

Infectologia - Tuberculose Latente

Área: Unidade de Emergência / **Subárea:** Clínica Médica

Objetivos:

Orientar os médicos infectologistas e outros especialistas que cuidam de pacientes imunodeprimidos ou pacientes que serão submetidos a imunodepressão sobre a investigação e indicação do tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Data da última alteração: quarta, 04 de novembro de 2020

Data de validade da versão: sexta, 04 de novembro de 2022

Autores e Afiliação:

Amaury Quaggio Neto: Residente de Infectologia, Divisão de Moléstias Infecciosas, Departamento de Clínica Médica, HCFMRP-USP

Fernanda Guioti Puga: Médica Assistente, Divisão de Moléstias Infecciosas, Departamento de Clínica Médica, HCFMRP-USP

Rivian C. L. Faiolla Mauriz: Médica Assistente, Divisão de Moléstias Infecciosas, Departamento de Clínica Médica, HCFMRP-USP

Valdes Roberto Bollela: Professor Associado, Divisão de Moléstias Infecciosas, Departamento de Clínica Médica, HCFMRP-USP

Definição / Quadro Clínico:

I. Aspectos gerais

A infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) acontece quando um indivíduo se infecta com o bacilo de Koch, mas não tem manifestação de doença ativa. Estima-se que um quarto da população mundial esteja infectada pelo *M. tuberculosis*, pessoas saudáveis que podem, ao longo da vida (vários anos), evoluir para um quadro de tuberculose (TB) ativa (5 a 10%) ou permanecerem apenas com a ILTB e não adoecerem (90%), a depender das condições de imunidade do indivíduo infectado.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), tratamento com medicamentos imunossupressores, idade menor do que dois anos ou maior que 60 anos, diabetes mellitus e desnutrição. Neste grupo de pessoas, o tratamento da ILTB com isoniazida reduz em 60 a 90% o risco de adoecimento e evolução para TB ativa. Estudos com outros fármacos mostram resultados semelhantes.

II. Definição de caso de ILTB

Para fins de vigilância epidemiológica, será considerado um caso de ILTB o indivíduo que tenha sido infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*, detectado por meio de um teste que usa derivado proteico purificado (PPD), também conhecido como prova tuberculínica (PT), ou um teste mais recente denominado Interferon-gamma Release Assay (IGRA), desde que seja DESCARTADA a presença de TB ativa após avaliação clínica, radiológica e microbiológica e/ou molecular quando indicada.

Diagnóstico:

III. Diagnóstico da ILTB

A confirmação da ILTB deve passar pela exclusão de doença ativa após avaliação clínica e

exame de imagem do tórax e outros exames complementares, a depender do caso, mais o PPD ou IGRA.

ILTB definição: a presença de um PPD reator (leitura maior ou igual a 5mm) ou IGRA positivo, na ausência de TB ativa.

1. PPD. A especificidade do PPD é alta (97%, isto é, 3% de resultados falso positivos), principalmente se a BCG for aplicada no primeiro ano de vida, como ocorre no calendário vacinal do Brasil. Reações falso-positivas (indivíduos com PPD positivo e sem ILTB) podem ocorrer em indivíduos infectados com outras micobactérias ou vacinados com BCG, principalmente se vacinados (ou revacinados) após o primeiro ano de vida, quando a BCG produz reações maiores e mais duradouras. Como a vacina BCG está restrita a crianças no primeiro ano de vida, dificilmente ela vai interferir no resultado do PPD em crianças mais velhas ou na vida adulta. A sensibilidade do PPD é de 77%, isto é, reações falso negativas (indivíduos com PPD negativo e com ILTB) podem ocorrer em até 23% nas seguintes situações:

- tuberculina mal conservada, leitor inexperiente, tuberculose grave ou disseminada, outras doenças infecciosas agudas virais, bacterianas ou fúngicas, imunodepressão avançada (aids, uso de corticosteroides, outros imunossupressores e quimioterápicos), vacinação com vírus vivos em período menor que 15 dias, neoplasias, especialmente as de cabeça e pescoço, doenças linfoproliferativas, desnutrição, diabetes mellitus, insuficiência renal, outras condições metabólicas, gravidez, crianças com menos de 3 meses de vida, idosos (mais de 65 anos), febre durante o período da realização do PPD e nas horas que a sucedem.

