

## 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. A fonte deve ser citada em toda reprodução. Favor enviar cópias do material adaptado à ILEP.

Publicado por:

The International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP)  
234 Blythe Road  
London W14 OHJ  
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.

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

Versão para Língua Portuguesa:  
Priscila Leiko Fuzikawa



ILEP

## Como reconhecer e tratar reações hansênicas



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 particularmente útil a 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 poliquiomioterapia (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 hansênicas, a principal causa de danos neurais e incapacidades na hanseníase. Esperamos que isso possibilite que mais pessoas sejam tratadas de modo que as incapacidades incapacidade - estigma social delas resultante - possam ser prevenidos.*

A *Parte 1* explica como reconhecer reações hansênicas, como distinguir os diferentes tipos de reação e como saber se são reações leves ou graves. Aborda também outras condições que poderiam ser confundidas com reações hansênicas.

A *Parte 2* aborda como tratar reações hansênicas 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 hansênica pode ser tratada na rede básica, mas alguns necessitarão ser encaminhados. Essa seção orienta quais pacientes devem ser encaminhados.

A *Parte 3* oferece orientações para tratar aqueles pacientes que necessitam de encaminhamento ou de atenção especial no uso da corticoterapia. Há também orientações para tratar casos difíceis em centros de referência. O local onde as reações hansênicas são tratadas vai variar e depende da experiência da equipe de saúde, e da disponibilidade de medicamentos e equipamentos necessários.

A *Parte 4* orienta que pacientes com reação hansênica podem exigir acompanhamentos por longos períodos de tempo para prevenir incapacidades futuras, uma vez que danos neurais já ocorreram. Somente um breve resumo pode ser descrito aqui, mas outros livros disponíveis através da ILEP explicam esse assunto mais detalhadamente.

# Agradecimentos

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

Autor principal: Dr. Paul Saunderson

Comissão Medico-Social da ILEP.

Todos aqueles envolvidos na revisão e no teste de campo, especialmente ALERT, o Instituto Jimma de Ciências da Saúde, o Centro Shieffelin de Pesquisa e Capacitação em Hanseníase, Karigiri e a Faculdade Médica Cristã, 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 imagens utilizadas – direitos autorais de não-membros da ILEP citados acima)

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

<b>1. Como reconhecer reações hansênicas</b>	<b>1</b>
O que é reação hansênica?	1
Quem pode ter uma reação hansênica?	2
Quando as reações ocorrem?	3
Como realizar um exame para detectar uma reação	3
Testando a sensibilidade	4
Testando a força muscular	6
Palpando três nervos importantes	7
Como diagnosticar uma reação hansênica	9
Sinais de dano neural ao diagnóstico	10
Os dois tipos de reação hansênica	11
Reação tipo 1	11
Reações 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
<b>2. Como tratar reações hansênicas na rede básica</b>	<b>19</b>
Princípios gerais	19
Tratamento de reações leves	19
Tratamento de reações graves	20
Tratamento com prednisona	20
História e exame	21
Checklist 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 reação tipo 1 grave	28
Acompanhamento durante o tratamento com corticosteróides	30
Acompanhamento após o tratamento com corticosteróides	31

<b>3. Como tratar reações em centros de referências</b>	<b>33</b>
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
Tuberculose	36
Diabetes	36
Úlceras ou osteomielite	37
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 dano neural tardio de recidiva	41
<b>4. Tratamento continuado do dano neural</b>	<b>43</b>
Ajudando pessoas a prevenir incapacidades	43
Cuidados com mãos e pés insensíveis	44
O uso de calçados	44
Olhos	45
Grupos de auto-cuidados	45
<b>Anexo A</b>	
Um exemplo de um formulário para cuidados de rotina	46
<b>Anexo B</b>	
Lista de itens necessários para tratar reações hansênicas em uma unidade de saúde	47
<b>Anexo C</b>	
Condições comuns que requerem tratamento quando do uso de corticoterapia	48
<b>Anexo D</b>	
Efeitos colaterais de corticosteróides e seu tratamento	50
<b>Abreviações</b>	<b>52</b>



## CAPÍTULO 1

# Como reconhecer reações hansênicas

As reações são 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 causam inflamação nestes lugares. A inflamação em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave. Por 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*

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

## Quem pode ter uma reação hansênica?

Qualquer pessoa com hanseníase corre risco de ter reação hansênica - embora aquelas com apenas uma ou duas lesões de pele, e sem espessamento neural tenham baixo risco para desenvolver reação. Aproximadamente 25 a 30% das pessoas com hanseníase tem reações ou dano neural em algum momento.

A tabela abaixo mostra como você pode prever esse risco. Se pessoas com hanseníase multibacilar (MB), a forma mais séria da doença, já tiverem danos neurais ao diagnóstico, você deve acompanhá-las mais de perto, verificando sinais de novos danos neurais que requeiram tratamento, pois a maioria delas (65%) desenvolverá novos danos neurais.

<b>Risco de aparecimento de novos danos neurais em casos novos de hanseníase</b>		
	<b>PB</b>	<b>MB</b>
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 da hanseníase e o tratamento com PQT continua sendo a melhor maneira de prevenir incapacidades. Infelizmente, muitos pacientes são diagnosticados tardiamente correm maior risco de desenvolver as reações e neurites aqui descritas. Se estes pacientes forem tratados efetivamente, danos neurais recentes podem ser curados e a incapacidade ainda pode ser prevenida.

## Quando as reações ocorrem?

Um paciente com hanseníase pode ter uma reação em qualquer momento:

- Antes do tratamento.
- No momento do diagnóstico.
- Durante o tratamento.
- Depois que o tratamento 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 ter sido concluído.

## Como realizar um exame para detectar uma reação

As reações hansênicas nem sempre são semelhantes entre si. Às vezes há somente uma inflamação da pele e os nervos não são afetados. Entretanto, mais freqüentemente, 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 tão sutis que a pessoa não os percebe. As reações podem também afetar os olhos.

Toda vez que você examinar uma pessoa 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 cuidados de rotina (Anexo A).

### *Pele*

- Pergunte à pessoa 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 à pessoa se houve alguma perda de sensibilidade ou perda de força nas mãos e nos pés.
- Pergunte se ela tem 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 à pessoa se há dor nos olhos ou perda recente da visão.
- Procure sinais de inflamação: vermelhidão ou pupilas com forma irregular.

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



*Sinais de inflamação no olho*

### **Testando a 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 da palma de cada mão e quatro locais da planta de cada pé - portanto, 16 locais ao todo devem ser testados:

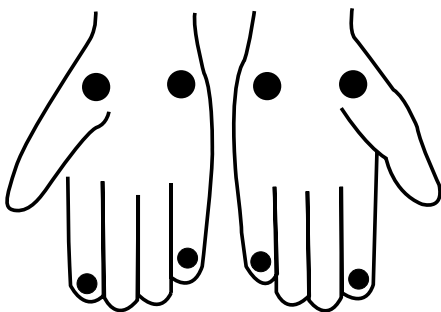
- Apóie a mão ou o pé do paciente para mantê-lo imóvel. Mostre à pessoa, com os olhos abertos, o que você irá fazer e só então solicite que feche seus olhos.

