NOTA TÉCNICA N. 01/2010 PMF/ SMS/VS

Assunto: *Orienta sobre a mudança do tratamento da tuberculose em Florianópolis a partir de 15 de fevereiro de 2010.*

Esta nota técnica divulga as modificações no sistema de tratamento para a Tuberculose a ser implementado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)/Ministério da Saúde e no município a partir de **15 de fevereiro de 2010.**

Principais Mudanças:

1. **Introdução do Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva (dois primeiros meses) do esquema básico com objetivo de prevenir a resistência bacilar aos fármacos anti-TB.** O Etambutol é mundialmente utilizado e tem como justificativa a constatação do aumento da resistência primaria à isoniazida (de 4,4 para 6,0%) e a resistência primária à isoniazida associada à rifampicina (de 1,1 para 1,4), observado no II Inquérito Nacional de resistência aos fármacos anti-TB conduzido em 2007-2008, em comparação com os resultados do I Inquérito Nacional, realizado no período de 1995-1997.
2. **Introdução de comprimidos formulados com os quatro fármacos em doses fixas combinadas para a fase intensiva do tratamento.** As vantagens da mudança da apresentação dos fármacos são: o maior conforto do paciente, pela redução do numero de comprimidos a serem ingeridos; a impossibilidade de tomada isolada de fármacos e a simplificação da gestão farmacêutica em todos os níveis.
3. **Os esquemas até então denominados IR e III não existirão mais.**

Observação

- Para crianças até 10 anos continuará sendo preconizado o esquema atual (2RHZ/4RH).
- Continuarão disponíveis as medicações em formulações individualizadas para utilização em esquemas especiais.

Supervisionar o tratamento e oferecer a testagem anti-HIV para TODOS os pacientes com tuberculose.

ESQUEMA BÁSICO (EB – 2RHZE/4RH) PARA ADULTOS E ADOLESCENTES

R (Rifampicina) – H (Isoniazida) – Z (Pirazinamida) – E (Etambutol)

Indicações:

Caso novo(*) de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV.

(*)Caso novo – paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculose.

Retratamento(**)**:** recidiva (independente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa.

(**) Preconiza-se a solicitação de cultura, identificação da espécie e teste de sensibilidade em todos os casos de retratamento.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou150/100 mg cápsula ou comprimido	20 a 35 kg	1 comprimido ou cápsula 300/200 mg	4
		36 a 50 kg	1 comp. ou cáps. de 300/200 + 1 comp. ou cáps. de 150/100 mg	
		>50 kg	2 comp.ou cáps. 300/200 mg	

Observação: Para a fase de manutenção permanece o uso das apresentações de RH em cápsulas ou comprimidos de 300/200 mg e 150/100 mg até que estejam disponíveis as apresentações de comprimidos em doses fixas combinadas de 300/150 mg e 150/75 mg.

ESQUEMA PARA MENINGOENCEFALITE (EM- 2 RHZE/7RH) EM ADULTOS E ADOLESCENTES

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	
7RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou150/100 mg cápsula ou comprimido	20 a 35 kg	1 comprimido ou cápsula 300/200 mg	7
		36 a 50 kg	1 comp. ou cáps. de 300/200 + 1 comp. ou cáps. de 150/100 mg	
		>50 kg	2 comp.ou cáps. 300/200 mg	

Observação: Deve ser associada prednisona oral (1a 2 mg/kg/dia) por 4 semanas ou dexametasona intravenoso nos casos graves (0,3 a 0,4 mg/kg/dia) por 4-8 semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subseqüentes.

