

Como reconhecer e tratar reações hansênicas



Direitos autorais © ILEP, 2002, Londres

Qualquer parte deste livro pode ser copiada, reproduzida ou adaptada às necessidades locais, sem permissão dos autores ou dos editores, e todo material reproduzido deve ser distribuído gratuitamente - sem lucro. Para qualquer reprodução para fins comerciais, é obrigatório obter permissão prévia da ILEP. Toda permissão deve ser reconhecida. O material adaptado deve ser enviado à ILEP.

Publicado por:
The International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP)
234 Blythe Road
London W14 0HJ
Grã-Bretanha

Se você tem comentários sobre este livro ou gostaria de obter cópias extras ou detalhes de outros materiais relacionados com hanseníase, por favor escreva para o ILEP no endereço acima:

Produzido por The ILEP Action Group
on Teaching and Learning Materials (TALMilep)
Produção: Mary Tamplin, June Nash, Tim Almond.

Desenho: DS Print & Redesign
7 June Lane, Brimsdown
Enfield EN3 7JL, UK

Versão para Língua Portuguesa:
Gerson Oliveira Penna
Editoração da Edição em Língua Portuguesa:
Edite Damásio da Silva
Revisora Técnica da Edição em Língua Portuguesa
Maria Bernadete Rocha Moreira

ISBN 094754323 6



Como reconhecer e tratar reações hansênicas



Guia de Aprendizagem 2

Esta versão em língua portuguesa, contém adaptações para compatibilizar à legislação do controle da hanseníase no Brasil

Este é o segundo de uma série de guias de aprendizagem sobre hanseníase publicado pela ILEP. Foi elaborado visando auxiliar todos os trabalhadores de saúde que podem precisar tratar precocemente as complicações de hanseníase. Os corticosteróides tem um papel importante no controle destas complicações. Assim sendo, este livro será de uso particular de todos aqueles trabalhadores de saúde autorizados e capazes de prescrever estas drogas aos pacientes de hanseníase.

Muitos países têm seus guias nacionais que incluem as normas para tratamento das reações hansênicas. Este guia da ILEP será um suplemento útil.

No Brasil, consulte também:

Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 9 – Série A – Normas de Manuais Técnicos; nº 174

Guia para o Controle da Hanseníase. Cadernos de Atenção Básica nº 10 – Série A – Normas de Manuais Técnicos; nº 111

Manual para Prevenção de Incapacidades. Brasília/DF, 1997.

Manual de Adaptações de Palmilhas e Calçados. Série J – Cadernos de Reabilitação em Hanseníase nº 1

Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas. Série J – Cadernos de Reabilitação em Hanseníase nº 2

Manual de Cirurgias. Série J – Cadernos de Reabilitação em Hanseníase nº 3

Manual de Condutas para Complicações Oculares. Série J – Cadernos de Reabilitação em Hanseníase nº 4



Exame para ver se há dano neural

Introdução

A hanseníase é uma doença que é tratada, de modo eficaz, com a poliquimioterapia (PQT). Entretanto, alguns pacientes desenvolvem complicações chamadas de reações, as quais requerem tratamento adicional.

Este manual traz informações necessárias para diagnosticar e para tratar reações hanseníacas, a principal causa de danos neurais e incapacidades na hanseníase. Esperamos que mais e mais pessoas possam ser tratadas e que essa incapacidade – resultando em estigma social – possa ser prevenida.

Parte 1 explica como reconhecer reação hanseníaca, como distinguir reação tipo 1 de reação tipo 2, como saber se são reações leves e graves. Aborda também outras condições que poderiam ser confundidas com reações hanseníacas.

Parte 2 aborda como tratar reações hanseníacas na rede básica, descreve o tratamento para reações leves e graves, orienta a prescrição e o acompanhamento da corticoterapia. A maioria dos pacientes com reação hanseníaca pode ser tratada na rede básica, mas alguns necessitarão ser encaminhados para centros de referência. Essa seção orienta quais pacientes devem ser referenciados.

Parte 3 oferece orientações para tratar aqueles pacientes que necessitam de centros de referência ou atenção especial no uso da corticoterapia. Há também orientações para tratar casos difíceis em centros de referência, onde as reações hanseníacas são tratadas de acordo com a experiência da equipe de saúde, a disponibilidade de medicamentos necessários e de equipamentos locais.

Parte 4 orienta que pacientes com reação hanseníaca podem exigir acompanhamentos por longos períodos de tempo para prevenir incapacidades futuras, uma vez que danos neurais já ocorreram. Somente um sumário breve foi descrito aqui, informações adicionais podem ser encontradas detalhadas em outros guias da ILEP.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a contribuição dos seguintes grupos e indivíduos que contribuíram na elaboração deste livro:

Autor principal: Comissão Medico-Social da ILEP.

Todos aqueles envolvidos na revisão e no teste de campo, especialmente o ALERT, Jimma de ciências da saúde, a pesquisa do leprosy de Schieffelin e o centro de aprendizado, o Karigiri e a faculdade médica Christian, Vellore.

Gostaríamos de agradecer aos seguintes indivíduos e organizações que cederam ilustrações. Os direitos autorais individuais ou institucionais são reconhecidos somente onde requeridos.

Indivíduos

S Arunthathi 9a, ADM Bryceson 1b, 13a, 38a, R Davidson 4a, 14b, M Hogeweg 4b, 15a, 39a, b, DL Leiker 1a, 15b, BD Molesworth 9b, M Rolfe 13b.

Organizações

American Leprosy Missions.

All Africa Leprosy, Tuberculosis and Rehabilitation Training Centre (ALERT).

Gillis W Long Hansen's Disease Center 14a.

Infolep/Netherlands Leprosy Relief.

Wolfs Pharmaceuticals 29.

The Leprosy Mission International.

The Wellcome Trust, Tropical Medicine Resource - *Topics in International Health:*

Leprosy CD ROM (19 images used - copyright for non-ILEP Members is credited above).

Onde há mais de uma imagem em uma página, elas são numeradas na ordem da esquerda para a direita e de cima para baixo.

Índice

1. Como reconhecer reações hansênicas	1
O que é reação hansênica?	1
Quem pode ter reação hansênica?	2
Quando as reações ocorrem?	3
Como examinar um paciente com reação	3
Testando sensibilidade	4
Testando força muscular	6
Palpando três nervos importantes	7
Como diagnosticar reação hansênica	9
Sinais de dano neural ao diagnóstico	10
Os dois tipos de reação hansênica	11
Reação tipo 1	11
Reação tipo 2	13
Como distinguir reações tipo 1 e tipo 2	16
A reação é leve ou grave?	17
Condições que podem ser confundidas com reação hansênica	18
2. Como tratar reações hansênicas na rede básica	19
Princípios gerais	19
Tratamento das reações leves	19
Tratamento das reações graves	20
Tratamento com prednisona	20
História e exame clínico	21
<i>Checklist</i> para iniciar a corticoterapia	22
Condições que devem ser encaminhadas para centros de referências	24
Trate outras condições	26
Explicando o tratamento ao paciente	26
Possíveis efeitos colaterais	27
Prescrevendo a prednisona para reações tipo 1 graves	28
Acompanhamento durante o tratamento com corticosteróides	30
Acompanhamento após o tratamento com corticosteróides	31

3. Como tratar reações em centros de referências	33
Prescrevendo o tratamento para reações tipo 2 graves	33
Prednisona	33
Clofazimina	33
Talidomida	34
Grupos que requerem atenção especial na prescrição de corticosteróides	35
Mulheres grávidas	35
Crianças	35
Pacientes com Tuberculose	36
Pacientes com Diabetes	36
Pacientes com úlceras ou osteomielite	37
Pacientes com comprometimento ocular	38
Reação tipo 2 grave	40
Novos danos neurais durante a corticoterapia	40
Danos neurais tardios e possibilidade de recidiva	40
Fluxograma para distinguir reação de recidiva	41
4. Tratamento permanente do dano neural	43
Ajudando pacientes a prevenir incapacidades	43
Cuidados com mãos e pés insensíveis	44
O uso de calçados	44
Cuidados com os olhos	45
Grupos de auto-cuidados	45
Anexo A	
Um exemplo de um formulário para monitorar função neural	46
Anexo B	
Lista de material necessário para tratar reações hansênicas em uma unidade de saúde	47
Anexo C	
Condições comuns que requerem tratamento quando do uso de corticoterapia	48
Anexo D	
Efeitos colaterais de corticosteróides e seu tratamento	50
Abreviações	52

Como reconhecer reações hansênicas

A principal causa dos danos neurais e incapacidades na hanseníase.

O que é reação hansênica?

Hanseníase é uma doença bacteriana que afeta a pele e os nervos. Pode causar a perda da sensibilidade, fraqueza muscular e paralisia. Uma característica da hanseníase é a possibilidade da ocorrência de reações - períodos de inflamação aguda no curso de uma doença crônica que podem afetar os nervos. Esta inflamação aguda é causada pela atuação do sistema imunológico do hospedeiro que ataca o *Mycobacterium leprae*.

A inflamação é a resposta usual do organismo à infecção, e suas características típicas são:

- Edema
- Calor
- Rubor
- Dor
- Perda da função

Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam a pele e os nervos, as reações hansênicas cursam com inflamação nestes lugares. A inflamação em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave; de outro lado, a inflamação em um nervo pode causar graves danos, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo.



Lesões de pele em reações hansênicas

Alguns pacientes com nervos inflamados têm sintomas graves enquanto outros não apresentam nenhum sinal ou sintoma claro dessa inflamação. Você deve examinar estes pacientes de modo a detectar reações antes que elas causem danos.

Quem pode ter reação hansênica?

Qualquer paciente com hanseníase corre risco de ter reação hansênica - embora aqueles com uma ou duas lesões de pele sem espessamento neural tenham baixo risco para desenvolver reação. Aproximadamente 25 a 30% dos pacientes com hanseníase podem desenvolver reações.

A tabela abaixo mostra como você pode prever esse risco. Se pacientes com hanseníase multibacilar (MB), a forma mais séria da doença, já tiverem danos neurais ao diagnóstico, você deve acompanhar estes pacientes mais de perto pois a maioria deles (65%) poderá desenvolver novos danos neurais.

