

ESCABIOSE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NUM HOSPITAL TERCIÁRIO PORTUGUÊS

SCABIES AND HEALTH PROFESSIONALS: ACTING PROTOCOL IN A PORTUGUESE TERTIARY HOSPITAL

Diana Rocha¹, Ana Inês Vasques¹, Marta Grácio Lagoa¹, Ana Sofia Ramos¹, João Bento¹, Carlos Ochoa Leite¹, Lisa Pires¹, Luís Rocha¹

¹Serviço de Medicina do Trabalho, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil
dianarprocha@gmail.com

Abstract

Introduction: Scabies is a parasitic skin infection caused by the human mite *Sarcoptes scabiei* (var. *hominis*), which is relatively common in hospital settings and can be transmitted to healthcare professionals (HCPs) who provide direct care to infected patients. Symptoms are caused by a type IV hypersensitivity reaction of the host to the mites (and their products) and are characterized by intense, generalized itching that worsens at night. Diagnosis is based on clinical history and epidemiological context, with confirmation by microscopic examination of mites and/or eggs.

Objectives: To create a protocol that provides HCPs with appropriate information on the identification, control, and prevention of occupational transmission of scabies.

Methods: A narrative review of scientific literature, including books and scientific databases (PubMed/Medline, Cochrane, UpToDate, IndexRMP), was conducted.

Results and Discussion: To contain the disease transmission chain, it is important to have a protocol for timely detection of infected patients and/or staff, in order to institute prophylactic treatment for all exposed workers in cases of scabies.

Keywords: Scabies, Itch, Healthcare Professional, Occupational Transmission

Introdução

Os profissionais de saúde (PS) estão expostos a inúmeros agentes biológicos, sendo as infeções transmitidas por contacto possíveis. Apesar da sua potencial gravidade em indivíduos imunocomprometidos, a maioria dos agentes não causa habitualmente doença grave nos PS. Contudo, ao serem contaminados, podem servir de veículo de transmissão de infeções aos doentes ou a outros PS.

Compete às entidades empregadoras a promoção da saúde e segurança dos trabalhadores bem como a prevenção da exposição a riscos biológicos, através da avaliação e aplicação de medidas de proteção coletiva e individual e fornecimento de formação e informação sobre as melhores práticas laborais (Resende et al., 2014).

A Escabiose ou sarna humana é uma dermatose parasitária da pele, produzida pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* (do latim *scabere* – coçar) var. *hominis*, que pertence à classe *Arachnida*. A transmissão nosocomial da escabiose ocorre por contacto cutâneo prolongado com um indivíduo infetado, sendo a transmissão por contacto casual rara. Esta doença apresenta uma distribuição universal, afeta ambos os sexos, todas as raças e classes sociais, estimando-se que 300 milhões de pessoas sejam afetadas anualmente. A epidemiologia da doença não é conhecida em Portugal, já que não é uma doença de declaração obrigatória, havendo poucos estudos nacionais publicados. Os casos não reconhecidos de escabiose são uma fonte potencialmente infecciosa de transmissão contínua e de surtos nas instituições de saúde, particularmente a variedade sarna crostosa (Guldbakke & Khachemoune, 2019). O reconhecimento precoce da doença e a rápida implementação de medidas de prevenção de infeção podem reduzir o risco de surto nosocomial. Estratégias de prevenção de infeção bem coordenadas e oportunas são necessárias para controlar efetivamente os surtos de escabiose nosocomial.

Caracterização da doença

O quadro clínico é habitualmente característico, contudo, pode variar dependendo do grau, duração da infeção e estado imunológico do hospedeiro. Classicamente, a apresentação clínica inclui prurido (com agravamento noturno) e lesões cutâneas de dois tipos: primárias - sulcos acarinos, vesículas e nódulos; secundárias - típicos

da reação inflamatória e lesões de coceira. Os sulcos acarinos são lesões lineares finas, acastanhadas ou avermelhadas, de 2 a 15 mm de comprimento, que embora patognomônicos, raramente estão presentes, podendo estar mascarados pela escoriação, eczematização ou infecção secundária às lesões de coceira. As lesões cutâneas encontram-se disseminadas nas regi. es periumbilical, cintura, genital, glútea, pregas axilares, digital/interdigital e região flexora dos pulsos). A cabeça, palmas das mãos e plantas dos pés são geralmente poupados nos adultos. (Leung & Barankin, 2017). Em pessoas imunodeprimidas e em pacientes idosos, a infecção pode apresentar-se na forma de dermatite generalizada com distribuição mais ampla, com extensa descamação, vesículas e crostas (escabiose norueguesa ou sarna crostosa). Esta variante é altamente contagiosa uma vez que está relacionada com uma maior carga parasitária e de escamas com ácaros que facilitam o contágio.

