

Cómo reconocer y tratar las reacciones leprosas



Derechos de autores ©2003, ILEP, Londres

Cualquier parte de este libro puede ser copiado, reproducido y adaptado para satisfacer las necesidades locales sin el permiso de los autores o del editor, siempre que las reproducciones sean distribuidas gratuitamente o a un coste no lucrativo. Para toda reproducción con fines comerciales hay que obtener un permiso de ILEP.

Toda reproducción debe testimoniar un reconocimiento a ILEP. Se deben enviar copias de los documento adaptados a ILEP.

Publicado por:

La Federación Internacional de Asociaciones contra la Lepra (ILEP)
234 Blythe Road
Londres W14 OHJ
Gran Bretaña

Si tienen comentarios sobre este libro o deseos de recibir copias suplementarias o informaciones sobre otros materiales de la Lepra, deben escribir a ILEP.

Producido por el Grupo de Acción para los Materiales de Formación y de Aprendizaje de ILEP (TALMilep).

Producción: Mary Tamplin, June Nash, Tim Almond.

Traducción: Alexandre Tiendrebeogo

Presentación: DS Print & Redesign

7 Jute Lane, Brimsdown

Enfield EN3 7JL, Royaume Uni.

ISBN 094754328 7



Cómo reconocer y tratar las reacciones leprosas



Este libro es el segundo de una serie de guías de aprendizaje sobre la lepra publicado por ILEP. Está destinado a todos los agentes de salud que podrían tratar las complicaciones precoces de la lepra. Los corticoides juegan un gran papel en el cuidado de tales complicaciones, también este libro será de un gran interés para los agentes de salud autorizados y capaces de prescribir los medicamentos a sus enfermos.

Muchos países tienen sus directrices nacionales, dando instrucciones para los cuidados de la reacciones leprosas y esta guía de ILEP será un suplemento útil.



La búsqueda del daño nervioso

Introducción

La Lepra es una infección que es eficazmente tratada con la poliquimioterapia. Sin embargo los enfermos desarrollan complicaciones llamadas reacciones, que necesitan un tratamiento adicional.

Este libro ofrece las informaciones necesarias para diagnosticar y tratar las reacciones leprosas, principal causa de daño nervioso e invalidez en Lepra. Nosotros esperamos que éste permitirá tratar muchos enfermos, con el fin de que la discapacidad – y el estigma social que de ella resulta – sean prevenidos.

La parte 1 explica como reconocer las reacciones leprosas, como distinguir los diferentes tipos de reacción y como precisar si ellas son moderadas o severas. Cita también otras afecciones que pueden ser confundidas con las reacciones leprosas.

La parte 2 expone como tratar las reacciones leprosas a nivel local. Describe el tratamiento de las reacciones moderadas así como de las severas y da consejos sobre el uso de la corticoterapia y su seguimiento. La mayor parte de las personas que sufren reacciones leprosas pueden ser tratadas en el centro de salud local, pero algunas deberán ser derivadas. Esta sección aconseja cuales deben ser derivadas.

La parte 3 expone el tratamiento de las que deben ser derivadas o tienen necesidad de precauciones especiales con la corticoterapia. Hay también directrices para el cuidado y los casos difíciles en los Centros de referencia. El lugar del tratamiento de las diferentes complicaciones variará y dependerá de la experiencia del personal y de la disponibilidad de medicamentos y equipamientos necesarios.

La parte 4 explica los cuidados necesarios para impedir la discapacidad después de sobrevenir un daño nervioso permanente. Aquí sólo se da un breve resumen pero en otros libros de ILEP se explica con más detalle.

Agradecimientos

Expresamos nuestro reconocimiento a los grupos y personas siguientes que han contribuido a la elaboración de este libro:

El autor principal: Dr. Paul Saunderson.

El Dr. Guido Groenen.

La Comisión medico-social de ILEP.

Todos los que han participado en el estudio sobre el terreno, especialmente ALERT, Gima Institute of Health Sciences, Schieffelin Leprosy Research and Training Centre, Karigiri and the Christian Medical College, Vellore.

Nos gustaría agradecer también a las personas y organizaciones que han suministrado las ilustraciones. Resaltamos también la necesidad de los derechos de autor individuales o de las Organizaciones.

Individuos

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.

Organizaciones

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).

Donde hay más de una imagen en cada página son numeradas de izquierda a derecha y de arriba abajo.

Sumario

1. Como reconocer las reacciones leprosas	1
¿Que es una reacción leprosa?	1
¿Quién puede tener una reacción leprosa?	2
¿Cuándo aparecen las reacciones leprosas?	3
¿Cómo examinar al paciente en una reacción leprosa?	3
Test de la sensibilidad	4
Test de la fuerza muscular	6
Palpación de los troncos nerviosos	7
Como hacer el diagnóstico de una reacción leprosa	9
Signos de daño nervioso desde el diagnóstico	10
Los dos tipos de reacción leprosa	11
Reacciones de tipo 1	11
Reacciones de tipo 2	13
Como distinguir las reacciones de tipo 1 y 2	16
¿La reacción es moderada o severa?	17
Afecciones que pueden ser confundidas con una reacción leprosa	18
2. Como tratar las reacciones leprosas a nivel local	19
Principios generales	19
Tratamiento de las reacciones moderadas	19
Tratamiento de las reacciones severas	20
Tratamiento con Prednisolona	20
Historia de la enfermedad y examen	21
Exámenes de control para iniciar la corticoterapia	22
Situaciones en las que debemos derivar	24
Tratar las otras afecciones	26
Explicar el tratamiento al enfermo	26
Efectos secundarios posibles	27
Prescribir la Prednisolona para una reacción severa tipo 1	28
El seguimiento durante la corticoterapia	30
El seguimiento después de la corticoterapia	31

Sigue en la página siguiente

3. Como tratar las reacciones a nivel de referencia	33
Prescribir el tratamiento para las reacciones severas de tipo 2	33
Prednisolona	33
Clofazimina	33
Talidomida	34
Grupos que necesitan disposiciones especiales durante la corticoterapia	35
Mujeres embarazadas	35
Niños	35
Tuberculosis	36
Diabetes	36
Ulceras y Osteomielitis	37
Afectación de los ojos	38
La reacción severa de tipo 2	40
Nuevo daño nervioso en el curso de la corticoterapia	40
El daño nervioso tardío y la posibilidad de recaída	41
4. Cuidados a largo plazo del daño nervioso	43
Ayudar a las personas a prevenir la discapacidad	43
Cuidados de las manos y pies insensibles	44
Calzados	44
Los ojos	45
Los grupos de autocuidados	45
Anexo A	46
Un ejemplo de ficha de cuidados de rutina	
Anexo B	47
Lista de control del material necesario para el tratamiento de las reacciones en un Centro de Salud.	
Anexo C	48
Afecciones que necesitan un tratamiento durante el uso de la corticoterapia.	
Anexo D	50
Efectos secundarios de los corticoesteroides durante su toma.	
Abreviaturas	52

Cómo reconocer las reacciones leprosas

Las reacciones son la principal causa de daño nervioso y de discapacidad en la lepra.

¿Qué es una reacción leprosa?

La lepra es una enfermedad bacteriana que daña la piel y los nervios. Puede provocar pérdida de sensibilidad, debilidad muscular y parálisis. Una característica de la lepra es la aparición de reacciones – periodos inflamatorios que pueden dañar a los nervios. Esta inflamación es debida al sistema inmunitario del cuerpo que ataca a los bacilos de la lepra.

La inflamación es la respuesta habitual del cuerpo a una infección y sus características típicas son :

- Tumor
- Eritema
- Calor
- Dolor
- Pérdida de función

Cuando el bacilo de la lepra daña la piel y los nervios, las reacciones leprosas provocan una inflamación en estos lugares. La inflamación sobre una mancha cutánea puede ser desagradable pero es raro que sea muy grave. La inflamación de un nervio por el contrario puede provocar daños graves con pérdida de función debida a la tumefacción y a la presión en el nervio.



Manchas cutáneas durante las reacciones leprosas.

Ciertas personas con nervios inflamados tienen graves síntomas, mientras que otros no tienen signos evidentes. Debemos examinar cuidadosamente los pacientes con el fin de detectar las reacciones antes que ellas provoquen daño.

¿Quién puede tener una reacción leprosa?

Casi todas las personas que tienen lepra pueden tener una reacción aunque los que tienen solamente una o dos manchas en la piel y ningún nervio hipertrofiado tienen un riesgo menor. Probablemente un 25-30% de todas las personas que tienen lepra van a tener en un momento u otro una reacción o daño nervioso.

La tabla siguiente muestra cómo se puede predecir el riesgo. Si las personas que tienen la forma multibacilar de lepra, la forma más grave de la enfermedad ya presentan daño nervioso en el momento de su diagnóstico, deberéis observarlas asiduamente para detectar futuros signos de daño nervioso que requerirán tratamiento ya que la mayoría de ellos (65%) desarrollarán más deterioro.

Riesgo de nuevo daño nervioso en los casos nuevos de lepra		
	PB	MB
Función nerviosa normal en el diagnóstico	1%	16%
Función nerviosa deficiente en el diagnóstico	16%	65%

Croft RP et al, una regla para la predicción de la deficiencia de la función nerviosa en los enfermos de lepra, Lancet (2000) 355:1603-6.

La detección precoz de la lepra y el tratamiento por la PQT son la mejor manera de prevenir la discapacidad. Desgraciadamente muchos enfermos son diagnosticados tarde y presentan un riesgo mayor de desarrollar reacciones y neuritis como las descritas aquí. Si estas reacciones son tratadas eficazmente los daños nerviosos precoces pueden ser reversibles y la discapacidad puede ser todavía evitada.

¿Cuándo ocurren las reacciones leprosas?

Una persona con lepra puede de hecho tener una reacción leprosa en cualquier momento:

- Antes del tratamiento
- Al diagnóstico
- Durante el tratamiento
- Después de terminar el tratamiento

La mayor parte de las reacciones ocurren durante el primer año después del diagnóstico. En caso de que los enfermos tengan lepra multibacilar, las reacciones pueden sobrevenir en todo momento durante el tratamiento y varios años después de finalizar el mismo.

¿Cómo hacer el examen en una reacción leprosa?

Todas las reacciones leprosas no se parecen, a veces hay sólo una inflamación en la piel y los nervios no están afectados.