Risco de aparecimento de novos danos neurais em casos novos de hanseníase		
	PB	MB
Função normal do nervo no diagnóstico	1%	16%
Função alterada do nervo no diagnóstico	16%	65%

Croft RP et al, A clinical prediction rule for nerve-function impairment in leprosy patients. Lancet (2000) 355: 1603-6.

A detecção precoce de pacientes com hanseníase e o tratamento com PQT continua sendo a melhor maneira de prevenir incapacidades. Infelizmente, muitos pacientes ainda são diagnosticados tardiamente e, portanto, com maior risco de desenvolver reações e neurites aqui descritos. Se estes pacientes forem tratados efetivamente, danos neurais recentes podem ser curados e a incapacidade pode ser prevenida.

Quando as reações ocorrem?

Um paciente com hanseníase pode ter reação:

- Antes do tratamento.
- No momento do diagnóstico.
- Durante o tratamento com PQT.
- Depois que o tratamento PQT, tiver sido concluído.

A maioria das reações ocorrem durante o primeiro ano após o diagnóstico. Nos pacientes com hanseníase MB, as reações podem aparecer em qualquer momento durante o tratamento e por muitos anos após o tratamento com PQT ter sido concluído.

Como examinar um paciente com reação

As reações hansênicas nem sempre são semelhantes entre si. Às vezes há somente uma inflamação da lesão cutânea de pele e os nervos não são afetados. Entretanto, mais frequentemente, as reações ocorrem nos nervos sem causar mudanças óbvias nas lesões de pele. Os efeitos sobre os nervos podem ser dolorosos e muito óbvios, ou subclínicos, sem dor e o paciente não os sente e portanto não os relata. As reações podem também afetar os olhos.

Toda vez que você examinar um paciente com hanseníase, você deve verificar pele, nervos e olhos para certificar-se de que não há presença de nenhuma reação hansênica.

Anote os resultados do exame clínico no prontuário do paciente. Se não houver formulário apropriado, você pode usar o exemplo de formulário para monitorar função neural (Anexo A).

Pele

- Pergunte ao paciente se há dor e edema nas lesões de pele.
- Examine as lesões para verificar sinais de inflamação.
- Examine as mãos e os pés para verificar a diminuição da sudorese.

Nervos

- Pergunte ao paciente se houve alguma perda de sensibilidade ou perda de força nas mãos e nos pés.
- Pergunte se teve dificuldade com suas tarefas diárias.

- Pergunte sobre dor, queimação (ardor) ou formigamento nos nervos.
- Palpe os nervos para avaliar hipersensibilidade ou dor.
- Teste a perda de sensibilidade nas palmas das mãos e na planta dos pés, usando uma caneta esferográfica ou um monofilamento.
- Teste a força muscular das pálpebras, das mãos e dos pés.
- Compare os resultados desse exame clínico com os registros do exame clínico anterior.

Olhos

- Pergunte ao paciente se há dor nos olhos ou perda recente da visão.
- Procure sinais de inflamação: ardor ou pupilas com forma irregular.

Para informações adicionais sobre olhos veja ILEP: Guia: *Como cuidar de problemas oculares na hanseníase.*



Sinais de inflamação no olho

Testando sensibilidade

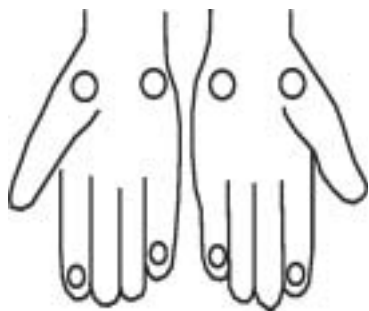
Os danos neurais podem causar a perda de sensibilidade. Na hanseníase, as mãos e os pés são mais comumente afetados. Para testar a perda de sensibilidade você deve testar pelo menos quatro locais de cada palma da mão e quatro locais de cada planta de pé - portanto, 16 locais ao todo devem ser testados:

- Segure a mão ou o pé do paciente para auxiliar o exame clínico. Mostre ao paciente, com os olhos abertos, o que você irá fazer e só então solicite que feche seus olhos.

- Toque em cada um dos quatro lugares da palma da mão e da planta do pé com a ponta de uma caneta esferográfica.
- Pressione delicadamente para fazer somente uma depressão pequena na pele - não pressione demasiado. O peso da própria caneta esferográfica é suficiente.
- Peça para o paciente apontar o lugar que você tocou.
- Se o paciente não sentir a pressão da primeira vez, teste o mesmo lugar uma segunda vez da mesma maneira - não pressionando demasiadamente a caneta.
- Faça a mesma coisa para todos os lugares que você quer testar.
- Registre os achados em formulário apropriado. Na ausência deste você pode usar o exemplo de formulário para monitorar função neural (Anexo A).

✓ se o paciente sentir a ponta da caneta esferográfica nesse lugar.

✗ se o paciente não sentir a ponta da caneta esferográfica nesse lugar.



Teste pelo menos quatro lugares na palma da mão



Teste pelo menos quatro lugares na planta do pé

Testando força muscular

Os danos neurais podem afetar a função e a força muscular fornecida pelos nervos afetados. Na hanseníase os nervos mais comumente afetados são os da pálpebra, das mãos e dos pés.

Teste quatro músculos em cada lado do corpo do paciente: um músculo que afeta a pálpebra, dois músculos da mão e um músculo que controla o pé.

Quando você testar a força de um músculo, registre os resultados da seguinte forma:

- (F) forte - quando a força parecer normal.
- (D) diminuída - quando a força estiver diminuída.
- (P) paralisado - quando não houver força para produzir o movimento que você está testando.

Para testar a força dos músculos que fecham os olhos, peça ao paciente que feche os olhos delicadamente. Se houver paralisia destes músculos, meça com uma régua a abertura remanescente entre as pálpebras superiores e inferiores.

Para testar o nervo ulnar, segure do segundo ao quarto dedos. O paciente abre o quinto dedo enquanto se aplica força contrária na face lateral da segunda falange.

Para testar o nervo mediano, peça para o paciente elevar o polegar perpendicularmente ao plano da palma da mão, enquanto a força contrária é aplicada na face lateral da falange proximal do polegar.

Para testar o nervo fibular, peça ao paciente para levantar seu pé (dorsiflexão). Aplicar força contrária no dorso do pé apoiando a mão sobre a região média do pé.

Registre os achados em formulário apropriado no prontuário do paciente.



Lagofalmo - incapacidade de fechar inteiramente o olho



Testando o nervo ulnar



Testando o nervo mediano



Testando o nervo fibular

Palpando três nervos importantes

O dano neural pode resultar em espessamento do nervo e/ou nervos dolorosos. Na Hanseníase os nervos mais frequentemente afetados são o ulnar, mediano e fibular. No momento de apalpação dos nervos é importante observar o *facies* do paciente para detectar expressões de dor.

O nervo ulnar - com a mão direita palpe o nervo ulnar esquerdo do paciente e vice-versa. Com o cotovelo em flexão de 90° e a mão do paciente apoiada na do examinador, palpar o cotovelo na altura da goteira epitrocreana ou acima desta.

O nervo mediano - punho do paciente em ligeira flexão, apoiado pelo examinador, palpar entre os músculos palmar longo e flexor radial do carpo. Normalmente este nervo não é palpável. O paciente pode expressar dor à palpação.



Palpando o nervo ulnar



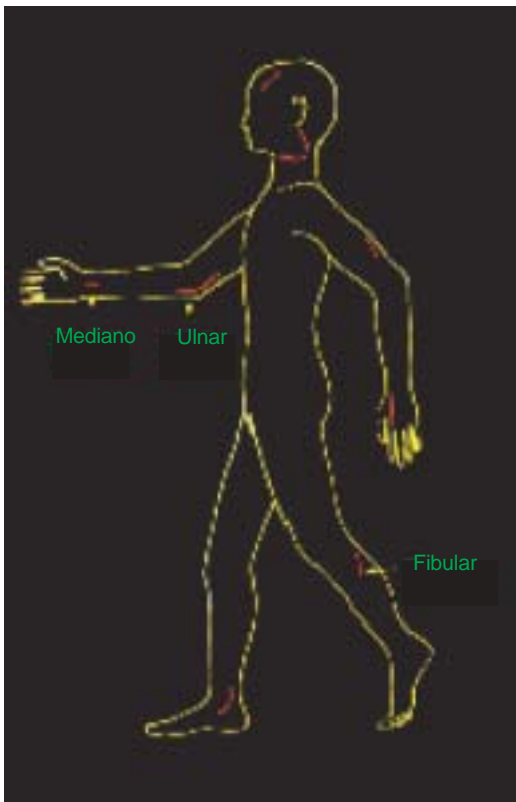
Palpando o nervo mediano

O *nervo fibular* - com a mão direita palpe o nervo ulnar esquerdo do paciente e vice-versa. Sentar o paciente com pernas pendentes, palpar na face posterior da fíbula na junção entre a cabeça e o corpo.

Registre os achados em formulário apropriado no prontuário do paciente.



Palpando o nervo fibular



Todos estes nervos podem ser afetados na hanseníase. Os três que mais frequentemente expressam sintomatologia durante as reações são os nervos ulnar, mediano e fibular.

Como diagnosticar uma reação hansênica

Sinais e sintomas de uma reação hansênica

Na pele – lesões infiltradas

Nos nervos – dor ou hipersensibilidade ao toque

– nova perda de sensibilidade

– nova fraqueza muscular

Nos olhos – dor e vermelhidão

– diminuição da acuidade visual

– fraqueza muscular no cerramento das pálpebras

Uma reação pode envolver a pele, os nervos e os olhos, entretanto freqüentemente ocorre em um ou dois lugares - talvez somente um acometimento neural, ou do olho ou em torno de lesões cutâneas. Conseqüentemente é importante procurar alterações em todos estes três locais.

Como pode você afirmar se algum nervo foi envolvido? A dor e a hipersensibilidade ao toque podem estar presentes, mas a perda da função (isto é, perda da sensibilidade ou fraqueza muscular) pode ocorrer sem dor. Assim você deve procurar toda alteração na função do nervo que ocorreu desde que o paciente foi examinado na última consulta.