1.1 Indicação e uso do PPD:

- **IMPORTANTE:** O PPD não deve ser usado como teste para confirmar o diagnóstico de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar no adulto.

- PPD reator **NÃO CONFIRMA** tuberculose ativa

- PPD não reator **NÃO EXCLUI** tuberculose ativa

- O PPD deve ser indicado para:

- Identificar casos de ILTB em adultos e crianças

- Auxiliar no diagnóstico de TB ativa em crianças e na suspeita de TB

extrapulmonar/disseminada **APENAS** como informação complementar.

- **IMPORTANTE:**

CASO exista PPD DOCUMENTADO ≥ 5 mm previamente, **NÃO HÁ NECESSIDADE** de realizar novo PPD. A repetição do PPD em pessoas com exame prévio reator documentado não traz informação relevante adicional, já que um novo PPD apenas informaria sobre o contato prévio do indivíduo com o M. tuberculosis, algo que era sabido pelo resultado anterior de PPD reator.

2. IGRA. Este teste parte do pressuposto de que os linfócitos previamente sensibilizados com os antígenos do M. tuberculosis (na infecção pregressa) produzirão altos níveis de interferon-gama quando entrarem em contato novamente com estes antígenos que estão em tubos do teste IGRA onde coletaremos o sangue do paciente (ANDERSEN et al., 2000; BROCK et al., 2001). Este teste ainda não está incorporado ao SUS e também não está disponível neste serviço.

Indicações do IGRA (semelhantes ao PPD):

- Identificar casos de ILTB em adultos e crianças

- Auxiliar no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- Positivo - ILTB presente

- Negativo - ILTB ausente
- Indeterminado - repetir o teste.

IV. Populações com indicação de investigação de ILTB

Nem todas as pessoas têm indicação de serem submetidas a um PPD ou IGRA, deste modo existem grupos prioritários em que devemos indicar e realizar o teste, pelo maior risco de terem sido infectados e/ou pelo maior risco de evoluírem para doença no caso de já terem sido infectados previamente (PPD reator):

- Contactantes domiciliares:
 - Contatos (nos últimos 2 anos) adultos e crianças de TB pulmonar e laríngea
- HIV aids
 - Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV) com Linfócitos-T CD4+ ≥ 350 cel/mm³
- Uso de terapia imunossupressora:
 - Pessoas em uso de inibidores de TNF alfa (imunidade celular):
 - Os inibidores de TNF-alfa disponíveis para o uso no Brasil são: Ertanercept, Infliximab, Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Golimumabe
 - Uso de corticosteroides (equivalente a > 15mg/dia de prednisona por mais de um mês)
 - Pré-transplante que necessitará de terapia imunossupressora na sequencia
 - Alteração Raio X de tórax
 - Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequelas de TB
 - Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax
 - Doença pulmonar prévia
 - Silicose
 - Exposição ocupacional:
 - Profissionais de saúde
 - Pessoas que vivem ou trabalham no sistema prisional
 - Trabalham ou vivem em instituições de longa permanência
 - Comorbidades:
 - Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
 - Neoplasias em terapia imunossupressora
 - Insuficiência renal em diálise
 - Diabetes mellitus
 - Baixo peso (< 85% do peso ideal)
 - Tabagistas (≥ 1 maço por dia)

QUADRO 1 - Síntese das populações com indicação de investigação de ILTB (vide tabela 1).

NOTA para Complexo HCFMRP-USP:

Caso o paciente use outras drogas antirreumáticas modificadoras de doença (DMARDs) que não são citadas no Manual MS, como metotrexate, cloroquina, dentre outras, o mesmo deve ser encaminhado para avaliação com infectologista, especialmente caso exista perspectiva real e de curto ou médio prazo para uso de algum inibidor de TNF alfa, corticoide > 15mg por dia, por mais de um mês, ou outras drogas com clara ação imunossupressora da imunidade celular.