Más a menudo las reacciones ocurren en los nervios sin provocar cambios visibles sobre las lesiones cutáneas. El daño sobre los nervios puede ser doloroso y muy evidente o ligero no notándolo el enfermo. Las reacciones pueden también dañar los ojos.

Cada vez que se examina a una persona afectada de lepra, debemos observar la piel, los nervios y los ojos con el fin de asegurarse que no hay ninguna reacción.

Anotad los resultados del examen sobre el esquema corporal del enfermo. Si éste no tiene lugar apropiado utilizad la ficha de cuidados de rutina que figura en el anexo A.

Piel

- Preguntad a la persona si tiene dolor o tumefacción sobre las lesiones cutáneas.
- Examinar las manchas en búsqueda de signos inflamatorios.
- Examinar las manos y los pies en búsqueda de pérdida de sudoración.

Nervios

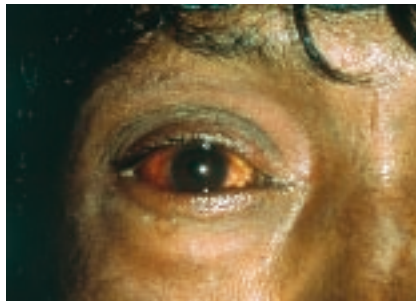
- Preguntad a la persona si tiene pérdida de sensibilidad o fuerza en las manos y pies.
- Preguntad si tienen dificultades en sus tareas cotidianas.

- Preguntad si tienen dolores, quemazón y hormigueo en los nervios.
- Examinar los nervios para ver si son dolorosos.
- Examinar la pérdida de sensibilidad de las palmas de las manos y las plantas de los pies por medio de un lápiz o de un monofilamento.
- Examinar la fuerza muscular de los párpados, manos y pies
- Comparar los resultados con los del examen anterior.

Ojos

- Preguntad a la persona si tiene dolor en los ojos y pérdida de visión reciente.
- Buscar signos de inflamación: enrojecimiento, pupilas de forma irregular.

Para más información a cerca de los ojos mirar ILEP La Guía de aprendizaje de ILEP: *Como cuidar los problemas de los ojos en lepra.*



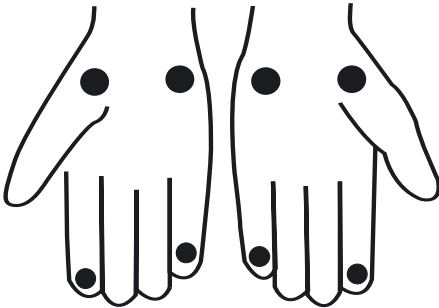
Signos de inflamación de los ojos.

Test de sensibilidad

El daño nervioso puede provocar pérdida de sensibilidad. En la lepra es frecuente en las manos y en los pies. Para hacer el test de sensibilidad se deben examinar al menos cuatro puntos sobre la palma de cada mano y cuatro puntos en la planta de cada pie, siendo un total de dieciséis puntos a examinar:

- Asegurar la mano o el pie para mantenerla fija. Enseñad a la persona lo que vais a hacer. Pedirle cerrar los ojos.

- Tocar cuatro puntos en la palma de la mano y en la planta del pie con la punta de un lápiz.
- Apoyar ligeramente de manera que obtengamos sólo una pequeña depresión de la piel – no apoyad demasiado fuerte. El peso del lápiz suele a menudo bastar.
- Pedid a la persona que indique el lugar que habéis tocado.
- Si el sujeto no siente alguna presión la primera vez, examinarlo una segunda vez de la misma manera – pero no apoyad demasiado fuerte.
- Hacerlo igual en todos los puntos que quieras examinar.
 - ✓ Si la persona ha sentido el lápiz en ese lugar.
 - ✗ Si la persona no ha sentido el lápiz en ese lugar.



Examinad al menos cuatro puntos de las manos.



Examinad al menos cuatro puntos de los pies.

Test de fuerza muscular

El daño nervioso puede afectar la función y la fuerza de los músculos inervados por los nervios dañados. En la lepra los músculos más frecuentemente dañados son los de los párpados, manos y pies.

Examinad cuatro músculos de cada lado del cuerpo de la persona: un músculo del párpado, dos músculos en la mano y un músculo en el pie. Cuando hayáis examinado la fuerza de un músculo anotad los resultados como sigue:

- (F) fuerte cuando la fuerza parece normal.
- (M) medio cuando la fuerza está netamente disminuida.
- (P) paralizado cuando no queda fuerza para producir el movimiento que buscáis.

Para el test de los *músculos que cierran los ojos* pedid a la persona cerrar suavemente los ojos como para dormir. Si hay una parálisis de estos músculos, medid con una regla la distancia que queda entre párpados superiores e inferiores.

Para examinar el nervio cubital pedid a la persona separar el dedo meñique e intentar volver a llevarlo al mismo sitio con vuestro propio dedo.

Para examinar el nervio mediano pedid a la persona levantar el pulgar hacia lo alto mientras que tu mantienes la mano plana, ensayad después apoyar el pulgar hacia abajo con vuestro dedo.

Para examinar el nervio ciático poplíteo externo pedid a la persona levantar el pie mientras que lo presionas hacia el suelo con tu mano.

Recoged los resultados sobre el esquema o sobre la ficha de cuidados de rutina.



Lagofthalmos – imposibilidad de cerrar completamente los ojos



Test del nervio cubital



Test del nervio mediano



Test del nervio ciático poplíteo externo

Palpación de tres importante nervios

El daño del nervio puede llevar a una hipertrofia, una sensibilidad, o un dolor del nervio. En la lepra los nervios más a menudo afectados son el cubital, el mediano y el ciático poplíteo externo. Durante la palpación de los nervios es importante observar la cara de la persona para ver signos de dolor o sensibilidad.

El nervio cubital – para palparlo (examinar) el nervio cubital izquierdo coged el antebrazo izquierdo de la persona en vuestra mano izquierda; con vuestra mano derecha tocad detrás del codo izquierdo donde encontrareis el nervio cubital en un hueco del codo interno. Cambiad vuestras manos para palpar el nervio cubital derecho.



Palpación del nervio cubital

El nervio mediano – para examinar el nervio mediano coged la muñeca de la persona con la palma de la mano hacia arriba; palpad suavemente en medio de la muñeca. En ocasiones no se palpa el mismo pero debéis poder descubrir una sensación dolorosa.



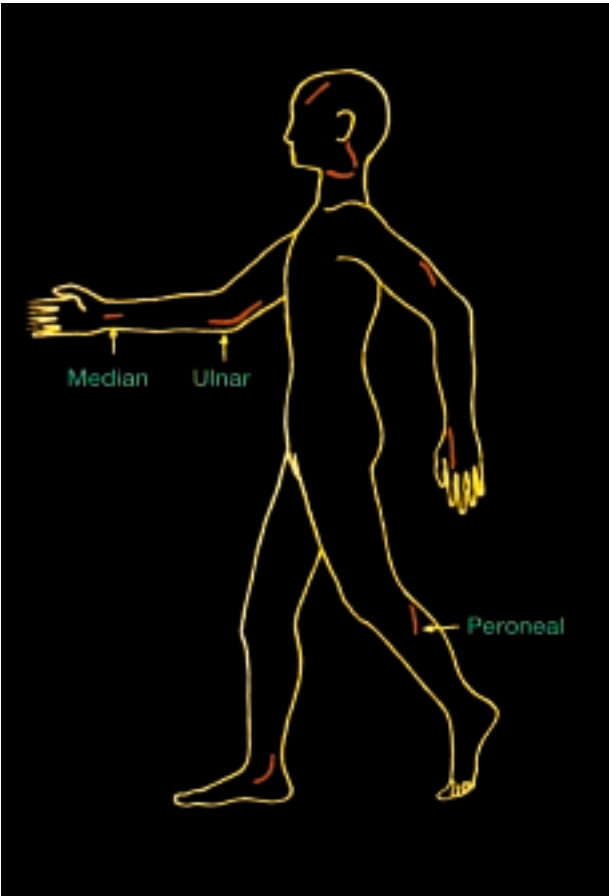
Palpación del nervio mediano

El nervio ciático poplíteo externo – para palparlo pedir a la persona sentarse en una silla y ya sentada colocarse enfrente de la rodilla. Con la mano izquierda palpad a la búsqueda del nervio al lado externo de la pierna, justo debajo de la rodilla; el nervio pasa justo detrás de la rodilla y contornea el hueso debajo de la rodilla. Utilizar vuestra mano derecha para examinar el nervio ciático poplíteo externo izquierdo.

Si encontráis una sensación dolorosa, anotarlo sobre el esquema o sobre la ficha de cuidados de rutina.



Palpación del ciático poplíteo externo



Todos los nervios pueden ser afectados en la lepra. Los tres nervios más frecuentemente sensibles en el curso de las reacciones leprosas son el cubital, el mediano y el ciático poplíteo externo.

¿Cómo diagnosticas una reacción leprosa?

Signos de reacción leprosa

En la piel	– manchas cutáneas inflamadas
En los nervios	– dolor o sensibilidad del nervio – nueva pérdida de sensibilidad – nueva debilidad muscular
En los ojos	– dolor y enrojecimiento de los ojos – nueva pérdida de visión – nueva debilidad en el cierre de los ojos

Una reacción puede implicar a la piel, los nervios y los ojos, pero a menudo ella no es evidente más que en uno de los sitios – a veces un solo nervio está inflamado, o el ojo y una mancha cutánea vecina por ejemplo. Siempre es importante buscar algún cambio en los tres sitios.

¿Como saber si un nervio está implicado? El dolor o la sensibilidad puede estar presente, pero la pérdida de función (que es una pérdida de sensibilidad o una debilidad muscular) puede aparecer en ausencia de dolor. Por ello debemos buscar todo cambio de función nerviosa ocurrido después de que la persona ha sido examinada la última vez.

Comparad los resultados del examen de los nervios que habéis hecho y los que fueron realizados tres meses antes y registradlos sobre el esquema o la ficha de cuidados de rutina.

Hay un nuevo daño nervioso si:

- Hay lugares en las manos o pies donde el enfermo podía sentir y no puede ahora (pérdida de sensibilidad).
- Un músculo ha perdido su fuerza comparativamente al examen precedente (déficit motor)
- Un nervio se encuentra netamente más grueso, más doloroso o más sensible al tocarlo.

