

I'm not a robot











## Comienzo sarna surco acarino

La sarna es una enfermedad parasitaria común que afecta a todas las edades, clases sociales, razas y países. El hacinamiento, la falta de higiene, la movilidad de la población, el retraso diagnóstico o el diagnóstico incorrecto facilitan su propagación. Se trata de una infestación muy pruriginosa y tiene una distribución de las lesiones característica que varían según la edad del paciente. Su diagnóstico es clínico y para ello debemos tener un alto índice de sospecha de sarna ante una dermatosis pruriginosa. El tratamiento de elección, por seguridad y escasos efectos secundarios, es la permetrina en crema al 5%. Es muy importante que se aplique de forma correcta y simultánea al paciente y sus contactos íntimos. La persistencia del prurito no indica fracaso del tratamiento y puede durar un mes después de la curación. La ivermectina oral es una alternativa válida cuando fracasa el anterior o la situación epidemiológica lo requiere. CASO CLÍNICO Acude a nuestra consulta del centro de salud una niña de cinco años de origen marroquí acompañada de su tía. Consulta por lesiones en ambas manos desde hace una semana, cree que no le causan ninguna molestia. No ha tenido fiebre, picor ni otros síntomas acompañantes. No ha visto otras lesiones en el cuerpo de la paciente y nadie en el domicilio presenta lesiones similares. En la exploración física presenta lesiones papulares, papuloerrosivas y erosivo-crostrosas en la cara flexora de la muñeca derecha; y menos numerosas en la muñeca izquierda (Figura 1). En tronco y extremidades presenta escasas lesiones papulares, sin lesiones de rascado asociadas. Con la sospecha clínica de sarna se cita al día siguiente con sus padres para conocer la situación familiar y explicar el tratamiento que debe realizr de forma conjunta toda la familia y los contactos cercanos. Su madre nos cuenta que hace unas semanas a su hermana mayor se le diagnosticó un problema de piel pero no realizó el tratamiento porque tuvo que ausentarse del país. También nos dice que hay varios adultos que conviven en el domicilio que se han quejado de forma ocasional de picor de piel. Figura 1. Lesiones típicas de sarna. Se aprecian lesiones papulosas y pápulo-crostrosas en la cara anterior de ambas muñecas
Mostrar/ocultar EL PROBLEMA EN NUESTRO MEDIO La sarna es una infestación cutánea que se produce con relativa frecuencia en nuestro entorno y que afecta a todas las clases sociales, por lo que debemos incluirla siempre en nuestro diagnóstico diferencial. La higiene escasa y el hacinamiento son factores importantes para su propagación. El diagnóstico incorrecto y la dilación en el inicio del tratamiento contribuyen a la diseminación de la enfermedad1. ORIENTACIÓN CLÍNICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA Ante la presencia de lesiones cutáneas sugerentes de sarna en un niño, debemos: ¿Qué es la sarna? La sarna es una enfermedad cutánea debida a la infestación y la sensibilización al ácaro Sarcoptes scabiei var hominis (Figura 2). Se caracteriza por ser intensamente pruriginosa, tener un patrón de distribución de lesiones característico y por afectar a los contactos cercanos íntimos del afectado2. Figura 2. Sarcoptes scabiei. Aspecto del parásito adulto en la visión directa al microscopio óptico tras el frotis de un surco acarino
Mostrar/ocultar ¿Qué debemos saber de la epidemiología de la sarna? La sarna es una infestación común, endémica en muchos países y de incidencia creciente en otros, que aparece de forma cíclica cada 15-30 años. Se calcula que afecta a unos 300 millones de personas en todo el mundo, y su presentación es más frecuente en los meses fríos y en las zonas urbanas3. Puede afectar a todos los niveles socioeconómicos con independencia de la edad, el sexo, la raza y el grado de higiene personal. El hacinamiento, los movimientos migratorios y el diagnóstico incorrecto facilitan su diseminación1. La transmisión de la sarna suele llevarse a cabo mediante contacto directo de persona a persona, en particular el contacto cercano, íntimo y prolongado, como el que existe entre padres e hijos; por lo que los bebés y los niños son susceptibles en particular a la infestación. Es raro que los niños se contagien entre sí en la escuela, ya que lo habitual es que no se dé el nivel de contacto necesario para la transmisión2. Es poco frecuente que la sarna se contagie de manera indirecta por manipulación o uso de ropa contaminada, excepto que existan altas cargas parasitarias como en la sarna crostrosa2, ya que fuera de la piel humana el ácaro solo sobrevive entre 24 y 36 horas1. Los humanos son la única fuente de contagio, dado que las variedades animales de Sarcoptes scabiei no suelen