

FACA



RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

GUIA RÁPIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28055
 MAIO 2011

REALIZAÇÃO

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
 PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

APOIO



USAID
 FROM THE AMERICAN PEOPLE

fap

FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA
 Liga Brasileira
 Contra a Tuberculose

SPS 

Strengthening
Pharmaceutical
Systems

Projeto



fortalecendo as
organizações de saúde

INOVAÇÃO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

incO.TB

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste material é oferecer ao profissional de saúde uma visão geral sobre as recomendações atuais para o controle da tuberculose.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose espera que este guia seja útil para a melhoria do cuidado à pessoa com tuberculose.

DEFINIÇÕES USADAS PELO PNCT

CASO NOVO: Pessoa com diagnóstico de TB confirmado ou clínico-epidemiológico que não tenha sido tratada por mais de 30 dias.

CASO DE RETRATAMENTO: Pessoa já tratada por tuberculose por mais de 30 dias que venha a necessitar de nova terapia por recidiva após cura (RC) ou retorno após abandono (RA).

Recidiva é a tuberculose tratada e curada anteriormente **independentemente do tempo decorrido**.

Abandono é o não-uso do medicamento por mais de 30 dias consecutivos, a partir da data agendada para o seu retorno.

FALÊNCIA: persistência da positividade do escarro ao final do 4º ou 5º mês de tratamento, tendo havido ou não negativação anterior do exame

TRANSFERÊNCIA: refere-se ao paciente que comparece à unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade, desde que não tenha havido interrupção do tratamento por mais de 30 dias.

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Os pacientes com **intolerância grave** a algum dos fármacos antiTB serão encaminhados à **Referência Secundária**

Os pacientes com qualquer tipo de **resistência** aos fármacos antiTB serão encaminhados à **Referência Terciária**

- **Monorresistência:** resistência a um único fármaco
- **Polirresistência:** resistência a dois ou mais fármacos, exceto à associação Rifampicina + Isoniazida.
- **Multirresistência (MDR):** resistência a pelo menos Rifampicina e Isoniazida
- **Resistência extensiva (XDR - do inglês, extensively drug resistance):** resistência à Rifampicina e Isoniazida acrescida à resistência a uma fluoroquinolona e a um medicamento injetável de segunda linha (Amicacina, Canamicina ou Capreomicina).

Procure saber junto à gerência do programa de seu município quais são os serviços de referência secundária e terciária.

BUSCA ATIVA

Busca ativa é a atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente o Sintomático Respiratório.

Sintomático respiratório (SR):
indivíduos com tosse por três semanas ou mais

Em populações de alto risco de TB, a busca de SR pode se dar com tosse de duração mais curta, desde que seja garantido o suporte laboratorial.

EXEMPLOS:

- **População prisional** - tosse por mais de 2 semanas
- **População em situação de rua** - tosse com qualquer duração

COMO FAZER A BUSCA ATIVA

ESTRATÉGIA OPERACIONAL:

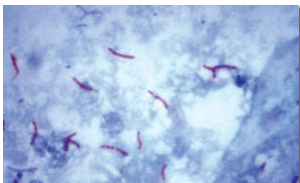
- Interrogar sobre a presença e duração da tosse a toda clientela da unidade de saúde, independentemente do motivo da procura.
- Orientar os SR identificados sobre a coleta do exame de escarro
- Coletar duas amostras de escarro, uma no momento da identificação e a outra no dia seguinte
- Registrar as atividades nos instrumentos padronizados (pedido de baciloscopia e Livro do SR)
- Seguir os fluxos para conduta nos casos positivos e negativos à baciloscopia
- Avaliar rotineiramente a atividade de busca por meio dos indicadores sugeridos: proporção de sintomáticos respiratórios examinados, proporção de baciloscopias positivas e proporção da meta alcançada.