Toque cada um dos quatro locais 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 com muita força. O peso da própria caneta esferográfica geralmente é suficiente.
- Peça à pessoa para apontar o lugar que você tocou.
- Se a pessoa não sentir a pressão da primeira vez, teste o mesmo lugar uma segunda vez da mesma maneira – mas não pressione com mais força.
- Faça a mesma coisa para todos os lugares que você quer testar.
- Registre o resultado do teste em cada um dos locais no prontuário ou em formulário apropriado.

✓ se o paciente sentiu a ponta da caneta esferográfica naquele local

✗ se o paciente não sentiu a ponta da caneta esferográfica naquele local



*Teste pelo menos quatro lugares na palma da mão*



*Teste pelo menos quatro lugares na planta do pé*

## Testando a força muscular

Os danos neurais podem afetar a função e a força muscular dos músculos inervados pelos nervos afetados. Na hanseníase os nervos mais comumente afetados são os das pálpebras, 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 indiscutivelmente 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 a pálpebra superior e inferior.

Para testar o *nervo ulnar* peça à pessoa para abrir o dedo mínimo, e depois tente empurrá-lo de volta com seu próprio dedo.

Para testar o *nervo mediano*, peça à pessoa para elevar o polegar (apontando-o para cima) enquanto você mantém a mão em posição horizontal, e então tente empurrar o polegar para baixo com o seu dedo.

Para testar o *nervo fibular*, peça à pessoa para levantar o pé (dorsiflexão) enquanto você tenta empurrá-lo para baixo com a sua mão. 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 doloridos. Na hanseníase os nervos mais freqüentemente afetados são o ulnar, mediano e fibular. No momento de palpação dos nervos é importante observar o rosto da pessoa para detectar expressões de dor.

O *nervo ulnar* - para palpar (examinar) o nervo ulnar esquerdo, segure o antebraço esquerdo da pessoa com sua mão esquerda; com sua mão direita, palpe atrás do cotovelo esquerdo do paciente, onde você encontrará o nervo ulnar em um sulco na face medial (de dentro). Inverta as mãos para examinar o nervo ulnar direito.



*Palpando o nervo ulnar*

O *nervo mediano* - para examinar o nervo mediano, segure o punho da pessoa com a palma da mão virada para cima; palpe suavemente o centro do punho. Você pode não palpar o nervo em si, mas deve ser capaz de detectar a presença de dor.



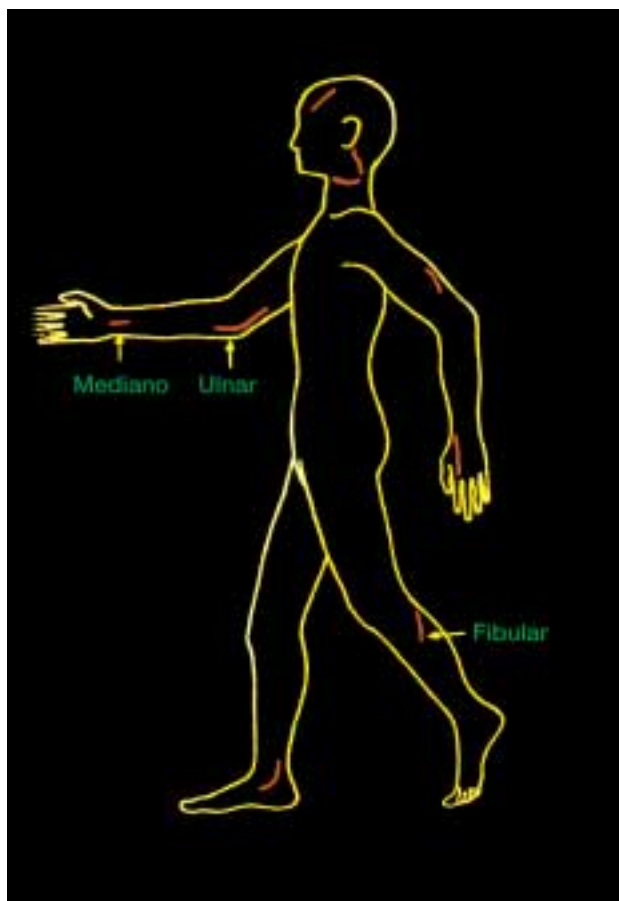
*Palpando o nervo mediano*

O *nervo fibular* – para palpar o nervo fibular direito, peça à pessoa para sentar-se em uma cadeira, e então sente-se ou ajoelhe-se em frente a ela. Com sua mão esquerda, palpe o nervo na face lateral da perna, logo abaixo do joelho; o nervo passa logo atrás do joelho e faz uma curva em torno do osso abaixo do joelho. Use sua mão direita para examinar o nervo fibular esquerdo.

Se você encontrar alguma dor evidente, registre isso no prontuário ou em formulário apropriado.



*Palpando o nervo fibular*



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



## Como diagnosticar uma reação hansênica

### Sinais de uma reação hansênica

<b>Na pele</b>	<b>– lesões inflamadas</b>
<b>Nos nervos</b>	<b>– dor ou hipersensibilidade</b> <b>– nova perda de sensibilidade</b> <b>– nova fraqueza muscular</b>
<b>Nos olhos</b>	<b>– dor e vermelhidão</b> <b>– nova diminuição da acuidade visual</b> <b>– nova fraqueza muscular no fechamento das pálpebras</b>

Uma reação pode envolver a pele, os nervos e os olhos, mas freqüentemente ela é evidente em apenas um ou dois lugares – talvez somente um nervo esteja inflamado, ou o olho e uma lesão de pele próxima a ele, por exemplo. 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 qualquer alteração na função do nervo que tenha ocorrido desde que a pessoa foi examinada na última consulta.

Compare os resultados do exame neural que você está fazendo agora com o registro do exame realizado há um mês ou há três meses. Há novo dano neural se:

- Há locais nas mãos ou pés onde o paciente podia sentir antes, mas não sente agora (perda sensitiva).
- Algum músculo perdeu força comparado com o exame anterior (perda motora).
- Algum nervo tornou-se evidentemente espessado, mais dolorido ou 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 lesões de pele inflamadas é urgente a instituição de terapêutica adequada para restaurar a perda sensorial ou 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 a pessoa, verificando a existência de outros sinais de hanseníase, avalie o comprometimento cutâneo e neural e inicie o tratamento com PQT.

Examine então os danos neurais; como aqui você não pode comparar seus achados com um exame clínico anterior, pergunte à pessoa há quanto tempo estes danos estão presentes. 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 essa pessoa para avaliação e tratamento por um especialista.



*Sinais de reação nas mãos e na face*

Os danos neurais recentes podem ocorrer sem sintomatologia óbvia, assim sendo, você deve procurar por sinais toda vez que você examinar um paciente de hanseníase. Teste a sensibilidade e a força muscular de cada paciente, em cada consulta. Lembre-se que as reações podem ocorrer mesmo após a PQT ter sido concluída.

## 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 se decidir que tipo de reação é. O tratamento do dano neural é o mesmo independente do tipo de reação.

