITAMAE (tabla 6)³⁶:

Tabla 6. Estructura PASITAMAE

PA	Quién	¿Quién es el afectado por la razón de la consulta? (PA) En caso de ser mujer en edad fértil, ¿puede estar embarazada o ser lactante? Edad
SI	Síntoma	¿Qué le pasa? (SI)
T	Tiempo	Tiempo de duración del síntoma (T) ¿Desde cuándo?
A	Acciones llevadas a cabo	Acciones llevadas a cabo por el paciente para mejorar el síntoma menor (A) ¿Se ha tratado ya de alguna forma?
M	Medicamentos	¿Toma alguna medicación? (M) Medicamentos del paciente para otros problemas de salud
A	Alergias	Alergias (A) ¿Tiene alguna alergia?
E	Embarazo o enfermedades concomitantes	Enfermedades del paciente (E) ¿Tiene algún otro problema de salud?

Fuente: Adaptado de Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria³⁶.



Con la información obtenida, el farmacéutico pasará a evaluar si existen o no criterios de derivación al médico o si han identificado Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM) y/o Problemas Relacionados con el Uso de los Medicamentos (PRM), pasando a realizar la intervención.

La actuación del farmacéutico será:

- ✳ Indicar un tratamiento farmacológico que no precise prescripción (siguiendo el procedimiento del Servicio de Dispensación) pudiendo facilitar información del medicamento, educación sanitaria.
- ✳ Indicar un tratamiento no farmacológico (pudiendo facilitar información).
- ✳ Indicar medidas higiénico-dietéticas, educación sanitaria y/o recomendaciones sanitarias, estilos de vida saludables.
- ✳ Derivar al Médico de Atención Primaria (MAP) u otro profesional sanitario.
- ✳ Derivar a otro SPFA.

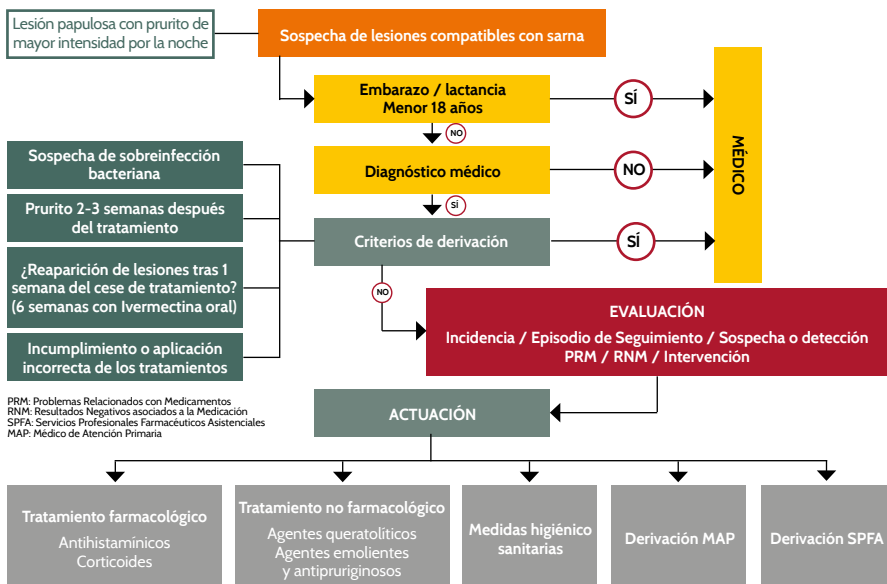
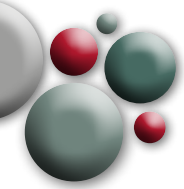


Figura 3. Algoritmo de Indicación farmacéutica

Fuente: Elaboración propia a partir de Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. [Internet]. 2019. [Acceso 24 abril 2023]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/2021-guia-practica-sdfa.pdf>.



6. Seguimiento farmacoterapéutico

El resultado del tratamiento farmacológico depende, entre otras cosas, del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) realizado por varios profesionales, incluido el farmacéutico comunitario.

El Foro sobre Atención Farmacéutica define el seguimiento farmacoterapéutico como el servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA) que tiene como objetivo la detección PRM, para la prevención y resolución de RNM. Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente³⁶.