INDICAÇÕES DE BACILOSCOPIA:

- Sintomático respiratório
- Suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar
- (febre, sudorese noturna, emagrecimento, e outros sintomas sugestivos), **independentemente do tempo da tosse**
- Suspeita clínica de TB extrapulmonar (exame em materiais biológicos diversos)

A baciloscopia de escarro deve ser realizada em, no mínimo, **duas amostras**:

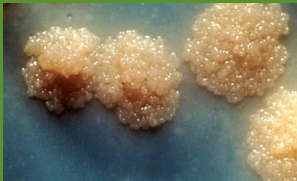
uma, por ocasião da primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar. Nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais. Pode-se também encaminhar o paciente para a referência secundária.



INDICAÇÕES DA CULTURA

Indicações de cultura para micobactérias:

- Suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, com baciloscopia repetidamente negativa.
- TB paucibacilar (crianças, HIV, TB pleuropulmonar)
- Dificuldade de obtenção da amostra (crianças, escarro induzido, lavado brônquico) ou dificuldade de acesso ao exame (indígenas)
- Amostras extrapulmonares
- Suspeita de doença causada por micobactéria não tuberculosa.



INDICAÇÕES DA CULTURA COM IDENTIFICAÇÃO E TESTE DE SENSIBILIDADE

Indicações de cultura para micobactéria com identificação e teste de sensibilidade, INDEPENDENTEMENTE do resultado da baciloscopia :

- Contatos de casos de TB resistente;
- Retratamento;
- Pacientes imunodeprimidos, principalmente portadores do HIV/ aids;
- Pacientes com baciloscopia positiva **ao final do 2º mês de tratamento**;
- Falência ao tratamento da TB (baciloscopia positiva após 4º mês);
 - Populações com maior risco de resistência:
 - profissionais de saúde,
 - população em situação de rua,
 - população privada de liberdade,
 - pacientes internados em hospitais que não adotam medidas de biossegurança,
 - pacientes em instituições de longa permanência.
 - Dificuldades de acesso ao serviços (população indígena)

Lembre-se: a baciloscopia de acompanhamento do tratamento deve ser mensal. Caso esteja ainda positiva no final do 2º mês, deve-se solicitar cultura e TSA, pois há suspeita de falência/resistência.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

A **radiografia de tórax** deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, mas ela **não** substitui a baciloscopia (exame indispensável em todos os SR).

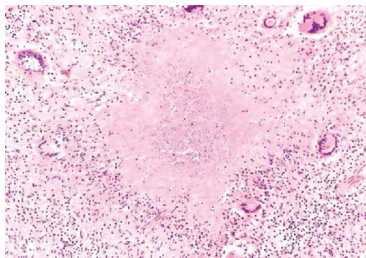
Em suspeitos radiológicos de TB pulmonar com baciloscopia negativa, recomenda-se a cultura para micobactéria.

Em pacientes com baciloscopia positiva, a radiografia de tórax permite excluir doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante e avaliar a evolução radiológica, sobretudo nos que não apresentem resposta clínica e bacteriológica.

EXAME HISTOPATOLÓGICO

O exame histopatológico é realizado para o diagnóstico das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares difusas de difícil diagnóstico. A lesão típica, sugestiva de tuberculose, é o **granuloma com necrose caseosa**. Esta lesão não é patognomônica da tuberculose, mas em sujeitos com clínica compatível, é fortemente sugestiva e o tratamento pode ser iniciado.

TODO MATERIAL COLETADO POR BIÓPSIA DEVE TAMBÉM SER ARMAZENADO EM ÁGUA DESTILADA OU SORO FISIOLÓGICO E ENVIADO PARA CULTURA EM MEIO ESPECÍFICO.



TUBERCULOSE E HIV

OS PROGRAMAS DE TB E AIDS DEVEM GARANTIR:

1- AOS PACIENTES COM TUBERCULOSE

- Acesso precoce ao diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da oferta do teste anti-HIV
- Acesso ao tratamento antirretroviral

2- ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV:

- Realização da PT e acesso ao tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia) quando indicado.
- Diagnóstico precoce da tuberculose ativa nos pacientes com manifestações clínicas sugestivas

Todo paciente com TB deve ser testado para HIV.
Todo paciente com HIV deve ser testado pela prova tuberculínica.