Exames Complementares:

- PPD
- Radiografia de tórax
- Exames bioquímicos (TGO, TGP)

Tratamento:

V. Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil (vide fluxo resumido - Fluxograma 1)

1. O que levar em conta para decidir sobre tratamento da ILTB?

- A probabilidade de ocorrer a ILTB
 - EXPOSIÇÃO (i.e. contatos domiciliares, profissionais de saúde) a pessoas com TB bacilífera
 - Achado no raio X com sequela de TB ou nódulo calcificado
- Resultado do PPD
 - PPD Reator ≥ 5 mm
- Idade
 - Maior risco em CRIANÇAS MENORES de 5 anos
- Risco de adoecimento
 - CONDIÇÕES ASSOCIADAS E PREDISPONETES que aumentam risco da ILTB evoluir para TB ativa

2. Indicações do tratamento da ILTB

Existem três cenários possíveis (sem PPD, PPD > 5 mm e PPD > 10 mm - Figura 1) que devem ser considerados e analisados para indicar o tratamento da ILTB:

Figura 1. Cenários a serem levados em conta para decidir sobre tratamento da ILTB (vide figura 1)

Existem situações em que a indicação do tratamento da ILTB independe do resultado do PPD ou IGRA, por exemplo: pessoa vivendo com HIV/aids que seja contato domiciliar de alguém com TB bacilífera; Em alguns casos o valor do PPD vai indicar o tratamento ou não (pontos de corte de 5mm ou 10mm). Finalmente, em pessoas previamente hígdas, que não sejam contatos domiciliares de TB bacilífera e que não tenham qualquer comorbidade, o tratamento da ILTB não será indicado, independentemente do valor do PPD, que não deve a rigor ser indicado.

CENARIO 1. Indicação de tratamento da ILTB mesmo sem PPD ou IGRA disponível

Recém-nascido saudável:

- Coabitante de pessoas com TB confirmada (BAAR e/ou TRM)

Pessoas vivendo com HIV aids (PVHA)

- Contatos domiciliares de TB pulmonar confirmada (BAAR e/ou TRM)
- $CD4+ \leq 350 \#1$ cel/mm³
- Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB e sem tratamento anterior para TB ou ILTB
- Registro de PPD ≥ 5 mm ou IGRA + PRÉVIO (sem exame atual) e que não fez tratamento da ILTB previamente

QUADRO 2 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Sem PPD e sem IGRA realizados) - vide Tabela 2

#1 No HCFMRP-USP temos iniciado tratamento com TARV de primeira linha e após aumento da contagem de linfócitos TCD4 realizamos PPD e se ≥ 5 mm indicamos tratamento da LTB - vide cenário 2

CENARIO 2. Indicação de Tratamento da ILTB se ≥ 5 mm ou IGRA positivo

Adultos ou crianças (< 10 anos) imunocompetentes

- Contactantes domiciliares de TB confirmada (BAAR e/ou TRM) independentemente da BCG prévia nas crianças

OBS: Crianças de até 5 anos idade devem ser priorizadas

Adulto imunocompetente:

- Com alterações radiológicas fibróticas compatíveis com sequela de TB que não tenha sido tratada

Pessoas com HIV +

- CD4+ > 350 cel/mm³

Em uso ou com indicação de imunossupressores:

- Inibidores de TNF-alfa: Ertanercept; Infliximab; Adalimumabe; Certolizumabe pegol;

Golimumabe

- Corticóide - 15mg prednisona/dia por um tempo superior a 1 mês
- Pré-transplante (rim, fígado, coração, pulmão, medula óssea, etc.) em terapia imunossupressora

QUADRO 3 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (PPD ≥ 5 mm ou IGRA positivo) - vide Tabela 3

CENARIO 3. Indicação de Tratamento da ILTB se PPD ≥ 10 mm ou IGRA positivo

Doença pulmonar prévia ou achado Raio X tórax

- Silicose
- Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia

Neoplasia diagnosticada

- Cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas

Outras neoplasias

- Que requerem terapia imunossupressora

Doenças crônicas

- Insuficiência renal em diálise
- Diabetes mellitus
- Indivíduos de baixo peso (<85% do peso ideal)

Tabagistas - > de 1 maço/dia

QUADRO 4 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (PPD ≥ 10 mm ou IGRA positivo) - vide Tabela 4

CENARIOS ALTERNATIVOS 2\$: Conversão do PPD (2º PPD 10mm maior que o 1º) tratar:

- Contatos de pessoas com TB confirmada por laboratório (BAAR, TRM)
- Profissionais de saúde
- Trabalhadores de instituições de longa permanência

QUADRO 5 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (Conversão - 2º PT com incremento de 10mm em relação a 1º PT) - vide Tabela 5

2\$ Talvez esta situação valha também para pacientes com regimes de imunossupressão importante (inibidor de TNF-alfa, por exemplo) que tenham comprovado contato com TB bacilífera.