ATENÇÃO PRIMÁRIA - EFEITOS ADVERSOS "MENONES" E CONDUTA

Efeito adverso "menor"	Medicamento	Conduta
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol	Reformular os horários de administração da medicação. Considerar o uso de medicamento sintomático. Avaliar a função hepática.
Artralgia ou artrite	Pirazinamida e Isoniazida	Medicar com ácido acetilsalicílico e avaliar a evolução
Neuropatia periférica	Isoniazida e Etambutol	Medicar com piridoxina (vitamina B6) e avaliar a evolução
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar
Suor e urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar
Prurido cutâneo ou exantema leve	Isoniazida e Rifampicina	Medicar com anti-histamínico e avaliar a evolução
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Pirazinamida e Etambutol	Orientar (dieta hipopurínica)
Febre	Rifampicina e Isoniazida	Orientar

REFERÊNCIA

- **EFEITOS ADVERSOS "MAIORES" E CONDUTA**

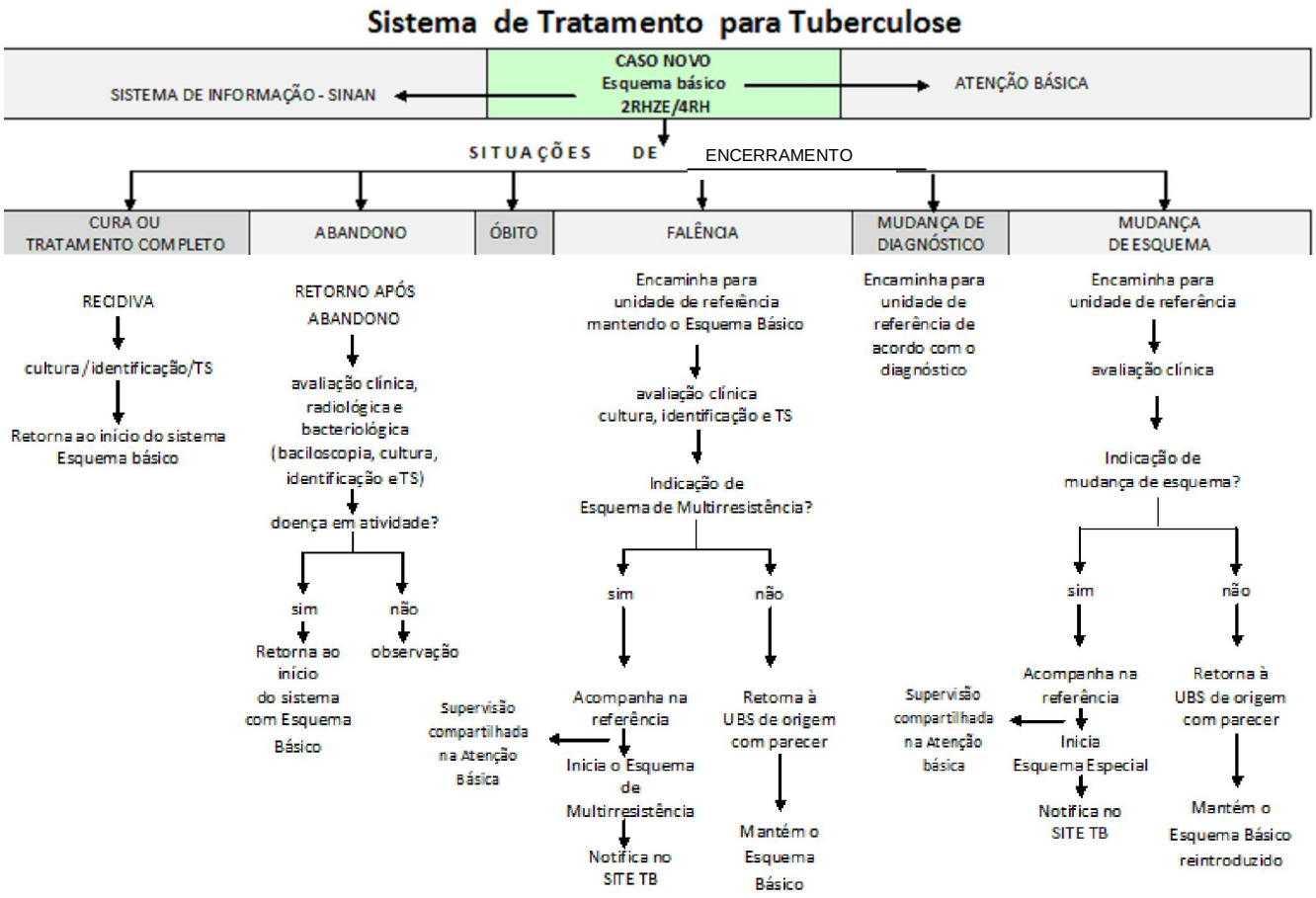
Efeito adverso "maior"	Medicamento	Conduta
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	Todos	Suspender o tratamento; reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução; substituir o esquema nos casos graves ou reincidentes
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Substituir por Estreptomicina
Neurite óptica	Etambutol e Isoniazida	Substituir por Estreptomicina
Hepatotoxicidade (vômitos, alteração da função hepática >5 vezes o valor normal, hepatite)	Pirazinamida, Isoniazida e Rifampicina	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	Rifampicina e Isoniazida	Suspender o tratamento e substituir pelo esquema de multirresistência
Nefrite intersticial	Rifampicina (principalmente se usada de forma intermitente)	Suspender o tratamento e substituir pela Estreptomicina
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender o tratamento e retirar a Pirazinamida do esquema