reproducirse en la piel humana y rara vez viven más de unos pocos días en un huésped humano2. Los niños pueden ser los únicos casos sintomáticos dentro de un grupo familiar3. En adultos jóvenes, el contacto sexual es el modo de transmisión más habitual. Desde la exposición inicial al ácaro hasta el desarrollo de los síntomas pueden pasar de cuatro a seis semanas (período clínicamente latente), hecho que facilita la transmisión de la infestación al estar el paciente sin diagnosticar ni tratar4,5. Si la persona ya ha estado infestada está sensibilizada y desarrollará síntomas, por lo general más leves, entre uno y cuatro días desde la exposición al ácaro2,4. El ácaro adulto hembra vive unos cinco semanas en la piel, donde hace túneles y pone 2-3 huevos al día; así, en la sarna clásica se encuentran entre 5-15 ácaros sobre el huésped infectado5,6. El número de ácaros en la sarna es directamente proporcional al riesgo de transmisión5. ¿Qué presentación clínica nos puede hacer sospechar sarna? La sarna tiene tres presentaciones clínicas básicas: la forma clásica, la forma crostrosa y la forma nodular5. La presencia de lesiones papulares, eritematosas y pruriginosas nos tiene que hacer pensar en una posible sarna clásica. La causa de la erupción es una reacción de hipersensibilidad a las proteínas del parásito2,5. Las lesiones se localizan de forma simétrica y bilateral, y afectan electivamente ciertas regiones como la cara anterior de las muñecas, la región interdigital y los tobillos, donde es frecuente observar el surco acarino, un pequeño túnel intrap epidérmico que excava el ácaro (Figura 3). El picor es el síntoma más característico, a menudo intenso, generalizado y que empeora por las noches. El prurito de carácter familiar es casi patognomónico de sarna. Sin embargo, la ausencia del cuadro familiar no excluye el proceso7. En los niños las lesiones suelen ser más inflamatorias que en los adultos, a menudo con vesículas. En los lactantes el cuadro puede presentarse de forma atípica como un ecema generalizado, con escaso prurito o que afecta localizaciones inusuales en edades más avanzadas, como por ejemplo cara, cuello cabelludo, palmas o plantas4,6 (Figura 4). Figura 3. Surco acarino. Se aprecian lesiones eritema papulo-papulosas lineales que corresponden al túnel excavado en la capa córnea por el ácaro
Mostrar/ocultar Figura 4. Lesiones atípicas de sarna. Erupción eritematoedematosa y descamativa en torno a la región axilar en un lactante. Se aprecia también una lesión nodular muy orientativa del diagnóstico
Mostrar/ocultar La sarna crostrosa o sarna noruega se produce en pacientes inmunocomprometidos (HIV, trasplantados) o que tienen incapacidad para rascarse, como es el caso de niños con retraso psicomotor. En estos casos, el número de parásitos es mucho mayor y la contagiosidad del cuadro aumenta de forma exponencial. Por último, la sarna nodular presenta lesiones nodulares, no crostrosas ni descamativas, con intenso prurito5. Estas lesiones tienden a persistir durante meses incluso después de la erradicación del parásito (Figura 5). Figura 5. Sarna nodular. Lesiones nodulares de tono parduzco en el miembro superior y el tronco
Mostrar/ocultar ¿Qué tipo de lesiones podemos encontrar? ¿Dónde se localizan las lesiones? 1.2 Las localizaciones más frecuentes en niños mayores y adultos son: Las localizaciones frecuentes de las lesiones en niños menores de 2 años son: ¿Cómo se diagnostica la sarna? En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico de la sarna es clínico. Aunque con frecuencia podemos realizar el diagnóstico de manera inmediata, en otras ocasiones necesitaremos un alto índice de sospecha, debido a la amplia gama de síntomas y presentaciones7. Se sospechará la posibilidad de sarna en un paciente que presente una erupción pruriginosa, cuyo picor empeora por las noches y es desproporcionado para los cambios observados en la piel, con lesiones y distribución característica que también pueden estar presentes en otros miembros de la familia. La presencia de surcos y eminencias acarinias aumenta la certeza diagnóstica2, aunque en personas asedadas pueden resultar muy difíciles de visualizar1.La sospecha clínica fundada es suficiente para iniciar el tratamiento de todos los contactos cercanos al mismo tiempo7. El diagnóstico definitivo se basa en la identificación de los ácaros, los huevos o sus heces. Para ello, se podrán utilizar distintas técnicas según el grado de experiencia y la disponibilidad: raspado del surco y eminencia acarina y visión directa al microscopio, prueba de la cinta adhesiva o la de la gota de tinta sobre la zona sospechosa, ampliación de la fotografía digital, dermatoscopia, videodermatocopia de alta resolución o biopsia de piel. Un resultado negativo no descarta la sarna2,5. ¿Con qué debemos realizar el diagnóstico diferencial?2,5 El diagnóstico diferencial de la sarna es amplio y se llevará a cabo con otras dermatosis pruriginosas (Tabla 1). Hay que tener en cuenta que el rascado puede modificar la apariencia de las lesiones y dificultar la detección de la lesión primaria. Asimismo, la probabilidad de un determinado diagnóstico varía en función de la edad del paciente y el entorno sociofamiliar. Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la sarna