VI. Tratamento da Infecção Latente

Regimes terapêuticos

1. Isoniazida (H) 5 a 10mg/kg/dia (dose máx. 300 mg/dia) por 06 meses.

Recomenda-se a utilização de 180 doses (esquema preferencial HCFMRP-USP), que poderão ser tomadas de seis a nove meses, ou 270 doses, que poderão ser tomadas de nove a doze meses.

2. Rifampicina (R) 10mg/kg/dia (dose máx. 600 mg/dia) por 04 meses.

Nesse esquema terapêutico, recomenda-se a utilização de 120 doses, que poderão ser tomadas de quatro a seis meses.

O esquema com RIFAMPICINA é preferível para os seguintes pacientes:

- Pessoas com idade > 50 anos
- Hepatopatas
- Com intolerância à isoniazida
- Crianças menores de 10 anos.

A Rifampicina é contraindicada em indivíduos portadores do HIV em uso de inibidores de protease. Quando usar rifampicina e dolutegravir, deve-se dobrar a dose do dolutegravir.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

1. GESTANTES - Recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto. Em gestantes com infecção pelo HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação. Utilizar o mesmo algoritmo de diagnóstico, incluindo as indicações para a realização da radiografia de tórax.

2. Candidatos a transplante de órgãos sólidos:

a. Candidatos a transplante renal, pulmão, coração, etc., exceto transplante hepático:

Recomenda-se a investigação e realização do tratamento da ILTB ANTES do transplante.

b. Candidatos a transplante hepático: os pacientes com doença hepática terminal constituem um desafio, pois apresentam um alto risco de descompensação após início do tratamento da ILTB. Eles também apresentam risco maior de desenvolver TB disseminada após o transplante, provavelmente secundária aos medicamentos imunossupressores necessários para evitar a rejeição do enxerto. Estudos demonstram que esses pacientes podem ser tratados para ILTB com segurança antes do transplante desde que monitorado rigorosamente. No entanto, não há consenso sobre este tema. Deste modo recomendamos a investigação da ILTB ANTES do transplante hepático e a realização do tratamento da ILTB APÓS o transplante.

3. Contatos de TB com resistência (multidrogarresistente - MDR ou resistência extensiva - XDR) - Recomenda-se a avaliação de contatos de TBMDR e TBXDR para a identificação de possíveis casos de TB ativa ou ILTB. Quando a ILTB for identificada, recomenda-se o acompanhamento periódico por pelo menos 2 anos, a fim de se identificar precocemente sinais de TB ativa. O contato de casos com outras resistências, deverão ser avaliados individualmente pela equipe da MI.

VII. Seguimento do tratamento da infecção latente pelo M. tuberculosis

- Todos os medicamentos deverão ser administrados uma vez ao dia, em jejum (uma hora antes ou duas horas depois do café da manhã).
- Evitar o uso de inibidor de bomba de prótons.
- Se intolerância gástrica, administrar os medicamentos da ILTB o café da manhã. Se for necessário, utilizar ranitidina longe do horário da administração dos tuberculostáticos.
- Orientar que se paciente começar a apresentar perda do apetite, náuseas, vômitos, ele deve suspender o medicamento da ILTB e procurar atendimento médico no local onde faz

o seguimento. Estes sintomas indicam a possibilidade de hepatite medicamentosa e requerem uma avaliação do paciente.

O paciente deverá passar por consulta médica em intervalos regulares de 30 dias, ou 60 dias para os pacientes com boa adesão e baixo risco de hepatotoxicidade.

A monitorização do perfil hepático deverá ser realizada nos primeiros 15 dias de tratamento e depois, a cada 60 dias.

Nos casos de identificação de abandono do tratamento: Isoniazida - por três meses sem a medicação (consecutivos ou não); Rifampicina - por dois meses sem a medicação ou mais (consecutivos ou não), proceder com a avaliação clínica e, afastada a possibilidade de TB ativa, avaliar o risco-benefício do reinício do tratamento.

