

Diagnóstico y tratamiento medicamentoso del dolor neuropático en la lepra¹

Rogério Del Arco²

Susilene Maria Tonelli Nardi³

Thiago Gasperini Bassi⁴

Vania Del Arco Paschoal⁵

Objetivo: identificar las dificultades de diagnosticar y tratar el dolor neuropático causado por la lepra, así como determinar las características principales de esa situación. **Métodos:** se examinaron 85 pacientes tratados en ambulatorio de referencia para lepra y que refirieron dolor. Se aplicó el cuestionario test Douleur Neuropathic 4, y se hizo un minucioso examen neurológico a través del cual se excluyeron 42 pacientes por no haberse comprobado dolor. **Resultados:** de los 37 pacientes con dolor, 22 (59,5%) tenían dolor neuropático o mixto y, de esos, 90,8% caracterizaban ese dolor como de intensidad moderada o severa, siendo que 81,8% sufrían de él hace más de 6 meses. Apenas 12 (54,5%) pacientes habían sido diagnosticados con dolor neuropático y casi mitad de los casos (45,5%) estaba sin reconocimiento. En cuanto al tratamiento medicamentoso (n=12) para el dolor neuropático, 5 (41,6%) respondieron que tuvieron mejoría; en los otros 7 (58,4%) no hubo alteración del dolor o empeoraron cuando se comparó con el cuadro inicial. El análisis estadístico, comparando la mejoría del dolor entre los pacientes tratados (n=12) y aquellos no tratados (n=10), fue significativa (valor-p=0,020). **Conclusión:** se identificó dificultad en diagnosticar el dolor neuropático en la lepra, considerando que casi la mitad de los pacientes estudiados estaban sin reconocimiento de ese cuadro. Se atribuyeron como factores asociados la no adopción de protocolo apropiado para un efectivo diagnóstico y tratamientos inadecuados que pudieron haber enmascarar el cuadro.

Descriptores: Lepra; Manifestaciones neurológicas; Discapacidades; Dolor.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Diagnóstico e tratamento da dor neuropática em pacientes tratados de hanseníase", presentada a la Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Jose do Rio Preto, SP, Brasil.

² MSc, Medico especialista em neurocirurgia.

³ PhD, Investigador, Departamento de Pesquisa, Instituto Adolfo Lutz, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

⁴ Neurólogo.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Jose do Rio Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Del Arco R, Nardi SNT, Bassi TG, Paschoal VDA. Diagnosis and medical treatment of neuropathic pain in leprosy
Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2731. [Access]; Available in: .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0676.2731>. mes día año URL

Introducción

La presencia de dolor es una característica común en el paciente con lepra y es responsable por sufrimiento físico y psicológico⁽¹⁾. La causa del dolor puede estar relacionada al estímulo nociceptivo secundario (inflamación de los tejidos), que es encontrada con frecuencia en los episodios de activación inmune (reacción reversa y eritema nodoso leproso), o por causa neuropática que es secundaria al daño o disfunción del sistema nervioso⁽²⁾.

Definido como dolor causado por lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial por la Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP), el dolor neuropático es un problema causado por descuido en el tratamiento de personas leprosas⁽³⁻⁴⁾. Durante mucho tiempo se atribuyó al proceso inflamatorio, o mismo al proceso de compresión neural (dolor nociceptivo), toda la causa del dolor en ese grupo de pacientes.

El diagnóstico erróneo terminaba por perjudicar al paciente que no recibía el tratamiento correcto, así como causaba enfermedades concomitantes tales como gastropatías, osteoporosis, nefropatías entre otras, por el uso excesivo de antiinflamatorios, sobre todo los corticosteroides que, junto con los analgésicos, constituían las pocas armas a disposición del equipo de la salud.

La Asociación Médica Brasileña (AMB) recomienda, para tratamiento del dolor neuropático, la utilización de 3 clases de medicamentos, los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina y clomipramina), los neurolépticos fenotiazínicos (clorpromazina, levomepromazina) y los anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, topiramato, pregabalina) que pueden ser asociados a analgésicos y antiinflamatorios, conforme la necesidad de cada paciente⁽²⁾ (Figura 1).