Mostrar/ocultar ¿Cuáles son las complicaciones más habituales?5 ¿Qué debemos saber del tratamiento de la sarna? El objetivo del tratamiento es2,7: ¿Qué debemos hacer para asegurar el éxito del tratamiento? ¿Cómo sería el acaricida ideal? El acaricida ideal debería ser fácil de aplicar, no irritar ni sensibilizar, no ser tóxico y resultar eficaz contra el ácaro adulto y los huevos, además de económico y aplicable en todos los grupos de edad8. Hasta ahora, ninguno de los fármacos utilizados de manera tradicional para el tratamiento de la sarna reúne estos criterios y, por lo tanto, el tratamiento acaricida se elegirá según su eficacia, disponibilidad, coste, posible toxicidad, patrones de resistencias locales, edad del paciente y preferencia del facultativo5,7. Cuando se administran de forma correcta siguen siendo eficaces en la mayoría de las situaciones. En la actualidad, en nuestro país el tratamiento de elección es la permetrina en crema al 5% (sobre todo en lactantes, niños pequeños y mujeres embarazadas), mientras que la ivermectina oral es una alternativa eficaz en determinadas circunstancias2,7,9,10 (Drote de sarna en una institución, retraso mental, dermatitis asociada importante, etc.) según se recoge en múltiples estudios donde se compara la eficacia de la permetrina con otros acaricidas tópicos (lindano, benzoato de bencilo, crotamiton, etc.)2,10-12 y la ivermectina oral13. ¿De qué fármacos acaricidas disponemos? Otros tratamientos2,5 Otros consejos Anexo 1. Normas de aplicación de la permetrina y medidas de control2,5,6
Mostrar/ocultar Fallos del tratamiento2,5 RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO La madre acudió a nuestra consulta y nos informó de que la niña refería picor por las noches, y que la hermana también había sido diagnosticada con anterioridad del mismo proceso pero no había sido tratada. Asimismo, nos refirió picor en varios parientes convivientes en el mismo domicilio. Le explicamos cómo realizar el tratamiento en los cuatro adultos y los tres niños residentes en el domicilio, uno de ellos lactante. BIBLIOGRAFÍA Salud A-Z Sarna / Escabiosis La sarna o escabiosis es una infestación de la piel atestado contagiosa producida por el ácaro Sarcoptes scabiei var. hominis. En los últimos años se ha producido un aumento de incidencia en nuestro país, alcanzando dimensiones epidémicas. Se ha observado un repunte tras el confinamiento domiciliario derivado de la pandemia COVID-19 y el aumento del fracaso del tratamiento clásico con Permetrina tópica. ¿Por qué se produce? El Sarcoptes necesita penetrar en la piel de un huésped humano para desarrollar su ciclo de vida. Los adultos se aparean en la superficie de la piel y la hembra fecundada inicia la construcción de surcos en la piel donde va poniendo los huevos, de los cuales emergen las larvas que labran túneles laterales para migrar a la superficie donde alcanzan es estado adulto (precisa unas 3 semanas para completar el ciclo) La transmisión se produce por contacto estrecho (piel con piel), repetido y prolongado (más 5-10 minutos ) persona-persona. La transmisión indirecta por contacto con objetos, ropas, etc es menos frecuente ya que el parásito sobrevive 5-10 minutos) en las últimas 8 semanas. No debemos olvidar parejas, familiares cercanos, amigos íntimos o que frecuenten el hogar, ambas familias en caso de menores con más de 1 domicilio parental... El tratamiento de todos debe ser SIMULTÁNEO y debe REPETIRSE al cabo de una semana. Se recomiendan controles clínicos a las 4 y 8 semanas tras finalizar el tratamiento. Picor Una vez ha sido tratada la sarna, el picor puede persistir, pero irá cediendo lentamente. En ocasiones puede ser necesario emplear medicación específica para mitigarlo. La reaparición de picor tras el tratamiento puede ser un síntoma de reinfección, debe consultar con un profesional sanitario. Limpieza del hogar y tratamiento de la ropa: Toda la ropa empleada las últimas 72 h y el día posterior al tratamiento (incluida ropa de vestir, ropa de trabajo, guantes de trabajo, pijamas, sábanas, toallas, fundas de sillas y sofás, peluches...). Lavar en lavadora a 60º y no usar en el plazo de 3 días. La ropa