Compare os resultados do exame clínico neural que você está fazendo agora com os registros dos exames clínicos realizados há um mês ou três meses.

Há novo dano neural se:

- Há locais nas mãos ou pés onde o paciente podia sentir antes, mas não sente agora (perda sensorial).
- Há perda de força muscular em um músculo comparado com o exame clínico anterior (perda motora).
- Há alteração no nervo, que tornou-se espessado, mais doloroso e hipersensível ao toque.

Toda nova perda sensorial e/ou motora significa que os nervos estão sendo afetados por uma reação. Mesmo se não houver dor neural e não houver acometimento cutâneo é urgente a instituição de terapêutica adequada para restaurar a perda sensorial e/ou a função motora.

Sinais de dano neural ao diagnóstico

Às vezes o primeiro sinal de que alguém tem hanseníase é quando lhe aparece uma reação inflamatória. Se isto acontecer, confirme primeiramente o diagnóstico de hanseníase: examine os outros sinais de hanseníase, avalie o comprometimento cutâneo e nervoso e inicie o tratamento com PQT.

Examine então os danos neurais; como aqui você não pode comparar seus achados com os do exame clínico anterior, pergunte ao paciente há quanto tempo estes danos vêm acontecendo. Se afirmarem que apareceram nos últimos seis meses ou se não sabem há quanto tempo aconteceram, é aconselhável tratar estes danos neurais.

Se os danos forem mais antigos do que seis meses, o tratamento tende a ser menos efetivo: você deve considerar encaminhar este paciente para especialistas em centros de referência.



Sinais de reação nas mãos e na face

Os danos neurais recentes podem ocorrer sem sintomatologia óbvia, assim sendo, você deve examinar com cuidado cada paciente de hanseníase do ambulatório. Teste a sensibilidade e a força muscular de cada paciente, em cada consulta. Lembre-se que as reações podem ocorrer após o tratamento PQT ter sido concluído.

Os dois tipos de reação hansênica

As reações da hanseníase são classificadas em tipo 1 e tipo 2. Entretanto, é muito mais urgente reconhecer e tratar os danos neurais do que decidir-se que tipo de reação é. O tratamento do dano neural é o mesmo independentemente do tipo de reação.

Reação do tipo 1

É também chamada de reação reversa. É causada pelo aumento da atividade do sistema imunológico lutando contra o bacilo da hanseníase, ou mesmo por resto de bacilos mortos. Isto conduz a instalação de um processo inflamatório agudo onde quer que haja bacilos de hanseníase no corpo principalmente na pele e nos nervos.

Quem são os pacientes prováveis de ter uma reação tipo 1?

Pacientes com hanseníase paucibacilar (PB) e pacientes com hanseníase multibacilar (MB) podem ambos ter reação do tipo 1.

Com que frequência ocorre?

Em torno de 25% de todos os pacientes com hanseníase pode ter reação tipo 1.

Quando ocorre a reação do tipo 1?

Em sua grande maioria, ocorre dentro dos seis primeiros meses de tratamento.

Alguns pacientes podem ter reação do tipo 1 antes de iniciar o tratamento PQT - isto é, antes mesmo do diagnóstico da hanseníase. A reação pode ser o primeiro sinal de hanseníase e ser a razão do paciente procurar ajuda.

Alguns pacientes tem reações durante o curso de seu tratamento com PQT, ou mesmo depois que o tratamento foi concluído com sucesso. Em raras ocasiões, uma reação do tipo 1 pode ocorrer até cinco anos após o tratamento.

As reações que ocorrem após o tratamento podem ser, às vezes, confundidas com recidiva de hanseníase. As orientações para investigar uma possibilidade de recidiva estão em páginas 40-41.

Quais são as características clínicas de uma reação do tipo 1?

A característica clínica mais comum de uma reação do tipo 1 é a infiltração da lesão de pele, com edema, eritema e calor. As lesões não são geralmente dolorosas, mas pode haver algum desconforto. Algumas lesões podem não ter sido visíveis anteriormente, assim você pode confundir essa infiltração com novas lesões de hanseníase. Pode haver edema de membros ou de face. Como já mencionado, a hipersensibilidade dos nervos ao toque e a perda de função são características importantes.

Em virtude desse processo inflamatório estar localizado na pele e nos nervos, e geralmente não cursar com febre, o paciente não se sente demasiadamente doente. Os músculos envolvidos no fechamento das pálpebras podem ser afetados, mas o olho propriamente dito não é afetado pela reação tipo 1.



A pele na reação reversa

O que aconteceria se o paciente não fosse tratado?

A maior parte das reações tipo 1 envolvem dentro de seis meses, mas sem tratamento, seus efeitos sobre os nervos levariam à perda permanente da função.

Reação tipo 2

Sua manifestação clínica mais freqüente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH). Ocorre quando um grande número de bacilos da hanseníase é morto e gradualmente decomposto. As proteínas dos bacilos mortos provocam uma reação imunológica. Uma vez que estas proteínas estão na corrente circulatória, a reação tipo 2 poderá envolver vários órgãos do corpo, causando sintomas generalizados.

Quem pode ter uma reação tipo 2?

Somente os pacientes MB podem ter reação tipo 2.

Com que frequência ocorre?

A reação tipo 2 é menos freqüente que a reação tipo 1. Na África, o ENH ocorre em aproximadamente 5% dos pacientes com hanseníase MB, já na América do Sul pode ocorrer em até 50% dos pacientes MB.

Quando ocorre a reação tipo 2?

Em sua grande maioria, ocorre durante os primeiros três anos após o início da PQT. Em virtude do organismo necessitar de um longo tempo para eliminar os bacilos mortos, os pacientes podem apresentar episódios de reação tipo 2 anos após terem concluído com sucesso a PQT.

Quais são as características clínicas da reação tipo 2?

A reação tipo 2 exibe sinais típicos do ENH. São caroços (nódulos) subcutâneos. Há também processo inflamatório, de modo que esses nódulos são dolorosos e vermelhos. Estes nódulos podem ser pouco ou muito numerosos, e mais freqüentemente acometem pernas e braços, e menos freqüentemente o tronco. Eles não estão associados com as lesões de pele da hanseníase. A hipersensibilidade ao toque nos nódulos é um importante sinal clínico do ENH.



A pele numa reação tipo 2

O olho pode também estar envolvido na reação tipo 2, podendo ocorrer irite (inflamação da íris - a parte colorida do olho). Os sintomas são dor e vermelhidão do olho, estreitamento e irregularidade da pupila e fotofobia (dor no olho quando é exposto à luz).



Irite é uma complicação da reação tipo 2

Em virtude de sua causa subjacente, a reação tipo 2 é sistêmica e pode comprometer todo o organismo: há mal-estar geral, febre e, aqui o paciente sente-se verdadeiramente doente.

O que aconteceria se o paciente não fosse tratado?

ENH é uma doença que pode persistir por diversos anos, melhorando ou piorando de tempos em tempos. Sem tratamento, o paciente com ENH sentir-se-ia muito doente, podendo até morrer. Outros órgãos além da pele e dos nervos podem ser envolvidos, como os olhos, articulações, testículos e rins, e todos estes órgãos seriam permanentemente lesados se o paciente não fosse tratado.

Como distinguir reações tipo 1 e tipo 2

A tabela a seguir mostra as diferenças entre os dois tipos de reação:

Sinais	Reação Tipo 1	Reação Tipo 2
Infiltração da pele	As lesões de pele estão infiltradas, mas o resto da pele está normal	Novas lesões sensíveis ao toque, vermelhas, sem associação com as lesões de pele da hanseníase
Condição geral do paciente	Boa, sem febre ou febre baixa	Ruim, com febre e mal-estar geral
Tempo de aparecimento e tipo de paciente	Geralmente, durante a PQT; em ambos, PB e MB.	Geralmente mais tardias; somente nos MB.
Envolvimento ocular	Fraqueza muscular ao fechamento das pálpebras.	Irite pode ocorrer.

Se houver novo dano neural sem infiltração de pele, o paciente deve ser tratado como reação tipo 1. Como regra geral, as lesões de pele típicas de ENH são vistas antes que a reação tipo 2 possa ser diagnosticada.



Reação tipo 1



Reação tipo 2

A reação é leve ou grave?

Você deve decidir se a reação é leve ou grave, pois isto influenciará sua decisão na escolha do tratamento:

- Uma reação leve é aquela que ocorre somente na pele (sem afetar tronco nervoso ou face); pode haver febre baixa e ligeiro edema dos membros.
- As reações graves afetam nervos ou olhos.

Os sinais de reações graves incluem:

- Dor ou hipersensibilidade durante a palpação.
- Nova perda de sensibilidade.
- Nova fraqueza muscular.
- Reação em lesão de pele sobre o trajeto de um tronco nervoso.
- Reação em lesão de pele na face.
- Sinais de comprometimento ocular.
- Edema grave dos membros.
- Acometimento de outros órgãos, tais como testículos, linfonodos ou articulações.
- Ulceração das lesões de pele.

Condições que podem ser confundidas com reação hansênica

Outras condições que podem ser confundidas com reação hansênica são reações à droga e outras causas de inflamação, tais como infecções locais.

- Reações às drogas não são comuns; elas são geralmente acompanhadas por coceiras (prurido), que não é uma característica típica de reações hansênica. As características clínicas das lesões de ENH são lesões nodulares, dolorosas ao toque ou espontaneamente, portanto, são características clínicas diferentes das lesões cutâneas de hanseníase.
- Infecções locais não envolvem as lesões de pele da hanseníase. São circunscritas a uma determinada área do corpo. A causa pode ser óbvia, como uma ferida ou uma mordida de inseto.

A possibilidade de recidiva da hanseníase é discutida nas páginas 40-41.