- **ESQUEMA DE MULTIRESISTÊNCIA** (EMR): indicação – Resistência à RH, resistência à RH e outro(s) fármaco(s) de primeira linha, falência ao esquema básico.
- **FALÊNCIA:** persistência de baciloscopia positiva ao final do tratamento; fortemente positivos (++ ou +++) no início do tratamento, mantendo essa situação até o 4° mês de tratamento; ou positividade inicial seguida de negativação e nova positividade por 2 meses consecutivos a partir do 4° mês de tratamento.

- **ESQUEMAS ESPECIAIS (EE)**

Indicação: Ocorrência de efeitos "maiores" – Estes casos deverão ser avaliados em unidades de referência secundária. A reintrodução dos medicamentos um a um está preconizada em algumas situações para avaliar a necessidade de substituição do medicamento responsável pelo efeito adverso.

A ocorrência de qualquer tipo de resistência – Estes casos deverão ser avaliados em unidades de referência secundária.



Fluxo enviado pelo MS e modificado por esta Gerencia de Vigilância Epidemiológica (GVE).

REFERÊNCIAS SECUNDÁRIAS:

Pneumologista

Dra. Fátima S. M. Almeida- Policlínica Municipal Continente

→

- Efeitos adversos maiores
- Esquema de Multiresistência (EMR)
- Falência de tratamento
- Esquemas Especiais (EE)

Infectologistas	→	Coinfectados
Pneumopediatria	→	Se ESF necessitar, o atendimento deve ser compartilhado

Nos casos de necessidade de encaminhamento, deve ser observado:

1. Encaminhamento médico, **marcação via Regulação**, justificando as necessidades conforme quadros acima;
2. Supervisão compartilhada com a Atenção Primária levando em consideração o Tratamento Diretamente Observado (TDO);
1. OFTALMOLOGISTA: Pacientes em uso de ETAMBUTOL com alterações visuais devem ser submetidos a avaliação oftalmológica, com encaminhamento através da Regulação.

PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA

Indicar e prescrever o EB, acompanhado o tratamento dos casos confirmados bacteriologicamente sob TDO e realizando mensalmente as baciloscopias de controle até o final do tratamento.

Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos, conduzindo e orientando os casos que apresentem efeitos considerados "menores".

Receber os casos contrareferenciados para acompanhamento e TDO compartilhado.

Encaminhar para a unidade de referencia os casos nas seguintes situações:
- Casos com forte suspeita clinico radiológica e baciloscopias negativas;
- Casos de difícil diagnóstico;
- Falência;
- Qualquer tipo de resistência;

PAPEL DA REFERENCIA SECUNDÁRIA

Contrareferenciar casos para inicio ou continuidade de tratamento
(encaminhamento com resumo clinico e resultados de exames)

Garantir o TDO para os casos indicados, podendo ser realizado na própria referência ou na Atenção Primária (supervisão compartilhada).