delicada, abrigos, zapatos... que no se puedan lavar, puede ser desinfectados guardándolos en una bolsa cerrada durante 7-10 días. Evitar compartir prendas de vestir, toallas, ropa de cama hasta 24h posteriores al completar el tratamiento No se requiere fumigación de la casa ni tratamiento de mascotas o animales. Pase el aspirador a fondo en las superficies textiles (alfombras, cojines, sofás, butacas...) y no las use en los siguientes 3 días. Es muy importante seguir las instrucciones de administración, tiempo y número de días de tratamiento así como las medidas de desinfección indicadas por el profesional médico para asegurar el éxito de tratamiento. Contagiosidad Transcurridas 24 horas del primer ciclo de tratamiento (realizado de forma CORRECTA) el riesgo de contagio es mínimo, por lo que puede reincorporarse a sus actividades (trabajo, colegio...), siempre evitando contactos estrechos y prolongados hasta completar el 2º ciclo. Editor: Escuela Cánabra de Salud Servicio de Dermatología, Hospital U. Marqués de Valdecilla Última modificación:02/04/2024 Comentarios sobre el contenido: tu decides INTRODUCCIÓN: concepto, epidemiología, clínica y diagnóstico diferencialLa sarna o escabiosis es una ectoparasitosis, una infestación cutánea muy contagiosa y ubícuca causada por el ácaro humano Sarcoptes scabiei. La identificación temprana y el tratamiento oportuno de los sujetos infestados son esenciales, ya que el diagnóstico no realizado puede provocar brotes, una morbilidad considerable y una carga económica significativamente mayor. Por lo que respecta a su epidemiología, en las naciones industrializadas por lo general se observa de forma esporádica o como brotes institucionales. En muchas poblaciones del tercer mundo y áreas tropicales / subtropicales es una enfermedad endémica. En algunas comunidades urbanas y rurales de escasos recursos, su prevalencia puede alcanzar aproximadamente el 10% en la población general y el 60% en los niños.Clinicamente la característica prototípica es un intenso prurito generalizado que se intensifica por la noche. Las lesiones aparecen en los espacios interdigitales de manos y pies, superficie de flexión en las muñecas, glúteos, genitales, areolas mamarias y axilas. Suelo respetar la espalda y la cara. La lesión más específica es el surco acarino, en cuyo extremo se encuentra la eminencia acarina: zona de avance del surco y donde se encuentra el parásito. En axilas y genitales pueden aparecer nódulos (sarna nodular), que pueden persistir semanas después de curada la infección (nódulos persistentes).Suelen contagiarse los convivientes, ya que la transmisión se produce por contacto personal cercano, o indirectamente a través de la transmisión por fómites, como la ropa o las sábanas. Sarcoptes scabiei puede sobrevivir fuera del huésped hasta 24 a 36 horas. Las infecciones bacterianas secundarias ocurren comúnmente consecuencia del rascado.Es importante considerar la escabiosis en el diagnóstico diferencial de los cuadros que cursan con prurito, ya que el retraso diagnóstico de los casos primarios y un tratamiento incorrecto favorece la propagación del Sarcoptes scabiei y el contagio, además de la repercusión psicosocial que tiene para el paciente un prurito de larga duración.El diagnóstico diferencial de la sarna incluye: dermatitis atópica, eczema, urticaria papular, dermatitis herpetiforme, xerosis, liquen plano y picaduras de mosquitos, pulgas, chinches y otros ácaros.DIAGNOSTICO:No existe un algoritmo de diagnóstico clínico estandarizado para la sarna, aunque un historial de prurito difuso más intenso por la noche, la presencia de lesiones en al menos dos áreas típicas de la piel y un miembro de la familia con prurito es muy sugestivo de la infestación. La técnica estándar para el diagnóstico de la sarna consiste en la identificación del ácaro, los huevos o las heces mediante el examen microscópico de las escamas obtenidas por raspado de la piel (Test de Muller). A menos se necesitan pruebas repetidas en diferentes áreas para un diagnóstico concluyente y el raspado de la piel puede resultar molesto, especialmente en pacientes jóvenes. Por ello, no es bien aceptado por los pacientes, quienes pueden no cooperar o incluso rechazar el procedimiento. Además, esta técnica requiere acceso inmediato a un microscopio óptico, lo que hace poco útil en Atención Primaria, donde con frecuencia se realiza tratamiento empírico sin confirmación diagnóstica. Por su parte, aunque el surco acarino constituye una lesión patognomónica de la escabiosis, en la práctica clínica a menudo estas lesiones se encuentran excoriadas a causa del rascado, y resulta difícil identificarlas correctamente por parte de profesionales no experimentados.DERMATOSCOPIA DE LA ESCABIOSISLa