Fármaco	Dosis habitual/día
Antidepresivos tricíclicos	
Amitriptilina	10-150mg
Nortriptilina	10-50mg
Imipramina	25-150mg
Clomipramina	25-150mg
Fenotiazínicos	
Clorpromazina	25-100mg
Levomepromazina	10-100mg
Anticonvulsivantes	
Carbamazepina	200-1200mg
Oxcarbazepina	300-900mg
Gabapentina	900-2400mg
Topiramato	25-800mg

*Modificado de Garbino JA et al. Lepra: Diagnóstico y Tratamiento de la Neuropatía. Proyecto Directrices, Asociación Médica Brasileña y Consejo Federal de Medicina 2003; 147-159

Figura 1 - Medicaciones recomendadas para al tratamiento del dolor neuropático en Brasil*

En las principales publicaciones relacionadas al dolor neuropático en la lepra, se procuró investigar aspectos epidemiológicos y etiológicos de esa entidad, determinando prevalencias y tratando de inferir relación causal o evaluando el perfil psicológico de los pacientes⁽¹⁻⁵⁾. Diferentemente de investigaciones anteriores, este estudio se preocupó en identificar las dificultades en diagnosticar y tratar el dolor neuropático causado por la lepra, así como en determinar las características principales de esa situación.

Método

Se trata de un estudio descriptivo y transversal. Se inició con la recolección de datos de las ficha médicas y por la aplicación de protocolos, en 85 pacientes atendidos en un ambulatorio de referencia en lepra, en un municipio de gran porte, en Brasil, en el año 2013. El Proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de Sao José do Rio Preto (FAMERP), CAAE 02435120.00005414.

Después de haberse explicados los motivos del estudio y firmado el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), las entrevistas fueron realizadas por los investigadores participantes de la investigación, la encuesta constaba de: formulario con datos del perfil demográfico y epidemiológico del paciente y la evolución de la enfermedad; anamnesis clínica relacionada al diagnóstico del dolor neuropático; datos sobre el examen físico neurológico específico; escala de puntuación y localización anatómica del dolor; y, características del tratamiento, en especial de las medicinas utilizadas.

Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron clasificados de acuerdo con los criterios adoptados para la lepra de la Organización Mundial de Salud (OMS) y no estaban en tratamiento con Poliquimioterapia (PQT) de, por lo menos, 6 dosis para la forma Paucibacilar (PB) y de 12 dosis para la forma Multibacilar (MB)⁽⁶⁻⁷⁾.

En el momento de la entrevista, ningún paciente presentaba señales o síntomas de estado de reacción, tales como Reacción Reversa (RR) o Eritema Nodoso Leproso (ENL). Para el diagnóstico de dolor neuropático, los pacientes deberían quejarse de dolor no generado por estímulos y con plausibilidad anatómica – referida en una o más regiones relacionadas al nervio afectado^(3,8-9).

Se optó por el cuestionario *Douleur Neuropathic 4 Questionary* (DN4), traducido y validado para el portugués por Santos et al., en 2009⁽¹⁰⁾, por su facilidad de aplicación y por presentar buena sensibilidad (83%) y especificidad (90%) para predecir la presencia de dolor con características de neuropatía⁽¹¹⁾.

Después de definido el caso como siendo de dolor de origen neuropática, se utilizó la Escala de Estimativa Numérica (*Numeric Rating Scale - NRS*) para comprender mejor su intensidad y el Dibujo de la Localización del Dolor (*Pain Drawing - PD*) para su localización⁽¹²⁻¹³⁾.

Para la evaluación de deformidades, fueron usados los criterios de la OMS: Grado cero (sin deformidad), Grado 1 (pérdida sensitiva en manos o pies) y Grado 2 (deformidad motora visible, incluyendo lagofalmo y garra en los dedos, contracturas y/o úlceras en las manos o pies⁽¹⁴⁾).

En la Figura 2 están contenidos los criterios utilizados para inclusión de los pacientes con dolor de origen neuropática. Se optó por excluir los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y/o alcoholismo para no confundir posibles diagnósticos de neuropatía de causa diversa o asociada.

Criterios/condición	Inclusión
DN4* mayor o igual 4	Si
Plausibilidad anatómica	Si
Dolor no generado por estímulo	Si
Diabético	No
Etilismo crónico	No
En tratamiento con poliquimioterapia	No
Estar en estado de reacción	No

*Douleur Neuropathic 4 Questionary

Figura 2 - Criterios de inclusión de pacientes con dolor de origen neuropática. Sao José do Rio Preto, SP, 2014

Los resultados fueron analizados en los programas estadísticos Microsoft Excel 2013 y Graf Pad Instat 3.00/1997. Se verificó la significación de los resultados por medio de las pruebas *t* de Student, para las variables paramétricas, y Mann-Whitney para las variables no paramétricas, conforme apropiado. Se consideró como límite para la significación estadística el valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

De los 85 pacientes con lepra evaluados en este estudio, 37 (43,5%) presentaban cuadro doloroso nociceptivo y/o neuropático y 48 (56,5%) fueron excluidos por no quejarse de dolor o por referirse a él apenas en el pasado.