DIAGNÓSTICO DE TB EM PVHA

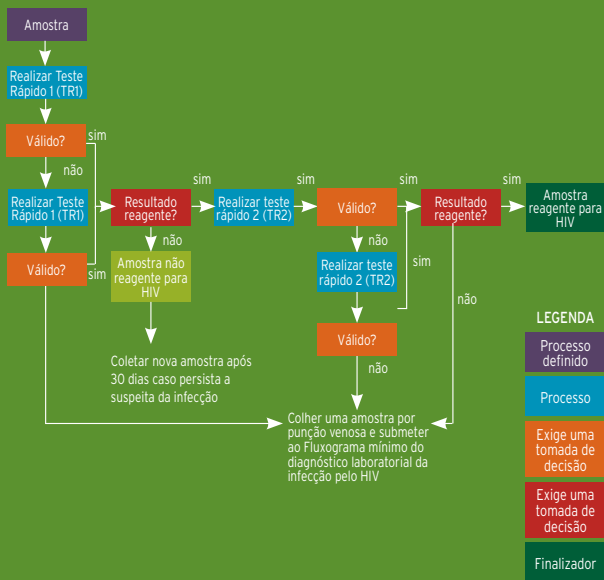
É preciso insistir nas baciloscopias e culturas e solicitar outros materiais além do escarro espontâneo: **escarro induzido, lavado broncoalveolar, e outros.**

A cultura de outras materiais extrapulmonares, em especial de **medula óssea** e as **hemoculturas** aumenta as chances de confirmação do diagnóstico.

Sempre que um fragmento de órgão ou tecido for obtido, a CULTURA e exame histopatológico são fundamentais. **Para cultura, o material não pode ser armazenado em formol!**

Os granulomas nos pacientes imunossuprimidos podem ser malformados, mas a baciloscopia é mais frequentemente positiva no material de biópsia.

FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO PARA HIV



TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

TODOS os casos de tuberculose devem ser tratados sob supervisão direta de um profissional de saúde (tratamento diretamente observado - TDO).

A escolha da modalidade do TDO deve ser decidida entre a equipe da saúde e o paciente: domiciliar ou na unidade de saúde

A frequência ideal de supervisão é **diária** ou de 2^a a 6^a.

Quando a supervisão **diária** não for possível, deve-se insistir na tomada autoadministrada diária dos medicamentos.

Um mínimo de **24** tomadas na fase de ataque e **48** na fase de manutenção devem ser observadas.

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

O uso de incentivos e facilitadores, como cesta básica e auxílio transporte, pode aumentar a adesão.

Excepcionalmente, a observação pode ser realizada por uma pessoa da família ou da comunidade desde que treinada e supervisionada por profissional de saúde.

O tratamento diretamente observado é mais do que observar a deglutição dos medicamentos: é uma estratégia de construção de **vínculo** entre o paciente, o profissional de saúde e o serviço de saúde.

ESQUEMA BASICO PARA ADULTOS E ADOLESCENTES

Esquema básico para tratamento de adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva ou de ataque	RHZE 150/ 75/ 400/ 275mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	2
		> 50kg	4 comprimidos	2
4RH Fase de manutenção	150/75 mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	4
		36 a 50 kg	3 comprimidos	4
		> 50kg	4 comprimidos	4

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

Indicações:

- Casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV
- Retratamentos : recidiva (independentemente do tempo decorrido do último episódio) ou retorno, após abandono, com doença ativa.

ESQUEMA PARA MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA ADULTOS E ADOLESCENTES (>10 ANOS DE IDADE)

Esquema para meningoencefalite tuberculosa em adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/ 75/ 400/ 275mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	2
		> 50kg	4 comprimidos	2
7RH Fase de manutenção	150/75 mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	7
		36 a 50 kg	3 comprimidos	7
		> 50kg	4 comprimidos	7

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

Na meningoencefalite tuberculosa deve ser associado corticosteróide ao esquema anti-TB: prednisona oral (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas; ou dexametasona intravenosa nos casos graves (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por 4 a 8 semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.