dermatoscopia es un dispositivo de mano que permiten un aumento de x10 que generalmente se utiliza para el diagnóstico de lesiones cutáneas pigmentadas, pero que se ha visto útil en muchas otras patologías cutáneas. En el caso de la sarna, la dermatoscopia permite un diagnóstico de certeza inmediato en la misma consulta, al visualizar directamente el ácaro sin tener que recurrir a otros aparatos de difícil acceso.El signo dermatoscópico característico en la escabiosis son unas estructuras triangulares de color marrón (signo del ala delta) localizadas al final de unas líneas blanquecinas curvadas u onduladas (surco acarino). El conjunto ofrece una imagen que recuerda a un "avión con su estela". La estructura en ala delta del extremo ("el avión") se corresponde con la parte anterior del cuerpo del parásito hembra, por lo que su visualización implica confirmación diagnóstica. La utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico de la sarna ha sido demostrada por ensayos clínicos al mostrar una sensibilidad equivalente al test de Muller, incluso en manos inexpertas, con una especificidad discretamente inferior.CONCLUSIONES:La accesibilidad y facilidad en el empleo para los médicos de atención primaria del dermatoscopio en relación a la recogida de muestras y visualización bajo microscopio, apoya el creciente empleo de esta técnica en la exploración dermatológica mejorando las habilidades clínicas para tomar decisiones sobre el tratamiento.BIBLIOGRAFÍAMicali G, Lacarrubba F, Veiz AE, Chosidow O, Schwartz RA (2016) Scabies: Advances in Noninvasive Diagnosis. PLoS Negl Trop Dis 10(6): e0004691. A, Deham L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, Moyal P, Feuillade de Chauvin M, Petit A. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. J Am Acad Dermatol. 2007 Jan;56(1):53-62. doi: 10.1016/j.jaad.2006.07.025. Epub 2006 Nov 13. PMID: 17190621.Sola-García E, Blasco-Morente G. Escabiosis: la dermatoscopia puede ser la clave. Actual. Med. [Internet] 2017; 102 : (802): 178-179 DOI: 10.15568/am.2017.802.cd01Campillos Pérez Mª, T., Causiñ Serrano S., Duro Mota E., Agudo Polo S., Martínez Ramirez M. O., Sánchez de la Nieta Martín J. M., Escabiosis: revisión y actualización. Medifam [Internet]. 2002 Jul [citado 2021 Mar 31] : 121 ( 7 ) : 40-54. By Xavier Vilar, R1 de Medicina Familiar y Comunitaria del C.S. Benicàssim. Marzo 2021 La sarna, o escabiosis, es una infestación producida por el ácaro Sarcoptes scabiei var. hominis, parásito obligatorio del ser humano. Este ácaro completa su ciclo vital, de unos 15 días, en la parte más superficial de la piel, la epidermis, del ser humano. En la epidermis excava túneles donde se alimenta, elimina sus excrementos y deposita sus huevos. Una persona con la enfermedad, independientemente de lo extensa que sea su afectación, alberga en su piel unos 10 ácaros. Algunas personas ancianas o con alteraciones en la inmunidad, pueden desarrollar una forma infrecuente de sarna llamada "sarna crostrosa", antes denominada "sarna noruega". En estos casos, el huésped no se defiende contra el sarcoptes y puede albergar más de 1 millón de ácaros. En estos casos, el peligro de contagio a otras personas es mucho mayor. Esta enfermedad se conoce desde la antigüedad y su incidencia tiene variaciones a lo largo del tiempo, que no siguen un patrón determinado. Suelen diagnosticarse más casos en invierno. Está presente en todas las latitudes y afecta a personas de todas las edades, sexos, etnias, entornos culturales, condiciones higiénico-sanitarias y niveles socioeconómicos. Sin embargo, se producen más casos en zonas tropicales y en lugares donde hay convivencia cercana de un número elevado de personas y hacinamiento. Es una enfermedad de transmisión comunitaria (generalmente se adquiere dentro de las familias, o en escuelas, residencias, cuarteles, centros de acogida, campamentos de refugiados...). y también de transmisión sexual, por el contacto íntimo de piel con piel que implica una relación sexual. La transmisión se produce de humano a humano, a través del contacto personal cercano y prolongado. Se cree que hacen falta al menos 20 minutos de contacto cercano para transmitirla. Aunque el ácaro puede vivir fuera del cuerpo humano 3 días, en la sarna común, es muy infrecuente la transmisión a través de los objetos que han estado en contacto con un afectado. Sin embargo, en la variante infrecuente llamada "sarna crostrosa", en el que el afectado es portador de un número muy elevado de ácaros, el riesgo de transmisión a través de objetos es considerable. La sarna tiene tratamiento eficaz. Si se acude al médico y se cumplimentan el tratamiento de forma adecuada, se alcanza la curación completa. Eso sí, el tratamiento debe seguir