As reações hansênicas podem ser tratadas com sucesso

CAPÍTULO 2

Como tratar reações hansênicas na rede básica

A maioria dos pacientes com reação hansênica pode ser tratada na rede básica, entretanto alguns pacientes necessitarão ser encaminhados a centros de referência. Seu tratamento na rede básica ou seu encaminhamento para centros de referência dependerá de:

- Que tipo de reação o paciente tem.
- Se há alguma complicação ou contra-indicação que afete o seu tratamento.
- Que tipo de drogas você tem disponível.
- O grau de perícia e os tipos de exames clínicos disponíveis em sua unidade de saúde.

O Anexo B fornece uma lista de materiais necessários para tratar reações hansênicas em uma unidade de saúde.

Princípios Gerais

Antes de começar o tratamento, você deve identificar qual o tipo de reação o paciente tem e se é leve ou grave (ver página 17).

Tratamento de reações leves

Reações leves de ambos os tipos (reação reversa e ENH) podem ser tratadas na rede básica com ácido acetil-salicílico (AAS, aspirina - a dose do adulto é de 600mg até seis vezes por dia).

A reação tipo 1, não dura geralmente mais que algumas semanas. Os sinais da reação tipo 2 frequentemente aparece e desaparece em período de meses; o tratamento suprime esses sinais mais rapidamente do que aqueles da reação tipo 1, entretanto a recidiva do ENH é muito mais provável de acontecer do que a reação tipo 1.

Tratamento da reação grave

O grupo de drogas chave para tratar reações graves é o corticosteróide: a prednisona é a mais comumente utilizada. É facilmente absorvida quando utilizada por via oral.

Os princípios básicos não devem ser esquecidos, entretanto, o descanso é importante em todas as condições inflamatórias. As imobilizações podem ser aplicadas aos segmentos afetados.

Enquanto a recuperação inicia, os exercícios passivos ajudam a manter o movimento de todas as articulações afetadas. Mais tarde os exercícios ativos ajudam a restaurar a força muscular, mesmo se houver algum dano permanente no nervo.

Em alguns casos a cirurgia pode auxiliar a dor neural crônica e a restauração da função nervosa.

Tratamento com Prednisona

Prednisona reduz o processo inflamatório nos nervos. Seu efeito terapêutico inicia-se em poucos dias, reduzindo a dor e permitindo alguma recuperação da função. Entretanto, para obter um máximo benefício e para prevenir que o processo inflamatório retorne, o paciente deve tomar o curso completo de prednisona, que pode ser de doze a vinte e quatro semanas.

Prednisona é uma droga muito eficaz, mas pode causar graves efeitos colaterais, incluindo algum potencialmente fatal. Um paciente pode ter outras condições clínicas que o faz mais vulnerável aos efeitos colaterais se fizer uso de corticosteróides. Portanto, antes de iniciar o tratamento com prednisona, alguns pacientes necessitarão ser encaminhados para centros de referência e outros necessitarão tratamento para essas outras condições clínicas (ver páginas 24-26).

Estão aqui os passos que devem ser observados para tratar um paciente com a prednisona:

- História e exame clínico.
- Encaminhar para centro de referência, se necessário.
- Tratar outras condições clínicas associadas, se necessário.
- Explicar o tratamento ao paciente.
- Prescrever prednisona.
- Acompanhamento do paciente durante e após o tratamento.



Prescrever e monitorar o tratamento com prednisona devem sempre ser feitos com grande atenção

História e exame

Você deve checar a história clínica dos pacientes e então examiná-los. Isto permitirá que você identifique os pacientes que necessitam de tratamento especializado em centro de referência e os pacientes que devem receber tratamento para outras condições clínicas associadas antes ou simultaneamente ao tratamento com prednisona.

Para ter certeza de que você não esqueceu nada, use o *checklist* na página seguinte para cada paciente que você for iniciar corticosteróide.

1. Anote qualquer sinal que sugira que o paciente necessita de corticosteróide: estes incluem nova perda sensitiva ou motora ou um dos outros sinais de reação grave.
2. Verifique sinais e sintomas que possam sugerir que o paciente necessita ser encaminhado a um centro de referência.
3. Verifique a lista de sinais e sintomas que requerem investigação antes do início do corticosteróide: se você puder, realize testes apropriados - ou encaminhe o paciente a um centro de referência.
4. Sob rígida observação cheque:
 - Se não há nenhuma contra-indicação para corticosteróides; você pode usar tiabendazol (50mg/kg/dia durante 2 dias ou 1,5g/dose única) para tratar infestação por *strongiloidis stercoralis* (veja a página 48) e começar corticosteróides.
 - Se você for encaminhar o paciente, anote todos os detalhes do encaminhamento.
 - Se você for tratar alguma outra condição clínica, anote isto no prontuário do paciente.

Checklist para iniciar a corticoterapia

PERDA SENSITIVA:

	DIREITO		ESQUERDO	
	S/N	Duração em semanas	S/N	Duração em semanas
Mãos				
Pés				

PERDA MOTORA:

	DIREITO		ESQUERDO	
	S/N	Duração em semanas	S/N	Duração em semanas
Fechamento do olho				
Nervo ulnar				
Nervo mediano				
Nervo fibular				

OUTROS SINAIS:

	Sim	Não
Dor neural/hipersensibilidade à palpação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesão reacional na face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envolvimento de outros órgãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SINAIS E SINTOMAS:

	Sim	Não
Gravidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crianças menores de 12 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabético conhecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera de córnea ou irite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera profunda ou osteomielite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urina positiva para glicose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você marcar SIM ao lado de um destes seis sinais e sintomas, você deve encaminhar o paciente para um centro de referência.

OUTROS SINTOMAS:

	Sim	Não
Tosse persistente por 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreção muco-sanguinolenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra sintomatologia sugestiva de tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim	Não
Conjuntivite ou tracoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarréia com sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesões pruriginosas na pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escabiose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você marcar SIM ao lado de um destes sinais ou sintomas, você deve encaminhar o paciente para um centro de referência.

CONDUTA:

	Sim	Não	Data
Tiabendazol (50mg/kg/dia durante 2 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticosteróides iniciados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente encaminhado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Encaminhado para

..... Local de encaminhamento

Motivo do encaminhamento

.....

.....

Encaminhando pacientes

Os pacientes com as condições descritas na página seguinte devem, se possível, ser tratados em um centro de referência com experiência em tratamento de reações, com suporte laboratorial, radiológico, cirúrgico e oftalmológico.

Estas páginas podem ser fotocopiadas e usadas como checklist.

Condições que devem ser encaminhadas para centros de referência

Gravidez

Referir pacientes que estão grávidas; para evitar prejuízo do feto, ter cuidado com o manejo de corticoterapia durante a gravidez, sua dose deve ser ajustada, geralmente para doses menores.

Crianças

Referir todas as crianças menores de 12 anos de idade para minimizar os efeitos dos corticosteróides sobre seu crescimento.

Diabetes

Os corticosteróides pioram o diabetes. Você deve suspeitar de diabetes em qualquer paciente que apresente sede intensa, ato de urinar mais freqüente do que o habitual, acompanhado geralmente de cansaço e fraqueza por um período de alguns dias a algumas semanas. Antes de administrar-lhes corticosteróides, encaminhe estes pacientes com tais sintomas para investigação e tratamento.

Comprometimento ocular

Os pacientes que têm dor e vermelhidão nos olhos, combinados freqüentemente com perda de acuidade visual, devem também ser encaminhados; eles podem ter alterações na córnea ou irite. Estas condições devem ser tratadas por profissional especializado. Entretanto, você pode ter necessidade de instituir tratamento de emergência antes do paciente ser transferido ao centro de referência, para tal use pomada lubrificante, oclua o olho do paciente e encaminhe-o imediatamente (consulte Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde).

Úlceras ou osteomielite

Os pacientes que têm úlceras profundas ou infectadas ou osteomielite devem ser encaminhados para antibioticoterapia e cirurgia. Não inicie a corticoterapia antes destes tratamentos, pois os corticosteróides podem piorar o quadro infeccioso do paciente trazendo danos permanentes. Toda ferida com secreção purulenta deve também ser encaminhada antes da administração de corticosteróide, para evitar o aparecimento de osteomielite. Mãos ou pés com temperatura elevada, com ou sem edema, pode ser sinal de osteomielite. (consulte Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas do Ministério da Saúde, Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase, n. 2).

Tuberculose

O uso de corticosteróides agravam consideravelmente o quadro de tuberculose. Suspeite de tuberculose sempre que houver tosse por mais de 4 semanas; que pode ser acompanhada de febre e perda de peso. Antes de administrar-lhes corticosteróides, encaminhe pacientes com tais sintomas para investigação e tratamento.

Depressão ou psicose grave

O uso de corticosteróides agravam consideravelmente o quadro de depressão ou psicose grave. Antes de administrar-lhes corticosteróides, encaminhe pacientes com tais sintomas para investigação e tratamento.

Reação grave tipo 2

Pacientes com reações tipo 2 graves, devem ser encaminhados para evitar dependência da corticoterapia no ENH crônico.

Novos danos neurais durante o tratamento

A função nervosa do paciente sob corticoterapia deve ser regularmente monitorada. Todo paciente com piora da função nervosa deve ser encaminhado para um centro de referência. Devem continuar sendo avaliados e fazer a mesma dose dos corticosteróides que estão tomando até o momento da consulta no centro de referência.

Danos nervosos tardios

Alguns pacientes desenvolvem dano neural até depois de um ano após ter concluído PQT. Como os sintomas de reação e recidiva algumas vezes confundem-se, você deve certificar-se de que estes pacientes têm reação e não recidiva. Suspeite de recidiva quando novas lesões de pele surgem em locais diferentes de lesões antigas. Estes pacientes devem ser encaminhados para centros de referência (veja páginas 40-41).

Pacientes diagnosticados com novo dano neural com mais de seis meses de duração

Se no momento do diagnóstico você encontrar paciente com dano neural, pergunte a ele há quanto tempo este dano está ocorrendo. Se iniciou há mais de seis meses, adote todas as medidas necessárias para evitar a progressão do dano neural e incapacidades. (veja o capítulo 4, página 43).

Trate outras condições

Se o paciente tem um dano neural recente sem necessidade de encaminhamento, pode ser tratado com corticosteróide na rede básica. Entretanto, antes de começar o tratamento, você deve examinar o paciente para ter certeza de que ele não tem nenhuma das condições descritas abaixo, que podem agravar, se instituída a corticoterapia.