### Reação 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 contra restos de bacilos mortos. Isto conduz à instalação de um processo inflamatório agudo onde quer que haja bacilos de hanseníase no corpo - principalmente na pele e nos nervos.

### Quem provavelmente terá uma reação tipo 1?

Tanto pessoas com hanseníase paucibacilar (PB) e quanto aquelas com hanseníase multibacilar (MB) podem ter reação tipo 1.

### Com que frequência ocorre?

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

### Quando ocorre a reação tipo 1?

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

Algumas pessoas podem ter reação tipo 1 antes de iniciar o tratamento PQT - isto é, antes mesmo do diagnóstico da hanseníase. A reação freqüentemente é o primeiro sinal de hanseníase é a razão pela qual a pessoa procura ajuda.

Alguns pacientes têm reações mais tardiamente durante o tratamento, 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: isto é, com o retorno da doença propriamente dita. As orientações para investigar uma possibilidade de recidiva estão nas 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 inflamação das lesões 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, então você pode achar que a inflamação causou novas lesões. Pode haver edema de membros ou de face. Como já mencionado, a hipersensibilidade dos nervos 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, a pessoa não se sente demasiadamente mal. 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 a longo prazo se a pessoa não fosse tratada?  
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.

### Reações tipo 2

São também chamadas Eritema Nodoso Hansênico (ENH). Ocorrem quando um grande número de bacilos da hanseníase é morto e gradualmente decomposto. As proteínas dos bacilos mortos provocam uma reação alérgica. Uma vez que estas proteínas estão na corrente circulatória, a reação tipo 2 poderá envolver todo o corpo, causando sintomas generalizados.

**Quem pode ter uma reação tipo 2?**

Somente os pacientes MB têm reação tipo 2.

### Com que frequência ocorre?

A reação tipo 2 é menos freqüente que a reação tipo 1 apesar da incidência variar de país para país. Na África, o ENH ocorre em aproximadamente 5% das pessoas 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, mas podem também ocorrer nos estágios iniciais do tratamento. Em virtude do organismo necessitar de um longo tempo para eliminar os bacilos mortos, as pessoas 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 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 correr 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 mal.

O que aconteceria a longo prazo se a pessoa não fosse tratada?  
O ENH é uma doença crônica que pode persistir por diversos anos, melhorando ou piorando de tempos em tempos. Sem tratamento, o paciente com ENH sentir-se-ia muito mal a maior parte do tempo, podendo até morrer. Outros órgãos além da pele e dos nervos podem estar envolvidos, como os olhos, articulações, testículos e rins, e todos estes órgãos poderiam ser permanentemente lesados se a pessoa não for tratada.

## 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	Novos nódulos sensíveis ao toque, vermelhas, sem associação com as lesões de pele da hanseníase
Estado geral do paciente	Bom, sem febre ou com febre baixa	Ruim, com febre e mal-estar geral
Tempo de aparecimento e tipo de paciente	Geralmente, precocemente durante a PQT; tanto em pacientes PB quanto MB.	Geralmente mais tardiamente no curso do tratamento; somente nos MB.
Envolvimento ocular	Fraqueza muscular ao Fechamento das Pálpebras pode ocorrer	Acometimento de partes internas do olho (irite) pode ocorrer.

Se houver novo dano neural sem inflamação de pele, a pessoa deve ser tratada como se isso fosse uma 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 escolha do tratamento:

- Uma reação leve é aquela que ocorre somente na pele contanto que não ocorra sobre o trajeto de um tronco nervoso ou na 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 dos nervos.
- 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 inflamação 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 hansênicas. Os sinais na pele não corresponderão às lesões da hanseníase, e serão, provavelmente, lesões planas (não nódulos elevados como o ENH), possivelmente com hiperpigmentação.
- *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. Seu tratamento na rede básica ou seu encaminhamento 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 nível de conhecimento dos profissionais e os tipos de exames clínicos disponíveis em sua unidade de saúde.

O Anexo B fornece uma lista de itens necessários para diagnosticar e tratar reações hansênicas.

### Princípios Gerais

Antes de começar o tratamento, você deve identificar que tipo de reação o paciente tem e se ela 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 freqüentemente aparecem e desaparecem durante um período de vários 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 da reação tipo 1.

## Tratamento de reações graves

O grupo de drogas chave para tratar reações graves são os corticosteróides: a prednisona é a mais comumente utilizada. É facilmente absorvida quando utilizada por via oral, e agora está disponível em embalagens tipo blister.

No entanto, os princípios básicos não devem ser esquecidos: o descanso é importante em todas as condições inflamatórias. Talas podem ser aplicadas para descansar nervos e músculos afetados.

À medida em que a recuperação se inicia, os exercícios passivos ajudam a manter a amplitude de 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.

## Tratamento com Prednisona

A 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, a pessoa deve tomar um curso completo de prednisona, que pode ser de doze ou vinte e quatro semanas.

A Prednisona é uma droga muito eficaz, mas pode causar graves efeitos colaterais, incluindo alguns potencialmente fatais. Uma pessoa pode ter outras condições clínicas que a torne mais vulnerável aos efeitos colaterais se fizer uso de corticosteróides. Portanto, antes de iniciar o tratamento com prednisona, alguns pacientes necessitarão ser encaminhados para um especialista e outros necessitarão tratamento para outras condições clínicas (ver páginas 24-26).

Aqui estão os passos que devem ser observados para tratar um paciente com a prednisona:

- História e exame clínico.
- Encaminhar se necessário.
- Tratar outras condições clínicas associadas.
- Explicar o tratamento ao paciente.
- Prescrever prednisona.
- Acompanhar o 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 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 pessoa que for iniciar corticosteróide.

1. Anote qualquer sinal que sugira que o paciente necessite 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 necessite ser encaminhado a um centro de referência.
3. Verifique a lista de outros sinais e sintomas que requeiram investigação antes do início do corticosteróide: se você puder, realize testes apropriados e tome as medidas necessárias – ou encaminhe o paciente a um centro de referência.
4. No tópico *Conduta*, marque a ação que você tomou:
  - Se não há nenhuma contra-indicação para corticosteróides; você pode usar mebendazol para tratar alguma parasitose (veja página 48) e iniciar 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
Fechar o olho				
Abrir dedo mínimo				
Elevar o polegar				
Elevar o pé				

## 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"/>
Criança menor 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 a pessoa.*

## OUTROS SINTOMAS:

	Sim	Não
Tosse persistente por 3 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"/>
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 avaliar a pessoa e tratá-la adequadamente.*

## CONDUTA:

	Sim	Não	Data
Mebendazol 100mg, duas vezes ao dia, durante 3 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, e que tenha acesso a recursos adicionais como suporte laboratorial, radiológico, cirúrgico oftalmológico e de internação.

*Estas páginas podem ser fotocopiadas e usadas como checklist.*

## Condições que devem ser encaminhadas para centros de referência

### *Gravidez*

Encaminhe pacientes que estejam grávidas; para evitar prejuízo do feto, a prednisona é administrada em doses menores durante a gravidez.