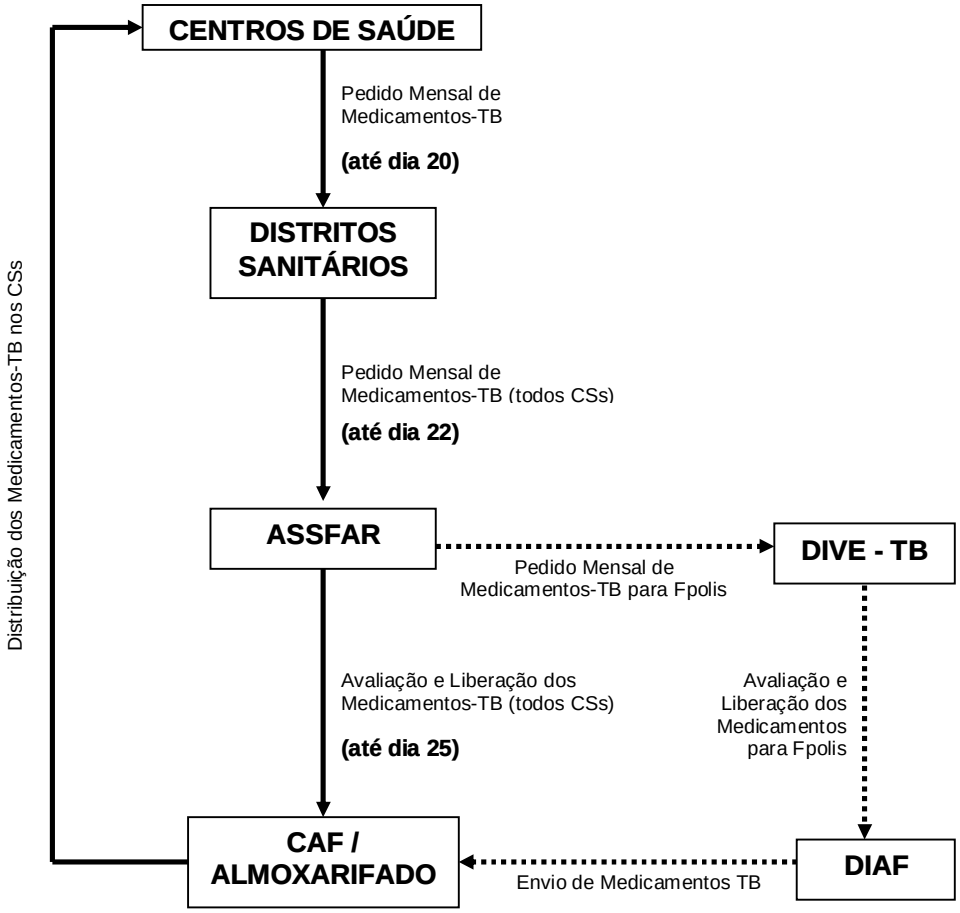
Avaliar criteriosamente os casos encaminhados com persistência de baciloscopia positiva no 4°mês:
- Má adesão ao esquema básico → iniciar TDO e aguardar Cultura e TS
- Resistência às drogas (falência) → se necessário, solicitar supervisão na atenção terciária**

Estabelecer diagnóstico diferencial de TB pulmonar negativa à baciloscopia, casos com apresentação radiológica atípica e formas extrapulmonares.