- Infestação parasitológica.
- Diarréia, com sangue e/ou muco.
- Infecção fúngica.
- Escabiose.
- Dor epigástrica.

O tratamento para todas estas condições pode ser iniciado simultaneamente à corticoterapia. O Anexo C descreve o tratamento básico e fornece as razões para adotar estas precauções especiais.

Explicando o tratamento ao paciente

Antes de começar a corticoterapia, explique ao paciente:

- As razões para o tratamento.
- Qual o tempo de tratamento necessário.
- A importância de tomar a dose correta.
- Que o tratamento não deve, sob nenhuma hipótese, ser abruptamente interrompido.
- O que fazer se houver dor ou perda da sensibilidade ou diminuição de força muscular.
- Os possíveis efeitos colaterais do tratamento.

As razões para o tratamento

Explique ao paciente que ele necessita das drogas por causa da dor ou perda da sensibilidade ou diminuição de força muscular. Explique ainda que seu quadro clínico vai melhorar dentro de uma ou duas semanas. Se o paciente não tiver dor, explique que danos neurais não tratados podem evoluir para incapacidades permanentes.

Explique também ao paciente que há possibilidade de que alguns sintomas podem permanecer como sintomas remanescentes após o tratamento (como exemplo, a perda de sensibilidade ou a fraqueza muscular podem ser recuperadas parcialmente), mas que o tratamento é essencial para impedir que esse dano neural traga incapacidade permanente.

Qual o tempo de tratamento necessário

Explique que, para prevenir recorrência do quadro clínico, o tratamento demora, em média, de 12 semanas (PB) até 24 semanas (MB).

A importância de tomar a dose correta

Explique ao paciente a importância de tomar prednisona diariamente, de acordo com as instruções dadas durante a consulta. O sucesso do tratamento depende da tomada regular da medicação.

O tratamento não deve, sob nenhuma hipótese, ser abruptamente interrompido

Os corticosteróides têm grande poder terapêutico sob o organismo. Se o paciente interrompe o tratamento abruptamente, pode tornar-se gravemente doente com sintomas que inclui fraqueza e queda da pressão arterial. É por este motivo que a dose da prednisona é diminuída **gradualmente** durante o curso do tratamento. É importante fazer o curso completo do tratamento.

O que fazer se houver dor ou perda da sensibilidade ou diminuição de força muscular

O paciente deve ser advertido que ele deve voltar à unidade de saúde se a sintomatologia neurológica inicial piorar. O paciente pode necessitar de dose mais elevada de corticosteróide, manter a mesma dose por períodos mais longos que o habitual ou ser encaminhado para avaliação em um centro de referência.

Possíveis efeitos colaterais

Há muitos efeitos colaterais dos corticosteróides (Anexo D). Informe a todo paciente que estiver recebendo corticoterapia da possibilidade desses efeitos colaterais e alerte-o para informar ao médico, o mais rápido possível, o aparecimento de qualquer sintoma, de modo a prevenir complicações.

Prescrevendo prednisona para reação tipo 1 grave

A dose de prednisona é de 1-2mg/kg/dia, conforme avaliação clínica. Os pacientes que estiverem sob tratamento específico (PQT) devem continuar seu tratamento juntamente com os corticosteróides; entretanto, aqueles que já tiverem concluído seu curso regular de PQT farão somente tratamento com corticosteróides.

Exemplo para um paciente com 60 kg.

Semanas de tratamento	Dose diária de prednisona
Até a melhora do quadro clínico	60 mg
15 dias	40 mg
15 dias	30 mg
15 dias	25 mg
15 dias	20 mg
15 dias	15 mg
15 dias	10 mg
15 dias	5 mg

A dose da prednisona deve ser ingerida pela manhã após uma refeição.

No Brasil, a prednisona está disponível em comprimidos de 20mg e de 5mg, o que facilita o ajuste da dose semanal para cada paciente.

Explique cuidadosamente a quantidade de comprimidos que o paciente deve tomar cada manhã. Se necessário faça esquemas com desenhos, tabelas, usando cores.

Tome bastante cuidado para dispensar a quantidade correta de comprimidos e assegure-se que o paciente compreendeu como ingerir a dose prescrita e como tomá-la.

Um cartão para cada paciente, ilustrando a tomada da prednisona, seu “desmame” quinzenal, é extremamente útil para o paciente e para seu acompanhamento pelos profissionais de saúde durante todo o curso do tratamento com prednisona.

Acompanhamento durante o tratamento com corticosteróides

Registro do tratamento com prednisona

Ao prescrever corticosteróides, é imperativo que estas informações sejam registradas no prontuário e/ou no cartão do paciente para esse fim ou ainda no próprio cartão dos pacientes que estão sob tratamento PQT, se for o caso. A dose de prednisona pode ser escrita em vermelho ao lado do registro da tomada da dose de PQT. Para os pacientes que já tiverem concluído PQT, seus nomes, duração do curso de corticoterapia, comparecimentos e doses tomadas devem ser anotadas da mesma maneira.

Recomenda-se que pacientes sob corticoterapia sejam examinados, idealmente, toda semana ou no mínimo a cada 15 dias. Se isso não for possível, **em situações extremas**, o paciente poderá ser avaliado uma vez ao mês. Em cada avaliação pergunte ao paciente sobre aparecimento de efeitos colaterais ou outros problemas. Realize avaliação neurológica para monitorar mudanças e dar-lhes prednisona para a(s) semana(s) seguinte(s) do tratamento.

Monitorando a função nervosa

Monitore cada paciente usando o formulário para monitorar função neural (Anexo A), que possibilita os registros da evolução da função do nervo. Se você detectar uma piora grave, encaminhe o paciente para um centro de referência - mantendo a mesma dose de corticosteróide até a consulta no centro de referência. O especialista poderá prescrever um curso prolongado de corticosteróides ou aumentar sua dose, sob rigorosa supervisão.

Procurando observar efeitos colaterais

Os corticosteróides podem ter um número expressivo de efeitos colaterais graves. Monitore-os usando o Anexo D.

O que acontece se o paciente faltar uma consulta agendada e seu tratamento for interrompido?

Você necessitará:

- Saber quantas semanas o paciente faltou.
- Avaliar sua função nervosa.

Se a falta ao tratamento durou menos que quatro semanas, continue com a dose prescrita na última consulta e siga o curso padrão da corticoterapia.

Se a falta ocorreu há quatro semanas ou mais, siga as orientações abaixo:

- Se o problema original desapareceu, interrompa definitivamente esse curso de corticosteróides.
- Se dano neural de menos de seis meses de duração ainda persistir, reinicie o curso inteiro de corticosteróides - assegure-se de que o paciente entendeu a importância de fazer o curso completo de corticosteróides sem interrupção.
- Se dano neural piorou, reinicie o curso de corticosteróides e encaminhe o paciente a um centro de referência.

Acompanhamento após o tratamento com corticosteróides

Os pacientes que tomaram um curso de corticosteróides para a reação ou dano neural devem ser seguidos de perto em virtude da possibilidade de recorrência.

O paciente deve compreender que a reação e/ou novos danos neurais podem voltar a acontecer. Devem saber reconhecer os sinais e sintomas precoces de dano neural e estar ciente da importância, se isso ocorrer, de procurar imediatamente a unidade de saúde. Estes sinais e sintomas incluem dor ou formigamentos, perda de sensibilidade ou diminuição de força muscular ou incapacidade de fechar os olhos.

Os pacientes ainda sob PQT, devem fazer avaliação neurológica durante a consulta mensal para tomar a dose supervisionada de PQT. Qualquer alteração deve ser anotada e o paciente tratado adequadamente na unidade de saúde ou ainda encaminhado para tratamento em centro de referência.

Os pacientes que já concluíram a PQT e terminaram seu curso de corticoterapia devem ser agendados para consultas de acompanhamento neurológico 3 e 6 meses após o final do curso de corticoterapia.

Os pacientes que têm lagoftalmo e/ou fraqueza das pálpebras, após completarem seu curso de corticoterapia, devem ser encaminhados para tratamento oftalmológico especializado em centros de referência.



Menino que mostra sinais da reação

Como tratar reações em centros de referência

Prescrevendo o tratamento para reações tipo 2 grave

As reações do tipo 2 (tipo ENH) podem durar meses ou mesmo anos, portanto, há o risco do paciente adquirir dependência aos corticosteróides. Isto faz com que essas reações, algumas vezes, sejam muito difíceis de tratar pela dificuldade em reduzir e eventualmente terminar a corticoterapia. Todos os pacientes com reação tipo 2 grave devem ser encaminhados a centros de referência, onde especialistas experientes tomarão todos os cuidados para minimizar ou evitar essa dependência.

No centro de referência, as reações tipo 2 graves podem ser tratadas com associação de prednisona e clofazimina.

Os seguintes regimes são apenas exemplos (especialistas experientes podem preferir regimes diferentes).

Prednisona

Prescreva o seguinte esquema de doses para um curso curto de seis semanas:

Semanas de curso	Dose diária de Prednisona
1	40 mg
2	30 mg
3	20 mg
4	15 mg
5	10 mg
6	5 mg

Clofazimina

Clofazimina é dada em doses progressivamente menores como abaixo:

- 300 mg diárias durante o 1º mês.
- 200 mg diárias durante o 2º mês.
- 100 mg diárias durante o 3º mês.

Clofazimina é um componente da PQT, e a dose habitual no adulto é de 50mg/dia; entretanto, altas doses são necessárias para controlar o ENH. A clofazimina demora algum período para ter efeito terapêutico anti-reacional, e nesse período estará ocorrendo simultaneamente o desmame do corticosteróide, permitindo que quando se inicie a ação da clofazimina, o corticosteróide possa ser interrompido.

Doses muito elevadas de clofazimina administradas por longo tempo aumentam o risco de dor abdominal crônica causada pelos efeitos da droga na parede intestinal. A diminuição gradual da dose previne esse efeito colateral, entretanto, se esse efeito ocorrer a droga deve ser interrompida completamente. Clofazimina causa também a coloração da pele, particularmente nos pacientes com peles claras.