Los objetivos del servicio de seguimiento farmacoterapéutico son³⁶:

- * Detectar, identificar y resolver los PRM/RNM, para la resolución y prevención de RNM.
- * Maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados al uso de los medicamentos.
- * Promover el uso racional de los medicamentos, mejorando su proceso de uso.
- * Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

6.1. Procedimiento

El procedimiento de actuación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico es el siguiente:

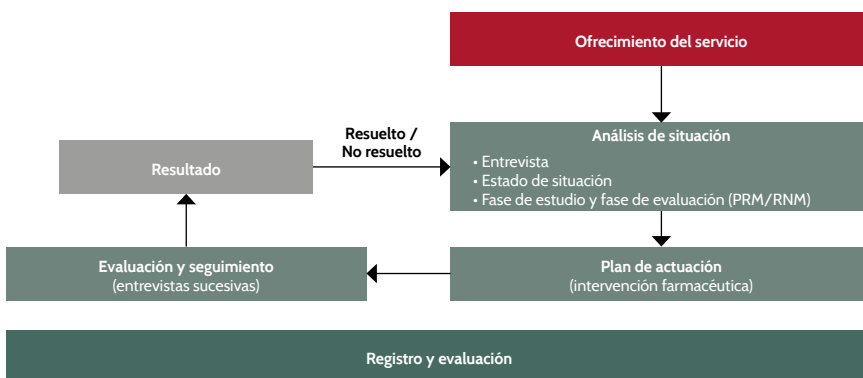
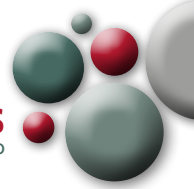


Figura 4. Esquema del servicio de seguimiento farmacoterapéutico

Adaptado de *Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria*³⁶.



Los PRM se definen como aquellas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un RNM³⁶.

Por otro lado, un RNM es “un resultado obtenido en la salud del paciente, no adecuado al objetivo de la farmacoterapia, asociado o que puede estar asociado a la utilización de medicamentos”³⁶.

De acuerdo con lo anterior, el Foro sobre Atención Farmacéutica clasifica los RNM en seis categorías, agrupadas a su vez en tres supracategorías que corresponden a las tres condiciones básicas de la farmacoterapia: Necesidad, Efectividad y Seguridad (tabla 7)³⁷.

Tabla 7. Clasificación de resultados negativos asociados a la medicación del Foro sobre Atención Farmacéutica

Necesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de salud no tratado: el paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita. • Efecto de medicamento innecesario: el paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
Efectividad	<ul style="list-style-type: none"> • Inefectividad no cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación. • Inefectividad cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad no cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento. • Inseguridad cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Fuente: Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso [Internet]. Madrid (España); Foro; 2008 [citado 03 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.sefac.org/pdf/consensoforoafcompleto.pdf>.

6.2. Valoración de necesidad

El diagnóstico y la instauración de un tratamiento rápido para la escabiosis permiten evitar el progreso de la enfermedad, sus complicaciones como puede ser la sobreinfección bacteriana y la posible transmisión a nuevos contactos.

Los síntomas de picor pueden servir como referencia para valorar la existencia de un PRM de necesidad.

6.3. Valoración de efectividad

Para valorar la efectividad del tratamiento es necesario conocer el uso del tratamiento farmacológico y no farmacológico, el manejo y las recomendaciones especificados en apartados anteriores. Se debe complementar con:

- * Valoración de la adherencia tanto a la terapia farmacológica como no farmacológica.
- * Comprobación de introducción de nuevos medicamentos con posibles interacciones.
- * Control de los indicadores de efectividad: detección de surco acarino por dermatoscopia³⁸.

6.4. Valoración de seguridad

Es necesario vigilar aquellas características de los medicamentos especificados anteriormente que pueden causar contraindicaciones, deban usarse con precaución o puedan presentar interacciones con otros medicamentos con los que esté en tratamiento el paciente. Se trataría de RNM previsibles de seguridad en los que podrían aparecer posibles efectos adversos y por los cuales se debe considerar la intervención.

6.5. Intervención

Tras el análisis realizado de los medicamentos y del control de los problemas de salud del paciente, si se observa un problema o riesgo de producirse, se registra y se plantean intervenciones con el médico y/o el paciente de forma verbal o escrita. El farmacéutico, de acuerdo con el paciente, identificará el plan de actuación a seguir para prevenir o resolver los posibles RNM o riesgo de RNM identificados.