### *Crianças*

Encaminhe 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 letargia por um período de alguns dias a algumas semanas. Antes de administrar-lhes corticosteróides, encaminhe pacientes com tais sintomas para diagnóstico e tratamento.

### *Comprometimento ocular*

Pessoas que tenham dor e vermelhidão nos olhos, combinados freqüentemente com perda de acuidade visual, devem também ser encaminhadas; elas podem ter alterações na córnea ou irite. Estas condições devem ser tratadas por profissional especializado. Entretanto, você pode instituir tratamento de emergência usando pomadas oculares com tetraciclina ou atropina, se disponíveis, antes da pessoa ser transferida ao centro de referência.

### *Úlceras ou osteomielite*

Pessoas que tenham úlceras profundas ou infectadas ou osteomielite devem ser encaminhados para antibioticoterapia e cirurgia. Iniciar a corticoterapia antes destes tratamento, pode piorar o quadro infeccioso e causar mais danos permanentes. Toda ferida com secreção purulenta deve ser encaminhada antes da administração de corticosteróide, para evitar o aparecimento de osteomielite. Mãos ou pés com temperatura elevada, com ou sem edema, podem ser sinal de osteomielite.



### *Tuberculose*

O uso de corticosteróides agrava consideravelmente o quadro de tuberculose. Suspeite de tuberculose sempre que houver tosse por mais de 3 semanas; que pode ser acompanhada de febre e perda de peso. Antes de administrar-lhes corticosteróides, encaminhe pacientes com tais sintomas para diagnóstico e tratamento.

### *Depressão grave ou psicose*

O uso de corticosteróides agrava consideravelmente esses quadros. Antes de administrar-lhes corticosteróides, encaminhe qualquer pessoa com uma história de doença mental grave para diagnóstico e tratamento.

### *Reação grave tipo 2*

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

### *Novos danos neurais durante o tratamento*

A função neural de pessoas sob corticoterapia deve ser regularmente monitorada. Toda pessoa com piora da função neural deve ser encaminhado para um centro de referência. Devem continuar a mesma dose dos corticosteróides até a avaliação do especialista.

### *Dano neural tardio*

Algumas pessoas desenvolvem dano neural mais de um ano após terem concluído a 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 (veja páginas 40-41).

### *Casos novos diagnosticados com dano neural de duração superior a seis meses*

Se no momento do diagnóstico você descobrir que o paciente tem dano neural, pergunte a ele há quanto tempo este dano está presente. Se está presente há mais de seis meses, há a necessidade de se encontrar maneiras de se evitar mais danos. (veja o capítulo 4, página 43).

## Trate outras condições

Se a pessoa com um dano neural recente não tem outra condição que requeira encaminhamento, pode ser tratada com corticosteróide na rede básica. Entretanto, antes de começar o tratamento, você deve perguntar à pessoa e examiná-la para ter certeza de que ela não tenha 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 a duração do tratamento.
- A importância de tomar a dose correta.
- Que o tratamento não deve, sob nenhuma hipótese, ser abruptamente interrompido.
- O que fazer se houver piora da 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 do dano neural recente e que sintomas como a dor e diminuição de sensibilidade e/ou força muscular, se presentes, provavelmente melhorarão dentro de uma ou duas semanas. Se o paciente não tiver dor, explique que danos neurais não tratados podem evoluir para incapacidades ou deformidades.

Explique também que há possibilidade de que alguns sintomas permaneçam após o tratamento (como exemplo, a perda de sensibilidade ou a fraqueza muscular podem ser recuperadas apenas parcialmente), mas que o tratamento é essencial para impedir piora do dano neural.

#### *Qual o tempo de tratamento necessário*

Explique que, para prevenir recorrência do quadro clínico, o tratamento dura 12 semanas (casos PB) ou 24 semanas (casos MB).

#### *Tomando a dose correta*

Explique a importância de tomar prednisona diariamente, de acordo com as instruções dadas pelo profissional de saúde. O sucesso do tratamento depende da tomada regular da medicação.

#### *O tratamento não deve, ser abruptamente interrompido*

Os corticosteróides têm grande efeito sobre o organismo. Se uma pessoa interrompe o tratamento abruptamente, pode tornar-se gravemente doente com sintomas que incluem 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 tomar o curso completo do tratamento.

#### *O que fazer se houver aumento da dor ou perda da sensibilidade ou piora da 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 por um especialista.

### **Possíveis efeitos colaterais**

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

## Prescrevendo prednisona para reação tipo 1 grave

A prednisona deve ser administrada por via oral em doses decrescentes ao longo de vários meses. Pacientes com hanseníase paucibacilar (PB) recebem doses diferentes de corticosteróides daqueles com a forma multibacilar (MB).

As pessoas 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 não precisam de tratamento anti-hansênico enquanto usam corticóides.

Para pacientes PB, o tratamento padrão é o seguinte:

Semanas de tratamento	Dose diária de prednisona
1-2	40mg
3-4	30mg
5-6	20mg
7-8	15mg
9-10	10mg
11-12	5mg

A duração total do curso de tratamento é de 12 semanas

Para pacientes MB, o tratamento padrão é o seguinte:

Semanas de tratamento	Dose diária de prednisona
1-4	40mg
5-8	30mg
9-12	20mg
13-16	15mg
17-20	10mg
21-24	5mg

Esse curso dura 24 semanas, exatamente o dobro do curso PB.

A prednisona agora está disponível em embalagens tipo *blister*, especialmente para o uso no tratamento da hanseníase. As embalagens contém comprimidos de cores diferentes, com doses diferentes de prednisona, de modo que o paciente precise ingerir apenas um comprimido por dia ao longo de todo o curso de tratamento. Cada dose deve ser ingerida de manhã após um refeição.

Cada cartela contém 14 comprimidos, o suficiente para 2 semanas de tratamento: pessoas com hanseníase PB geralmente precisarão de uma cartela para cada nível de dosagem, enquanto aqueles com MB precisarão de duas cartelas para cada nível.

Se as embalagens tipo *blister* não estiverem disponíveis, você deve tomar muito cuidado para dispensar o esquema correto de medicamentos, e para assegurar-se de que o paciente compreendeu como tomá-los. Um cartão para os pacientes, mostrando a dose diária de prednisona a ser ingerida durante o curso do tratamento seria útil.

## Acompanhamento durante o tratamento com corticosteróides

### *Registrando do tratamento com corticosteróides*

Ao prescrever corticosteróides, é recomendável que estas informações sejam anotadas no Registro de Tratamento de Hanseníase ou no prontuário do paciente. Ambos são mantidos para pacientes em PQT. A dose de prednisona pode ser escrita em vermelho ao lado do registro da tomada da dose de PQT. O nome das pessoas que já completaram a PQT pode ser acrescentado ao registro enquanto durar o curso de corticosteróides; o comparecimento e a dosagem tomada devem ser anotadas da mesma maneira.

Seria ideal que as pessoas utilizando corticosteróides fossem vistas a cada duas semanas; mas se isso for difícil para elas, uma consulta mensal será suficiente. Em cada avaliação pergunte à pessoa sobre aparecimento de efeitos colaterais ou outros problemas. Realize avaliação neurológica para monitorar mudanças e forneça prednisona para a próxima etapa do tratamento.