Etiopatogenia

O ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* é um parasita humano obrigatório e pode sobreviver fora do hospedeiro durante 24 a 72 horas (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

O seu ciclo de vida inicia-se com a fêmea adulta fertilizada a atravessar a epiderme e a escavar uma galeria na pele, onde deposita dois a três ovos por dia. Em média, numa escabiose vulgar, o número de ácaros estimado é de 10 a 15, contrastando com os milhares a milhões presentes na escabiose de indivíduos imunodeprimidos, variante norueguesa ou sarna crostosa (Arlan et al. 1984).

Os sintomas da escabiose são causados por uma reação imune de hipersensibilidade tipo IV do hospedeiro aos ácaros e seus produtos (saliva, ovos e fezes). O período de incubação varia entre 3 a 6 semanas, podendo ser mais curto, 1 a 3 dias, caso se trate de uma reinfestação (World Health Organization, 2020).

Reservatório

O reservatório do *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* é humano. Outras espécies de *Sarcoptes* e outros ácaros de animais podem viver em humanos, mas não se reproduzem neles.

Modo de Transmissão

A transmissão ocorre de pessoa para pessoa através do contacto cutâneo direto (contato prolongado pele com pele). A transmissão por contacto indireto nomeadamente com lençóis ou roupas infestadas é rara, mas é possível, uma vez que o ácaro pode sobreviver até 72 horas fora do hospedeiro, sobretudo nas formas de escabiose grave e/ou crostosa.

Período de Incubação

Em pessoas sem exposição prévia ao ácaro, o período de incubação é de 2 a 6 semanas. Em pessoas que já foram infestadas antes, é de 1 a 4 dias.

Período de Contágio

Os indivíduos afetados são contagiosos durante o período de incubação e até à eliminação de ovos e ácaros após o tratamento. Uma vez que os sintomas são atribuídos a uma reação alérgica ao ácaro ou às suas excreções, os sintomas podem persistir até algumas semanas depois do final do tratamento (Chosidow, 2006).

O objetivo deste procedimento é fornecer aos PS deste hospital informações adequadas sobre a identificação, controlo e prevenção da transmissão de escabiose através da elaboração de um protocolo de atuação a aplicar aquando de exposição a doente com escabiose.

Materiais e métodos

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica, incluindo livros e bases de dados científicas (PubMed/Medline, Cochrane, UpToDate, IndexRMP) e elaborado um protocolo de atuação para PS num hospital terciário, de forma a aplicar aquando exposição a doente/PS com escabiose.

Resultados e Discussão

Procedimentos após contacto próximo com um caso suspeito

Sempre que exista elevada suspeição clínica ainda que sem confirmação diagnóstica laboratorial, devem ser instituídas medidas de proteção individual (batas com mangas cumpridas, luvas e máscaras descartáveis) para os PS e devem reforçar as indicações para medidas gerais de higiene.

O doente deve ser mantido em isolamento parcial (no ponto mais distante da porta de entrada/passagem, separado fisicamente de outros doentes, pelo menos um metro, e com cortinas fechadas).

O Serviço de Medicina do Trabalho deve ser notificados de todos os casos suspeitos. Este solicitará à chefia de enfermagem do serviço onde o doente se encontra a listagem dos PS que estiverem em contacto com o mesmo antes do início da terapêutica.

Devem ser tratados profilaticamente todos os trabalhadores expostos com contacto em casos de escabiose. O tratamento deve ser vigiado, devendo garantir a aplicação correta do medicamento e o cumprimento das regras gerais de proteção por todos os indivíduos envolvidos.

O tratamento deve ser disponibilizado não só aos PS, como também às pessoas em contato próximo, nomeadamente os indivíduos com quem partilham habitação.

No caso de se identificar a doença num PS exposto, a saúde ocupacional deve dar inaptidão temporária para o trabalho de forma imediata e fazer a correspondente participação de doença profissional. Apesar de não constar da Lista de Doenças Profissionais (Decreto regulamentar no 76/2007), existe uma relação de causalidade entre a doença que se prova consequência direta da atividade profissional exercida pelo trabalhador.