rigurosamente las instrucciones, tanto para el afectado, como para todos sus contactos cercanos de, al menos, un mes antes del inicio de las molestias. La enfermedad puede afectar a cualquier persona, no importa cuál sea su clase social, etnia, edad, estado de salud y situación de higiene personal. Los animales de compañía o salvajes, no se afectan por este tipo de sarna. Otras variedades de sarcoptes generan distintos tipos de sarna en otros animales, que sólo pueden afectar al hombre de forma ocasional, transitoria y autocurativa, porque el ácaro de estas variantes no completa su ciclo vital en el humano. El ácaro Sarcoptes scabiei var hominis, penetra de manera silenciosa y excava sus madrigueras o túneles en las capas superficiales de la piel. En un periodo de entre 3 y 6 semanas, nuestro organismo reacciona contra el intruso, generando una repuesta de nuestras defensas. Esta reacción contra el ácaro es la que causa el picor intenso y las erupciones que podemos apreciar en la piel. El picor empeora por la noche, impide el descanso e induce, sin remedio, al rascado. La sarna humana, en la mayoría de los casos, se contrae por contacto cercano y prolongado con una persona que la padece. Los dermatólogos, que ven sarna con mucha frecuencia en su actividad clínica insisten, por una parte, en que la sarna no afecta específicamente a familias pobres, niños escudados o personas con higiene inadecuada. Por otra parte, que se contagia casi exclusivamente a través del contacto con otra persona. La hembra grávida, pasa desde el afectado a un nuevo huésped a través del contacto cercano y prolongado piel con piel. A partir de ese momento, se inicia el proceso que conduce a la enfermedad: el ácaro excava un túnel, se alimenta de restos de la piel, excreta sus deyecciones, y pone huevos de los que nacerán nuevos ácaros. Semanas más tarde se produce la reacción inmunitaria del afectado contra el ácaro, que genera los síntomas y las manifestaciones en la piel. Hasta ese momento, el nuevo afectado, no es consciente de que padece la enfermedad y puede contagiar a otros. Esto explica la importancia de que todos los contactos cercanos de un afectado, desde un mes antes del inicio de los síntomas, hagan el tratamiento. El síntoma inicial y más común de la sarna es el picor, que es más intenso por la noche y con frecuencia es imposible de controlar y obliga al rascado. Los niños muy pequeños, sin el reflejo del rascado suficientemente desarrollado, pueden manifestar su molestia con irritabilidad, llanto y dificultad para dormir y alimentarse. Las personas con una inmunidad contra el ácaro disminuida, es frecuente que no sientan picor. La erupción más habitual que acompaña a la sarna, es la presencia de pequeños granos rojos, que llamamos pápulas. La erupción más típica es el llamado "surco acarino", una línea sinuosa, visible con el ojo humano, de 2-15mm, que corresponde al surco que el ácaro ha excavado en la epidermis, en cuyo extremo está alojado. Siendo tan característico, no es fácil observarlo, debido al rascado o a la infección por bacterias. En casos más avanzados, las pápulas se extienden, aparecen erosiones, erupciones similares a ecema, signos de infección y, en ocasiones, ampollas de contenido líquido. En el caso de la variante infrecuente crostrosa, se puede manifestar con amplias zonas cubiertas de crostras o descamación. Las localizaciones más típicas son: entre los dedos de las manos, muñecas, axilas, pies, cintura, glúteos, cara interna de muslos, areola y genitales en hombres. En casos evolucionados, toda la piel puede afectarse. La cara, la cabeza y las plantas de los pies, sólo suele afectarse en niños menores de un año o en casos de "sarna crostrosa". Tener en cuenta las localizaciones preferentes, es muy valioso para diferenciar la sarna de otras enfermedades de la piel que también cursan con picor y erupción. La infección bacteriana de las lesiones que la sarna ha originado en la piel, es la complicación más frecuente. Las heridas provocadas por el rascado, las condiciones higiénicas deficientes y el retraso en el tratamiento, favorecen esta complicación. En ambientes donde el acceso a la sanidad es inadecuado, esta infección bacteriana mantenida y no tratada, puede conducir a problemas de salud importantes, como son la enfermedad renal y cardíaca. En casos de sarna de larga duración, la dificultad para el descanso, el picor mantenido y el estigma asociado a la enfermedad, generan complicaciones en la esfera psicológica. El personal sanitario que atiende a una persona con picor hará preguntas que sirvan de orientación clínica y realizará un examen detallado de la piel completa del afectado. Pondrá especial atención a los espacios entre los dedos de las