### *Monitorando a função neural*

Monitore cada pessoa usando o formulário para cuidados de rotina (Anexo A), que possibilita os registros da evolução da função do nervo. Se você tiver certeza de que houve piora, encaminhe o paciente para um especialista - mantendo a mesma dose de corticosteróide até a consulta. O especialista poderá prescrever um curso prolongado de corticosteróides ou aumentar sua dose, sob rigorosa supervisão.

### *Ficando atento aos efeitos colaterais*

Os corticosteróides podem ter um número expressivo de efeitos colaterais graves, aos quais você deve ficar atento. Veja o Anexo D.

*O que acontece se uma pessoa faltar uma consulta agendada e seu tratamento for interrompido?*

Você necessitará:

- Saber quantas semanas o paciente faltou.
- Avaliar a função neural.

Se a interrupção do tratamento durou menos que quatro semanas, continue com a dose que deveria ter sido prescrita na consulta que a pessoa faltou e siga o curso padrão da corticoterapia.

Se a interrupção durou 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 a pessoa tenha entendido 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 especialista.

### **Acompanhamento após o tratamento com corticosteróides**

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

Toda pessoa deve compreender que a reação ou novos danos neurais podem voltar a acontecer. Devem saber reconhecer os sinais e sintomas precoces de dano neural e estar cientes da importância de procurar imediatamente a unidade de saúde para tratamento. Estes sinais e sintomas incluem dor ou formigamentos, piora de sensibilidade ou de força muscular ou incapacidade de fechar os olhos.

As pessoas ainda sob PQT devem fazer a avaliação neurológica mensal quando vierem tomar a dose supervisionada de PQT. Qualquer piora deve ser anotada e a pessoa encaminhada.

As pessoas que já tiverem concluído a PQT quando terminarem seu curso de corticoterapia devem ser agendados para revisão e avaliação da função neural 3 e 6 meses após o final do curso de corticoterapia.

As pessoas que têm lagofalmo 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*



## CAPÍTULO 3

### 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 sejam muito difíceis de tratar resultando em uma dificuldade em reduzir e eventualmente terminar a corticoterapia. Todos os pacientes com reação tipo 2 grave devem ser encaminhados a centros de referência para tratamento com profissionais experientes que poderão minimizar esses perigos.

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

Os seguintes esquemas são apenas exemplos (especialistas experientes podem preferir esquemas 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 1 mês
- 200 mg diárias durante 3-6 meses
- 100 mg diárias enquanto permanecerem os sintomas

Clofazimina é um componente da PQT, e a dose habitual no adulto é de 50mg/dia; entretanto, doses mais altas são necessárias para controlar o ENH. A clofazimina demora algum tempo 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 nas pessoas com pele clara.

### 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 apenas para os pacientes cujo ENH não pode ser controlado pelas primeiras duas drogas mencionadas acima.

A talidomida somente pode ser prescrita por médicos a pacientes internados em centros de referência. Em virtude de sérios danos ao feto jamais deve ser administrada a pacientes mulheres em idade fértil. A dose habitual varia de 200 a 400mg/dia, em doses fracionadas. Em alguns países, o uso do talidomida é proibido.

## Grupos que requerem atenção especial na prescrição de corticosteróides

Os seguintes grupos requerem precauções especiais quando houver necessidade de corticoterapia. Você não deve administrar corticosteróides a pessoas 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 neonatais por um período após o nascimento.

Essas são as doses de prednisona que você deve administrar durante a gravidez:

*Casos PB:* administre o curso normal, mas inicie com 30mg diários em vez de 40 mg, e limite o curso a 10 semanas em vez das 12 habituais.

*Casos MB:* deve ser o dobro do curso PB – isto é, também começando com 30mg diários, mas com duração de 20 semanas.

### 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 podem receber um curso semelhante ao de mulheres grávidas, mas a dose inicial de prednisona não deve exceder à 1mg/kg/dia.

Se for possível, administrar corticosteróides para as crianças pode reduzir seus efeitos indesejáveis sobre o crescimento.

Um regime adequado para casos PB seria de 30mg de prednisona diariamente por 2 semanas, depois 30mg em dias alternados por duas semanas, com uma dose cada vez menor ao longo de um curso total de 10 semanas. Para casos MB, você dobrar o tempo de duração de cada uma das etapas do curso.



*Crianças com danos neurais nas mãos*

## Tuberculose

Na suspeita de uma pessoa estar com tuberculose, seu diagnóstico deve ser confirmado e o tratamento instituído antes de se 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.

## Diabetes

Pessoas que apresentem sintomas sugestivos de diabetes ou que apresentem 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 necessidade de insulina dos diabéticos.

Uma pessoa tomando corticosteróides pode também desenvolver diabetes pela primeira vez. Esta possibilidade tem que ser considerada quando pessoas desenvolvem sintomas típicos de diabetes e estão sob corticoterapia; esses sintomas incluem, sede excessiva, aumento do número de micções e da ingestão de fluídos.

Se houver glicosúria, devem-se fazer glicemias repetidas, 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*

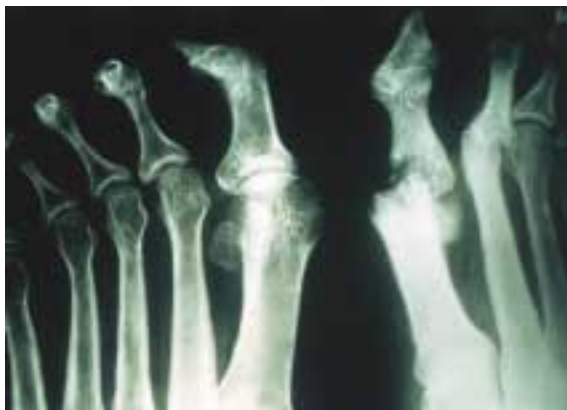


*Teste de glicose na urina*

### Úlceras ou osteomielite

Pessoas com úlceras profundas ou infectadas ou osteomielite devem ser encaminhadas para instituição de antibioticoterapia adequada e cirurgia de limpeza da úlcera. Iniciar corticosteróides antes de tais tratamentos pode provocar a piora do quadro infeccioso e mais dano permanente, incluindo a necessidade de amputação. Você deve suspeitar de osteomielite se as mãos ou pés da pessoa estiverem com temperatura elevada com ou sem edema.

Qualquer pessoa com secreção purulenta em ferida deve ser encaminhado para avaliação cirúrgica e desbridamento (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

### Comprometimento ocular

Pessoas com lesão de córnea ou irite devem ser encaminhadas 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 geralmente consiste em antibioticoterapia local, às vezes com curativo para manter o olho fechado. A corticoterapia, local ou oral pode piorar consideravelmente o quadro.

Irite, uveíte, iridociclite e 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 com atropina para prevenir a adesão da íris à lente, e corticosteróides locais para reduzir o processo inflamatório. Em casos mais graves, corticosteróides orais podem ser necessários.



*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 correto é essencial, uma vez que corticosteróides são contra-indicados em algumas condições e indicados em outras.