Después de la aplicación de las preguntas para diagnosticar el dolor de origen neuropático, en los 37 pacientes con queja de dolor, se identificó que 15 de estos no se ajustaban a los criterios de inclusión (Figura 2) y fueron excluidos. Los 22 pacientes restantes que relataron dolor neuropático o mixto establecido,

representaron 25,9% de la población total investigada ($n=85$) y son el objeto principal de este estudio.

Características generales

Como características de los afectados por dolor neuropático, relacionadas a la lepra, se notó que 14 (63,7%) eran mujeres, y la edad varió entre 24 y 66 años, con promedio de 51 años ($\pm 10,78$).

Quince (68,1%) pacientes afectados presentaban la forma MB. Fue más frecuente la presencia de dolor neuropático en individuos con mayor tiempo de diagnóstico, 14 (63,7%) pacientes ya sabían de la enfermedad hace más de 5 años, siendo que 11 (50%) habían completado PQT hace más de 5 años. La presencia o no de estados de reacción previos, no presentó relación con dolor neuropático.

Las características clínicas se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Características generales de los pacientes con dolor neuropático. Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Características generales de los pacientes con dolor neuropático (N=22)		N	%
Sexo	Masculino	8	36,3
	Femenino	14	63,7
Clasificación de tratamiento OMS*	Paucibacilar	7	31,9
	Multibacilar	15	68,1
Tiempo del diagnóstico de la lepra	<5 años	8	36,3
	>5 años	14	63,7
Tiempo del término de la poliquimioterapia	<1 año	5	22,7
	1 a 5 años	6	27,3
	>5 años	11	50
Historia anterior de estado de reacción	Si	11	50
	No	11	50
Tiempo del inicio de los síntomas	<6 meses	4	18,2
	>6 meses	18	81,8
Característica del inicio de los síntomas	Súbita	1	4,6
	Insidiosa	21	95,4
Intensidad del dolor – NRS [†]	Leve (1 la 3)	2	9,1
	Moderada (4 la 6)	15	68,2
	Severa (7 la 10)	5	22,7
Estándar del dolor	Superficial	cero	cero
	Profunda	17	77,3
	Ambas	5	22,7
Grado de incapacidad – OMS*	Cero	2	9,2
	Grado 1	14	63,6
	Grado 2	6	27,2

*Organización Mundial de la Salud; †Escala de Estimativa Numérica (Numeric Rating Scale)

Diagnóstico y tratamiento

De los 22 pacientes incluidos en el estudio por tener dolor neuropático causado por la lepra, 10 (45,5%) casos permanecían sin el correcto diagnóstico. Los dermatólogos representaron la especialidad que hizo el diagnóstico de 66,6% (n=8) de los casos. No hubo error de diagnóstico (falso positivo) por parte de los médicos asistentes. Todos los pacientes diagnosticados recibieron, en algún momento, tratamiento con medicaciones indicadas para casos de dolor neuropático.

Los antidepresivos tricíclicos fueron la clase de medicamentos más utilizada; en algún momento todos los casos (12) tratados recibieron la prescripción de amitriptilina. Efectos colaterales como somnolencia, boca seca y estreñimiento fueron la causa de abandono de la medicación en 2 pacientes; otro paciente abandonó el tratamiento debido a que pensaba que la medicación había sido prescrita para tratar depresión.

La posología insuficiente de amitriptilina con dosis bajas de 10 a 25mg/día fue la causa de parar la mejoría del dolor en 2 pacientes. En otro caso el paciente usaba una dosis promedio de amitriptilina – 50mg/día y la no aplicación de politerapia puede justificar la ausencia de mejoría de los síntomas.

En la clase de los anticonvulsivantes, la carbamazepina fue utilizada por 8 pacientes, siendo después substituida por gabapentina en 1 caso y por pregabalina en otro, una vez que la medicación inicial no obtuvo el efecto terapéutico deseado. Los pacientes que usaban gabapentina y pregabalina relataron mejoría de los síntomas.