Para efeito de retomada do tratamento, considerar doses/tempo efetuada se não caracterizar abandono. Se for caracterizado o abandono o tratamento deve ser reiniciado. No HCFMRP-USP, o paciente deverá realizar a primeira consulta no Pronto atendimento de Moléstias Infecciosas (PA-MI) e após, realizar caso novo no ambulatório de moléstias Infecciosas (AMIN), de preferência, após 15 dias, com enzimas hepáticas. Após consulta no AMIN o paciente que residir em Ribeirão Preto deverá ser encaminhado para a rede pública, com guia de contra referência específica (ANEXO 1 - vide Figura 2). Se residir fora de Ribeirão Preto, deverá realizar o seguimento no AMIN. Em ambos os casos manterá seguimento na clínica de origem (imunologia, dermatologia, proctologia, etc.)

CONSIDERAÇÕES FINAIS – Pacientes do Complexo HCFMRP-USP

1. SEMPRE investigar e afastar TB ativa pulmonar e extrapulmonar antes de indicar tratamento de ILTB;

- Avaliação clínica + RX de tórax + PPD realizado e checado;

2. Sempre checar o PPD na aba vacinas antes de solicitar novo exame;

3. Nunca pedir novo PPD caso o paciente já tenha um resultado disponível no sistema ou documentado em outro serviço e se este for REATOR ≥ 5 mm;

4. Exceções para realizar novo PPD:

- HIV+ ou pessoas imunossuprimidas que já trataram ILTB e forem reexpostas a um caso de TB bacilífera confirmada laboratorialmente, podem, sob indicação médica ter indicação de retratamento da ILTB;

- Pacientes em uso de imunobiológico: No caso de PPD não reator prévio (menor que 5mm), repetir o PPD na troca do biológico ou se houver exposição a TB pulmonar/laríngea.

5. Não repetir o tratamento da ILTB em pessoas que:

- Já fizeram tratamento completo da ILTB

- Já fizeram tratamento de TB doença previamente;

6. Indivíduos imunocompetentes com PPD documentado e com resultado ≥ 5 mm não devem ser re-testados;

7. Todas as pessoas com a ILTB cujo tratamento for iniciado

- Devem ser notificadas por meio da Ficha de notificação das pessoas em tratamento da ILTB. A ficha de notificação deve ser encaminhada a vigilância epidemiológica do HCFMRP (ANEXO 2 - vide Figura 3).

8. Após quanto tempo é possível iniciar imunossupressão em pessoas que iniciaram tratamento de ILTB?

Idealmente, iniciar após o final do tratamento da ILTB. Se houver urgência para o início do tratamento da doença de base (imunossupressão), aguardar um mês do início do tratamento da ILTB para tratar a doença de base. Em situações diferentes destas, solicitamos que contatem a equipe da Divisão de Moléstias Infecciosas do HCFMRP-USP.

Referências Bibliográficas Externas:

1. Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo M. tuberculosis no Brasil, Ministério da Saúde, 2018.
2. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, Ministério da Saúde, 2018.
3. Pennington KM, et al. Management and diagnosis of tuberculosis in solid organ transplant candidates and recipients: Expert survey and updated review. J Clin Tuberc Other Mycobact Dis 11 (2018) 37-46.

CIDs:

R76.1-Reação anormal ao teste da tuberculina

Z20.1-Contato com e exposição à tuberculose

Anexos:

Tabela 1: Tabela 1: QUADRO 1 – Síntese das populações com indicação de investigação de ILTB

QUADRO 1 – Síntese das populações com indicação de investigação de ILTB:

QUADRO 1 – Síntese das populações com indicação de investigação de ILTB:

Contatos (nos últimos 2 anos) adultos e crianças de TB pulmonar e laringea
PVHIV com LT CD4+ \geq 350 cel/mm ³
Pessoas em uso de inibidores de TNF alfa ou corticosteroides (equivalente a > 15mg/dia de prednisona por mais de um mês)
Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequelas de TB
Pré-transplante que irão fazer terapia imunossupressora
Pessoas com silicose
Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
Neoplasias em terapias imunossupressora
Insuficiência renal em diálise
Diabetes mellitus
Baixo peso (< 85% do peso ideal)
Tabagistas (\geq 1 maço por dia)
Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax
Profissionais de saúde, pessoas que vivem ou trabalham no sistema prisional ou em instituições de longa permanência

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.

Tabela 2: Tabela 2: QUADRO 2 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (Sem PPD e sem IGRA realizados)

QUADRO 2 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (Sem PPD e sem IGRA realizados).