ESQUEMA PARA CRIANÇAS

Esquema para tratamento de tuberculose em crianças (< 10 anos de idade):

Fases	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20kg	21 a 35 kg	36 a 45kg	>45kg
2RHZ Fase intensiva	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1000	2000
4RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

Indicações:

- Casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV
- Retratamentos : recidiva (independentemente do tempo decorrido do último episódio) ou retorno, após abandono, com doença ativa.



10

ESQUEMA PARA MENINGO-ENCEFALITE TUBERCULOSA EM CRIANÇAS

Esquema para tratamento de meningoencefalite tuberculose em crianças:

		Peso do doente			
		Até 20kg	21 a 35 kg	36 a 45kg	>45kg
Fases	Fármacos	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia
2RHZ Fase intensiva	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
7RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

EFEITOS ADVERSOS MENORES

Efeitos adversos menores:

- Não há necessidade de suspensão do esquema em uso
- Os casos devem permanecer na Unidade de Atenção Básica

Efeito adverso "menor"	Medicamento	Conduta
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	R, H, Z, E	Reformular os horários de administração da medicação. Considerar o uso de sintomáticos. Avaliar a função hepática.
Artralgia ou artrite	Z, H	Medicar com ácido acetilsalicílico e avaliar a evolução
Neuropatia periférica	H, E	Medicar com piridoxina (vit B6) e avaliar a evolução
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência)	H	Orientar
Suor e urina de cor avermelhada	R	Orientar
Prurido cutâneo ou exantema leve	H,R	Medicar com antihistamínico e avaliar evolução
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Z,E	Orientar (dieta hipopurínica)
Febre	R,H	Orientar

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

EFEITOS ADVERSOS MAIORES

Efeitos adversos maiores

- Os casos devem ser avaliados em unidades de referência secundária

Efeito adverso "maior"	Medicamento	Conduta
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	Todos	Suspender o tratamento; reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do problema; substituir o esquema nos casos graves ou reincidentes.
Psicose, crise convulsiva, H encefalopatia tóxica ou coma	H	Substituir por estreptomicina
Neurite ótica	E, H	Substituir por estreptomicina
Hepatotoxicidade (vômitos, alteração da função hepática > 5x o normal, hepatite)	Z, H, R	Suspender o tratamento até a resolução da alteração hepática; reintroduzir os medicamentos um a um; avaliar a função hepática após a reintrodução de cada medicamento; avaliar possível substituição do medicamento ou mudança do esquema
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	R, H	Suspender o tratamento e substituir pelo esquema de multirresistência
Nefrite intersticial	R	Suspender o tratamento e substituir pela estreptomicina
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Z	Suspender o tratamento e retirar a pirazinamida do esquema

(R-rifampicina, H-isoniazida, Z-pirazinamida, E-etambutol)

HEPATOPATIAS

Nos dois primeiros meses de tratamento, pode ocorrer elevação assintomática dos níveis séricos das enzimas hepáticas (TGO/TGP), seguida de normalização espontânea, sem qualquer manifestação clínica e sem necessidade de interrupção ou alteração do esquema terapêutico.

VERIFICAR O PESO DO PACIENTE QUANDO DA PRESCRIÇÃO DA DOSE DO MEDICAMENTO

O tratamento deverá ser interrompido quando:

- Os valores das enzimas atingirem 5 vezes o valor normal, no paciente sem sintomas
- Os valores das enzimas atingirem 3 vezes o valor normal, com início de sintomas, ou logo que icterícia se manifeste

O PACIENTE DEVERÁ SER ENCAMINHADO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

Indica-se a reintrodução do esquema após normalização das enzimas hepáticas e resolução dos sintomas