Toda nueva pérdida de sensibilidad o nuevo déficit motor significa que el nervio ha sido dañado por una reacción. Incluso si no hay dolor en el nervio o inflamación de las manchas cutáneas un tratamiento urgente es necesario para restaurar la sensibilidad o motricidad perdida.

Signos del daño nervioso desde el diagnóstico

A veces el primer signo indicando que una persona padece la lepra es el que aparece cuando tiene una reacción inflamatoria. Si esto ocurre debéis confirmar el diagnóstico de lepra: examinar a la persona en búsqueda de signos de lepra, verificar como su piel y sus nervios están afectados, y comenzar pronto con un tratamiento con MDT.

Valorar el daño nervioso; como no se puede comparar el resultado con un examen anterior debéis preguntar a la persona desde cuando existe el daño nervioso. Si dice que ocurrió los 6 últimos meses o que no sabe desde cuando es necesario tratar el daño nervioso.

Si el daño nervioso ocurrió desde hace más de 6 meses el tratamiento probablemente será menos eficaz: debéis enviar a la persona a recibir un tratamiento especializado.



Signos de reacción en manos y cara

Un nuevo daño nervioso puede ocurrir sin síntomas evidentes, debéis buscarlo cada vez que veáis un enfermo de lepra en el Centro de Salud. Examinar la sensibilidad y la fuerza muscular de cada enfermo en cada visita de rutina. Recordad que una reacción puede ocurrir después del tratamiento con MDT.

Los dos tipos de reacción leprosa

Las reacciones leprosas son clasificadas en dos categorías: El tipo I y el tipo II. Sin embargo es mucho más importante reconocer y tratar los daños nerviosos que decidir de que tipo de reacción se trata; el tratamiento de los daños nerviosos (neuritis) es siempre el mismo independientemente del tipo de reacción.

Reacciones de tipo I

Son llamadas también reacciones de reversión. Son debidas a un aumento de la actividad del sistema inmunitario corporal en la lucha contra el bacilo de la lepra, o incluso contra los restos de bacilos muertos. Esto provoca una inflamación en todos los lugares donde existen bacilos de lepra sobre todo en la piel y los nervios.

¿Quién puede tener una reacción de tipo I?

Las personas con un lepra paucibacilar (PB) y también aquellas con lepra multibacilar (MB) pueden tener una reacción tipo I.

¿Cuál es la frecuencia?

Cerca de una cuarta parte de todas las personas afectadas de lepra son susceptibles de tener una reacción de tipo 1.

¿Cuándo puede aparecer una reacción de tipo 1?

El periodo más frecuente es durante los 6 primeros meses después del inicio del tratamiento.

Algunas personas tienen la reacción de tipo I antes del comienzo del tratamiento, es decir, antes de que su enfermedad haya sido diagnosticada. La reacción es a menudo el primer signo de la enfermedad y es el motivo por el que la persona consulta.

Algunos enfermos tienen la reacción más tarde o en el curso de su tratamiento, incluso después de haberlo terminado correctamente. En raras ocasiones las reacciones de tipo I pueden incluso aparecer hasta cinco años después del tratamiento.

Las reacciones que ocurren después de terminar el tratamiento son a menudo confundidas con recaídas, es decir, una vuelta de la enfermedad. Las normas para confirmar una posible recaída están dadas en las páginas 40-41.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de una reacción de tipo I?

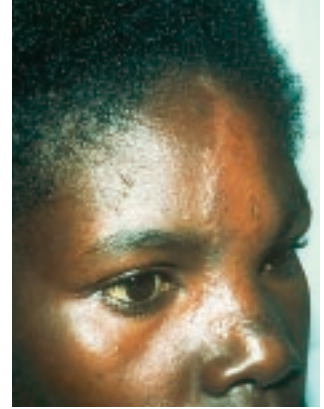
La manifestación más normal de una reacción de tipo I es la inflamación de las manchas cutáneas, que aparecen sobreelevadas, más eritematosas y calientes. Por lo general no son dolorosas pero puede haber un cierto discomfort.

Ciertas manchas pueden haber sido poco visibles antes y puedes creer que la inflamación ha provocado nuevas manchas.

Puede haber un edema de la cara o de los miembros.

Como ya se mencionó la sensibilidad de los nervios o la pérdida de función son importantes características.

Siempre que la reacción está localizada en la piel y los nervios la persona no se siente demasiado enferma y por lo general no hay fiebre. Los músculos que cierran los párpados pueden estar afectados, pero el ojo en si mismo no está afectado por una reacción de tipo 1.



La piel en una reacción de tipo I

¿Qué es lo que ocurrirá con el tiempo si la persona no es tratada?

La mayor parte de los tratamientos de tipo I ceden a los seis meses pero sin tratamiento, el daño de los nervios podrá provocar una pérdida de función permanente.

Las reacciones de tipo 2

También se les llama eritema nodoso leproso (ENL). Ocurren cuando un gran número de bacilos de lepra son destruidos y progresivamente descompuestos. Las proteínas de los bacilos muertos provocan una reacción alérgica. Como estas proteínas están presentes en el sistema sanguíneo, una reacción de tipo 2 dañará el conjunto del cuerpo, provocando síntomas generales.

¿Quién puede tener una reacción de tipo II?

Sólo los enfermos multibacilares (MB) tienen reacciones tipo 2.

¿Cuál es su frecuencia?

Las reacciones de tipo 2 son menos frecuentes que las de tipo 1, aunque su incidencia varía de unos países a otros: en Africa sólo alrededor del 5% de las personas con lepra multibacilar (MB) tienen ENL, mientras que en América del sur hasta el 50% de los multibacilares las padecen.

¿Cuándo sobrevienen las reacciones de tipo II?

Las reacciones de tipo 2 aparecen lo más a menudo en el curso de los tres primeros años después del comienzo del tratamiento, aunque pueden también aparecer al comienzo del tratamiento. Como al organismo le supone tiempo eliminar los bacilos muertos, las personas afectadas pueden continuar teniendo reacciones de tipo II años después de finalizar el tratamiento.

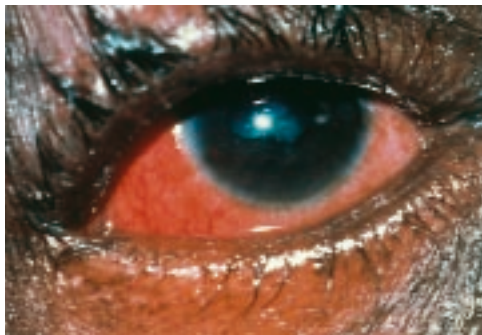
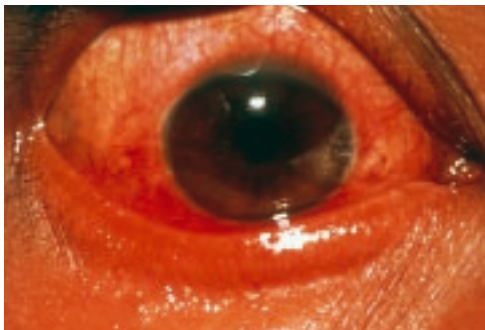
¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de las reacciones de tipo II?

Las reacciones de tipo 2 presentan los signos típicos del eritema nodoso. Son nódulos palpables en la piel. Hay también inflamación haciendo que los nódulos sean dolorosos y rojos. Estos nódulos pueden aparecer en número limitado o múltiple siendo frecuentes en las piernas, los brazos y menos frecuentes en el tronco. No están asociados a las lesiones cutáneas de la lepra. El dolor en los nódulos es un importante signo clínico del ENL.



La piel en el curso de ENL

Los ojos pueden estar dañados por una reacción de tipo 2 provocando la aparición de una iritis o inflamación del iris, la parte coloreada del ojo. Los síntomas son dolor y enrojecimiento de los ojos, estrechez o deformación de la pupila y fotofobia (dolor ocular a la exposición de la luz).



La Iritis es una complicación del ENL

De hecho por su causa subyacente, las reacciones de tipo 2 son sistémicas y afectan a todo el cuerpo: hay una enfermedad general con fiebre y los sujetos se sienten enfermos.

¿Que es lo que ocurrirá a largo plazo si la persona no es tratada?

El ENL es una afectación crónica que puede persistir varios años con episodios de agravación y de mejora de tiempo en tiempo. Sin tratamiento la persona que padece de ENL estará muy enferma la mayor parte del tiempo y podrá incluso morir. Otros órganos a parte de la piel y los nervios pueden ser dañados tales como los ojos, las articulaciones, los testículos y los riñones y todos los órganos pueden ser definitivamente afectados si la persona no es tratada.

Cómo distinguir la reacciones de tipo 1 y 2

La tabla de abajo muestra las diferencias entre los dos tipos de reacción:

Signos	Reacción Tipo 1	Reacción Tipo 2
Inflamación de la piel	Las manchas de lepra están inflamadas pero el resto de la piel está normal.	Nódulos nuevos, rojos y sensibles, no asociados a las manchas de lepra.
Estado general del enfermo	Bueno, con poca o sin fiebre	Malo, con fiebre y enfermedad general.
Fecha de la presentación y tipo de enfermo	Habitual en todo el curso del tratamiento con MDT; tanto en enfermos PB como MB.	Habitual, tarde en el curso del tratamiento; enfermos MB solamente.
Afectación del ojo	Una debilidad al cerrar los párpados puede sobrevenir.	Un daño interno en el ojo (iritis) es posible.

Si hay un nuevo daño nervioso sin inflamación cutánea la persona debe ser tratada como teniendo una reacción de tipo 1. Por regla general se deben ver lesiones cutáneas típicas de ENL antes de diagnosticar una reacción de tipo 2.



Reacción de Tipo 1



Reacción de Tipo 2

¿La reacción es moderada o severa?

Usted deberá decidir si la reacción es moderada o severa, lo que influye sobre el tipo de tratamiento:

- Una reacción moderada es la que afecta solamente a la piel (no daña un nervio importante o al rostro); puede tener una febrícula y un ligero hinchazón (edema) de los miembros.
- Las reacciones severas dañan los nervios y los ojos.

Los signos de reacción severa comprenden:

- Dolor o sensación dolorosa de los nervios.
- Nueva pérdida de sensibilidad.
- Nueva debilidad muscular.
- Reacción de una lesión cutánea por encima de un nervio importante.
- Reacción de una lesión cutánea afectando al rostro.
- Signos de inflamación de los ojos
- Importante edema (hinchazón) de los nervios.
- Daño de otros órganos tales como testículos, ganglios linfáticos y articulaciones.
- Ulceración de las lesiones cutáneas.