manos, los genitales y las areolas mamarias. La Alianza Internacional para el control de la Sarna (IACS son siglas de su nombre en inglés) establece la posibilidad de diagnosticar la sarna con tres niveles de seguridad: confirmada, clínica o sospechosa. El examen visual de la piel, acompañado de los datos de historia clínica y la situación epidemiológica del entorno del paciente son suficientes, en la mayoría de los casos, para que el personal sanitario pueda establecer un diagnóstico de sarna clínica. Para facilitar ver los surcos, el sanitario que hace la exploración puede usar luz ultravioleta o tinta sobre las zonas sospechosas. Es habitual que el médico utilice también un dispositivo de aumento provisto de diferentes fuentes de luz (dermatoscopio y otras técnicas de alta resolución) con el que puede ver mejor las estructuras del surco, incluida una porción del ácaro en su extremo. También puede visualizar el ácaro, sus heces o sus huevos, usado un microscopio convencional, en el que analiza el material obtenido del surco, bien por raspado o utilizando cinta adhesiva. La visualización del ácaro o sus productos, con cualquiera de estas técnicas, supone un diagnóstico de sarna confirmada. Hay casos en los que las manifestaciones clínicas son atípicas, pero hay datos en el entorno del afectado o en la exploración que, aunque no permiten el diagnóstico de sarna clínica o confirmada, suponen un diagnóstico de sarna sospechosa. Entre la población general, la sarna es más común en aquellos que tienen contacto físico estrecho y regular con numerosas personas, como sucede en los niños, las personas que viven en instituciones, como residencias de ancianos o centros de acogida, y las personas que viven en condiciones de hacinamiento, como los campamentos de refugiados. En algunos estudios llevados a cabo en zonas tropicales de bajos recursos, los niños menores de 10 años son los más afectados. Sin embargo, en distintos estudios recientes de países europeos, los adolescentes y adultos jóvenes son la población más afectada, lo que se ha relacionado con el contagio sexual. No es infrecuente que la sarna genere brotes entre los residentes y trabajadores de instituciones de cuidado de ancianos o personas dependientes. El cuidado diario de los residentes (vestido, higiene corporal, acceso a la movilidad...), suponen un contacto estrecho entre cuidador y cuidado. Y la rotación de contactos estrechos con otros cuidagos o cuidadores, es muy elevada. Esto favorece la diseminación de la enfermedad en el centro, en el caso de que un trabajador o residente, padezca sarna. Por otra parte, los ancianos pueden tener envejecida su capacidad de defensa contra el ácaro. Esta característica, llamada inmunosenescencia, favorece el desarrollo de la variante llamada "sarna crostrosa". Esta variante es más contagiosa que la variante común, puesto que el afectado alberga un número elevadísimo de ácaros. También es más fácil que no se diagnostique a tiempo, ya que sus manifestaciones clínicas no se parecen a la de la sarna común. El diagnóstico y el tratamiento tardíos también favorecen la diseminación. Para acabar con un brote de sarna, debemos controlar tres frentes: el tratamiento del afectado, el tratamiento de todos sus contactos, y la descontaminación del ambiente. La sarna puede tratarse con medicamentos aplicados sobre la piel o tomados por boca. En España, los más usados son la crema de permetrina al 5% y los comprimidos de ivermectina oral. Tanto los tratamientos tópicos como el oral, se utilizan en aplicación/dosis únicas. Todos ellos son insecticidas que elimina el ácaro, pero no son muy eficaces contra los huevos, por lo que debe repetirse el tratamiento, siguiendo la pauta que recomiende el médico, para actuar sobre los ácaros que hubieran nacido de los huevos. En el caso de la permetrina y la ivermectina, suele recomendarse repetir la aplicación/dosis tras 7-15 días de la primera. Los insecticidas tampoco son eficaces contra la dermatitis y el picor que ha producido la reacción de la persona afectada contra el ácaro. Por tanto, tras un tratamiento eficaz, el picor y las erupciones, suelen tardar unas cuatro semanas en desaparecer. En ocasiones el médico puede recetar cremas hidratantes o comprimidos para ayudar a controlar estas molestias. Una parte esencial del tratamiento es el análisis detallado de cuáles han sido las personas que han tenido contacto con el afectado en el mes anterior a empezar a notar síntomas, puesto que todos ellos, tengan síntomas o no, deben hacer el tratamiento en el mismo día, para evitar re-contagos. La ivermectina es un medicamento oral que, en el caso de la sarna, se aconseja tomar en dosis única, dependiendo del peso corporal y con alimento graso, que