Talidomida

A talidomida é uma droga efetiva no tratamento do ENH, mas devido a seus efeitos colaterais ela deve ser cuidadosamente controlada e seu uso deve ser considerado para os pacientes cujo ENH não pode ser controlado pelas primeiras duas drogas mencionadas acima.

A talidomida somente pode ser prescrita por médicos em centros de referência. **Em virtude de sérios danos ao feto (teratogenicidade), não deve ser administrada em pacientes mulheres em idade fértil.** A dose habitual varia de 100 a 400mg/dia. Em alguns países, o uso do talidomida é proibido.

No Brasil, a talidomida é a droga de escolha recomendada para o tratamento do ENH. Sua utilização na rede de serviços públicos e privados de saúde deve obedecer rigorosamente à legislação expedida pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Nos casos de reação tipo 2 listados abaixo, deverá também ser indicada a utilização da prednisona - no mesmo esquema estabelecido para a reação tipo 1: Mulheres em idade fértil, comprometimento neural, irite, iridociclite, orquiepididimite, mãos e pés reacionais, nefrite, eritema nodoso necrotizante, fenômeno de Lúcio.

Grupos que requerem atenção especial na prescrição de corticosteróides

Os seguintes grupos de pacientes requerem precauções especiais quando houver necessidade de corticoterapia, que não deve ser instituída aos pacientes com tuberculose, diabetes, úlceras profundas, osteomielite ou outras condições graves sem que o tratamento para essas condições associadas seja também instituído.

Mulheres grávidas

Toda mulher grávida deve ser encaminhada para tratamento em centro de referência, com vistas à adequação a dose de corticosteróide para evitar efeitos prejudiciais ao feto como retardo do crescimento. Se os corticosteróides forem dados no terceiro trimestre, estes podem causar a supressão adrenal no recém-nascido. Esses bebês devem ser monitorizados em centros de referências neo-natais por um período após o nascimento.

As doses de prednisona administradas durante a gravidez devem ser ajustadas nos centros de referência.

Crianças

Todas as crianças abaixo de 12 anos de idade devem ser encaminhadas ao centro de referência, para minimizar os efeitos da corticoterapia sobre seu crescimento. As crianças também devem ter sua dose de corticosteróide ajustada semelhante à recomendação para mulheres grávidas. Preferencialmente, a dose não deve exceder à 1mg/kg/dia.

Alguns especialistas administram corticosteróides em dias alternados para reduzir seus efeitos indesejáveis sobre o crescimento.

As doses de prednisona administradas para crianças devem ser ajustadas nos centros de referência.



Crianças com danos neurais nas mãos

Pacientes com tuberculose

Na suspeita de um paciente estar com tuberculose, seu diagnóstico deve ser confirmado e o tratamento instituído antes de administrar corticosteróides. Deve-se coletar amostra de escarro para pesquisa de BAAR. Se o diagnóstico se confirmar, você pode iniciar a corticoterapia tão logo o tratamento efetivo anti-TB tenha sido iniciado. Observe atentamente as normas nacionais para diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Pacientes com diabetes

Pacientes que apresentam sintomas sugestivos de diabetes ou que apresentam teste de urina positivo para glicose devem ser encaminhados para centros de referência para confirmação diagnóstica e se positivo para tratamento do diabetes. Os corticosteróides aumentam a exigência de insulina dos diabéticos.

Um paciente tomando corticosteróides pode também desenvolver diabetes em um primeiro momento (diabetes induzido). Esta possibilidade tem que ser considerada quando os pacientes desenvolvem sintomas típicos de diabetes e estão sob corticoterapia; esses sintomas incluem, por exemplo, sede excessiva, aumento do número de micções.

Se houver glicosúria, a glicemia deve ser solicitada, primeiro para confirmar o diagnóstico e segundo para monitorar a resposta ao tratamento do diabetes. O uso de insulina (uma ou duas vezes ao dia) pode ser necessária em um primeiro momento, mas, geralmente o diabetes induzido desaparece quando a corticoterapia é interrompida.



Bacterioscopia para TB



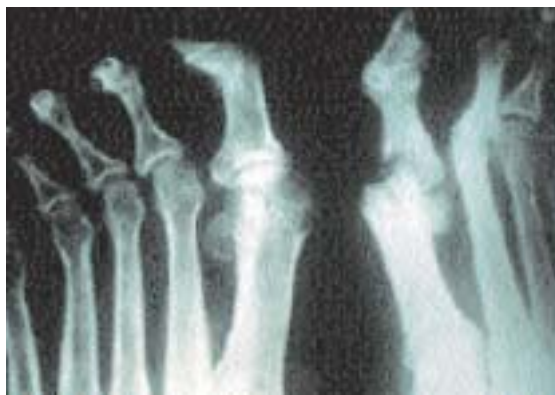
Teste de glicose na urina

Pacientes com úlceras ou osteomielite

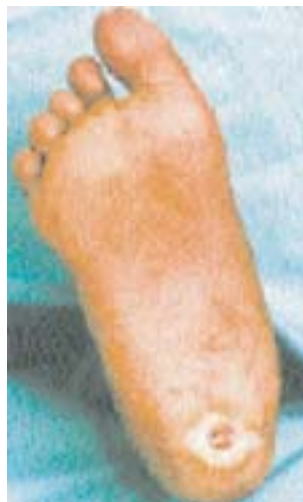
Os pacientes com úlceras profundas ou infectadas ou osteomielite devem ser encaminhados para centros de referência para instituição de antibioticoterapia adequada e cirurgia de limpeza da úlcera. Iniciar corticosteróides antes de tais tratamentos pode provocar a piora do quadro infeccioso com dano maior do segmento afetado podendo até levar a amputação do mesmo.

Você deve suspeitar de osteomielite se as mãos e pés do paciente estão com temperatura elevada com ou sem sinais de edema.

Todo paciente com secreção purulenta em ferida deve ser encaminhado para centros de referência, para debridamento (remoção do tecido morto e infectado) antes de iniciar o uso de corticosteróides, sob o risco do aparecimento de osteomielite.



O raio X mostra um pé com osteomielite



*Úlcera profunda,
possivelmente infectada*

Pacientes com comprometimento ocular

Os pacientes com comprometimento ocular devem ser encaminhados para centros de referência para diagnóstico e tratamento especializado em centros adequadamente equipados para cuidados com os olhos.

Úlceras de córnea e ceratite são condições inflamatórias da córnea - a parte central transparente e anterior do olho. Elas são causadas geralmente por pequenos traumatismos, uma vez que os olhos ficam expostos, como resultado da deficiência em fechar apropriadamente as pálpebras: há dor, vermelhidão e normalmente alguma diminuição da acuidade visual. O tratamento consiste em antibioticoterapia local com curativo para manter o olho fechado. A corticoterapia, local ou oral piora consideravelmente o quadro.

Irite, uveíte, iridociclite, esclerite são todos processos inflamatórios que ocorrem dentro do olho e podem ser parte da reação tipo 2. Essas condições causam dor, vermelhidão, fotofobia e perda da visão, embora esses sintomas nem sempre sejam graves. O tratamento inclui pomadas lubrificantes para prevenir a adesão da íris à lente e corticosteróides locais para reduzir o processo inflamatório. Em casos mais graves, também está recomendado o uso de corticosteróides orais (consulte Manual de Condutas para Complicações Oculares do Ministério da Saúde, Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase, n. 4).



Úlcera de córnea ao exame



Esclerite

Todas estas condições devem ser tratadas por pessoal especializado (e o equipamento necessário) em diagnosticar e tratar doenças oculares. O diagnóstico e o tratamento corretos são cruciais, como corticosteróides que são contra-indicados em algumas condições e indicados em outras.



Um trabalhador de saúde examinando o olho

Reação tipo 2 grave

Paciente com reação tipo 2 grave deve ser encaminhado para tratamento em centros de referência para evitar a dependência de corticosteróides. ENH pode ter curso crônico que dure meses ou mesmo anos. São necessários cuidados especiais para controlar o ENH sem que seja necessário prescrever cursos longos de corticosteróides, os quais transformam os efeitos colaterais destas drogas em mais um grande problema. O tratamento recomendado está no início deste capítulo.

Aparecimento de novos danos neurais durante a corticoterapia

Paciente cuja função neural tenha piorado enquanto está sob uso de corticosteróides deve ser encaminhado para tratamento em centro de referência especializado e, nesse ínterim, deve continuar a fazer uso da mesma dose de prednisona que vinha fazendo uso. O especialista pode aumentar a dose de corticosteróides e/ou prolongar o seu curso, acompanhando de perto o paciente, para tratar qualquer complicação decorrente desse uso.