Afectaciones que pueden ser confundidas con una reacción leprosa

Otras afectaciones que pueden ser confundidas con una reacción leprosa son las reacciones medicamentosas y otras causas de inflamación como una infección local o un absceso.

- Las reacciones medicamentosas no son corrientes; se acompañan por lo general de prurito que no es una característica de las reacciones leprosas. Los signos sobre la piel no se corresponden con las manchas de la lepra y son la mayoría de las veces lesiones planas (no sobreelevadas como el ENL) con una hiperpigmentación posible.
- Una infección local no dañará las manchas de la lepra. Será generalmente localizada sobre justo una parte del cuerpo y la causa será evidente, como una herida o una picadura de insecto por ejemplo.

La posibilidad de recaída es abordada en las páginas 40-41.



Las reacciones leprosas pueden ser tratadas con éxito

Como tratar las reacciones leprosas a nivel local

La mayor parte de las personas que tienen una reacción leprosa pueden ser tratadas localmente, pero algunas deberán ser referidas. El tratamiento o la referencia depende:

- Del tipo de reacción.
- De la existencia de complicación o de contraindicación pudiendo dificultar el tratamiento.
- De la naturaleza de los medicamentos disponibles.
- Del nivel de experiencia y posibilidades de examen disponibles en vuestro centro de salud.

El anexo B da una lista de control del material necesario para diagnosticar y tratar las reacciones leprosas.

Principios generales

Antes de comenzar el tratamiento debemos definir el tipo de reacción que vas a tratar y precisar si se trata de una reacción moderada o severa (ver página 17).

Tratamiento de las reacciones moderadas

Las reacciones moderadas de los dos tipos (reacción de reversión o ENL) pueden ser tratadas en el Centro de Salud local con ácido acetilsalicílico (AAS, Aspirina: dosis adulto 600 mgr. hasta 6 veces por día).

Las reacciones de tipo 1 no duran en general más que algunas semanas. Los signos de reacción de tipo 2 van y vienen en un período de varios meses: el tratamiento hace desaparecer estos signos más rápidamente que los de las reacciones de tipo 1, pero el ENL es más susceptible de recidiva que la reacción de tipo 1.

Tratamiento de las reacciones severas

Los medicamentos claves para el tratamiento de las reacciones severas son los corticoides: la Prednisolona es el más utilizado.

Es fácilmente absorbida en forma oral y está disponible en blister.

Sin embargo no debemos olvidar los cuidados de base. El reposo es importante en todo fenómeno inflamatorio. Se pueden fijar los miembros a tabillitas para poner los músculos y los nervios afectados en reposo.

Al principio de la recuperación, los ejercicios pasivos ayudan a conservar la amplitud de movimiento de las articulaciones afectadas. Más tarde los ejercicios activos facilitan la restauración de la fuerza muscular, e incluso si hay un daño permanente del nervio.

En ciertos casos la cirugía permite tratar los dolores de los nervios y restaurar la función.

El tratamiento con Prednisolona

La Prednisolona reduce la inflamación de los nervios. Su efecto comienza en algunos días, reduciendo el dolor del nervio y permitiendo la recuperación de la función. Sin embargo, para un máximo beneficio y para prevenir el retorno de la inflamación la persona deberá tomar un tratamiento completo de Prednisolona de 12 a 24 semanas.

La Prednisolona es un medicamento muy eficaz, pero puede provocar efectos secundarios graves, incluido algunos que son potencialmente fatales. Ciertas personas pueden tener algunas condiciones médicas que les hacen más vulnerables a los efectos secundarios de los corticoesteroides. Antes de comenzar la Prednisolona ciertas personas deberán ser referidos para servicios especializados y otros deberán ser tratados de otras afecciones (ver las páginas 24-26).

He aquí las etapas para el tratamiento de una persona con Prednisolona:

- Historia de la enfermedad y examen.
- Referir si es necesario.
- Tratar las otras afecciones.
- Explicar el tratamiento a la persona.
- Prescribir la Prednisolona.
- Seguir el enfermo durante y después del tratamiento.



La prescripción y supervisión del tratamiento con Prednisolona deben ser hechos con gran cuidado.

Historia de la enfermedad y examen

Debéis verificar la historia médica de cada persona y después examinarlo. Esto les permitirá reconocer los que tienen necesidad de un tratamiento especializado y los que presentan otras afecciones que deben ser tratadas antes o al mismo tiempo que se les da la Prednisolona.

Para asegurarnos que no os olvidáis nada, utilizad la lista de control de la página siguiente para toda persona que necesite tomar los corticoides.

1. Anotad todos los signos que sugieren que la persona tiene necesidad de corticoterapia: comprende una nueva pérdida de la sensibilidad o de la motricidad o alguno de los otros signos de reacción severa.
2. Registrar los signos y síntomas que sugieren que la persona tiene necesidad de ser referida a un centro especializado.
3. Mirad la lista de otros síntomas que necesitan una investigación antes de la prescripción de corticoides: si podéis, efectuar los exámenes apropiados y actuar en consecuencia, o derivar a la persona a un centro especializado.
4. Bajo el nombre *Cuidados*, verificar las acciones que habéis tomado.
 - Si no hay contraindicación a los corticoides, dad el mebendazol para tratar toda infección parasitaria (ver la página 48) y comenzar la corticoterapia.
 - Si referís a la persona, anotad las informaciones de la referencia.
 - Si vosotros tratáis otras afecciones, anotadlo en la ficha de la persona.

Lista de control para comenzar la corticoterapia

PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD:

	DERECHA		IZQUIERDA	
	Sí/No	Duración en semanas	Sí/No	Duración en semanas
Mano				
Pie				

PÉRDIDA DE MOTRICIDAD:

	DERECHA		IZQUIERDA	
	Sí/No	Duración en semanas	Sí/No	Duración en semanas
Cierre del ojo				
Abducción del quinto dedo				
Enderezamiento del pulgar				
Elevación del pie				

OTROS SIGNOS:

	Sí	No
Dolor o sensibilidad del nervio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancha reaccional en cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implicación de otros órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÍNTOMAS Y SIGNOS:

	Sí	No
¿Embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Menos de 12 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Diabético conocido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Úlcera corneal o iritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Úlcera profunda u osteomielitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Presencia de glucosa en orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si puedes escribir SÍ al lado de uno de estos seis síntomas o signos, debéis referir a la persona.

OTROS SÍNTOMAS:

	Sí	No
¿Tos persistente de más de 3 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esputo sanguinolento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Otro signo de sospecha Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis o Tracoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea sanguinolenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchas cutáneas pruriginosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si puedes escribir SÍ al lado de unos siete signos, debéis examinar a la persona y tratar correctamente sus afecciones.

CUIDADOS:

	Sí	No	Fecha
Mebendazol 100 mg. dos veces x día durante 3 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticoterapia comenzada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivado a:			
..... (Lugar)			
Motivo de derivación:			
.....			
.....			

Enfermos a derivar

Las personas que presentan las situaciones descritas en la página siguiente deberán, si es posible ser tratadas en un centro de referencia que tenga experiencia en cuidado de reacciones y disponga de medios adicionales tales como servicios de cirugía, análisis de laboratorio, oftalmología, radiología y hospitalización.

Estas páginas pueden ser fotocopiadas y utilizadas como listas de control.

Situaciones en las cuales se debe derivar

Embarazo

Derivar las mujeres embarazadas; para evitar el daño al feto, la Prednisolona es dada a la más baja dosis durante el embarazo.

Niños

Derivar a la persona afecta de menos de 12 años para minimizar los efectos de los corticoides sobre su crecimiento.

Diabetes

Los corticoides pueden también agravar una diabetes. Debéis sospechar una diabetes en todas las personas que tengan síntomas de orina abundante o de sed excesiva acompañados de cansancio y adormecimiento, en un periodo de algunos días a algunas semanas. Antes de dar los corticoides, derivar a las personas con tales síntomas para el diagnóstico y el tratamiento.

Afectación del ojo

Las personas que tienen un dolor o enrojecimiento ocular, a menudo asocian una disminución de la agudeza visual, deberán también ser derivadas; ellas podrán tener un daño de la córnea o una iritis. Estas situaciones deberán ser tratadas por alguna persona que hay recibido una formación especial. Sin embargo tu puedes dar un tratamiento de urgencia utilizando pomada oftálmica de tetraciclina y de atropina si dispones de ella, antes de derivar a la persona al centro especializado.

Úlceras y osteomielitis

Las personas presentando úlceras profundas, sucias o una osteomielitis deberán ser derivadas para una cirugía adecuada y una antibioterapia. Comenzar la corticoterapia antes que los cuidados puedan agravar la infección y provocar las lesiones definitivas. Toda herida purulenta deberá ser derivada antes de la administración de corticoesteroides para evitar una osteomielitis; si la mano o el pie está más caliente que lo normal, con o sin edema, una osteomielitis podría ser la causa.

Tuberculosis

Los corticoides pueden agravar una tuberculosis. Debéis sospechar una tuberculosis en toda persona que tenga una tos de más de 3 semanas de evolución; se puede acompañar de fiebre o de pérdida de peso. Antes de darle los corticoesteroides derivar las personas con tales síntomas para el diagnóstico y tratamiento.

Depresión severa o Psicosis

Los corticoides pueden agravar esta situación. Antes de dar la corticoides derivad todas las personas con antecedentes de enfermedad mental severa para el diagnostico y tratamiento.

Reacción severa de tipo 2

Debéis derivar toda persona con una reacción severa de tipo 2 con el fin de evitar toda corticodependencia en el ENL crónico.

Nuevo daño nervioso en el curso del tratamiento

La función nerviosa de los pacientes bajo corticoterapia debe ser evaluada regularmente. Se deben derivar para estudio especializado a toda persona que la función nerviosa esté deteriorada.

Debe continuar tomando la misma dosis de corticoides hasta que sea visto por el especialista.

Daño nervioso tardío

Ciertas personas pueden desarrollar daño nervioso después del tratamiento con MDT. Debéis asegurarnos que estas personas tienen una reacción leprosa y no una recaída ya que los síntomas de estas afecciones pueden parecerse. Debéis sospechar una recaída cuando las nuevas lesiones cutáneas aparecen en sitios diferentes de las antiguas lesiones. Estos enfermos deben ser derivados. (ver páginas 40-41).