QUADRO 2 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Sem PPD e sem IGRA realizados).

Sem PPD e sem IGRA realizados
Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial
Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial
Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ \leq a 350 cel/mm ³ ou contagem de CD4 desconhecida
Pessoas vivendo com HIV com registro documentado de ter tido PPD \geq 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião
Pessoas vivendo com HIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.

Tabela 3: Tabela 3: QUADRO 3 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (PPD \geq 5mm ou IGRA positivo)
 QUADRO 3 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (PPD \geq 5mm ou IGRA positivo)

QUADRO 3 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (PPD \geq 5mm ou IGRA positivo)

PPD \geq 5mm ou IGRA positivo
Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG
Pessoas vivendo com HIV com CD4+ $>$ 350 cel/mm ³ ou não realizado
Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB
Indivíduos em uso de inibidores de TNF-alfa ou corticosteroides (mais que 15mg de prednisona por dia por mais de 01 mês)
Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.

Tabela 4: Tabela 4: QUADRO 4 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (PPD \geq 10 mm ou IGRA positivo)
 QUADRO 4 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (PPD \geq 10 mm ou IGRA positivo)

QUADRO 4 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (PPD ≥ 10 mm ou IGRA positivo)

PPD ≥ 10 mm ou IGRA positivo
Silicose
Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
Neoplasia em terapia imunossupressora
Insuficiência renal em diálise
Diabetes mellitus
Indivíduos de baixo peso (<85% do peso ideal)
Indivíduos tabagistas (> de 1 maço/dia)
Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.

Tabela 5: Tabela 5: QUADRO 5 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Conversão - 2º PPD com incremento de 10mm em rel QUADRO 5 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Conversão - 2º PPD com incremento de 10mm em relação

QUADRO 5 - Indicações de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Conversão - 2º PPD com incremento de 10mm em relação ao 1º PPD)

Conversão (2º PPD com incremento de 10mm em relação ao 1º PPD)
Indivíduos contato de TB confirmada por critério laboratorial
Profissionais de saúde
Trabalhadores de instituições de longa permanência

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.

Figura 1: Figura 1: Cenários a serem levados em conta para decidir sobre tratamento da ILTB

Cenários a serem levados em conta para decidir sobre tratamento da ILTB

Figura 1. Cenários a serem levados em conta para decidir sobre tratamento da ILTB

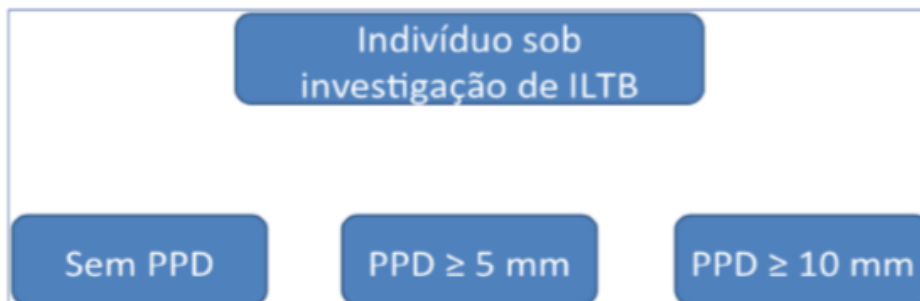


Figura 2: Figura 2: Anexo 1 - Ficha de encaminhamento
Anexo 1 - Ficha de encaminhamento

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Pacientes com infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB) –
 Quaggio Neto A; Faiolla R; Guioti Puga F; Bollela VR

IDENTIFICAÇÃO:

Nome do paciente:
 Registro HC: SINAN:
 Clínica origem:

SITUAÇÃO CLÍNICA:

Raio X de tórax:

data: Laudo:

Teste Tuberculínico:

Data: Resultado:

INDICAÇÃO DO TRATAMENTO DE ILTB

Inibidor TNF-alfa

Nome Med: _____

Corticoide > 15mg pred/dia ≥ 1 mês

Pré-transplante que requer terapia imunossupressora

Contactante domiciliar

Conversão tuberculínica

Diabetes mellitus

Silicose

IRC em hemodiálise

Observações: _____

Neoplasia em terapia imunossupressora

Neoplasia de cabeça e pescoço, linfoma e outras neoplasias hematológicas

Pessoas vivendo com HIV/aids

Baixo peso (< 85% peso ideal)