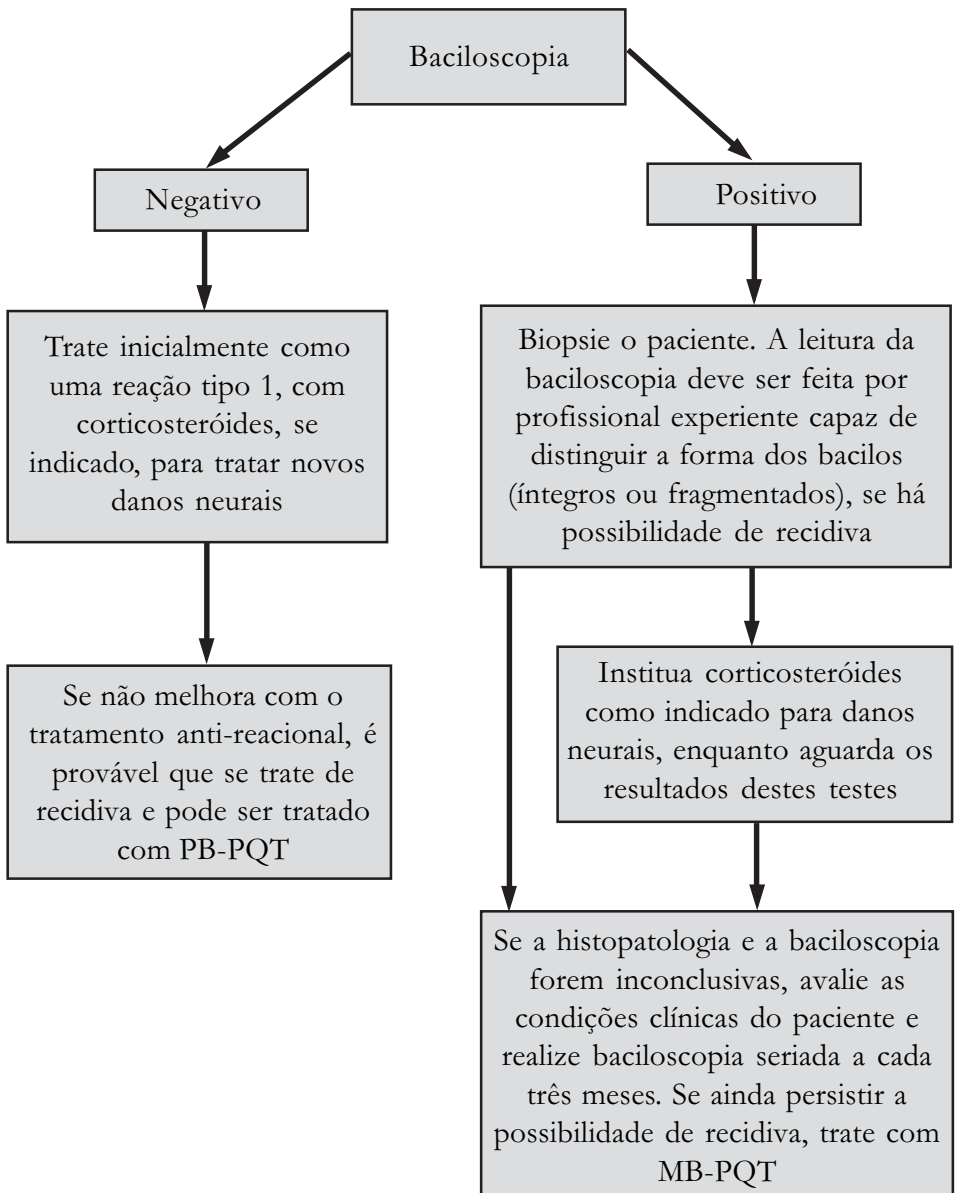
Danos neurais tardios e possibilidade de recidiva

Paciente que desenvolve danos neurais mais de três anos após ter concluído a PQT, certifique-se que realmente trata-se de reação e não de recidiva de hanseníase. Recidivas não são comuns, mas essa possibilidade deve ser considerada. Os sintomas de reações e recidivas muitas vezes confundem-se entre si. Se possível estes pacientes devem ser encaminhados para diagnóstico diferencial entre recidiva e reação em centros de referências especializados.

Novas lesões de pele em locais diferentes das lesões originais, particularmente sem sinais de inflamação, podem sugerir recidiva. Esses pacientes devem ser submetidos à baciloscopia - lembrando que a baciloscopia de pele, na maioria dos pacientes MB permanece positiva por muitos anos, mesmo após a conclusão da PQT.

Biópsias são úteis na avaliação da possibilidade de recidivas, mas é necessário que a coleta do material, seu processamento e leitura seja feito por profissional especializado. O fluxograma a seguir pode ser usado para distinguir recidiva de reação.

Fluxograma para distinguir reação de recidiva





Dano neural - cuidado com os pés



Dano neural - cuidado com os olhos

CAPÍTULO 4

Tratamento permanente do dano neural

A detecção precoce e o tratamento de reações hansênicas são essenciais para prevenir incapacidades. Infelizmente, alguns danos neurais permanentes podem ocorrer antes do diagnóstico de hanseníase e a despeito dos nossos melhores esforços para prevenir essas incapacidades, danos neurais futuros podem ocorrer durante o tratamento.

Os danos iniciais do nervo são chamados de *incapacidade primária*. Consistem na fraqueza muscular e/ou perda sensorial, e podem variar na gravidade de insignificante até completamente incapacitado. A perda do suor é outra incapacidade primária que deixa a pele mais vulnerável a ferimentos.

A incapacidade primária pode conduzir a uma incapacidade secundária. Isto pode incluir feridas, úlceras, osteomielite, perda de tecidos (dedos), contraturas fixas/deforridades fixas nas mãos e pés, lesão de córnea e cegueira.

A prioridade é interromper de modo permanente o dano no nervo e/ou impedir que a incapacidade primária torne-se incapacidade secundária. Para fazer isto, você tem que convencer o paciente que ele é o ator principal para prevenir essas incapacidades.

As incapacidades podem ser prevenidas por:

- Evitando, tanto quanto possível, os ferimentos nas mãos e nos pés.
- Colocando o membro afetado sob repouso, quando este estiver acometido.
- Protegendo o olho com óculos de sol ou curativos oclusivos.

Ajudando pacientes a prevenir incapacidades

A responsabilidade para examinar olhos, mãos e pés, diariamente, é principalmente do paciente - este procedimento é denominado auto-cuidado. Os profissionais de saúde podem recomendar, ensinar, ajudar inicialmente, mas não podem realizar esta tarefa diariamente, que deve ser responsabilidade do paciente.

Converse com cada paciente individualmente pois cada um tem diferentes fatores de risco, dependendo de seu estilo de vida e do seu trabalho. Converse com cada paciente sobre:

- O tipo de dano neural que ele tem.
- Os sintomas deste dano.
- Como eles podem avisar quando o dano neural está começando a piorar.
- Como prevenir novos danos neurais.

Se o paciente detectar, ao auto-exame, um ferimento novo tal como uma bolha ou uma pequena ferida, ele deve promover o repouso do membro afetado por alguns dias. As feridas devem ser limpas com água e sabão apropriado e cobertas com curativo limpo. Paciente com ferimentos deve retornar à unidade de saúde para aconselhamento e uma vez que a ferida esteja cicatrizada deve-se tomar os cuidados para evitar o seu reaparecimento.

Cuidado com mãos e pés insensíveis

Os cuidados com mãos e pés insensíveis devem incluir:

- As mãos e os pés devem ser examinados diariamente para verificar presença de ferimentos e então promover sua hidratação sob imersão.
- Óleo vegetal deve então ser aplicados à pele.
- Pacientes devem ser aconselhados em como reduzir o risco de danos no trabalho, na cozinha ou com o uso de ferramentas.
- Adotar hábito de pequenos períodos de descanso ajudarão a prevenir ferimentos causados por ações repetitivas.

O uso de calçados

Os pacientes com perda de sensibilidade em seus pés devem usar calçados protegidos e ajustados aos pés. Este tipo de calçado está geralmente disponível no mercado local.

Os sapatos devem ter:

- Uma sola resistente que não permita que os espinhos ou os pregos penetrem, sendo, no entanto, flexíveis ao andar.
- Uma palmilha interna macia.
- Parte superior anatômica com espaço suficiente para os dedos (mesmo dedos traumatizados).
- Nenhuma borda de costura, ponto ou pregos devem estar dentro do sapato para evitar o aparecimento de feridas pelo trauma repetido.

Pacientes com incapacidades graves nos pés necessitam de calçados especiais que podem ser encontrados em uma oficina ortopédica, que geralmente estão ligados aos hospitais ou aos centros da reabilitação.

Os cuidados com os olhos

Pacientes com perda da capacidade de piscar e fraqueza muscular palpebral, tem dificuldade em cerrar as pálpebras e podem facilmente danificar seus olhos.

- É importante que estes pacientes inspecionem seus olhos diariamente para remover possíveis corpos estranhos (usando um espelho).
- O uso de chapéu e óculos de sol podem ajudar a prevenir a superfície do olho da secura e de corpos estranhos como poeira, areia, e pequenos insetos.
- Lavar o olho com água limpa ajudará a remover todos os corpos estranhos.
- Colírios lubrificantes podem ser aplicados de manhã e à noite ajudando a umedecer a superfície do olho.
- Esforços conscientes para piscar podem ser muito úteis.



Grupos de auto-cuidado



Protegendo as mãos de ferimento

Grupos de auto-cuidado

Os grupos de auto-cuidado podem ser efetivos na prevenção de incapacidades e promover o auto-cuidado. Estes grupos são compostos por pacientes com os problemas similares, no caso de dano neural. Os membros do grupo auxiliam uns aos outros em atividades tais como o cuidado com feridas, práticas de trabalho seguras e outras necessidades identificadas pelos membros do grupo. Isto significa que os pacientes assumem sua responsabilidade dos auto-cuidados evitando tornar-se dependentes da equipe de saúde.

Anexo A: Um exemplo de formulário para monitorar função neural

Formulário para monitorar a função nervosa em pacientes hansênicos

(Cada paciente deve ser avaliado pelo menos, a cada três meses, entretanto o ideal é que seja mensalente)

Nome do paciente: _____

Número do prontuário: _____

Força muscular (escreva F, D ou P)

D	E
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

fechamento do olho
 fenda em mm
 ulnar
 mediano
 fibular

F=forte, D=diminuída P=paralisada

Olho: acuidade visual

E	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

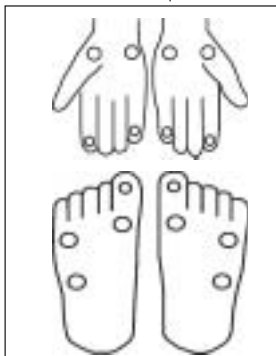
conte os dedos a seis metros
 consegue contar
 não consegue contar

Sensibilidade

Marque onde a sensibilidade estiver presente

Marque com um X onde houve perda de sensibilidade

Direita Esquerda



Houve piora nos últimos seis meses?

Sim
 Não Por _____ meses

Observação _____ Se sim, dê prednisona ou refira o paciente

Data _____ Nome _____ Assinatura _____

Força muscular (escreva F, D ou P)

D	E
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

fechamento do olho
 fenda em mm
 ulnar
 mediano
 fibular

F=forte, D=diminuída P=paralisada

Olho: acuidade visual

E	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

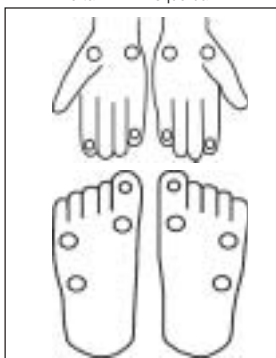
conte os dedos a seis metros
 consegue contar
 não consegue contar

Sensibilidade

Marque onde a sensibilidade estiver presente

Marque com um X onde houve perda de sensibilidade

Direita Esquerda



Houve piora nos últimos seis meses?