Enfermos recién diagnosticados con un daño nervioso de más de seis meses de evolución.

Si encontráis al momento del diagnóstico que un nuevo enfermo tiene un daño nervioso, preguntarle desde cuando evoluciona ese daño.

Si el daño data de más de seis meses, es necesario encontrar una solución para impedir un daño posterior (ver capítulo 4, página 43).

Tratar otras afecciones

Si una persona tiene un nuevo daño nervioso, no presentando afectación que necesite ser derivado, puede ser tratado con corticoides a nivel del centro de Salud local, sin embargo antes de comenzar el tratamiento, debéis preguntar y examinar a la persona para asegurarnos que él no tiene alguna de las afecciones descritas debajo, las cuales pueden ser agravadas por los corticoides.

- Parásitos
- Diarrea con sangre o con moco
- Infecciones por hongos
- Escabiosis
- Dolor epigástrico

El tratamiento de todas estas situaciones puede comenzar al mismo tiempo que los corticoides. El anexo C describe el tratamiento de base y da los consejos para la toma de precauciones especiales.

Explicar el tratamiento al enfermo

Antes de comenzar la corticoterapia explicar lo que es su enfermedad :

- La razón del tratamiento.
- La duración del tratamiento.
- La importancia de tomar la dosis correcta.
- El hecho de que el tratamiento no deba ser interrumpido bruscamente.
- Que es lo que hay que hacer si el dolor o la pérdida de sensibilidad aumenta o la fuerza muscular disminuye.
- Los efectos secundarios posibles al tratamiento.

La razón del tratamiento

Explicar que la persona tiene necesidad de medicamentos a causa de nuevo daño nervioso, y que los síntomas como el dolor, la pérdida de sensibilidad o de fuerza, aunque existan, son susceptibles de mejorar en una o dos semanas. Si el paciente no presenta dolor, explicarle que los daños nerviosos no tratados pueden conducir a una discapacidad o deformación.

Debéis también mencionar que ciertos síntomas pueden persistir después del tratamiento (por ejemplo las pérdidas de sensibilidad y de fuerza muscular pueden no mejorar más que parcialmente) pero que el tratamiento es esencial para impedir el agravante de los daños nerviosos.

Duración del tratamiento

Explicar que para prevenir, la recidiva del problema el tratamiento debe durar doce semanas (enfermos PB) o veinticuatro semanas (enfermos MB).

Tomar la dosis correcta

Explicar la importancia de tomar cotidianamente la Prednisolona, según las instrucciones dadas por el agente de salud. Una dosis regular lleva el mejor cambio hacia el éxito.

El tratamiento no debe de ser interrumpido bruscamente

Los corticoides tienen un efecto potente sobre el cuerpo. Si una persona cesa bruscamente de tomarlos, puede estar gravemente enfermo con síntomas que comprenden desde debilidad y bajada de tensión arterial. Es por ello que la dosis debe ser progresivamente reducida en el curso del tratamiento. Es importante tomar la dosis completa del tratamiento.

Que es necesario hacer si el dolor o la pérdida de sensibilidad aumenta o la fuerza disminuye.

Si los síntomas nerviosos iniciales se agravan, la persona debe volver al centro de salud. Tendréis necesidad de darle una dosis más elevada de corticoides, mantener la misma dosis durante más tiempo que la habitual o derivad al enfermo a cuidados más especializados.

Efectos secundarios posibles

Los corticoides tienen muchos efectos secundarios como se nombran en el anexo D. Decid a todas las personas que reciban corticoides que los medicamentos tienen efectos secundarios, y aconsejadle señalar todo síntoma no habitual al agente de salud tan rápido como sea posible con el fin de que las complicaciones posteriores puedan ser evitadas.

Prescripción de la Prednisolona para una reacción severa de tipo 1.

La Prednisolona se da por vía oral a dosis decrecientes por varios meses. Las personas que tienen una lepra paucibacilar (PB) reciben dosis de corticoides diferentes que las que tienen forma multibacilar (MB). Los pacientes siempre con el tratamiento antilepra (MDT) deben continuar su tratamiento con la corticoterapia; por el contrario los que han finalizado su tratamiento MDT no tienen necesidad de tratamiento antilepra durante la corticoterapia.

Para los enfermos PB el tratamiento standard es el siguiente:

Semanas del ciclo	Dosis habituales de Prednisolona
1-2	40 mg
3-4	30 mg
5-6	20 mg
7-8	15 mg
9-10	10 mg
11-12	5 mg

La duración del ciclo total del tratamiento es de 12 semanas.

Para los enfermos MB el tratamiento standard es el siguiente:

Semanas del ciclo	Dosis habituales de Prednisolona
1-4	40 mg
5-8	30 mg
9-12	20 mg
13-16	15 mg
17-20	10 mg
21-24	5 mg

La duración del ciclo total del tratamiento es de 24 semanas, exactamente el doble del ciclo de los PB.



La Prednisolona está disponible en blisters.

La Prednisolona está ahora disponible en blisters de utilización cómoda, especialmente concebidos para el tratamiento de la lepra. Los blisters llevan comprimidos de diferentes colores correspondiendo a las diferentes dosis, de manera que sólo un comprimido debe ser tomado por día durante toda la duración del tratamiento. Cada dosis debe ser tomada a la mañana después del desayuno.

Cada tira de blister contiene catorce comprimidos y asegura el tratamiento por dos semanas: los enfermos PB tendrán necesidad generalmente de un blister por cada nivel de dosis, mientras que los MB tendrán necesidad de dos blister por cada nivel.

Si los blisters no están disponibles, debéis tener gran cuidado de prescribir el régimen correcto de medicamentos y aseguraros que el enfermo ha comprendido como tomarlo. Un escrito a mirar por el enfermo, mostrando las dosis habituales de Prednisolona a tomar durante el ciclo será útil.

La supervisión durante la corticoterapia

Registro del tratamiento con corticoides

Si prescribes corticoides, es preferible registrarlo en el cuaderno de tratamiento de la lepra o en la ficha clínica del enfermo, estos dos registros serán guardados por los enfermos bajo MDT. La dosis de Prednisolona debe ser inscrita en rojo al lado del registro de la toma de medicamentos de la MDT. Los nombres de los enfermos que han terminado el tratamiento MDT pueden ser añadidos en el registro durante la duración del tratamiento de los corticoides; la toma y la dosis deberán ser anotadas de la misma manera.

De forma ideal se deberá ver a los enfermos bajo corticoterapia cada dos semanas; pero si esto resulta difícil a los enfermos, bastará con una visita mensual. En cada visita se debe interrogar al enfermo sobre los efectos secundarios u otros problemas, realizar un test de verificación de funciones nerviosas para observar cualquier cambio y dar la Prednisolona por el periodo siguiente de tratamiento.

Seguimiento neurológico

Seguid a cada enfermo utilizando la ficha de cuidados de rutina (ver el anexo A) que ofrece anotaciones sobre cambios de la función nerviosa. Si descubris un deterioro derivad al enfermo a un especialista, continuando con la misma dosis de Prednisolona durante este tiempo. El especialista podrá prescribir una dosis más elevada o más prolongada de corticoides bajo una estricta supervisión.

Búsqueda de efectos secundarios

Los corticoides pueden provocar un importante número de efectos secundarios graves que debéis buscar; ver el anexo D.

¿Qué ocurre si a un paciente le falta su tratamiento o cuando el tratamiento es interrumpido?

Debéis:

- Evaluar cuantas semanas de tratamiento han faltado
- Verificar su función nerviosa

Si la interrupción del tratamiento ha durado menos de 4 semanas, continuad con la dosis que debía ser tomada en el momento de la interrupción y seguid el ciclo estándar del tratamiento.

Si no ha tomado la medicación durante 4 semanas o más, debéis efectuar una de las actuaciones siguientes:

- Si el problema inicial no persiste, suspender la corticoterapia.
- Si el daño nervioso de menos de seis meses de duración persiste, reiniciar el ciclo completo de corticoterapia – asegurándoos que el enfermo comprende la importancia de acabar un ciclo completo de tratamiento sin interrupción.
- Si el daño nervioso está agravado reiniciar la corticoterapia y enviar el enfermo a un especialista.

El seguimiento después de la corticoterapia

Las personas que han sido tratadas con corticoides por una reacción o un daño nervioso deben ser supervisadas después, a causa del riesgo de recurrencia.

Cada sujeto deberá comprender que una nueva reacción o un nuevo daño nervioso puede volver a ocurrir. El debe saber reconocer los signos precoces de un daño nervioso e informar de la importancia de acudir rápidamente al centro de salud para el tratamiento. Estos síntomas comprende el dolor o los picores, una pérdida posterior de la sensibilidad o de la fuerza muscular y una imposibilidad de cerrar los ojos.

El agente de salud deberá controlar mensualmente la función nerviosa de las personas todavía bajo MDT las cuales vienen a tomar su tratamiento. Todo deterioro deberá ser anotado y la persona derivada.

Se deberá preguntar a los sujetos que han ya terminado la MDT al momento de acabar un ciclo de corticoterapia de volver a los tres meses y seis meses más tarde para un control y una evaluación de la función nerviosa.

Las personas presentando todavía lagofthalmos (debilidad del cierre de los párpados) después del fin de la corticoterapia deberán ser derivados a un centro especializado.



Un muchacho mostrando síntomas de reacción

Cómo controlar las reacciones a nivel de referencia

Prescribir el tratamiento para las reacciones severas de tipo 2

Las reacciones de tipo 2 pueden durar a veces meses o años y hay un riesgo de corticodependencia para ciertas personas. Esto puede llevar a ser difícil el control de las reacciones, como resultado de la dificultad de reducir e incluso parar el tratamiento. Todos los enfermos con una reacción severa de tipo 2 deberán ser derivados para un control por personal especializado, que deberá ser capaz de minimizar estos peligros.

En el centro de referencia, las reacciones de tipo 2 pueden ser tratadas con una combinación de Prednisolona y de Clofazimina.

Los regímenes siguientes son dados a título de ejemplo y ciertos especialistas experimentados podrían referir otros esquemas.