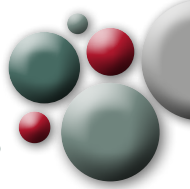
La intervención se dirigirá directamente al paciente cuando no sea necesario modificar aspectos esenciales de la farmacoterapia, como la no adherencia al tratamiento, el modo incorrecto o insuficiente de aplicación del tratamiento tópico, etc.

Se derivará al médico si es necesario modificar algún aspecto esencial de la farmacoterapia como la sospecha de nuevas lesiones cutáneas no diagnosticadas, infecciones bacterianas secundarias producidas por el rascado, la adición o eliminación de fármacos, la modificación de dosis o pautas posológicas, etc.

El médico tomará la decisión de analizar el beneficio-riesgo del tratamiento y realizar las modificaciones que considere pertinentes³⁶.

6.6. Plan de seguimiento

El proceso puede continuar mediante un plan de seguimiento con visitas programadas que evalúen los resultados en salud observados y la aceptación de la intervención farmacéutica propuesta por parte del destinatario, sea este el paciente o el médico³⁶.



Las visitas pueden programarse cada siete días, para evaluar si se ha obtenido una mejoría en la intensidad del picor. La evidencia de curación del tratamiento escabídico requiere un seguimiento de aproximadamente un mes. Esto da tiempo para que las lesiones sanen y para que los huevos y los ácaros alcancen la madurez si el tratamiento falla³⁹.

7. Adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como “*el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario*”⁴⁰.

Como en cualquier infestación por ácaros, el éxito del tratamiento radica, por un lado, en la eliminación del ácaro y de sus huevos en la piel, en el control de los síntomas asociados y sus complicaciones, y por otro lado, en poder identificar a los contactos estrechos susceptibles de requerir tratamiento erradicador y sintomático, así como la implementación de medidas que minimicen la transmisión y recurrencia de la infestación, así como minimizar los efectos adversos de los tratamientos^{41,42}.

Para ello, es necesario:

- * Un diagnóstico correcto de la enfermedad con el fin de evitar la prescripción o indicación de tratamientos no adecuados, lo que podría generar PRM de necesidad, de efectividad o incluso de seguridad.
- * El tratamiento erradicador debería realizarse a todas las personas convivientes e incluso a tanto a contactos estrechos de manera simultánea que, al paciente, aunque no presenten síntomas.
- * Ya sea por vía tópica el tratamiento indicado, o por vía oral, es fundamental la correcta aplicación o toma de los tratamientos acaricidas.
- * La sintomatología asociada a la escabiosis también ha de ser tratada: el prurito que acompaña a la infestación, principal síntoma de la enfermedad, así como la sequedad de piel u otros síntomas que pudieran aparecer como reacciones adversas de los tratamientos administrados.
- * Entre las complicaciones más habituales de la escabiosis están las posibles sobreinfecciones por *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus* tras rascado del prurito o picazón existentes. El tratamiento de dichas sobreinfecciones también resulta fundamental para el control de la enfermedad^{41,42,43}.

El manejo de la adherencia en el tratamiento de la escabiosis necesita un abordaje multidisciplinar. Es fundamental poner en práctica una estrategia conjunta en la que todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento del paciente deben participar de forma estructurada y coordinada.



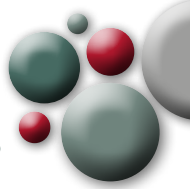
Figura 5. Principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento

Adaptado de Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-8⁴⁵.

Factores relacionados con el paciente⁴⁵

Antes de empezar a hablar de los factores relacionados con el paciente, vamos a clasificar los perfiles de los pacientes no adherentes a los tratamientos. Según Prats y cols. diferenciamos 3 tipos de pacientes no adherentes:

- * **Confundidos:** suelen ser pacientes mayores de 65 años, frágiles, que viven solos, y que ante la complejidad de los tratamientos prescritos y la confusión que les genera esa complejidad, induce esa falta de adherencia.
- * **Desconfiados:** por lo general adultos jóvenes (<45 años) que desconfían del criterio del profesional sanitario, y esa falta de confianza, aun sabiendo de la importancia del cumplimiento del tratamiento, se impone a la adherencia al mismo.