Otra causa de falla del tratamiento sucedió con un paciente en politerapia (amitriptilina + carbamazepina) que abandonó la carbamazepina quejándose de efectos colaterales de la medicación (somnolencia y mareos) y no recibió prescripción de medicación substituta que pudiese ser una alternativa para el problema. Ningún paciente estudiado recibió medicación de la clase de los fenotiazínicos.

A pesar de haberse instituido la politerapia en 8 casos, ningún paciente, de los 12 estudiados, llegó a recibir la dosis máxima de las medicaciones utilizadas en el tratamiento del dolor neuropático.

Dos pacientes adquirieron las medicaciones con recursos propios, ya que la gabapentina y pregabalina no son suministradas por el Sistema Único de Salud (SUS) (Tabla 2).

Tabla 2 - Características de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con dolor neuropático en la lepra. Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Características de diagnóstico y tratamiento en los pacientes con dolor neuropático	Situación	n	%
Diagnosticado con dolor neuropático (n=22)	Si	12	54,5
	No	10	45,5
Especialista que realizó diagnóstico (n=12)	Dermatólogo	8	66,6
	Neurólogo	4	33,4
Respuesta al tratamiento (n=12)	Mejoría del dolor	5	41,6
	Igual o peor	7	58,4
Tipo de tratamiento medicamentoso (n=12)	Monoterapia	4	33,4
	Politerapia	8	66,6
Causas de la falla terapéutica (n=7)	Abandono por efecto colateral	3	42,9
	Desconocimiento de la medicación	1	14,3
	Utilización de dosis inadecuadas	2	28,5
	Falta de politerapia	1	14,3
Modo de adquisición de la medicación (n=12)	Gobierno	10	83,3
	Gobierno + particular	2	16,7

Tabla 3 - Comparación entre casos tratados y no tratados para dolor neuropático en la lepra. Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Variables	Tratados (n=12)	No tratados (n=10)	Valor de p
Mejoría del dolor	5	0	0,0202*
Intensidad del dolor (mediana)	7,5	6	0,4652†
Puntuación en el <i>Douler Neuropathic 4 Questionary</i> (mediana)	7	6,5	0,0692†

*Test t de Student; †Teste Mann-Whitney

Cuando se preguntó (n=12) sobre los resultados del tratamiento medicamentoso para el dolor, se constató mejoría del dolor en los pacientes tratados, esto cuando comparados a los no tratados (valor de $p=0,020$). La intensidad del dolor y de la puntuación en el DN4 entre los pacientes con dolor neuropático tratados (n=12) y no tratados (n=10) no mostró diferencia significativa (Tabla 3).

Discusión

El estudio evidenció que el dolor neuropático afecta a uno en cada cuatro pacientes tratados de lepra (25,8%). El síntoma es bastante común como comprueban los últimos estudios publicados en China (2012) e India (2011) que presentaron respectivas frecuencias de 45,8 y 21,8%^(1,15).

A pesar de ser una importante causa de sufrimiento del paciente, ya que 90,8% caracterizaron el dolor como de intensidad moderada y/o severa y que 81,8% sufrían por un período mayor que seis meses, casi la mitad de los casos estudiados estaba sin diagnóstico (45,5%), ese hallazgo refuerza el hecho de que el dolor neuropático causado por la lepra es una complicación que ha sido descuidada por los equipos de la salud que, por exigencia del Ministerio de la Salud, gastan su tiempo en: la búsqueda y diagnóstico de nuevos casos de la enfermedad en su área de influencia; la aplicación de la poliquimioterapia para los casos en tratamiento; la administración de los episodios de reacción; la prevención de las deformidades; y, el control de los comunicantes^(4,16).

La adopción de un protocolo para la identificación del dolor neuropático, causado por la lepra, puede reducir las fallas en diagnosticar esa condición. El DN4, escogido en este estudio, es una encuesta de simple administración, validada para la lengua portuguesa, que puede ser utilizado por cualquier profesional del equipo de la salud que estuviese habilitado para aplicarlo.

Incentivar a los profesionales del área a familiarizarse con las drogas indicadas para el tratamiento del dolor crónico/neuropático y sistematizar la conducción de esos casos puede minimizar los síntomas de los pacientes.

El tratamiento medicamentoso del dolor neuropático, causado por la lepra, no está bien establecido, necesitando todavía de más estudios clase I y II con muestras aleatorias y controladas, que no se encuentran disponibles en la literatura mundial. El entendimiento de esas terapias puede aliviar síntomas y prevenir daños neuropáticos en el paciente con lepra⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Estudios de revisión sobre el tratamiento de las diversas causas de dolor neuropático incluyen, en su mayoría, enfermos con polineuropatía diabética dolorosa y neuralgia postherpética⁽¹⁹⁾.