Prednisolona

Prescribir las dosis siguientes en un corto periodo de seis semanas:

Semanas del ciclo	Dosis habitual de Prednisolona
1	40 mg
2	30 mg
3	20 mg
4	15 mg
5	10 mg
6	5 mg

Clofazimina

La clofazimina se da a dosis decrecientes como sigue:

- 300 mg. por día durante un mes.
- 200 mg. por día durante 3-6 meses.
- 100 mg. por día mientras los síntomas persistan.

La Clofazimina es un componente normal de la MDT, y la dosis habitual para el adulto es de 50 mg. por día; sin embargo dosis más elevadas son necesarias para suprimir las reacciones de ENL. La clofazimina necesita tiempo para actuar, pero en el momento en que la dosis de corticoides es reducida a un nivel bajo, ella deberá haber comenzado su efecto, permitiendo parar completamente los corticoides.

Si se dan dosis muy elevadas de clofazimina durante largo tiempo, hay un riesgo de dolor abdominal crónico debido a los efectos del medicamento sobre la pared intestinal. Reducir progresivamente la dosis debe prevenir esto, pero si esto ocurre a pesar de todo, la medicación deberá ser parada completamente. La clofazimina provoca también una coloración de la piel, sobre todo en los sujetos de piel clara.

Talidomida

La talidomida es un medicamento eficaz en el tratamiento de las reacciones de tipo 2, pero a causa de sus efectos secundarios, necesita un control muy riguroso, debe estar enfocada únicamente para los enfermos en los que las reacciones de tipo 2 no pueden ser dominadas por los medicamentos mencionados antes.

La talidomida es prescrita por los médicos únicamente en los enfermos internados en centros de referencia. A causa de efectos graves sobre el desarrollo del feto, ella no debe ser jamás prescrita en mujeres en edad de procrear. La dosis habitual es de 200-400 mg. por día en varias tomas. En ciertos países la utilización de la talidomida está prohibida.

Grupos necesitando cuidados especiales durante la corticoterapia

Los grupos de personas siguientes necesitan precauciones especiales en casos de utilización de corticoides. Los corticoides no deben estar prescritos en personas afectadas de tuberculosis y diabetes, úlceras profundas, osteomielitis, o otras afecciones graves sin haber comenzado el tratamiento de las mismas.

Embarazadas

Toda embarazada deberá ser tratada en un centro de referencia, con el fin de minimizar la dosis de corticoides que recibe y evitar los efectos nefastos sobre el feto tales como el retardo en el crecimiento. Si se da corticoides en el curso del tercer trimestre del embarazo se puede suprimir la secreción de adrenalina en el recién nacido; tales niños deberán ser supervisados en un centro de referencia durante algunos días después del nacimiento.

Se describen las dosis de prednisolona a dar durante el embarazo:

- Casos PB: dar el ciclo normal, pero comenzad con 30 mg. por día en lugar de 40 mg. y limitad el ciclo a 10 semanas en lugar de las 12 semanas normales.
- Casos MB: es el doble del ciclo PB – es decir, comenzad con 30 mg. por día pero limitad la duración a 20 semanas.

Niños

Todos los niños menores de 12 años deben ser tratados en un centro de referencia, con el fin de limitar los efectos de la corticoterapia sobre su crecimiento. Se puede dar a los niños un ciclo parecido al de las mujeres embarazadas, pero la dosis de comienzo no debe exceder 1 mg. por Kg. de peso corporal y día.

Si esto no es posible, dar los corticoides en días alternos lo que podría reducir sus efectos sobre el crecimiento.

Un régimen adecuado para los casos PB sería de 30 mg. prednisolona por día durante dos semanas, seguido de 30 mg. días alternos durante dos semanas, seguido de dosis decrecientes

en un total de 10 semanas. Para los casos MB, deberéis doblar la duración de cada etapa del ciclo.



Niños con afectación neurológica en manos

Tuberculosis

Si sospecháis tuberculosis en una persona, el diagnóstico debe ser confirmado y comenzar el tratamiento antes de dar los corticoides. Una toma de esputo debe ser examinado en búsqueda de bacilos acido-alcohol resistentes. Cuando la tuberculosis es diagnosticada, podéis poner a la persona bajo corticoterapia desde que el tratamiento de la tuberculosis comenzó; seguid siempre las directrices nacionales para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Diabetes

Las personas presentando síntomas sugerentes de diabetes o en las que los exámenes de orina son positivos para la glucosa deberán ser referidas para confirmación del diagnóstico y, si se confirma tratar la enfermedad. Los corticoides pueden aumentar la necesidad de insulina en los diabéticos.

Una persona bajo corticoterapia puede también desarrollar una diabetes por primera vez: esta eventualidad debe ser sospechada cuando una persona presenta síntomas típicos de diabetes en el curso

de una corticoterapia – estos síntomas comprenden una sed excesiva, orinas abundantes y un aumento de la toma de líquido.

Si se encuentra azúcar en la orina, se debe buscar el azúcar en el suero, para establecer el diagnóstico y posteriormente para supervisar la respuesta al tratamiento. La insulina (dosis en inyección única o doble) será necesaria en primera instancia, pero generalmente se establece la situación habitual al parar de tomar los corticoides.



Microscopio para el estudio de esputo



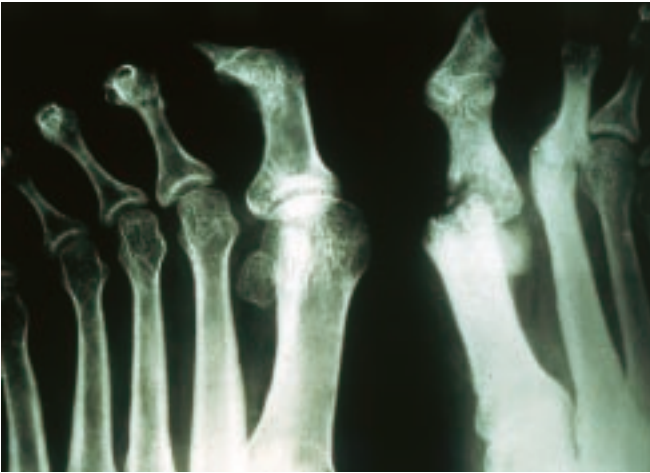
Búsqueda de glucosa en orina

Úlceras y osteomielitis

Las personas que tienen úlceras profundas o sucias o una osteomielitis deberían ser derivadas para una cirugía de limpieza y antibioterapia. Comenzar la corticoterapia antes de tales tratamientos podría provocar una agravación de la infección y más lesiones permanentes y llevar al riesgo de amputación.

Se debe pensar en una osteomielitis si la mano o el pie del sujeto está más caliente de lo normal con o sin edema.

Toda persona teniendo una herida que supura deberá ser derivada para una opinión quirúrgica y un desbridamiento (resección de tejidos muertos o infectados) antes de la toma de corticoides, si no una osteomielitis podría desarrollarse.



Una radiografía mostrando un pie con una osteomielitis



Una úlcera profunda, probablemente infectada

La afectación de los ojos

Las personas presentando una lesión en la córnea o una iritis deberán ser derivadas para diagnóstico y control especializado en un centro bien equipado para los cuidados oculares.

Las úlceras corneales y las queratitis son afectaciones inflamatorias de la cornea – la parte central y transparente delante del ojo. Ellas son a menudo debidas a la exposición, secundaria a la imposibilidad de cerrar completamente los ojos: se manifiestan por dolor, enrojecimiento y a menudo disminución de la vista. El tratamiento consiste en antibióticos locales con, en ciertos casos, una oclusión para mantener el ojo cerrado. Los corticoides, tomados por vía oral o aplicados localmente pueden agravar estas afecciones.

La iritis, uveitis, iridociclitis y la escleritis son todos los tipos de inflamación en el interior del ojo y pueden ocurrir como elemento de una reacción de tipo 2. Estas afecciones provocan dolor, enrojecimiento, fotofobia y una pérdida de visión aunque en ocasiones los síntomas no sean siempre graves. El tratamiento comprende la aplicación de pomada



*Una úlcera corneal
(coloreada por el examen)*



Escleritis

de atropina para evitar la adhesión del iris sobre el cristalino y una instilación local de corticoides para disminuir la inflamación.

En los casos graves los corticoides por vía oral pueden ser necesarios. Todas las afecciones deberán ser controladas por un agente que haya recibido una formación especial (y el equipamiento necesario) para diagnosticar y tratar las enfermedades del ojo. Un diagnóstico correcto es vital, los corticoides están contraindicados en ciertas afecciones y son necesarios en otras.



Un agente de salud examinando el ojo

Reacción severa de tipo 2

Las personas que tengan una reacción severa de tipo 2 deberán ser tratadas a nivel de referencia con el fin de evitar que ellas se vuelvan corticodependientes. El ENL es una afección a menudo crónica que dura meses o incluso años. Los cuidados suplementarios son necesarios para controlar estos episodios sin prescribir corticoides mucho tiempo que pueden dar complicaciones y efectos secundarios de los medicamentos. El tratamiento recomendado está descrito al comienzo de este capítulo.

El daño nervioso en el curso de la corticoterapia

Los sujetos en los que la función nerviosa se deteriora y que están bajo corticoterapia deberán ser referidos para un control especializado; durante este tiempo, ellos deberán continuar tomando la misma dosis de corticoides. El especialista podrá aumentar la dosis de corticoides o prolongar el ciclo de tratamiento, con exámenes frecuentes al paciente con el fin de poder dominar toda complicación que sobrevenga.