aumenta su absorción. Cuando se utiliza para tratar otras enfermedades, se aconseja tomarlo en ayunas. No se ha probado su seguridad en niños menores de 15 kg o en embarazadas, por lo que, de momento, no puede usarse en estas personas. La permetrina es un insecticida sintético, similar a los piretroides procedentes de ciertas flores. Se ha demostrado que es un medicamento seguro, indicado en niños a partir de los dos meses de edad, embarazadas y adultos. En algunos pacientes, puede producir irritación de la piel. En ocasiones se sospecha resistencia a los medicamentos más usados y el médico recomienda contacto más prolongado con los productos tópicos, repetición de ciclos, o combinación de tratamientos oral y tópic. También se usan otros productos tópicos eficaces contra la sarna, como la ivermectina tópica, el benzoato de bencilo y la vaselina azufrada. Esta última, es la indicada en niños menores de dos meses. Se espera que otros medicamentos, actualmente en estudio, tengan mayor facilidad de empleo, eficacia y seguridad. Los tratamientos tópicos, siendo eficaces, no son fáciles de cumplimentar. Para que sean útiles, su modo de aplicación debe seguir una pauta muy cuidadosa. Antes de la aplicación, hay que recortarse las uñas. Tanto en adultos como en niños, se aconseja aplicar la crema con la persona desnuda y con ayuda, de forma que se asegure acceder bien a todas las zonas de la piel. La crema debe cubrir la piel de todo el cuerpo, desde la mandíbula y pliegues de detrás de las orejas hasta las puntas de pies. En niños menores de un año y en casos de "sarna crostrosa", también hay que aplicar en la cabeza y la cara, evitando alrededor de ojos, orificios nasales y boca. Debe ponerse especial atención en acceder a todos los pliegues de la piel y bajo las uñas. La crema debe estar 10-12 horas en contacto con la piel, tras las que se retira con una ducha. Si en este tiempo, la persona tratada se lava alguna parte del cuerpo (manos, zona del pañal...) debe repetir la aplicación en la zona lavada. Se recomienda hacer descontaminación del ambiente, a pesar de que es muy difícil el contagio a través de objetos (salvo en casos de "sarna crostrosa"). Se debe lavar la ropa que se haya usado la semana anterior al tratamiento, manteniéndola al menos 10 minutos a 50 grados; o meter las prendas en el congelador, al menos 5 horas a -10 grados; o meter las prendas en una bolsa cerrada donde, tras una semana sin contacto con el humano, queda descontaminada. Las superficies deben lavarse de forma habitual y, en las superficies que no pueden lavarse, usar la aspiradora, muy eficaz contra los ácaros. El factor crítico en el tratamiento de la sarna es evitar el recontagio, que es muy posible a partir de contactos que no tienen síntomas y no se han tratado. Para que el tratamiento sea útil, el ácaro debe eliminarse en todo el núcleo de convivencia y de forma concomitante. Por tanto, deben hacer el tratamiento el mismo día todas las personas que han tenido contacto cercano con el afectado desde un mes antes del comienzo de los síntomas, ya sea sexual, familiar o laboral (en instituciones de cuidados). Si usted tiene picores, de predominio nocturno, lesiones en la piel similares a las que se describen en el apartado 5 y, más aún si hay personas de su entorno con problemas similares, debe acudir cuanto antes al médico. Si se le diagnostica sarna, recuerde que esta enfermedad no refleja descuido ni falta de higiene y tiene un tratamiento eficaz, siempre que se cumpla de manera rigurosa. Debe analizar cuáles han sido sus contactos, y avisarles porque tanto usted como sus contactos, deben cumplir adecuadamente el tratamiento y la descontaminación ambiental. Evite intentar curarse con remedios que no han demostrado eficacia contra el ácaro, aunque puedan calmar las molestias. Entre ellos, remedios caseros, como gasolina o ciertos aceites esenciales, lavados exhaustivos o con detergentes específicos, traumatizando o raspando su piel con la pretensión de eliminar el ácaro, o aplicando cremas de cortisona que enmascaran el picor y la dermatitis, pero favorecen la diseminación de la infestación. Utilice solamente los productos que le recomiende el médico y de la manera en la que le indique usarlos. Antiparasitarios. Permetrina, Ivermectina Dermatitis por contacto o Eczema de contacto Infecciones bacterianas de la piel. Impétigo, Síndrome de la piel escaldada estafilococcica, Foliculitis, Forúnculos y ántrax, Abscesos cutáneos, Celulitis y Erisipela Prurito

- https://deorgroep.com/userfiles/files/7e415e6a-e21d-4b54-accd-79cad784204.pdf
- dicuyuy
- https://ovodaprojekt.lenti.hu/feltoltes/files/52784779675.pdf
- functional reach test pdf
- hodupece
- miko
- what should a resume summary say