Sequência para reintrodução: R + E → H → Z

(avaliar a função hepática antes de cada introdução)

HEPATOPATIAS

Conduta frente a Hepatopatias

Com doença hepática prévia: - Hepatite Viral Aguda - Hepatopatia Crônica: viral, autoimune e criptogênica - Hepatopatia Alcoólica: esteatose hepática, hepatite alcoólica	SEM CIRROSE	TGO/TGP > 3 x LSN	2 SRE / 7 RE 2 SHE / 10 HE 3 SEO / 9 EO
		TGO/TGP < 3 x LSN	Esquema Básico
	COM CIRROSE	3 SEO / 9 EO	
Sem doença hepática prévia (hepatotoxicidade após o início do tratamento)	TGO/TGP 5x LSN (ou 3 x LSN com sintoma)	Reintrodução RE → H → Z	Reintrodução do Esquema Básico ou substituto
	Icterícia		
	Persistência de TGO/TGP 5x LSN por quatro semanas ou casos graves de TB		3 SEO / 9 EO

LSN - Limite Superior da Normalidade

RECOMENDAÇÕES PARA NEFROPATAS

1. Estimar clearance da creatinina

Clearance de creatinina

$$\frac{(140 - \text{idade}) \times (\text{peso em kg})}{72 \times \text{creatinina sérica (mg\%)}} = [\text{para mulheres} (\times 0,85)]$$

2. Ajustar das doses dos medicamentos de acordo com clearance

Medicamento	Método de ajuste	Clearance de creatinina		
		entre 90 e 50	entre 50 e 10	menor que 10
Rifampicina	Não requer ajuste	100%	100%	100%
Isoniazida	Alterar dosagem	100%	75 - 100%	50%
Pirazinamida	Alterar intervalo de Administração	24h	24h	48 a 72h
Etambutol	Alterar dosagem	100%	50 - 100%	25 - 50%
Estreptomicina	Alterar intervalo de administração	24h	24 - 72h	72 - 96h

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO

- Meningoencefalite tuberculosa
- Intolerância aos medicamentos antituberculose incontrolável em ambulatório
- Comprometimento do estado geral que não permita tratamento em regime ambulatorial
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não à TB que necessitem de tratamento e/ou procedimento em regime hospitalar
- Casos em situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior probabilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência.

GESTANTE

O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e **está recomendado o uso de piridoxina (50mg/dia)** durante a gestação pelo risco de crise convulsiva (devido à isoniazida) no recém nascido.

Não há contra indicações à amamentação, exceto se a mãe apresentar mastite tuberculosa.

É recomendável, que a mãe faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança.

Gestantes e lactantes devem utilizar os **esquemas preconizados (RHZE e RHZ, respectivamente)**, mas devem receber especial atenção no monitoramento de efeitos adversos.



SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS EM GESTANTES E LACTANTES

Segurança dos fármacos na gestação e em lactentes

GRAVIDEZ	
Medicamentos seguros	Medicamentos que devem ser evitados
Rifampicina	Estreptomicina e outros aminoglicosídeos
Isoniazida	Polipeptídeos
Pirazinamida	Etionamida e outras tionamidas
Etambutol	Quinolonas
ALEITAMENTO MATERNO	
Medicamentos seguros	Medicamentos com uso criterioso
Rifampicina	Etionamida
Isoniazida	Acido Paraminossalicílico (PAS)
Pirazinamida	Ofloxacina
Etambutol	Capreomicina
Estreptomicina	Claritromicina
Cicloserina/Terizidona	Clofazimina

CONTROLE DE CONTATOS

Caso índice: todo paciente com TB pulmonar ativa, prioritariamente com baciloscopia positiva

Contato: pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB (em casa, ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola).

Quando a TB é na criança, preconiza-se a investigação de todos os seus contatos, independentemente da forma clínica da TB, pois ela provavelmente convive com um caso índice.

Prioridades para avaliação de contatos e tratamento de infecção latente (ILT): contatos menores de 5 anos, pessoas vivendo com HIV/aids e portadores de outras condições de alto risco (vide cartões 17 e 18).