- * *Banalizador*: por lo general, menores de 45 años con una absoluta falta de compromiso tanto con la enfermedad como con el tratamiento, precisamente por esa banalización del problema.

Por eso es importante la identificación que aquellas barreras que se interponen en la adherencia al tratamiento de los pacientes de cara a establecer las mejores estrategias e intervenciones para potenciar y mejorar esa adherencia.

Los aspectos socio-demográficos del paciente son uno de los factores más relevantes que condicionan el resultado del tratamiento. La edad, el nivel cultural, el desconocimiento tanto de la enfermedad como del tratamiento, el deterioro cognitivo, vivir en soledad, entre otros, son los factores más relevantes en cuanto a la falta de adherencia relacionados con el paciente se refiere. El coste del tratamiento relacionado con la falta de recursos económicos ha sido relacionado como un factor negativo que dificulta la adherencia terapéutica. Y aunque la sarna puede presentarse en cualquier época de la vida y afecta a cualquier estrato social, tiene una incidencia mayor en población institucionalizada o que vive hacinada y tiene unas prácticas higiénicas deficientes^{42,47}.

Una buena comunicación entre el paciente y el farmacéutico comunitario es clave en la adherencia o mejora de la misma, un proceso tanto activo como de escucha, en el que se debe obtener la perspectiva que tiene el paciente sobre el tratamiento prescrito: sus preocupaciones, las dificultades que pueden encontrar en su toma, sus necesidades y creencias al respecto, etc.

Factores asociados al tratamiento

La complejidad del tratamiento, la aparición de efectos adversos, la percepción del paciente acerca de la efectividad del tratamiento, la conformidad con el tratamiento prescrito y la duración del tratamiento, son los factores que pueden condicionar una falta de adherencia al mismo.

Obviamente, el tratamiento ideal sería aquel que tuviera una posología sencilla, fácil de tomar o de aplicar, no presentar toxicidad y ser lo más efectivo posible tanto en la erradicación del ácaro como en la de sus huevos, además de ser asequible económicamente y que pudiera utilizarse en todos los rangos poblacionales de edad⁵. No existe a día de hoy ningún tratamiento acaricida que cumpla con todos estos patrones, por lo que el criterio de elección se regirá por su eficacia, disponibilidad, coste del tratamiento, seguridad, edad del paciente y criterio del facultativo prescriptor^{42,43}.

En este caso, en función del tratamiento propuesto por el médico prescriptor, la estrategia para potenciar la adherencia se basará en acciones técnicas, conductuales y educativas que la fomenten.

Debido a la distribución típica de las lesiones de la escabiosis (figura 1), debemos hacer hincapié en que una correcta aplicación de la crema debe realizarse por todo el cuerpo, desde la base del cuello hasta la punta de los pies, no dejando ninguna zona a tratar, a excepción de la cara y cabeza, teniendo en cuenta las posibles excepciones en el caso de lactantes y ancianos.

Se debe incidir en las zonas más afectadas, como son los espacios interdigitales de manos y pies, axilas e ingles, genitales externos y surco anal. Dado que las uñas pueden contener ácaros o huevos al haberlos arrastrado durante el rascado, deben tratarse con la crema de la misma manera e incluso hay que recomendar cortarlas.

Una vez que hemos aplicado el tratamiento tópico, éste debe permanecer, como ya se ha dicho anteriormente, con la epidermis por lo menos durante 12 horas, tras lo cual puede procederse a una ducha o baño, y para ello es recomendable la utilización de agua templada.

Debe tenerse en cuenta que el prurito persistente en los pacientes con sarna, una vez ya han sido tratados, puede ser debido a respuestas de hipersensibilidad, y este prurito irá cediendo lentamente.

Se debe informar al paciente que la permetrina puede exacerbar temporalmente los signos de prurito, edema y eritema presentes en la infección por sarna o incluso que la aparición de estos puede desencadenarse tras la aplicación del tratamiento con permetrina⁴⁷.