*Um trabalhador de saúde examinando o olho*

## Reação tipo 2 grave

Pessoas com reação tipo 2 grave devem ser encaminhadas para tratamento em centros de referência para evitar a dependência de corticosteróides. O 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, que tornam os efeitos colaterais destas drogas muito mais problemáticos. O tratamento recomendado está no início deste capítulo.

## Novos danos neurais durante a corticoterapia

Pessoas cuja função neural tenha piorado enquanto estão sob uso de corticosteróides devem ser encaminhados para tratamento em centro de referência especializado e, nesse ínterim, devem continuar a fazer uso da mesma dose de corticosteróides. O especialista pode aumentar a dose de corticosteróides e/ou prolongar o seu curso, acompanhando de perto o paciente, para tratar qualquer complicação que possa ocorrer.

## Danos neurais tardios e possibilidade de recidiva

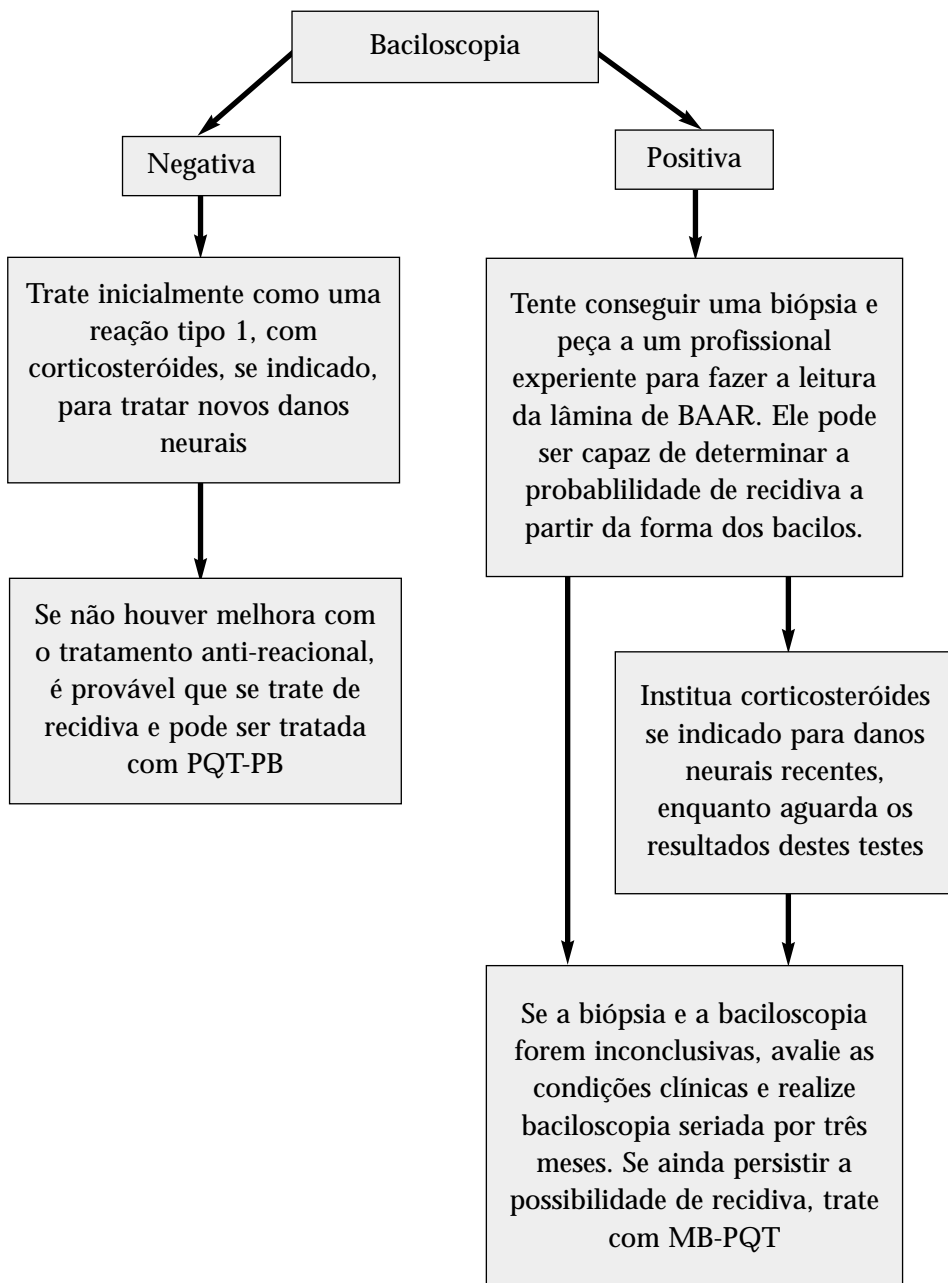
Se pessoas desenvolverem danos neurais mais de três anos após ter concluído a PQT, certifique-se que realmente trata-se de reação e não de recidiva de hanseníase. Recidivas não são comuns, mas essa possibilidade deve ser considerada. Os sintomas de reações e recidivas muitas vezes confundem-se entre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

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, se possível - mas lembre-se de que a baciloscopia de pele de muitos pacientes MB permanece positiva por alguns anos após a conclusão da PQT.

Biópsias são úteis na avaliação de possíveis recidivas, mas se requer experiência para que sejam interpretadas corretamente. O fluxograma a seguir pode ser usado para tratar suspeitas de recidiva.



## Fluxograma para distinguir dano neural tardio de recidiva





*Dano neural - cuidado com os pés*



*Dano neural - cuidado com os olhos*

## CAPÍTULO 4

### Tratamento continuado 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 preveni-los outros danos neurais podem ocorrer durante o tratamento.

O dano neural inicial é chamado de incapacidade primária. Consiste em fraqueza muscular e/ou perda sensitiva, e pode variar em gravidade de insignificante até completamente incapacitante. A perda da sudorese 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 deformidades fixas nas mãos e pés, lesão de córnea e cegueira.

A prioridade é impedir que o dano neural permanente ou a incapacidade primária tornem-se incapacidade secundária. Para fazer isto, você tem que informar e capacitar a pessoa para que ela possa prevenir danos futuros.

Incapacidades adicionais podem ser prevenidas:

- Evitando, tanto quanto possível, os ferimentos nas mãos e nos pés.
- Colocando o membro afetado em repouso, assim que se perceber qualquer ferimento.
- Protegendo o olho com óculos ou óculos de sol.

### Ajudando pessoas a prevenir incapacidades

A responsabilidade de cuidar dos olhos, mãos e pés, é principalmente da pessoa afetada. Os profissionais de saúde podem recomendar, ensinar, ajudar, encorajar, mas não podem tomar essa tarefa para si.

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

- O tipo de dano neural que ele tem.
- Os sintomas deste dano.
- Como eles podem notar quando o dano neural está piorando.
- Como prevenir novos danos.

Se uma pessoa detectar, um ferimento novo tal como uma bolha ou uma pequena ferida, ele pode promover a cicatrização repousando o membro afetado por alguns dias. As feridas devem ser limpas com água e cobertas com curativo ou pano limpo. Pacientes com ferimentos devem retornar à unidade de saúde para outras recomendações, e uma vez que a ferida esteja cicatrizada deve-se tomar os cuidados para evitar o seu reaparecimento.