Tratamento e profilaxia

O tratamento da escabiose estrutura-se em duas fases: erradicação dos ácaros e controlo da transmissão. Devem ser tratados ao mesmo tempo, os parceiros sexuais e pessoas em contacto próximo, nomeadamente os indivíduos que partilham a habitação. (Bialek et al., 2002).

Os tratamentos farmacológicos recomendados para a escabiose são o creme de permetrina a 5% (1a linha, indisponível em Portugal), ivermectina oral (1a linha) e loção de benzoato de benzilo a 25% (tratamento de referência em Portugal). Em crianças, grávidas e mulheres em amamentação o tratamento de escolha é o precipitado de enxofre 6-33%.

Relativamente à terapêutica da sarna crostosa, esta requer escabicida tópico e ivermectina oral. Esta última terapêutica é mais fácil de administrar que o tratamento tópico tradicional, facilitando o tratamento de grandes populações dado que uma só dose (200 ug/kg) é eficaz.

O tratamento tópico (Benzoato de Benzilo) deve ser aplicado em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, debaixo das unhas, umbigo e genitais (com exceção da cabeça, pescoço, olhos, mucosas e canal urinário) à noite, após banho quente, e deixada no local por 8 a 12 horas. Deverá ser reaplicado nas mãos se estas forem lavadas (caso seja outra pessoa a aplicar, deverá usar luvas). A pele deve estar fria e seca. Uma segunda aplicação é recomendada após 7 a 14 dias (UpToDate).

Após a aplicação do tratamento, os pacientes devem vestir roupas limpas. As roupas pessoais que estiveram em contacto com a pele e de cama (toalhas, fronhas, lençóis, cobertores) usadas nas últimas 72 horas, deverão ser lavadas a temperaturas superiores a 50-60°C. Caso as roupas não possam ser lavadas, deverão ser mantidas em saco de plástico fechado durante pelo menos 72 horas (Engelman et al., 2020).

A infestação é considerada eliminada se uma semana após o término do tratamento não houver manifestações de sarna ativa (sem lesões ativas, sem prurido noturno). O prurido pós-tratamento pode persistir por até 2-4 semanas e deve ser tratada com aplicação repetida de emolientes. Anti-histamínicos orais e corticosteroides tópicos leves também podem ser úteis (Salavastru et al., 2017)

Recomenda-se um exame de saúde ocasional para acompanhamento uma semana após o término do tratamento.

Conclusões

O diagnóstico precoce da escabiose e o início atempado do tratamento são fulcrais no controlo da doença. Os mecanismos de comunicação de medicina do trabalho com as diversas áreas hospitalares são fundamentais para evitar a propagação de doenças transmitidas por contato direto e que precisam de terapêutica e controlo rápidos.

Agradecimentos

Deixo o meu agradecimento a todos os profissionais do SMT.

Referências

- Arlian, L. G., Runyan, R. A., Achar, S., & Estes, S. A. (1984). Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 11(2 Pt 1), 210-215.
- Bialek, R., Kern, W. V., Herrmann, M. M., et al. (2002). Evidence-based antisepsis in the treatment of impetigo vulgaris, a randomized, controlled multicentre clinical trial comparing povidone-iodine 10% solution with systemic antibiotics. *Br J Dermatol*, 146(6), 1070-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Parasites – Scabies. Retrieved from <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html>
- Chosidow, O. (2006). Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med*, 354(16), 1718-27.
- Engelman, D., Yoshizumi, J., Hay, R. J., Osti, M., Micali, G., Norton, S., et al. (2020). The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol*, 183(5), 808-20.
- Guldbakke, K. K., & Khachemoune, A. (2019). Scabies: a review of diagnosis and management based on mite biology. *Dermatol Online J*, 25(3). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30942141>
- Leung, A. K., & Barankin, B. (2017). Scabies: an update. *CMAJ*, 189(48), E1467-E1471.
- Resende, C., Marques Gomes, M. J., Freitas, A., Lopes, M. J., Machado, J., & Cardoso, J. (2014). Escabiose - ainda uma doença negligenciada. *Rev Port Med Geral Fam*, 30(4), 260-8. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000400005&lng=pt&nrm=iso
- Salavastru, C., Chosidow, O., Boffa, M. J., Janier, M., & Tiplica, G. S. (2017). European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 31(8), 1248-53.
- UpToDate. (n.d.). Scabies. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/scabies>
- World Health Organization. (2020). Scabies: Epidemiology, Pathogenesis, and Diagnosis. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513169/>