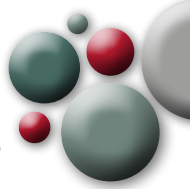
Factores relacionados con el estado de la enfermedad

Ya hemos comentado que los síntomas más importantes de la escabiosis son el prurito, especialmente el prurito nocturno, las líneas descamativas finas en forma de lápiz sobre la piel y las excoriaciones y/o lesiones que aparecen tras el rascado. Además, la erupción que genera la infestación del ácaro se manifiesta en forma de ronchas, pápulas, vesículas, nódulos pardos y túneles o surcos finos ligeramente descamativos diseminados. Y en casos más graves, se pueden observar excoriaciones y costras por el rascado. Estas lesiones cutáneas no desaparecen hasta que el paciente sea tratado correctamente⁴⁸.

Las medidas educativas deben ir orientadas a realizar una correcta información al paciente de la medicación y gravedad de la enfermedad, haciendo hincapié en la descripción de su sintomatología y en las posibles reacciones adversas del tratamiento, tratando de que el paciente sea capaz de identificarlas⁴⁵.

También es importante la coherencia en la recomendación de las medidas higiénico-dietéticas asociadas y complementarias al tratamiento.

Un aspecto importante de la enfermedad que hay que tener en cuenta, es que una vez finalizado el tratamiento frente a la escabiosis, el prurito puede persistir en torno a las 2-4 semanas sin que ello signifique el fracaso terapéutico; en el caso de que en el paciente



persistieran los síntomas o hubiera evidencia de la presencia de ácaros vivos, se debería valorar una prolongación del tratamiento o un cambio en la estrategia del tratamiento acaricida (ante la sospecha de la aparición de resistencias al tratamiento utilizado) ya sea por una administración o aplicación inadecuada del tratamiento inicial o bien por una reinfestación por una mala identificación o un tratamiento inapropiado de los contactos estrechos del paciente.

Factores relacionados con el sistema sanitario

La mala comunicación o ausencia de esta entre los profesionales sanitarios encargados de velar por la salud de los pacientes puede ser un motivo de la causa de abandono y fracaso terapéutico. Una vez diagnosticada la enfermedad y prescrito el tratamiento adecuado por parte del profesional de atención primaria, la concordancia entre los mensajes emitidos por todos los profesionales implicados (médico de atención primaria, farmacéutico comunitario y enfermería de atención primaria) ha de ser plena. El canal de comunicación es necesario y se convierte en una gran oportunidad en la posible mejora de la adherencia al tratamiento.

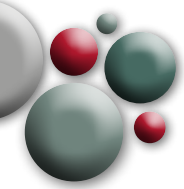
Factores socio-económicos

El entorno social o familiar de un paciente, así como su situación económica, son factores que pueden condicionar la adherencia terapéutica^{49,50}. Una de las acciones a realizar por parte de los profesionales sanitarios sería plantear al paciente si el coste del tratamiento para la erradicación de la escabiosis pudiera ser un factor que influyera negativamente en el cumplimiento terapéutico.

Las estrategias de la mejora de la adherencia por parte de los profesionales sanitarios deben ir encaminadas al conocimiento de la enfermedad, de los tratamientos disponibles, de las técnicas de educación y conductuales hacia el paciente en lo relativo al tratamiento y a las medidas higiénico-dietéticas y el seguimiento de la enfermedad.

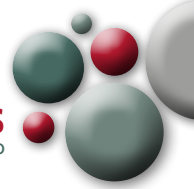
El *fracaso terapéutico* y las *recurrencias* son frecuentes, pero no se debería restablecer un nuevo tratamiento hasta pasadas 6 semanas tras el tratamiento ya que los síntomas y signos de hipersensibilidad pueden tardar este tiempo en resolverse. Según diversos autores, entre los posibles motivos de fracaso terapéutico, como citamos anteriormente, se incluyen^{9,41,51}:

- * No tratar simultáneamente a los contactos estrechos/convivientes.
- * No descontaminar ropas de cama y ropa del paciente en el momento del tratamiento.
- * Mala adherencia/cumplimiento terapéutico. Las áreas más frecuentemente no tratadas son los tobillos, pliegues interdigitales de los pies y la región sacra.
- * Error diagnóstico.
- * Irritación cutánea relacionada con los tratamientos tópicos.