Las drogas para tratamiento del dolor neuropático, preconizadas por la AMB⁽²⁾, deben ser iniciadas con dosis bajas y aumentadas o asociadas a otras de manera progresiva en casos de persistencia del dolor; es necesario hacer la monitorización de las funciones renal y hepática; se recomienda orientar a los pacientes sobre posibles efectos colaterales y optar por medicaciones con costo/efectividad benéfico⁽²⁰⁻²¹⁾.

El gobierno brasileño ofrece algunas medicaciones para tratamiento del dolor neuropático de forma gratuita. Muchas de ellas están disponibles por ser de bajo costo, sin embargo, una vez que son drogas antiguas, generalmente no son bien toleradas en dosis medias y altas, lo que dificulta el tratamiento. En este estudio, casi la mitad (42,9%) de los abandonos tuvieron como justificación el efecto colateral de la medicación.

Los fármacos más eficaces y con pocos efectos colaterales, como la duloxetina, pregabalina y gabapentina, no son suministrados por el gobierno y, debido a su alto precio, son inaccesibles para la mayoría de los pacientes con lepra que pertenecen a la población de baja renta^(8,22).

Cuando fueron evaluados los 12 pacientes que recibieron tratamiento con medicación para dolor neuropático, se observó que 7 pacientes (58,4%) no obtuvieron mejoría de los síntomas. Las causas identificadas para la falla del tratamiento medicamentoso fueron los siguientes efectos colaterales: la posología inadecuada/insuficiente de los fármacos; el no establecimiento de politerapia en los casos en que la respuesta terapéutica, a una única droga, fue insatisfactoria; y, el desconocimiento de

los beneficios de las medicaciones que son utilizadas en el dolor neuropático. La falta de acompañamiento adecuado (plazos de retorno muy largos o cambio de médico especialista), desconfianza en el diagnóstico de dolor neuropático (recibían además altas dosis de corticosteroides y analgésicos asociados a las medicaciones para dolor neuropático) y causas psicosociales pueden también haber colaborado para justificar la ausencia de mejoría.

Inclusive, con las dificultades en tratar el dolor neuropático quedó clara la importancia de la introducción de la terapéutica medicamentosa, ya que los resultados comprueban la mejoría significativa de los síntomas del dolor en los casos que recibieron tratamiento, esto comparado a los que no fueron tratados.

La principal limitación de este estudio, y tal vez de todos que investigan el dolor, fue la subjetividad del síntoma. La intensidad y característica del dolor, de naturaleza multifactorial, no pueden ser medidas de forma objetiva, lo que puede llevar a ser sub o sobreestimado. Otro obstáculo se relaciona con el número reducido de pacientes con dolor neuropático (n=22) lo que limita mayores desdoblamientos e inferencias de los resultados de este estudio. La población presentada corresponde a un año de atención después del alta, en un ambulatorio de referencia regional.

Durante el estudio, todos los pacientes que no habían sido diagnosticados con dolor neuropático fueron orientados sobre su enfermedad, recibieron introducción al tratamiento medicamentoso y fueron encaminados para especialista en dolor crónico.

Conclusión

Se identificó la dificultad en diagnosticar el dolor neuropático en la lepra, considerando que casi la mitad de los pacientes estudiados estaba sin reconocimiento de ese cuadro. Uno de los factores para esa dificultad pudo ser que los profesionales del equipo de salud no adoptaron, rutineramente, un protocolo apropiado para la investigación y el efectivo diagnóstico del dolor neuropático. La confusión diagnóstica y tratamientos inadecuados pueden causar complicaciones y prolongar el sufrimiento de esos individuos.

El dolor neuropático en pacientes ya tratados con lepra afecta 90,1% de los casos, y el mismo se caracteriza como de intensidad moderada y severa, conviviendo con este trastorno por un período mayor que seis meses. Por tanto, el dolor neuropático en la lepra es una importante causa de sufrimiento.

Los resultados comprueban la mejoría significativa de los síntomas del dolor en los casos que recibieron tratamiento, esto comparado con los que no fueron

tratados. Entre los pacientes que relataron estar igual o peor después de la terapéutica, se atribuye esa falta de éxito a la cantidad de efectos colaterales relatados y/o a la posología insuficiente de los fármacos utilizados, así como al no establecimiento de politerapia en los casos en que la respuesta terapéutica a una única droga fue insatisfactoria.