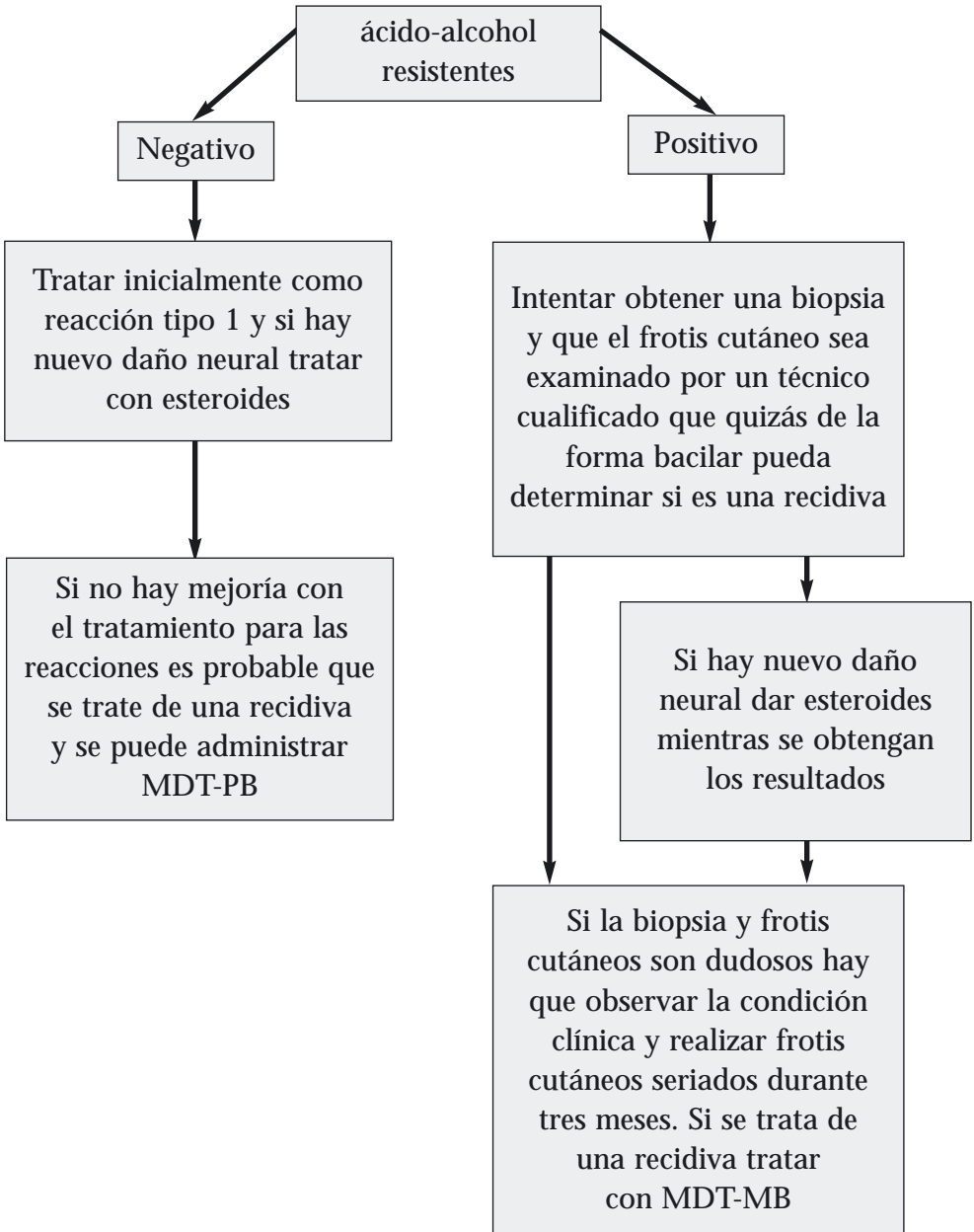
El daño nervioso tardío y la posibilidad de recaída

Si alguien desarrolla un daño nervioso más de tres años después de haber terminado la MDT, debéis asegurarnos que se trata bien de una reacción y no de una recaída de la lepra. La recaída es poco habitual pero es una eventualidad a considerar. Los síntomas de reacciones y de recaídas pueden prestarse a confusión. Debéis referir estos enfermos a un especialista de lepra, si es posible.

Todas las nuevas lesiones cutáneas que sobrevienen en lugares diferentes de las lesiones iniciales, sobre todo si estas lesiones no muestran algún signo inflamatorio, pueden sugerir una recaída. Efectuad un examen de toma cutánea, si es posible – pero recordad que las tomas cutáneas de muchas personas que tienen una lepra MB quedan positivas durante años después del término del tratamiento con MDT.

Las biopsias son útiles para confirmar las posibles recaídas, pero se requiere una gran experiencia para una interpretación correcta. El esquema de decisión siguiente puede ser utilizado para identificar los casos sospechosos de recaída:

Diagrama de flujo para distinguir entre daño nervioso tardío y una recidiva





Cuidado de los daños nerviosos en los pies



Cuidado de los daños nerviosos en los ojos

Cuidados a largo término del daño nervioso

La detección y el tratamiento de las reacciones leprosas son esenciales para la prevención de deformidades. Desgraciadamente, ciertos daños permanentes de los nervios pueden sobrevenir antes del diagnóstico de lepra, y a pesar de los esfuerzos de prevención, daños suplementarios pueden aparecer en el curso del tratamiento.

Se llama deformidad primaria al daño inicial del nervio. Consiste en debilidad muscular y/o pérdida de sensibilidad, y su severidad puede ser de insignificante a totalmente invalidante. La pérdida de sudoración es otra deformidad primaria quedando la piel más vulnerable a las heridas.

La deformidad primaria puede conducir a una deformidad secundaria. Estas deformidades secundarias comprenden las heridas, las úlceras, la osteomielitis, la pérdida de tejido (manos/pies), contracturas/deformaciones fijas, una lesión corneal o la ceguera.

Es prioritario impedir que el daño permanente del nervio o deformidad primaria desarrolle una deformidad secundaria. Por ello debéis informar al enfermo para que tome las medidas para prevenir daños posteriores.

Se puede prevenir mejor las lesiones posteriores:

- Evitar, tanto como sea posible, las heridas en las manos y en los pies.
- Poner en reposo tan rápido como sea posible el miembro afectado desde que una herida se produce.
- Proteger los ojos llevando gafas de sol.

Ayudar a las personas a prevenir la discapacidad

Tomar cuidado de los ojos, las manos y los pies es una responsabilidad que corresponde principalmente a la persona afectada. Los agentes de salud deben aconsejar, ayudar y animar, pero no pueden encargarse de este trabajo.

Hablad individualmente con cada persona, cada una tiene factores de riesgo diferentes, dependiendo de su modo de vida y del trabajo que hace. Hablad con cada persona:

- Del tipo de daño nervioso que ella tiene.
- De los síntomas de la lesión.
- De cómo puede reconocer una agravación del daño nervioso
- De cómo prevenir un daño posterior.

Si una persona detecta una nueva herida, como una ampolla o una pequeña rozadura, se puede acelerar la curación poniendo en reposo el miembro afectado durante algunos días. Se deben limpiar las heridas propias utilizando agua y recubriéndolas con una cura o vendaje. Las personas que tienen heridas deberán volver al centro de salud para recibir consejos suplementarios. Cuando una herida cure, se debe tomar atención para reducir el riesgo de recidiva.

Cuidados de manos y pies insensibles

Los consejos deberán también darse sobre los cuidados de manos y pies insensibles.

- Cada día es necesario examinar las manos y los pies en búsqueda de lesiones y remojarlos en el agua.
- Se puede pronto aplicar sobre la piel aceite, como el aceite vegetal o vaselina con el fin de ayudar a guardar una buena condición.
- Se debe también aconsejar a las personas como disminuir el riesgo de heridas por ejemplo durante el trabajo, en la cocina o en la manipulación de objetos.
- Mantener reposo frecuentemente y en periodos cortos puede contribuir a prevenir las úlceras ligadas a actos repetitivos.

Calzados

Se debe recomendar a las personas que tienen pies insensibles llevar calzados adaptados cuidadosamente y protegiendo sus pies. Este tipo de calzados está en general disponible en los mercados y lonjas locales.

Estos zapatos deberán tener:

- Una suela bastante dura que impida la penetración de espinas y de puntas pero flexible durante la marcha.
- Un relleno suave en el interior del zapato.
- Un empeine o tiras de cuero bien adaptadas, con bastante espacio para los dedos del pie (incluso si los dedos del pie están ya lesionados).
- Bordos no agudos y sin costuras ni clavos en el interior del zapato que podrían causar heridas.
- Las tiras de cuero, las costuras y las hebillas no deben rozar el pie.

Ciertas personas con deformidades graves de los pies tienen necesidad de calzados especiales disponibles en las zapaterías o talleres ortopédicos – estos talleres están a menudo situados en los hospitales o centros de rehabilitación.

Los ojos

Las personas que han perdido el reflejo de parpadeo o tienen una debilidad de oclusión de los párpados pueden fácilmente dañar sus ojos.

- Es importante que estas personas examinen sus ojos habitualmente a la búsqueda de cuerpos extraños (utilizando un espejo).
- Llevar una gorra (sombbrero) y gafas de sol puede permitir evitar la sequedad del ojo y arrastrar los cuerpos extraños tales como el polvo, arena y las moscas que podrían dañar el ojo.
- Lavar los ojos con agua permite retirar todo cuerpo extraño.
- La lubricación con gotas oculares o una gota de aceite de castor instilada cada mañana permite humidificar la superficie del ojo.
- Los esfuerzos voluntarios de parpadeo pueden ser también útiles.



Un grupo de autocuidados



Protección de heridas en las manos

Los grupos de auto-cuidados

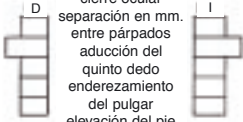

Los grupos de auto-cuidados pueden ser eficaces en la prevención de discapacidades y promoción de auto-cuidados. Estos grupos están constituidos por personas con problemas similares, en este caso de daño nervioso. Los miembros del grupo aseguran una asistencia mutua a cada miembro en las actividades como los cuidados de heridas, las buenas prácticas de trabajo y otras necesidades identificadas por los miembros del grupo, esto significa que las personas tomarán la responsabilidad de tomar cuidado de sus discapacidades y evitan depender de los agentes de salud.

Anexo A: Ejemplo de ficha de cuidados de rutina

Test de motricidad voluntaria y sensibilidad para el seguimiento neurológico de los enfermos de lepra.

(cada enfermo debe ser examinado como mínimo cada tres meses pero de forma ideal todos los meses)

Nombre del enfermo: _____ N.º de registro: _____

<p>Fuerza muscular (escribir F, M o P)</p> <p>cierra ocular separación en mm. entre párpados aducción del quinto dedo enderezamiento del pulgar elevación del pie</p> 	<p>Ojos - agudeza visual</p> <p>visión de los dedos a los 6 metros</p> <p><input type="checkbox"/> D puede contarlos <input type="checkbox"/> I no puede contarlos</p>	<p>Sensibilidad</p> <p>señalar donde la sensación esté presente</p> <p>marcar con una cruz donde haya pérdida de sensación (con tinta roja)</p>	<p>Derecha Izquierda</p> 
<p>¿Hay un deterioro evolucionado desde menos de 6 meses?</p> <p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> desde _____ meses</p>		<p>Observaciones: _____</p> <p align="center">Si toma corticoides derivarlo</p> <p>Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____</p>	

Fuerza muscular (escribir F, M o P)

cierra ocular
separación en mm.
entre párpados
aducción del
quinto dedo
enderezamiento
del pulgar
elevación del pie

Ojos - agudeza visual

visión de los dedos
a los 6 metros

D puede
contarlos I
no puede
contarlos

Sensibilidad

señalar donde la
sensación esté presente

marcar con una cruz
donde haya pérdida
de sensación
(con tinta roja)

Derecha Izquierda

¿Hay un deterioro evolucionado desde menos de 6 meses?