### Cuidado com mãos e pés insensíveis

As recomendações devem incluir os cuidados com mãos e pés insensíveis:

- As mãos e os pés devem ser examinados diariamente para verificar presença de ferimentos e então hidratados sob imersão.
- Óleo vegetal ou vaselina deve então ser aplicados à pele para ajudar a mantê-la em boas condições.
- As pessoas devem ser aconselhadas em como reduzir o risco de danos no trabalho, na cozinha ou no uso de ferramentas.
- Adotar hábito de pequenos períodos de descanso ajudarão a prevenir ferimentos causados por ações repetitivas.

### O uso de calçados

Pessoas 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, flexível ao andar.
- Uma palmilha interna macia.
- Parte superior anatômica com espaço suficiente para os dedos (mesmo dedos com deformidades).
- Nenhuma borda pronunciada, costura ou pregos dentro do sapato que possam causar feridas.
- Tiras, costuras ou fivelas não devem exercer fricção sobre o pé.

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.

## Olhos

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

- É importante que essas pessoas inspecionem seus olhos diariamente para verificar a presença de corpos estranhos (usando um espelho).
- O uso de chapéu e óculos de sol pode ajudar a prevenir o ressecamento da superfície do olho e impedir que corpos estranhos como poeira, areia, e pequenos insetos danifiquem o olho.
- Lavar o olho com água limpa ajudará a remover todos os corpos estranhos.
- Colírios lubrificantes ou uma gota de óleo de rícino 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-cuidados


Os grupos de auto-cuidado podem ser efetivos na prevenção de incapacidades e na promoção do auto-cuidado. Estes grupos são compostos por pessoas com os problemas similares, nesse caso, o 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 no cuidado de suas incapacidades, evitando tornarem-se dependentes da equipe de saúde.

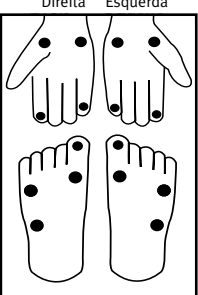
# Anexo A: Um exemplo de formulário para monitorar função neural

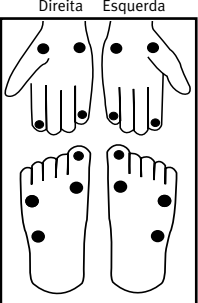
## Formulário para monitorar a função neural em pacientes hansênicos

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

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

<p>Força muscular (escreva F, D ou P)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>E</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Fechamento do olho  <input type="checkbox"/> Fenda em mm  <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo  <input type="checkbox"/> Levantar o polegar  <input type="checkbox"/> Levantar o pé                 </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p>F=forte, D=diminuída, P=paralisada</p>	<b>D</b>	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> Fechamento do olho <input type="checkbox"/> Fenda em mm <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo <input type="checkbox"/> Levantar o polegar <input type="checkbox"/> Levantar o pé	<input type="checkbox"/>	<p>Olho: acuidade visual</p> <p>conte os dedos a seis metros</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>E</b></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> consegue contar  <input type="checkbox"/> não consegue contar                 </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<b>E</b>	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> consegue contar <input type="checkbox"/> não consegue contar	<input type="checkbox"/>	<p>Sensibilidade</p> <p>Marque <input checked="" type="checkbox"/> onde a sensibilidade estiver presente</p> <p>Marque com um <b>X</b> onde houve perda de sensibilidade (use caneta vermelha)</p>	<p>Direita    Esquerda</p> 
<b>D</b>	<b>E</b>										
<input type="checkbox"/> Fechamento do olho <input type="checkbox"/> Fenda em mm <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo <input type="checkbox"/> Levantar o polegar <input type="checkbox"/> Levantar o pé	<input type="checkbox"/>										
<b>E</b>	<b>D</b>										
<input type="checkbox"/> consegue contar <input type="checkbox"/> não consegue contar	<input type="checkbox"/>										
<p>Houve piora nos últimos seis meses?      Sim <input type="checkbox"/>      Não <input type="checkbox"/> Por _____ meses</p> <p>Observação _____ Se sim dê corticosteróides ou encaminhe</p>											
Data	Nome	Assinatura									

<p>Força muscular (escreva F, D ou P)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>E</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Fechamento do olho  <input type="checkbox"/> Fenda em mm  <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo  <input type="checkbox"/> Levantar o polegar  <input type="checkbox"/> Levantar o pé                 </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p>F=forte, D=diminuída, P=paralisada</p>	<b>D</b>	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> Fechamento do olho <input type="checkbox"/> Fenda em mm <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo <input type="checkbox"/> Levantar o polegar <input type="checkbox"/> Levantar o pé	<input type="checkbox"/>	<p>Olho: acuidade visual</p> <p>conte os dedos a seis metros</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>E</b></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> consegue contar  <input type="checkbox"/> não consegue contar                 </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<b>E</b>	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> consegue contar <input type="checkbox"/> não consegue contar	<input type="checkbox"/>	<p>Sensibilidade</p> <p>Marque <input checked="" type="checkbox"/> onde a sensibilidade estiver presente</p> <p>Marque com um <b>X</b> onde houve perda de sensibilidade (use caneta vermelha)</p>	<p>Direita    Esquerda</p> 
<b>D</b>	<b>E</b>										
<input type="checkbox"/> Fechamento do olho <input type="checkbox"/> Fenda em mm <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo <input type="checkbox"/> Levantar o polegar <input type="checkbox"/> Levantar o pé	<input type="checkbox"/>										
<b>E</b>	<b>D</b>										
<input type="checkbox"/> consegue contar <input type="checkbox"/> não consegue contar	<input type="checkbox"/>										
<p>Houve piora nos últimos seis meses?      Sim <input type="checkbox"/>      Não <input type="checkbox"/> Por _____ meses</p> <p>Observação _____ Se sim dê corticosteróides ou encaminhe</p>											
Data	Nome	Assinatura									

<p>Força muscular (escreva F, D ou P)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>E</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Fechamento do olho  <input type="checkbox"/> Fenda em mm  <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo  <input type="checkbox"/> Levantar o polegar  <input type="checkbox"/> Levantar o pé                 </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p>F=forte, D=diminuída, P=paralisada</p>	<b>D</b>	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> Fechamento do olho <input type="checkbox"/> Fenda em mm <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo <input type="checkbox"/> Levantar o polegar <input type="checkbox"/> Levantar o pé	<input type="checkbox"/>	<p>Olho: acuidade visual</p> <p>conte os dedos a seis metros</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>E</b></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> consegue contar  <input type="checkbox"/> não consegue contar                 </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<b>E</b>	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> consegue contar <input type="checkbox"/> não consegue contar	<input type="checkbox"/>	<p>Sensibilidade</p> <p>Marque <input checked="" type="checkbox"/> onde a sensibilidade estiver presente</p> <p>Marque com um <b>X</b> onde houve perda de sensibilidade (use caneta vermelha)</p>	<p>Direita    Esquerda</p> 
<b>D</b>	<b>E</b>										
<input type="checkbox"/> Fechamento do olho <input type="checkbox"/> Fenda em mm <input type="checkbox"/> Abrir o 5º dedo <input type="checkbox"/> Levantar o polegar <input type="checkbox"/> Levantar o pé	<input type="checkbox"/>										
<b>E</b>	<b>D</b>										
<input type="checkbox"/> consegue contar <input type="checkbox"/> não consegue contar	<input type="checkbox"/>										
<p>Houve piora nos últimos seis meses?      Sim <input type="checkbox"/>      Não <input type="checkbox"/> Por _____ meses</p> <p>Observação _____ Se sim dê corticosteróides ou encaminhe</p>											
Data	Nome	Assinatura									

## Anexo B: Lista de itens necessários 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 monitorar a evolução.
- Ácido acetil-salicílico (AAS, aspirina) para tratar reações leves.