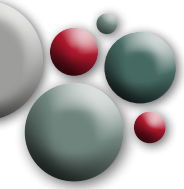


Bibliografía

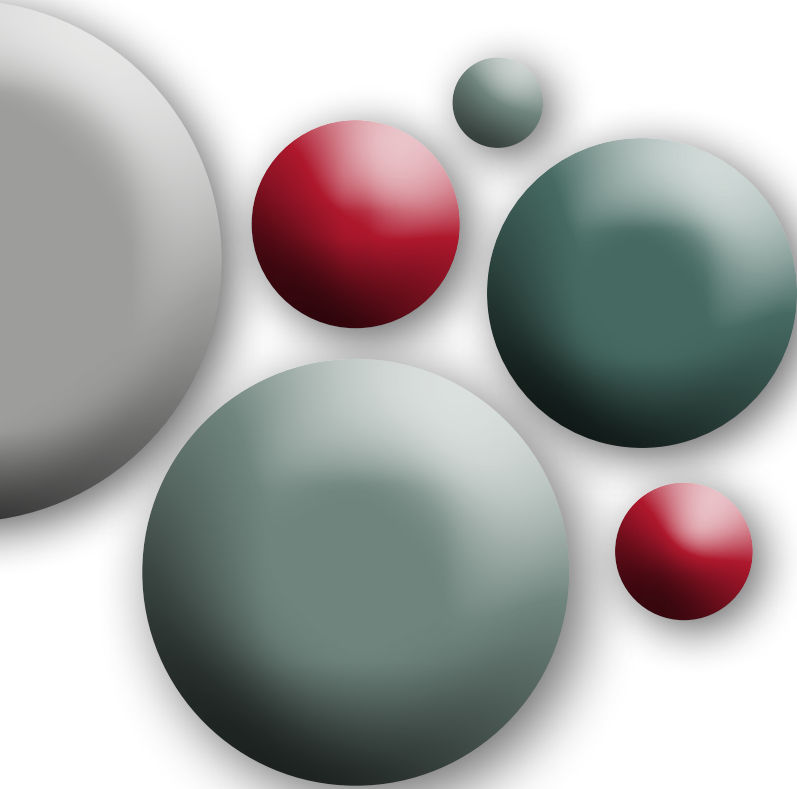
1. Lluch Galcerà JJ, Carrascosa Carrillo JM, Boada García A. Epidemia de escabiosis: los nuevos retos de una enfermedad ancestral. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2023;114(2):132-140.
2. Arora P, Rudnicka L, Sar-Pomian M, Wollina U, Jafferany M, Lotti T, et al. Scabies: A comprehensive review and current perspectives. In *Dermatologic Therapy*. 2020;33(4):1-12.
3. Ortiz-Flores MF, Rodríguez-Estavillo X, Arellano-Mendoza MI, Ponce-Olivera RM. Pediculosis y escabiosis: revisión de la literatura. *Revista Medicina Cutánea Revista Medicina Ibero Latino Americana*. 2022;50(2):69-81.
4. Casals M. Scabies: An epidemic within a pandemic. *Piel*. 2020;36(5):281-3.
5. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: A Neglected Global Disease. *Current Pediatric Reviews*. 2019;16(1):33-42.
6. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Skabies. *Deutsches Arzteblatt International*. 2021;118(41):695-704.
7. Dalmau Arias J, Vila AT, Peramiquel L, Sanz Puig L. Escabiosis clínica y tratamiento. *Farmacia Profesional*. 2004;18(11):48-50.
8. Cerro PA, Navarro-Bielsa A, Palma AM. RF - Scabies Outbreak During the COVID-19 Lockdown. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2022;113(5):516-8.
9. Chandler DJ, Fuller LC. A Review of Scabies: An Infestation More than Skin Deep. *Dermatology*. 2019;235(2):79-90.
10. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier J, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31:1248-53.
11. Campillos Páez T, Causín Serrano S, Duro Mota E, Agudo Polo S, Martínez Ramírez O, Sánchez de la Nieta JM. Escabiosis: revisión y actualización. *Medifam* 2002;12:442-452.
12. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, Callen J; *Dermatología*. 4th ed. Barcelona: Elsevier. 2019.
13. Lipner SR, Scher RK. Onychomycosis: clinical overview and diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:835-851.
14. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet*. 2000;355:819-826.
15. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2017 Jun 22;31(8):1248-58.
16. Dressler C, Rosumeck S, Sunderkötter C, Werner RN, Nast A. The Treatment of Scabies. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(45):757-62.
17. Welch E, Romani L, Whitfield MJ. Recent advances in understanding and treating scabies. *Fac Rev*. 2021; 10:28. PubMed PMID: 33817697.
18. Norihisa I, Akihiko A, Amagai M, Iijima M, Ishikawa O, Imamura H. "Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan". *Journal of Dermatology* 2008; 35:378-393.
19. Ficha técnica Sarcop [Internet]. [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62971/62971_ft.pdf
20. Johnstone SM. "Interventions for treating Scabies (review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 6: 1790-1862.
21. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. Tratamiento de la escabiosis. *Atención Primaria* 2022;22(3).
22. Scabies: Management - UpToDate [Internet]. 2023. [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: Scabies: Management - UpToDate.