Sim
 Não Por _____ meses

Observação _____ Se sim, dê prednisona ou refira o paciente

Data _____ Nome _____ Assinatura _____

Força muscular (escreva F, D ou P)

D	E
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

fechamento do olho
 fenda em mm
 ulnar
 mediano
 fibular

F=forte, D=diminuída P=paralisada

Olho: acuidade visual

E	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

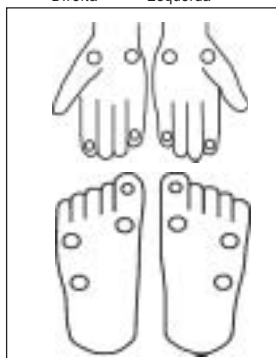
conte os dedos a seis metros
 consegue contar
 não consegue contar

Sensibilidade

Marque onde a sensibilidade estiver presente

Marque com um X onde houve perda de sensibilidade

Direita Esquerda



Houve piora nos últimos seis meses?

Sim
 Não Por _____ meses

Observação _____ Se sim, dê prednisona ou refira o paciente

Data _____ Nome _____ Assinatura _____

Anexo B: Lista de material necessário para tratar reações hansênicas em uma unidade de saúde

Para o diagnóstico e tratamento de reação leve

- Caneta esferográfica para testar sensibilidade.
- Formulários padronizados para monitorizar a evolução.
- Ácido acetil-salicílico (AAS, aspirina) para tratar reações leves.
Obs.: Em caso de vigência de dengue o AAS não deve ser utilizado.

Para o tratamento com corticosteróides

- Tiras para testes de glicose na urina.
- Tiabendazol para administrar a todos os pacientes que serão tratados com corticosteróides.
- Metronidazol e co-trimoxazol.
- Pomadas lubrificantes oculares.
- Tratamento para escabiose conforme *Dermatologia da Atenção Básica - Cadernos de Atenção Básica n. 9 - Brasília/DF, Série A - Normas e Manuais Técnicos, n. 174.*
- Antiácidos.
- Prednisona.
- Se possível, laboratório acessível para exame de escarro para TB, BAAR para hanseníase e protoparasitológico de fezes.

Os centros de referência devem ter facilidades e pessoal habilitado a:

- Diagnosticar e tratar as complicações principais do olho.
- Diagnosticar e tratar tuberculose.
- Diagnosticar e tratar diabetes.
- Diagnosticar e tratar recidivas de hanseníase.
- Instituir corticoterapia nas crianças e nas mulheres grávidas.
- Controlar os efeitos colaterais ou complicações da corticoterapia.
- Realizar cirurgias.
- Prescrever clofazimina e talidomida (se permitido) para tratar ENH grave.

Anexo C: Condições comuns que requerem tratamento quando do uso da corticoterapia

Infestação parasitológica

Largamente difundida e pode piorar com o resultado da corticoterapia. O ideal é que todos os pacientes que irão fazer uso de corticosteróides devam ser tratados com tiabendazol, 50mg/kg/dia, por 2 dias ou 1,5g - dose única.

Diarréia com sangue e/ou muco

Diante destes sintomas, é provável que o paciente tenha disenteria (amebiana e/ou bacilar) e deve ser tratado de acordo com as normas locais. O tratamento para a disenteria amebiana pode ser feito com metronidazol (dose de adulto - 800mg - três vezes ao dia - por cinco dias). A disenteria bacilar, exceto os casos graves não são normalmente tratadas. Entretanto, antes de administrar corticosteróides, elas devem ser tratadas por três a cinco dias com ciprofloxacina (500mg - duas vezes ao dia) ou o trimetoprim (200mg - duas vezes ao dia); co-trimoxazol-trimoxazol (960mg - duas vezes ao dia). Essas drogas talvez sejam as mais largamente disponíveis e efetivas na maioria dos casos.

Conjuntivite e tracoma

Estas condições não têm relação com a hanseníase, mas podem piorar sob corticoterapia. Uma vez presentes aconselhe o paciente a lavar a face diariamente com água e sabão e trate conforme *Manual de Prevenção de Incapacidades - Ministério da Saúde - 2001*.

Infecções fúngicas

Infecções fúngicas como a *Tinea corporis* são comuns e podem piorar sob corticoterapia. Se o paciente tiver prurido, lesões cutâneas, suspeita de qualquer infecção fúngica, trate conforme *Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 9 - Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174*.

Escabiose

Escabiose causa pequenos ferimentos na pele que podem infectar-se na vigência da corticoterapia. Instrua o paciente sobre hábitos de higiene (toda a família deve tomar banhos diários com água e sabão) e prescreva conforme as orientações do *Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 9 - Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174.*

Dor epigástrica

Dor epigástrica é comum e pode piorar com o uso de aspirina e/ou corticosteróides. Pode ser aliviada pelo uso de antiácidos. Um alívio maior dos sintomas pode ser obtido com o uso da ranitidina 75-150mg - duas vezes ao dia, se estiver disponível.

Anexo D: Efeitos colaterais dos corticosteróides e seu tratamento

As seguintes complicações podem ocorrer durante a corticoterapia:

- Piora do quadro de tuberculose, nos casos onde não há sintomas presentes quando do início da corticoterapia. Na suspeita de tuberculose, solicite o exame de escarro para BAAR para ser realizado na própria unidade de saúde ou encaminhe o paciente para um centro de referência para investigação e tratamento.
- Sinais de diabetes, tais como sede ou micções excessivas. Faça teste de urina para glicose e se positivo, encaminhe o paciente para um centro de referência para investigação e tratamento com insulina ou hipoglicemiantes orais.
- Dor abdominal - pode ser causada por úlcera péptica. Certifique-se de que o paciente não está tomando aspirina e administre antiácidos ou ranitidina.
- Piora da infecção em úlceras de mãos e pés - encaminhar o paciente para um centro de referência para investigação e tratamento cirúrgico e antibioticoterapia adequada.
- Diarréia ou disenteria. Administrar reidratação oral e após o exame de fezes considerar antibioticoterapia ou tratamento anti-amebiano.
- Edema de face (fácies cushingóides), aumento dos pêlos e acne. Não requerem tratamento e voltarão ao normal quando da interrupção do uso dos corticosteróides.

Mesmo se os efeitos colaterais ou complicações decorrentes da corticoterapia forem diagnosticados, é essencial que o paciente não interrompa abruptamente o uso dos corticosteróides, pois isto causará problemas ainda mais graves.

As complicações devem ser tratadas apropriadamente. Se se decidir que os corticosteróides devem ser interrompidos, isto deve ser feito **gradualmente** em um período de algumas semanas.

Se o paciente interromper abruptamente o uso de corticosteróides quando em doses altas, os seguintes sintomas podem ocorrer: hipotensão, fraqueza e choque. Reinicie o uso de corticosteróides e dê tratamento de suporte adequado, incluindo infusão de líquidos Intra-Venoso (IV), se necessário. Esse paciente deve ser hospitalizado e tratado como emergência médica.

Há outras complicações do uso de corticosteróides, mas elas são raras quando o curso da corticoterapia durar menos de seis meses. Incluem hipertensão, osteoporose, retardo do crescimento, cataratas e glaucoma. Sempre que possível, afira a pressão arterial dos pacientes sob uso de corticosteróides. Se você suspeitar ou detectar uma destas complicações menos comuns, encaminhe o paciente para investigação e tratamento em centro de referência.

Abreviações

- BAAR - bacilo álcool ácido-resistente: uma designação comum aos bacilos que causam a hanseníase e a tuberculose. Os bacilos podem ser identificados através do esfregaço de uma lesão de pele dos pacientes com hanseníase e no escarro daqueles com TB.
- TB - tuberculose
- MB - hanseníase multibacilar: pólo infeccioso da hanseníase com alta carga bacilar de *Mycobacterium leprae* definida por mais que cinco lesões de pele ou pela baciloscopia positiva.
- PQT - Poliquimioterapia: Esquema recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil. Consiste em uma associação de rifampicina, da clofazimina e da dapsona administradas por um período de 12 meses para hanseníase MB e seis meses para hanseníase PB.
- PB - hanseníase paucibacilar: pólo não infeccioso da hanseníase com baixa carga bacilar de *Mycobacterium leprae* definida por menos que cinco lesões de pele ou pela baciloscopia negativa.
- ENH - eritema nodoso hansênico: nódulos eritematosos característicos da reação tipo 2 da hanseníase.

Guias de aprendizagem da ILEP

Como diagnosticar e tratar a hanseníase

Como reconhecer e tratar reações hansênicas

Como cuidar dos problemas oculares da hanseníase

Como realizar exames baciloscópicos da hanseníase



ESTE É O SEGUNDO DE UMA SÉRIE DE GUIAS DE APRENDIZAGEM SOBRE HANSENÍASE PUBLICADO PELA ILEP. ESTES GUIAS DÃO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE A INFORMAÇÃO QUE NECESSITAM PARA REALIZAR AS TAREFAS ESSENCIAIS DO CONTROLE DA HANSENÍASE E IMPORTANDO-SE COM AS PESSOAS QUE TENHAM HANSENÍASE.

O Guia de Aprendizagem 2 foi feito para todos os trabalhadores de saúde que podem ter que tratar as complicações da hanseníase. Contém informações práticas sobre como reconhecer reações hansênicas e como tratá-las adequadamente. Isso inclui desde o aconselhamento do paciente até a possibilidade de encaminhamento para centros de referência.

Os guias de aprendizagem da ILEP são condensados, escritos de forma clara e bastante ilustrado. Esperamos que você os ache de fácil utilização. Serão úteis como primeira abordagem no estudo da hanseníase, como suplementos aos programas de treinamento, e como livros de referência na unidade de saúde.