*Para o tratamento com corticosteróides*

- Tiras para testes de glicose na urina.
- Mebendazol para administrar a todos os pacientes que serão tratados com corticosteróides.
- Metronidazol e co-trimoxazol. (comprimidos/cápsulas)
- Pomadas oculares contendo tetraciclina (atropina, se permitido)
- Loção de benzoato de benzila
- Antiácidos.
- Prednisona em embalagens tipo *blister*.
- Se possível, laboratório acessível para exame de escarro para TB, BAAR para hanseníase e protoparasitológico de fezes.

*Os centros de referência devem ter instalações 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 em crianças e em mulheres grávidas.
- Controlar os efeitos colaterais ou complicações da corticoterapia.
- Realizar cirurgias.
- Prescrever clofazimina e talidomida (se permitido) para tratar reações Tipo 2 graves (ENH).

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

### *Verminoses*

Muito comuns e podem piorar como resultado da corticoterapia. O ideal é que todos os pacientes que irão fazer uso de corticosteróides sejam tratados com mebendazol (100mg, duas vezes ao dia durante 3 dias) ou outra alternativa.

### *Diarréia com sangue e/ou muco*

Diante destes sintomas, é provável que a pessoa tenha disenteria (amebiana e/ou bacilar) e deve ser tratado de acordo com as normas locais. O melhor tratamento para a disenteria amebiana é feito com metronidazol (dose de adulto – 800mg - três vezes ao dia - por cinco dias). A disenteria bacilar, exceto os casos graves não seria normalmente tratadas com antibióticos. Entretanto, antes de administrar corticosteróides, ela deve ser tratada por três a cinco dias com ciprofloxacina (500mg - duas vezes ao dia) ou o trimetoprim (200mg – duas vezes ao dia); co-trimoxazol (960mg - duas vezes ao dia). Talvez seja a droga mais amplamente disponível e efetivas na maioria dos casos – ela contém trimetoprim.

### *Conjuntivite e tracoma*

Estas condições não têm relação com a hanseníase, mas podem piorar sob corticoterapia. Se estiverem presentes, dê orientações (inclusive a limpeza diária do rosto com água e sabão) e trate as condições conforme o seguinte:

- Conjuntivite: pomada ocular contendo tetraciclina, duas vezes ao dia, por 5 dias.
- Tracoma: pomada ocular contendo tetraciclina, duas vezes ao dia, por 3 a 5 semanas ou azitromicina – dose única (de acordo com o peso)

### *Infecções fúngicas*

Infecções fúngicas como a Tinea corporis são comuns e podem piorar sob corticoterapia. Se uma pessoa tiver lesões cutâneas pruriginosas, suspeite de infecção fúngica, e clotrimazol creme (aplique duas vezes ao dia, por pelo menos 3 semanas).



### *Escabiose*

Escabiose causa pequenos ferimentos na pele que podem infectar-se na vigência da corticoterapia. Instrua a pessoa sobre hábitos de higiene (toda a família deve tomar banhos diários com água e sabão) e prescreva o seguinte tratamento: toda pessoa da casa deve aplicar benzoato de benzila ao corpo todo, exceto à cabeça, diariamente, por 3 dias.

### *Dor epigástrica*

Dor epigástrica é comum e pode piorar com o uso de aspirina e/ou corticosteróides. Pode ser aliviada pelo uso de antiácidos, tomados conforme a necessidade. Um alívio maior dos sintomas pode ser obtido com o uso da ranitidina, uma droga mais recente e mais cara (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 havia sintomas presentes quando do início da corticoterapia. Na suspeita de tuberculose, solicite o exame de escarro para BAAR se ele puder ser realizado na própria unidade de saúde ou encaminhe o paciente para um hospital para avaliação e tratamento.
- Sinais de diabetes, tais como sede ou micções excessivas. Faça teste de urina para glicose e se positivo, encaminhe a pessoa para tratamento com insulina ou hipoglicemiantes orais.
- Dor abdominal - pode ser causada por úlcera péptica. Certifique-se de que a pessoa não esteja tomando aspirina e administre antiácidos ou ranitidina.
- Piora da infecção em úlceras de mãos e pés - encaminhe a pessoa para cirurgia.
- Diarréia ou disenteria. Administrar reidratação oral e após o exame de fezes considerar antibioticoterapia ou tratamento anti-amebiano.
- Edema de face 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 ao longo de um período de algumas semanas.

Se uma pessoa 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. Essa pessoa deve ser hospitalizada e tratada como emergência médica.

Há outras complicações do uso de corticosteróides, mas elas raramente são problemas quando o curso da corticoterapia dura menos de seis meses. Incluem hipertensão, osteoporose, retardo do crescimento, cataratas e glaucoma. Sempre que possível, afira a pressão arterial das pessoas sob uso de corticosteróides. Se você suspeitar ou detectar hipertensão ou uma destas complicações menos comuns, encaminhe a pessoa para avaliação.

## Abreviações

- BAAR - bacilo álcool ácido-resistente: uma designação comum aos bacilos que causam a hanseníase e a tuberculose. Os bacilos podem ser identificados com um corante especial; podem ser encontrados em esfregaços de uma lesão de pele de pessoas com hanseníase e no escarro daquelas com TB.
- MB - hanseníase multibacilar: alta carga bacilar de *Mycobacterium leprae* definida por mais que cinco lesões de pele anestésicas ou pela baciloscopia positiva.
- PQT - Poliquimioterapia: Esquema recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Consiste em uma associação de rifampicina, da clofazimina e da dapsona administradas por um período de 12 meses para hanseníase MB, e rifampicina e dapsona administradas por seis meses para hanseníase PB.
- PB - hanseníase paucibacilar: baixa carga bacilar de *Mycobacterium leprae* definida por até cinco lesões de pele anestésicas.
- ENH - eritema nodoso hansênico: nódulos subcutâneos inflamados, 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 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 DO CUIDADO COM AS PESSOAS QUE TENHAM A DOENÇA.

O Guia de Aprendizagem 2 foi feito para todos os trabalhadores de saúde que possam ter que tratar as complicações da hanseníase. Contém informações práticas sobre como reconhecer reações hansênicas e como tratá-las adequadamente. Inclui também recomendações sobre o encaminhamento de reações e tratamento especializado.

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