23. Vasanwala FF, Ong CY, Aw CWD, How CH. Management of scabies. *Singapore Med J.* 2019; 60(6):281-5.
24. Ficha técnica Ivergalen [Internet]. [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/85728/FT_85728.pdf.
25. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3).
26. Hengge UR, Currie BJ, Lupi O, Schwarts RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet infect Dis* 2006;12: 769-779.
27. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOTPLUS [Internet]. 2023 [acceso marzo 2023]. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com>
28. Calamina [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOTPLUS. 2023 [acceso marzo 2023]. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/FichaPAH/462>
29. Herrería G. La guía definitiva para el cuidado de la piel. 1ª Edición. Sevilla: Sulimel; 2020.
30. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOTPLUS [Internet]. 2023 [acceso 11 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/Documentos/2022/12/12/328139.pdf>
31. Hidroquinona [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOTPLUS. 2023 [acceso marzo 2023]. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/FichaPAH/4968>
32. Weill A, Bernigaud C, Mokni M, Gil S, Elefant E, Chosidow O. Scabies-infested pregnant women: A critical therapeutic challenge. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021;15(1): e0008929.
33. Phillips B. Towards evidence-based medicine for paediatricians. *Arch Dis Child.* 2018;103(5):514-514.
34. Levy M, Martin L, Bursztejn AC, Chiaverini C, Miquel J, Mahé E, et al. Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study. *Br J Dermatol.* 2020;182(4):1003-6.
35. Puig LL. Parasitosis y zoonosis. En: Ferrándiz C, editor. *Dermatología clínica.* 4.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
36. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. [Internet]. 2019. [Acceso 24 abril 2023]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/2021-guia-practica-sdfa.pdf>
37. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso [Internet]. Madrid (España): Foro; 2008 [citado 03 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.sefac.org/pdf/consensoforoafcompleto.pdf>.
38. Álvarez-Salafranca M, Sánchez-Bernal J. Utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico de la escabiosis. *Semergen* [Internet]. 2021;47(1): e7-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.017>
39. Strong M, Johnstone P. Interventions for the treating scabies. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007(3).
40. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
41. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/4038>
42. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ.* 2005;331 (7517):619-22.
43. Golant AK, Levitt JO. Scabies: a review of diagnosis and management based on mite biology. *Pediatr Rev.* 2012;33(1): e1-12.



44. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-8.
45. Prats R, García-Zaragozá E, Gil-Girbau M, Murillo MD, Vázquez J, Vergoños A. GUIA ADH+ Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: Guía práctica para el farmacéutico comunitario. Barcelona. [Internet] 2017. [acceso Marzo 2023]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_O.pdf
46. Karthikeyan K. Treatment of scabies: newer perspectives. *Postgrad Med J*. 2005;81(951):7-11.
47. SARCOP 50 mg/g Crema. Prospecto. UNIPHARMA, S.A. Octubre, 2018 [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62971/62971_ft.pdf
48. Dalmau Arias J, Vila AT, Peramiquel L, Puig Sanz L. Escabiosis. *Farm Prof*. 2004;18(11):48-51.
49. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 2013; 4:91.
50. Cleemput I, Kesteloot K, DeGeest S. A review of the literature on the economics of noncompliance. Room for methodological improvement. *Health Policy Amst Neth*. 2002;59(1):65-94.
51. Gunning K, Kiraly B, Pippitt K. Lice and Scabies: Treatment Update. *Am Fam Physician*. 2019;99(10):635-42.



SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria



Con el patrocinio de:

