

Como citar este artigo: Pinho P, Norton P. Criação de um Protocolo de Atuação em caso de Escabiose no Centro Hospitalar de São João, na sequência de um surto de pequena dimensão. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2020, 9, 31-38. DOI: 10.31252/RPSO.17.01.2020

## **CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO DE ESCABIOSE NO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, NA SEQUÊNCIA DE UM SURTO DE PEQUENA DIMENSÃO**

### CREATING GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF SCABIES AT SÃO JOÃO HOSPITAL, FOLLOWING A SHORT EXTENT OUTBREAK

TIPO DE ARTIGO: Artigo Original

AUTORES: Pinho P<sup>1</sup>, Norton P<sup>2</sup>

#### RESUMO

##### Introdução

Surto de escabiose são frequentes em hospitais por todo o mundo, todavia a abordagem para controlar esse tipo de situação não está universalmente protocolada, existindo diversas metodologias para o fazer. Neste artigo descrevemos um surto hospitalar de pequena dimensão, que foi controlado com sucesso com um protocolo de abordagem criado para o efeito.

##### Metodologia

Na sequência de um surto de escabiose num hospital universitário, foi criado e posto em prática um protocolo que incluía medidas de tratamento e controlo. Foram analisados os dados relativos ao número de casos de funcionários hospitalares infetados e a eficácia da instituição do protocolo criado, seis semanas depois.

##### Resultados

O diagnóstico tardio de escabiose em doente internada numa enfermaria de Medicina Interna condicionou a infeção de oito funcionários, que se apresentaram sintomáticos cerca de um mês após o internamento da doente. Estes foram submetidos a tratamento e pesquisaram-se contactos para realizarem profilaxia, de acordo com o protocolo de atuação criado. Não houve recorrência de casos após seis semanas.

##### Discussão

O reconhecimento precoce da doença é fundamental para prevenir os surtos hospitalares. Nesse sentido foi desenvolvido um tríptico informativo destinado aos profissionais de saúde. As opções para terapêutica e profilaxia são vastas, mas a chave para a resolução do surto encontra-se no *timing* do tratamento dos casos e profilaxia dos contactos, que devem iniciar-se simultaneamente ou num período não inferior a vinte e quatro horas.

**Palavras-chave:** escabiose, surto, *guidelines*, tratamento, saúde ocupacional.

#### ABSTRACT

##### Background

Scabies outbreaks are common in hospital facilities around the world, nevertheless the management of such outbreaks is not universally defined, and so several approaches are valid. In this article we describe a short extent hospital outbreak, successfully controlled after the creation and institution of guidelines for the management of scabies.

##### Methods

Following an outbreak of scabies at a teaching hospital, a guideline for control and scabies treatment was created and applied. Data regarding the number of cases of hospital employees infected and the efficacy of the implemented guideline was analyzed six weeks later.

##### Results

Late diagnosis of scabies on a patient admitted to the Internal Medicine ward resulted in infection of eight hospital employees, who presented themselves with symptoms one month after the patient admission. They

<sup>1</sup> **Paulo Pinho**

Serviço do Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de São João. Morada para correspondência dos leitores: Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto. Email: paulo\_r\_pinho@hotmail.com

<sup>2</sup> **Pedro Norton**

Diretor de Serviço do Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de São João; Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal. 4200-319 Porto. Email: pedro.norton@hsjao.min-saude.pt

were submitted to treatment and possible contacts were surveyed for prophylaxis, according to the established guideline. There was no recurrence of cases after six weeks.

### Discussion

Early recognition of a case of scabies is essential to prevent hospital outbreaks. In this sense we developed an informative triptych intended for health professionals. There are several possible therapeutic and prophylactic approaches to the disease, but the key to the rapid resolution of an outbreak is the timing for the treatment of cases and prophylaxis of contacts, which should be instituted simultaneously or within a 24 hour period.

**Keywords:** scabies, outbreak, guidelines, treatment, occupational health.

## INTRODUÇÃO

A escabiose é uma infecção cutânea causada pelo ectoparasita *Sarcoptes scabiei* variante *hominis*.