**Atenção Terciária : Infectologistas Dr. Cleyton Silva, Dr. Camilo Fernandes, Dr. Fabio Gaudenzi no HNR.

Fevereiro/2010

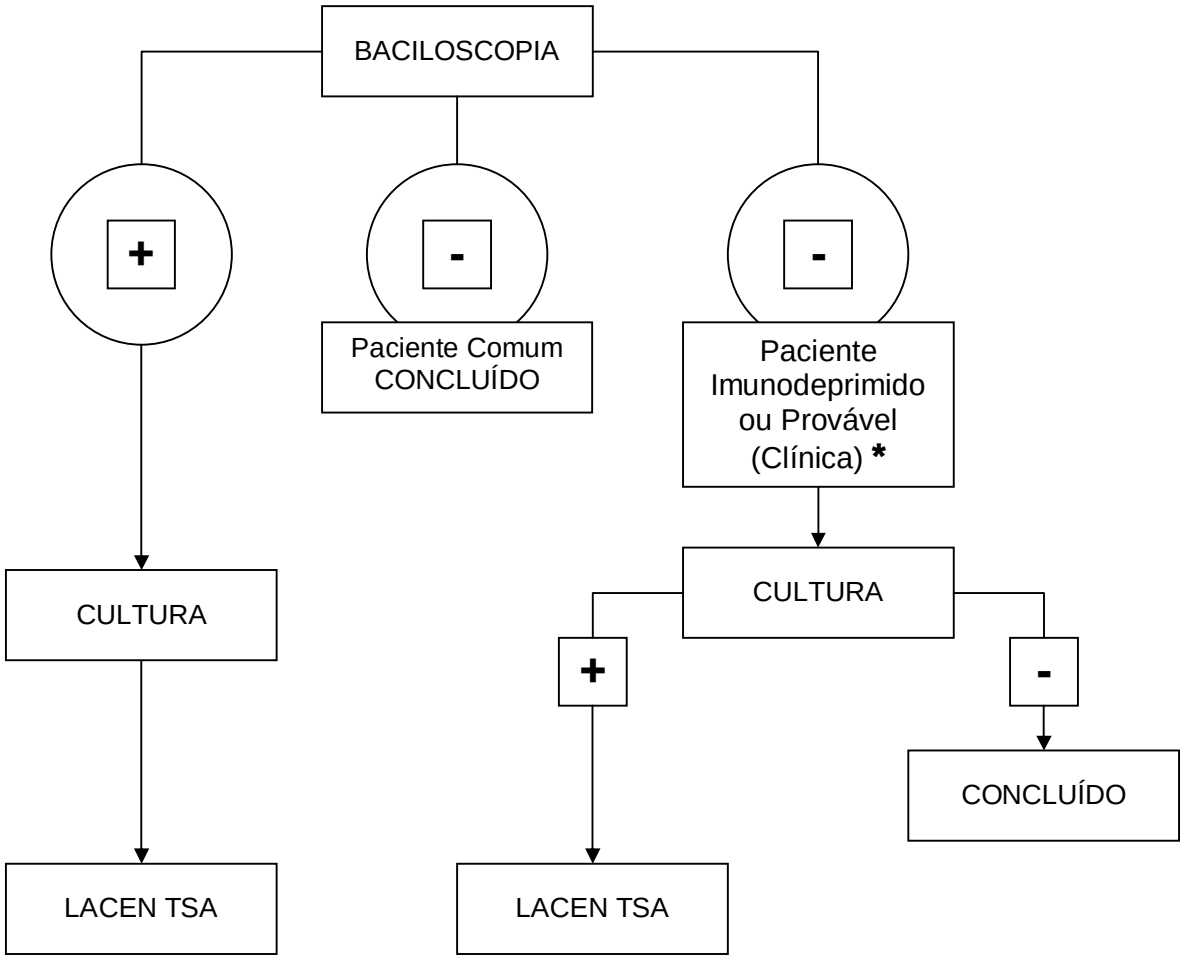
FLUXO DE MEDICAMENTOS TB



Fonte: Gerência de Assistência Farmacêutica- SMS
Contatos: 3239.1502 e-mail: assfar.pmf@hotmail.com

Nos casos de início de tratamento (primeira prescrição), permanece a orientação de contato com as Assessorias de Vigilância Distritais para solicitação da medicação, que será liberada para o CS para início imediato do tratamento.

FLUXOGRAMA PARA ANÁLISE LABORATORIAL DE TUBERCULOSE



* Esta informação deve constar na requisição.

Fluxo desenvolvido pelo LAMUF.

REFERÊNCIAS:

1. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes – Versão 2 .
2. Folheto apresentação do Ministério da Saúde da "Reunião Estadual para Divulgação das mudanças no sistema de tratamento da Tuberculose no Brasil" realizado pela SES/ DIVE em Balneário Camboriú /SC em 04/Nov/2009.
3. . Cartaz de mesa para Unidade Básica – Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes
4. Cartaz de mesa para Unidade de Referência – Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes

Florianópolis, 5 de fevereiro de 2010.

Antônio Anselmo Granzotto de Campos
Diretoria de Vigilância em Saúde
PMF - SMS

Monich Melo Cardoso
Diretoria de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Epidemiológica