Estos resultados nos llevan a concluir que el tratamiento medicamentoso para el dolor neuropático - causado por la lepra, incluso cuando no son sistematizados por la falta de estudios con metodología adecuada en esa área - debe ser introducido, ya que colabora para la reducción del sufrimiento humano.

Referencias

1. Lasry-Levy E, Hietaharju A, Pai V, Ganapati R, Rice ASC, Haanpaa M, et al. Neuropathic pain and psychological morbidity in patients with treated leprosy: A cross-sectional prevalence study in Mumbai. *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5(3):e981.
2. Stump PRNAG, Dalben G da S. Mecanismos e manejo clínico de dor. *Braz Res Orais*. 2012;26(spe1).
3. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purpose. *Neurology*. 2008;70:1630-5.
4. Saunderson P, Bizuneh E, Leekassa R. Neuropathic Pain in People Treated for Multibacillary Leprosy More Than Ten Years Previously. *Lepr Rev* 2008;79:270-276.
5. Stump PRNAG, Baccarelli R, Marciano LHSC, Lauris JRP, Teixeira MJ, Ura S, et al. Neuropathic pain in leprosy patients. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 2004;72(2):134-8.
6. Smith WCS, Odong DS, Ogesi AN. The importance of the neglected tropical diseases in sustaining leprosy programs. *Lepr Rev*. 2012;83:121-3
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2010 out 10; p. 55 Seção 1.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain – pharmacological management: NICE Clin Guideline. 2013;1-157.
9. Haanpaa M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bennett M, Bouhassira D et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain*. 2011;152(1):14-27.
10. Santos JG, Brito JO, Andrade DC, Kaziyama, Ferreira KA, Souza I et al. Translation to Portuguese and Validation of the Douleur Neuropathique 4 Questionnaire. *J Pain*. 2010;11(5):484-90.
11. Ramos JM, Alonso-Castañeda B, Eshetu D, Lemma D, Reyes F, Belinchón I, et al. Prevalence and characteristics

- of neuropathic pain in leprosy patients treated years ago. *Pathog Glob Health*. 2014;108(4):186-90.
12. Bertilson B, Grunnesjö M, Johansson SE, Strender LE. Pain drawing in the assessment of neurogenic pain and dysfunction in the neck/shoulder region: inter-examiner reliability and concordance with clinical examination. *Pain Med*. 2007;8(2):134-46.
13. Parker H, Wood RLR, Main CJ. The use of the pain drawing as a screening measure to predict psychological distress in chronic low back pain. *Spine*. 1995;20:236-43.
14. Organização Mundial de Saúde (OMS). Weekly epidemiological Record Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2013;35(88):365-80. [Acesso 20 nov 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/wer>.
15. Chen S, Qu J, Chu T. Prevalence and characteristics of neuropathic pain in the people affected by leprosy in China. *Lepr Rev*. 2012;83:195-201.
16. Smith WC, Nicholls PG, Das L, Barkataki P, Suneetha S, Suneetha L, et al. PLoS negl Trop Dis. Predicting neuropathy and reactions in leprosy at the moment of diagnosis and before events incidents-cohort study results *INFIR* 2009;3(8):e500.doi: 10.1371/journal.pntd.0000500.
17. Raymond P, André N, Stump G. Orientação para o tratamento farmacológico da dor neuropática. *Dor é coisa séria*. 2012;8(2):5-16.
18. Wilder-Smith EP, Van Brakel WH. Nerve damage in leprosy and its management. *Nat Clin Pract Neurol*. 2008;4(12):656-63.doi: 10.1038/ncpneuro0941.Epub 2008 Nov 11.
19. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hasson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2009 revision. *Eur J Neurol*. 2010. Epub Abril 9.
20. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain*. 2010;150:573-8.
21. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol*. 2006;13:1153-69.
22. Paschoal VDA, Nardi SMT, Cury MRCO, Lombardi C, Virmond M, Silva RMDN et al. Criação de Banco de Dados para sustentação da pós-eliminação em hanseníase. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(supl 1):1201-10.

Recibido: 3.3.2015

Aceptado: 10.9.2015

Correspondencia:

Vania Del Arco Paschoal
FAMERP. Departamento Enfermagem Saúde Coletiva
Av. Faria Lima, 5416
Vila São Pedro
CEP: 15.090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil
E-mail: vaniapaschoal@yahoo.com.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.