Tanto os casos isolados de escabiose como os surtos em instituições representam um problema de saúde pública, com custos económicos e psicossociais relevantes. Apesar de não se apresentar como uma patologia grave, na presença de comorbilidades (como imunodepressão ou idade avançada), a escabiose pode complicar-se indo de sobreinfecção cutânea bacteriana, glomerulonefrite pós-estreptocócica<sup>1,2</sup>, sépsis ou morte.

Apesar da prevalência da doença estar globalmente a diminuir, é uma das infeções cutâneas mais frequentes, com picos de ocorrência sazonal no Inverno e uma prevalência anual mundial estimada entre 105 a 300 milhões de casos<sup>1,3</sup>.

O contágio inicia-se com a transferência de uma ou mais fêmeas “grávidas” de um indivíduo infestado para um indivíduo são, no qual depositam os ovos na camada córnea cutânea, onde maturam, procriam e iniciam novo ciclo reprodutivo.

A infecção por escabiose pode ser classificada como típica ou atípica, esta última também conhecida como escabiose em crostas ou norueguesa. A infecção típica caracteriza-se por prurido intenso de agravamento noturno e eritema maculopapular habitualmente localizado nos pulsos, pregas digitais, fossa antecubital, pregas axilares anteriores, mamas, região abdominal, genitais e nádegas. A face e o couro cabeludo raramente são atingidos no adulto. Os sulcos acarinos ou túneis são lesões patognomónicas e podem ser observadas em casos mais graves, nas regiões intertriginosas, mais frequentemente nas pregas interdigitais. A infecção atípica é uma forma agravada da escabiose típica, que ocorre quando o diagnóstico ou tratamento são tardios e envolve colonização por centenas a milhares de parasitas. É mais comum em doentes institucionalizados ou imunodeprimidos<sup>4</sup>. Caracteriza-se por lesões hiperqueratócitas e descamativas, podendo ser confundida com psoríase. Esta forma é altamente contagiosa. Numa primoinfecção, o intervalo entre a exposição e o início de prurido é de quatro a seis semanas. Em caso de reexposição, os sintomas podem aparecer mais rapidamente, em um a quatro dias. No caso da escabiose atípica, a primoinfecção pode desenvolver-se em apenas alguns dias.

O parasita necessita da pele humana para completar um ciclo de vida completo, não conseguindo sobreviver fora do hospedeiro mais do que três a quatro dias. Assim, a transmissão da escabiose ocorre quase sempre por contacto direto pessoa-a-pessoa prolongado<sup>5</sup>. Atividades que envolvam contacto cutâneo perpetuado (como dar banho, aplicar loções corporais, massajar pele) são mais suscetíveis de causar transmissão<sup>6</sup>. A contaminação pode também ocorrer através de roupa, lençóis ou toalhas, principalmente na escabiose atípica<sup>5</sup>. Um indivíduo exposto é imediatamente uma fonte de infecção potencial, ainda que assintomático.

Surtos hospitalares são geralmente consequência da admissão de doentes com escabiose atípica, diagnosticada tardiamente<sup>7,8,9</sup>. Muitos doentes e profissionais são infetados antes de ser feito o diagnóstico de escabiose atípica, levando a surtos de grande dimensão, prolongados no tempo e de difícil controlo<sup>7</sup>.

O estabelecimento do diagnóstico pode ser epidemiológico, consistindo na presença de três indicadores altamente sugestivos: 1) observação de sulcos acarinos, 2) presença de prurido de agravamento noturno e 3) aparecimento de novos casos relacionados<sup>7,8</sup>.

A transmissão do parasita a nível institucional é modificada por fatores como a carga parasitária, a identificação precoce dos casos e contactos ou a duração do período de exposição<sup>6</sup>.

Os surtos provocam ansiedade entre os trabalhadores, podem resultar no encerramento de enfermarias, disrupção na assistência médica prestada e custos excessivos<sup>7</sup>. Desta forma, é fundamental abordar estas situações atempadamente e de forma sistemática.

## METODOLOGIA

Descreve-se neste artigo um conjunto de casos clínicos associados a um surto de escabiose de pequena dimensão, ocorrido no Hospital de São João, um hospital universitário na cidade do Porto, Portugal, com uma lotação de cerca de 1100 camas de internamento. Na sequência do surto de escabiose, foi criado e posto em prática um protocolo, que incluía medidas de tratamento e controlo da doença.

Dada a sensibilidade limitada do diagnóstico laboratorial<sup>7</sup>, a verificação do diagnóstico epidemiológico foi o critério para considerar os casos: presença de lesões cutâneas características, prurido de predomínio noturno e aparecimento de novos casos em contactos<sup>10</sup>. Foi ainda avaliada a eficácia do protocolo criado.

## RESULTADOS

### Caso “Fonte”

Deu entrada no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de São João uma doente do género feminino, caucasiana, com 89 anos de idade, parcialmente dependente para as atividades da vida diária (nomeadamente para os cuidados de higiene, assegurados por uma instituição que se deslocava ao domicílio), que deambulava com andarilho e com as capacidades cognitivas relativamente bem preservadas. Foi transportada a esse serviço por apresentar um quadro de prostração, confusão, agressividade e recusa alimentar com três semanas de evolução, sem febre ou outras queixas. Tinha antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e fratura bilateral do colo do fémur, à esquerda em 2008 e à direita em 2013. Medicada habitualmente com ramipril, hidroclorotiazida+ amilorida, pentoxifilina, levotiroxina sódica, sertralina, lexotan e estazolam (este último desde o início do quadro de agitação). Ao exame objetivo à admissão apresentava-se com Glasgow 15, com períodos de agitação, apirética e hemodinamicamente estável. Apresentava maus cuidados de higiene e um *rash* maculo-papular pruriginoso generalizado, com lesões escoriadas, em evolução progressiva desde há três meses, pelo que se encontrava medicada com lepicortinolo 20mg id PO e hidroxizina 25mg id PO. Foi internada no Serviço de Medicina com a hipótese diagnóstica de toxicodermia medicamentosa e alteração do comportamento secundária ao tratamento farmacológico. Foi observada por Dermatologia que descreveu as lesões como um eritema generalizado com descamação difusa na região palmar com acentuação nas pregas, descamação e esboço de sulcos acarinos, bem como descamação pré-

auricular psoriforme, sugestivos de escabiose. Foi colhido material para biópsia cutânea e raspado para observação direta e pesquisa de ácaros, que se revelou negativa. Foi recomendado o isolamento da doente. Após conversa com familiar, foi revelado que havia história recente de dois filhos da doente com lesões cutâneas, bem como duas funcionárias da instituição que lhe prestava os cuidados de higiene. A própria doente teria cumprido três dias de terapêutica com enxofre dois meses antes, com melhoria, mas sem remissão das lesões.

A situação clínica da doente agravou-se progressivamente, com depressão do estado de consciência e acidose respiratória refratária ao tratamento médico, tendo falecido uma semana após a admissão no internamento.

Cerca de quatro semanas após a admissão desta doente, uma enfermeira e uma assistente operacional, em funções na enfermaria de Medicina Interna em questão, foram diagnosticadas com escabiose.

### **Protocolo de Atuação**

Na sequência do diagnóstico de escabiose em dois profissionais de saúde da mesma enfermaria e perante a elevada suspeição de haver sido internada uma doente com escabiose, foi feito um rastreio de contactos nesse serviço, solicitando a todos aqueles que se apresentassem sintomáticos ou assintomáticos mas que tivessem tido contacto próximo e/ ou prolongado com um caso (doente ou profissional de saúde), que se apresentassem no Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) logo que possível. Foram diagnosticados mais seis casos sintomáticos em profissionais de saúde (dois assistentes operacionais e quatro enfermeiras), não tendo havido contactos assintomáticos.

Os trabalhadores infetados foram imediatamente referenciados ao Serviço de Dermatologia, que fazia a confirmação diagnóstica, prescrição terapêutica e sugestão dos dias de ausência profissional necessários. O SSO assegurou a justificação da ausência profissional através do preenchimento da Ficha de Aptidão com inaptidão temporária para o trabalho, para que o funcionário não perdesse o direito à remuneração nos dias de ausência. Posteriormente, o funcionário era encaminhado à farmácia hospitalar para aquisição gratuita da medicação prescrita pela Dermatologia.

De uma forma geral, as orientações internacionais recomendam que se utilize como terapêutica de primeira linha a permetrina tópica a 5% ou ivermectina 200 µg/Kg, PO<sup>4,5,14</sup>. No entanto, nenhuma das opções se encontram disponíveis no mercado português, pelo que foi necessário recorrer a outras soluções.

A terapêutica selecionada neste caso, o enxofre, representa o mais antigo tratamento escabicida. Pode ser usado em preparações de concentração variável, sendo a ideal entre 6-10%. É usado com frequência em países em vias de desenvolvimento, com menos recursos económicos, e tem-se revelado uma terapêutica eficaz, muito barata e segura<sup>5,15</sup>, aplicada no regime de três noites consecutivas. Tem os inconvenientes de manchar a roupa, de ter um odor desagradável e de poder causar alguma irritação cutânea. No único caso em que não foi tolerado o preparado de enxofre, foi feita terapêutica com benzoato de benzilo (Acarilbial®), também barata e eficaz, necessitando de aplicação em três noites consecutivas<sup>5</sup>.

Os casos descritos foram abordados com o seguinte regime terapêutico: um preparado de Enxofre a 8% em vaselina esterilizada, num total de 100 gramas. Juntamente com o preparado, foi fornecido um panfleto informativo com as indicações para a aplicação e medidas de higiene necessárias (Quadro 1). No caso de ter sido necessário fazer profilaxia aos contactos, o regime farmacológico seria o mesmo.

#### **Quadro 1- Indicações para realização do tratamento e medidas de higiene, fornecidas juntamente com a prescrição.**

- Aplicar o produto manipulado ao deitar, desde o queixo até à planta dos pés, com especial atenção às pregas cutâneas.
- Vestir roupa lavada e fazer também a cama com roupa lavada.
- Deixar o produto atuar durante a noite (não menos de oito horas) e retirá-lo com banho quente de manhã, com água e sabão. Secar bem o corpo com toalha lavada antes de vestir roupa também lavada.
- Repetir o procedimento por três noites consecutivas, tendo em atenção a necessidade de vestir roupa lavada e usar roupa de cama e de banho lavadas durante os três dias.
- Todas as roupas, roupas de cama e de banho usadas nos quatro dias anteriores ao tratamento e durante os três dias do tratamento devem ser lavadas na máquina de lavar roupa a 60°C, por um período mínimo de dez minutos. O que não pode ser lavado na máquina, deverá ser colocado num saco preto de plástico bem fechado durante sete dias.

Os contactos pertencentes ao agregado familiar dos profissionais de saúde infetados foram aconselhados a dirigirem-se ao respetivo médico de família para avaliação.

Quando regressaram novamente à atividade profissional, os trabalhadores dirigiram-se ao SSO para atualização da Ficha de Aptidão como aptos para a atividade profissional.

## **DISCUSSÃO**

Os surtos hospitalares de escabiose surgem frequentemente após a admissão de um doente com escabiose atípica não diagnosticada<sup>7,8</sup>, tal como se verificou neste caso. As lesões descritas pela Dermatologia, descamativas e psoriformes, são características da escabiose atípica, apesar de não haver confirmação microscópica. O doente que representa a fonte de contágio é tipicamente imunocomprometido ou idoso, debilitado e ou institucionalizado<sup>11</sup> e o diagnóstico das suas alterações cutâneas é geralmente estabelecido como tratando-se de outra patologia dermatológica, necessitando de terapêutica com corticosteroides<sup>7</sup>. A corticoterapia propicia o atraso diagnóstico, uma vez que mascara os sinais e sintomas, podendo agravá-los<sup>8</sup>. No caso relatado, a informação obtida por parte dos familiares sobre um surto domiciliário e a avaliação por Dermatologia que sugere o diagnóstico de escabiose e o isolamento de contacto só ocorrem cerca de 48h após a admissão, intervalo no qual foi possível o contágio aos profissionais de saúde. Apesar de não ter sido estabelecido um diagnóstico definitivo, que requer a visualização do parasita ou ovos em microscopia ótica, de um raspado ou biopsia de pele afetada, uma vez que a biópsia cutânea nunca se realizou e o resultado da microscopia foi negativo, não se pode excluir o diagnóstico de escabiose. A própria sensibilidade da microscopia ótica depende do examinador<sup>8</sup>.

A literatura não evidencia um consenso em relação à melhor forma de controlar um surto de escabiose em meio hospitalar<sup>7</sup>. O controlo de surtos de escabiose em instituições assenta no diagnóstico precoce da doença, na constituição de uma equipa multidisciplinar, na determinação da extensão do surto e dos fatores de risco de disseminação, na implementação de procedimentos de controlo de infeção, na educação adequada dos indivíduos em risco e na desinfeção ambiental concomitante<sup>11,12</sup>. Quando a exposição prolongada a um caso de escabiose atípica resulta em múltiplos casos de infeções secundárias, a instituição simultânea de profilaxia em massa representa a estratégia mais eficaz para a resolução do surto e pode ser instituída sem a necessidade de encerramento da enfermaria<sup>7</sup>. Perante uma situação de escabiose típica, as recomendações são no sentido de tratar os casos e os contactos prolongados, mesmo que assintomáticos<sup>9,13</sup>

e o mais precocemente possível. Apesar do caso descrito aparentemente se tratar de um caso-fonte de escabiose atípica, tendo em conta o período de contacto curto com a fonte e as manifestações de contágio se terem manifestado após quatro semanas, traduzindo menor gravidade da doença, optou-se por instituir terapêutica apenas nos casos diagnosticados e fazer profilaxia nos contactos prolongados assintomáticos, em detrimento de instituir profilaxia em massa. De primordial importância é a erradicação do parasita numa só fase, para que não ocorram infeções cruzadas e prolongadas no tempo, uma vez que o período de incubação é longo.

As recomendações em relação aos regimes terapêuticos a instituir para o tratamento da escabiose não são rígidas nem pragmáticas, havendo poucos estudos que comparem a eficácia dos regimes<sup>14</sup>. Para além da eficácia, a tolerabilidade à terapêutica e o custo também devem auxiliar na decisão<sup>5</sup>.

Neste surto, o SSO teve uma importância primordial, ao permitir uma identificação precoce de todos os contactos, logo após a suspeita inicial da doença. Optou-se por emitir ficha de inaptidão temporária durante três dias (segundo recomendação do serviço de Dermatologia) em detrimento de uma aptidão condicionada, prevendo que o afastamento fosse mais eficaz para interromper a cadeia de transmissão da doença.

Apesar de se ter equacionado a possibilidade de uma aptidão condicionada para os trabalhadores afetados, com uso de medidas de proteção individual e coletiva adequadas a esta situação, os nossos resultados evidenciaram que a evicção laboral sugerida pelo serviço de Dermatologia, concretizada pelo SSO através da emissão da ficha de inaptidão temporária, foi potencialmente benéfica.

O tratamento passa não só pela instituição da terapêutica, mas também pela adoção de medidas de higiene fundamentais, que foram transmitidas por escrito, juntamente com a prescrição, tal como recomendado na literatura<sup>4,5</sup>.

Os trabalhadores afetados só regressaram ao trabalho após a instituição da terapêutica, numa fase em que a possibilidade de potencial contágio seria improvável. A reavaliação desses colaboradores pelo SSO após a respetiva inaptidão temporária foi feita imediatamente após o período de ausência, o que tornou possível perceber a adesão terapêutica, e emitir a respetiva ficha de aptidão para reintegração laboral.

Para confirmar a erradicação da infeção, é imperativa a vigilância prolongada no tempo<sup>11</sup>. Após seis semanas desde o primeiro diagnóstico nosocomial, não foram comunicados novos casos em profissionais de saúde, pelo que se considerou o surto extinto.

## CONCLUSÃO

A elevada suspeição é o melhor fator de diagnóstico precoce de escabiose; como tal os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e informados em relação à doença, nomeadamente a sua epidemiologia e características clínicas. O Serviço de Saúde Ocupacional tem uma importância primordial, concluindo-se que uma avaliação precoce de potenciais trabalhadores infetados é um fator fundamental para a adoção de medidas concretas de controlo de um surto hospitalar. Para além de todas as medidas enunciadas e postas em prática, o controlo de um surto institucional de escabiose requer ainda um nível elevado de motivação, habilidade de comunicação e perseverança.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a assinalar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Sfeir M, Munoz-Price L. Scabies and Bedbugs in Hospital Outbreaks. *Current Infectious Disease Reports* [Internet]. 2014 Jun 5;16(8). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11908-014-0412>
- 2-Ugbomoiko U, Oyedeji S, Babamale O, Heukelbach J. Scabies in Resource-Poor Communities in Nasarawa State, Nigeria: Epidemiology, Clinical Features and Factors Associated with Infestation. *Tropical Medicine and Infectious Disease* [Internet]. 2018 Jun 4;3(2):59. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/tropicalmed3020059>
- 3-Gaspard L, Laffitte E, Michaud M, Eicher N, Lacour O, Toutous-Trellu L. La gale en 2012. *Rev Med Suisse* 2012, 8:718-25.
- 4-Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectoparasitic Infections. In: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010 Dec 17; 59 (RR-12):88-90.
- 5-Scott G, Chosidow O. European guideline for the management of scabies, 2010. *Int J STD AIDS* 2011; 22:301-3.
- 6-Los Angeles County Department of Public Health, Acute Communicable Disease Control Program. Scabies prevention and control guidelines for acute and sub-acute care facilities. July 2009, Version 3.
- 7-Khan A, O'Grady S, Muller M. Rapid control of a scabies outbreak at a tertiary care hospital without ward closure. *American Journal of Infection Control* [Internet]. 2012 Jun; 40(5):451–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2011.05.014>
- 8-Mounsey K, McCarthy J, Walton S. Scratching the itch: new tools to advance understanding of scabies. *Trends in Parasitology* [Internet]. 2013 Jan; 29(1): 35–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pt.2012.09.006>
- 9-Obasanjo O, Wu P, Conlon M, Karanfil L, Pryor P, Moler G et al. An Outbreak of Scabies in a Teaching Hospital Lessons Learned. *Infection Control & Hospital Epidemiology* [Internet]. 2001 Jan; 22(1):13–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1086/501818> New York State Department of Health. DOH Memorandum: control of scabies in health care facilities. Health Facilities Series 1996; H-11, RHCF-8 96-14.
- 10-Adler N, Tay J, McLellan S, Klintworth G, Cheng A, Aung A. Nosocomial crusted scabies outbreak: Important infection prevention lessons learned from a small case series. *Infection, Disease & Health* [Internet]. 2017 Mar; 22(1):43–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idh.2017.01.001>
- 11-Bouvresse S, Chosidow O. Scabies in healthcare settings. *Current Opinion in Infectious Diseases* [Internet]. 2010 Apr; 23(2):111–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/QCO.0b013e328336821b>
- 12-Wolf R, Davidovici B. Treatment of scabies and pediculosis: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology* [Internet]. 2010 Sep; 28(5):511–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.03.008>
- 13-Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2007 Jul 18; Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000320.pub2> Aráoz
- 14-F, Bordieu T, Carracedo L, Chen J, De Frenza F, Gariboto M et al. Cases series of patients with scabiosis treated with 6% precipitad sulfur. *Arch Med Fam General* 2011; 8(1):5-9.
- 15-Stoevesandt J, Carlé L, Leverkus M, Hamm H. Control of large institutional scabies outbreaks. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* [Internet]. 2012 Mar 28;10(9):637–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1610-0387.2012.07892.x>

Data de receção: 2019/12/27

Data de aceitação: 2020/01/14

Data de publicação: 2020/01/17