INTERPRETAÇÃO DA PROVA TUBERCULÍNICA

INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA ILTB:

1- Crianças contatos de casos bacilíferos:

- Se PT \geq 5 mm: em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora.
- Se PT \geq 10 mm: em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos.

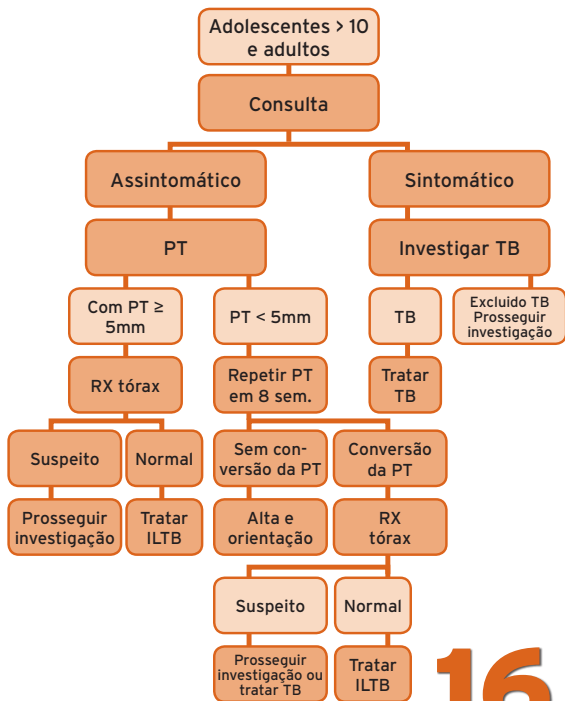
2- Em adultos e adolescentes:

Vide quadros nos cartões 17 (verso) e 18 (frente).

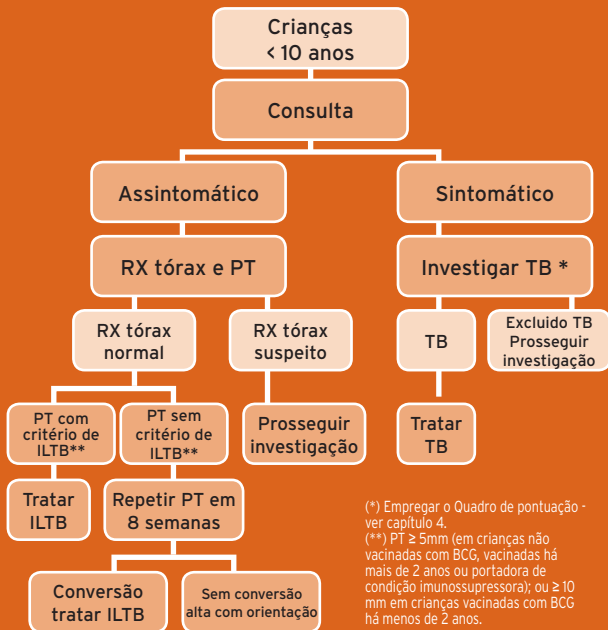
OUTRAS SITUAÇÕES:

- Grávidas: postergar o tratamento da ILTB para após o parto.
- Gestante com infecção pelo HIV: tratar a ILTB após o 3º mês de gestação.

FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE CONTATOS ADULTOS E ADOLESCENTES



FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE CONTATOS - CRIANÇAS (< 10 ANOS DE IDADE)



TRATAMENTO DA ILTB EM PACIENTES COM HIV/AIDS

EM PACIENTES COM HIV/AIDS, TRATAR
ILTB:

1. Com radiografia de tórax normal e:

- $PT \geq 5$ mm
- Contatos intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos independentemente da PT
- $PT < 5$ mm com registro documental de ter tido $PT \geq 5$ mm e não submetido a tratamento da ILTB na ocasião

2. Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB, independentemente do resultado da PT.

INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA ILTB E INTERPRETAÇÃO DA PROVA TUBERCULÍNICA

Indicações de tratamento da ILTB para situações com risco elevado de adoecimento

RISCO	PT \geq 5mm	PT \geq 10mm	CONVERSÃO
ELEVADO (indicado tratamento da ILTB em qualquer idade)	HIV/Aids	Silicose	Contatos de TB bacilífera
	Contatos adultos e contatos menores de 10 anos não vacinados com BCG ou vacinados a mais de 02 anos	Contatos com menos de 10 anos vacinados com BCG há menos de 02 anos	Profissional de saúde
	Uso de inibidores do TNF-a	Neoplasia de cabeça e pescoço	Profissional de laboratório de micobactéria
	Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB	Insuficiência renal em diálise	Trabalhadores de instituições de longa permanência
	Transplantado em terapia imunossupressora		

INTERPRETAÇÃO DA PROVA TUBERCULÍNICA E INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA ILTB

Situações com risco moderado e baixo de adoecimento

RISCO	PT \geq 5mm	PT \geq 10mm
Moderado (tratar ILTB se < 65 anos de idade)	Uso de corticosteróides (>15 mg de prednisona)	<i>Diabetes mellitus</i>
Baixo (tratar ILTB se < 50 anos de idade)		Baixo peso (<85% do ideal)
		Tabagistas (\geq 1 maço/dia)
		Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia

TRATAMENTO DA ILTB

O tratamento da ILTB com H reduz em 60 a 90% o risco de adoecimento. Esta variação se deve à duração e à adesão ao tratamento.

FÁRMACO UTILIZADO:

Isoniazida - na dose de 5 a 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 300 mg/dia.

TEMPO DE TRATAMENTO:

Deve ser realizado por um período mínimo de 6 meses.

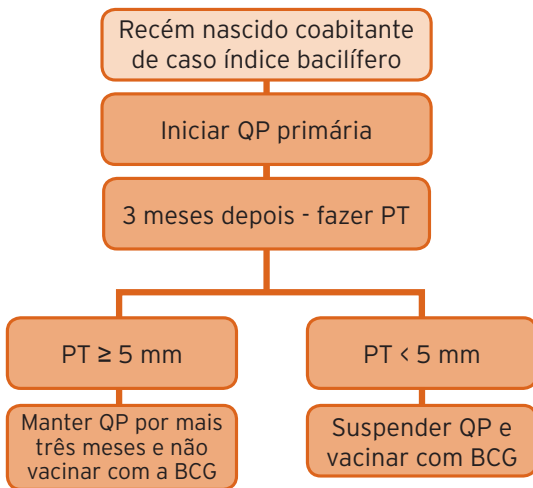
Observação 1: Há evidências de que o uso por 9 meses protege mais do que o uso por 6 meses, principalmente em pacientes com HIV/aids. A opção entre 6 e 9 meses de tratamento deve considerar a viabilidade operacional e a adesão do paciente.

Observação 2: A quantidade de doses tomadas é mais importante do que o tempo do tratamento. Mesmo com a eventualidade de uso irregular, considerar a prorrogação do tempo de tratamento com o objetivo de completar as doses previstas, não excedendo, essa prorrogação, em até 3 meses do tempo inicialmente programado.

QUIMIOPROFILAXIA PRIMÁRIA

Prevenção da infecção latente ou quimioprofilaxia (QP) primária

FLUXOGRAMA



CRÉDITOS

Este guia teve como base as novas recomendações para o controle da tuberculose, revisado e publicado em 2010 no site www.saude.gov.br

ORGANIZADORES DO GUIA RÁPIDO:

Denise Arakaki-Sanchez - PNCT

Olga Maira Machado Rodrigues - PNCT

Jorge Luiz da Rocha - Projeto MSH

Anete Trajman - Projeto IncoTB e Universidade Gama Filho

Ministério da
Saúde



Projeto MSH
fortalecendo as
organizações de saúde

INOVAÇÃO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE
inco.TB