No Sí desde _____ meses

Observaciones: _____

Si toma corticoides derivarlo

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

Fuerza muscular (escribir F, M o P)

cierra ocular
separación en mm.
entre párpados
aducción del
quinto dedo
enderezamiento
del pulgar
elevación del pie

Ojos - agudeza visual

visión de los dedos
a los 6 metros

D puede
contarlos I
no puede
contarlos

Sensibilidad

señalar donde la
sensación esté presente

marcar con una cruz
donde haya pérdida
de sensación
(con tinta roja)

Derecha Izquierda

¿Hay un deterioro evolucionado desde menos de 6 meses?

No Sí desde _____ meses

Observaciones: _____

Si toma corticoides derivarlo

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

Anexo B: Lista de control de material necesario para el tratamiento de las reacciones en un centro de salud

Para el diagnóstico y control de reacciones moderadas

- Bolígrafo para el test de sensibilidad
- Fichas de cuidados de rutina (o fichas similares) para el seguimiento del progreso.
- Ácido acetyl salicílico (AAS, Aspirina) para tratar las reacciones moderadas.

Para la corticoterapia

- Tiras reactivas para la búsqueda de glucosa en orina.
- Mebendazol para dar a todos los enfermos que serán sometidos a corticoterapia.
- Metronidazol y co-trimoxazol (comprimidos/cápsulas)
- Tetraciclina en pomada ocular (Atropina si es autorizado).
- Benzoato de Bencilo en loción.
- Clotrimazol en crema.
- Comprimidos antiácido.
- Prednisolona en blisters.
- Si es posible, un servicio de laboratorio permanente para el examen de esputos de tuberculosis, baciloscopias en piel para la lepra y gérmenes patógenos fecales.

Los Centros para los casos derivados deberán tener los servicios de personal para:

- Diagnosticar y tratar complicaciones oculares.
- Diagnosticar y tratar la tuberculosis.
- Diagnosticar y tratar la diabetes.
- Diagnosticar y tratar la recaídas de lepra.
- Asegurar la corticoterapia en caso de niños y mujeres embarazadas.
- Valorar toda complicación o efecto secundario de la corticoterapia.
- Practicar la cirugía de limpieza.
- Prescribir la clofazimina y talidomida (si está autorizada) para tratar las reacciones severas de tipo 2 (ENL).

Anexo C: Afecciones necesitando un tratamiento en el momento de la corticoterapia

Parasitosis intestinales

Son ampliamente distribuidas y puede agravarse en el momento de la corticoterapia. De forma ideal toda persona tratada con corticoides deberá tomar mebendazol (100 mg. 2 veces por día durante 3 días) o un medicamento alternativo.

Diarrea con sangre y/o moco

Una persona presentando estos síntomas sufre probablemente disentería (amebiana o bacilar) y deberá ser tratado según las directrices locales. La disentería amebiana se trata con metronidazol (dosis adulto de 800 mgr. tres veces día durante cinco días). Una disentería bacilar no deberá normalmente ser tratada con antibióticos excepto en casos severos. Sin embargo antes de dar corticoides se deberá tratarle durante 3 a 5 días con ciprofloxacino (500 mgr. dos veces por día) o de trimetropin (200 mgr. dos veces por día), co-trimoxazol (960 mgs tres veces al día) es a menudo el medicamento más disponible, eficaz en la mayor parte de los casos, contiene trimetropin.

Conjuntivitis y tracoma

Estas afecciones habituales no tienen conexión con la lepra, pero pueden ser agravadas por la corticoterapia. Si estas afecciones están presentes, dar los consejos sanitarios al enfermo (que consiste en el lavado cotidiano del rostro con jabón y agua) y tratar las afecciones como:

- Conjuntivitis: pomada oftálmica de tetraciclina dos veces por día durante cinco días.
- Tracoma: Tetraciclina en pomada oftálmica dos veces por día durante tres a seis semanas o Azitromicina en dosis única (en función del peso).

Infecciones por hongos

Las infecciones por hongos tales como la tiña corporis son frecuentes y pueden ser agravadas por los corticoides. Si una persona tiene lesiones cutáneas pruriginosas, debemos sospechar una infección por hongos y tratarla con una crema de clotrimazol (aplicarla dos veces

por día durante al menos tres semanas).

Escabiosis

El parásito de la escabiosis provoca pequeños surcos en la piel que pueden infectarse en caso de una persona tomando corticoides. Dad los consejos de higiene a la persona (toda la familia deberá lavarse cada día con jabón y agua) y prescribir el tratamiento siguiente: cada miembro de la familia deberá aplicarse benzoato de bencilo en todo el cuerpo, a excepción de la cabeza, durante 3 días.

Dolor epigástrico

Los dolores epigástricos son habituales y pueden agravarse por la aspirina y corticoides. Pueden ser aliviados por antiácidos, si es necesario. Un mayor alivio de los síntomas pueden ser obtenidos tomando Ranitidina (75-150 mgr. dos veces al día) un medicamento más reciente y más caro, si está disponible.

Anexo D: Los efectos secundarios de los corticoides y sus síntomas

Las complicaciones siguientes pueden sobrevenir en el curso de corticoterapia:

- Agravación de tuberculosis en el caso de que los síntomas están ausentes al comienzo de la corticoterapia. Si tu sospechas una tuberculosis, hacer examen de esputo en la búsqueda de bacilos acido-alcohol-resistentes (BAAR), si se puede hacer localmente, o enviar la persona al hospital para la investigación y tratamiento.
- De los signos de diabetes, tales como la sed o el exceso de orina. Haz la búsqueda de glucosa en la orina de la persona, si es positivo derivarlo para el tratamiento con la insulina o hipoglucemiantes.
- Los dolores abdominales pueden ser causados por úlcera péptica. Asegurar que la persona no toma aspirina y dadles antiácidos o ranitidina.
- Agravación de una infección en manos o pies referir a la persona para cirugía apropiada.
- Diarrea o disentería. Dar la rehidratación por vía oral y después del examen de heces recetad antibiótico o tratamiento antimicrobiano.
- Edema del rostro, aumento del crecimiento del cabello y acné. No necesita tratamiento y vuelve a la normalidad al parar la corticoterapia.

Incluso si los efectos secundarios o complicaciones sobrevienen, es esencial que el enfermo no interrumpa bruscamente la corticoterapia, esto podría tener consecuencias más graves.

Las complicaciones deben ser tratadas correctamente. Si se ha decidido parar los corticoides se hará gradualmente en un periodo de varias semanas.

Si una persona para de repente de tomar corticosteroides a altas dosis, los síntomas siguientes pueden aparecer: hipotensión, astenia y shock. Reiniciar la corticoterapia y dar un tratamiento de mantenimiento, comprendiendo perfusiones intravenosas si es necesario. La persona deberá ser admitida en hospital como una urgencia.

Existen otras complicaciones de los corticosteroides pero son raramente un problema si la duración del tratamiento es inferior a 6 meses. Comprende la hipertensión, osteoporosis, retraso del crecimiento, cataratas y glaucoma. Si es posible, controlar la tensión arterial de las personas bajo corticoterapia. Si véis o sospecháis hipertensión o alguna de las complicaciones menos frecuentes, derivar la persona para una investigación más detallada.

Abreviaturas

- BAAR – Bacilo Acido-Alcohol Resistente: nombre habitual de los bacilos que provocan la lepra y la tuberculosis. Los BAAR son puestos en evidencia por una tinción especial, se les encuentra en los frotis de la piel de las personas que tienen lepra multibacilar y en los esputos de los que tienen tuberculosis.
- MB – Lepra multibacilar: infección mayor debida al *Mycobacterium leprae* definida por la presencia de más de cinco manchas cutáneas insensibles o por la positividad del examen generalmente cutáneo a la búsqueda del bacilo de lepra.
- MDT o PQT – Poliquimioterapia: tratamiento recomendado por la OMS, consiste en una combinación de rifampicina, clofazimina, dapsona dada durante 12 meses para la lepra multibacilar y de rifampicina y dapsona dada durante 6 meses para la lepra paucibacilar.
- PB – Lepra paucibacilar: infección menor debida al *Mycobacterium leprae* definida por la presencia de hasta 5 manchas cutáneas insensibles
- ENL – eritema nodoso leproso: nódulos inflamatorios en la piel característicos de la reacción leprosa de tipo 2.

Guías de aprendizaje de la lepra ILEP

Cómo diagnosticar y tratar la lepra

Cómo reconocer y tratar las reacciones leprosas

Cómo cuidar los problemas de ojos en lepra

Cómo realizar un frotis de la piel en lepra



ESTA ES LA SEGUNDA DE UNA SERIE DE GUÍAS DE APRENDIZAJE DE LEPROSAS PUBLICADAS POR ILEP. ESTA GUÍA PROCURA A LOS AGENTES DE SALUD TODA LA INFORMACIÓN QUE ELLOS TIENEN NECESIDAD PARA EJECUTAR LAS TAREAS ESENCIALES DE LUCHA CONTRA LA LEPROSAS Y TENER CUIDADO DE AQUELLAS PERSONAS QUE SON AFECTADAS POR ESTA ENFERMEDAD.

La guía de aprendizaje 2 está destinada a todos los agentes de salud que van a controlar las complicaciones de la leprosa. Contiene los consejos prácticos para el reconocimiento de las reacciones leprosas y su tratamiento correcto. Comprende también los consejos para la derivación y tratamientos especializados.

Las guías de aprendizaje de ILEP son breves, claramente escritas y bien ilustradas. Esperamos que los encontréis fáciles de utilizar. Serán útiles como soporte del estudio, como suplemento a los programas de formación y como libros de referencia en los centros de salud.