Tabagistas (≥ 1 maço/dia)

Alterações fibróticas sugestivas de seqüela de TB

Nódulo calcificado residual

Profissionais de saúde ou de instituições de longa permanência

TRATAMENTO:

Isoniazida 10mg/Kg (máx 300mg/dia) 6 meses - 180 doses

Isoniazida 10mg/Kg (máx 300mg/dia) 9 meses – 270 doses

Rifampicina 600mg/dia 4 meses – 120 doses

Data de início (___/___/___)

EXAMES

EXAMES	Data	Data	Data
	___/___/___	___/___/___	___/___/___
TGO			
TGP			
Bilirrubinas			

EVENTOS ADVERSOS – anote aqui: _____

Figura 3: Figura 3: Anexo 2 - Ficha de Notificação ILTB
 Anexo 2 - Ficha de Notificação ILTB

República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
 DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB



É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.		
DADOS DE NOTIFICAÇÃO		
1) Tipo de entrada*: () Caso novo () Reentrada após mudança de esquema () Reingresso após abandono () Reexposição		2) Data da notificação*: ____/____/____
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		
3) Nome de registro*:		4) Nome social:
5) Data de nascimento*:	6) Sexo*: () Masculino () Feminino	7) Gestante***: () Sim () Não sabe () Não () Ignorado
8) Raça/cor*: () Branca () Amarela () Indígena () Preta () Parda () Ignorado		
9) Cartão Nacional de Saúde:		10) Nacionalidade: () Brasileira () Outra. País: _____
11) Nome da mãe*:		
DADOS DE RESIDÊNCIA		
12) UF*:	13) Município de residência*:	14) Regional de Saúde:
15) Logradouro*:		16) Nº*:
17) Bairro*:		
18) Complemento (apto., casa,...):		19) CEP: _____
20) (DDD) Telefone: _____		
INVESTIGAÇÃO		
21) Descartado TB ativa*: () Sim () Não		22) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:
23) BCG*: () Sim () Não () Ignorado	24) Radiografia do Tórax*: () Normal () Alteração sugestiva de TB ativa () Alteração não sugestiva de TB ativa () Não realizada	
25) HIV*: () Positivo () Em andamento () Negativo () Não realizado	26) IGRA*: () Positivo () Indeterminado () Negativo () Não realizado	27) Data da coleta do IGRA: ____/____/____
28) Prova Tuberculínica (PT)*: () Sim () Não	29) Data da aplicação da última PT: ____/____/____	30) Resultado da última PT***: ____ mm
31) Contato de TB*: () Sim () Não () Não sabe () Ignorado	32) Nome do caso fonte:	33) Número do Sinan: _____
TRATAMENTO		
34) UF*:	35) Município de tratamento*:	36) Regional de Saúde:
37) Unidade de saúde de tratamento*:		38) Código CNES: _____
<p>39) Principal indicação para tratamento da ILTB*:</p> <p>Sem PT e sem IGRA realizados</p> <p>(1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial</p> <p>(2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial</p> <p>(3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/µl</p> <p>(4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião</p> <p>(5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.</p> <p>PT ≥ 5mm ou IGRA positivo</p> <p>(6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG</p> <p>(7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/µl</p> <p>(8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB</p> <p>(9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês)</p> <p>(10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora</p> <p>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</p> <p>(11) Silicose</p> <p>(12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas</p> <p>(13) Neoplasias em terapia imunossupressora</p> <p>(14) Insuficiência renal em diálise</p> <p>(15) Diabetes mellitus</p> <p>(16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal)</p> <p>(17) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia)</p> <p>(18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia</p> <p>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</p> <p>(19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial</p> <p>(20) Profissionais de saúde</p> <p>(21) Trabalhadores de instituições de longa permanência</p> <p>(22) Outra: _____</p>		
40) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____		41) Medicamento*: () Isoniazida () Rifampicina
		42) Data de início do tratamento*: ____/____/____

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

Continua

República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
 DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB



ENCERRAMENTO		
43) Nº de doses tomadas: _____		44) Data do término do tratamento*: ____/____/____
45) Situação de encerramento*:		
() Tratamento completo () Suspenso por reação adversa () Transferido para outro país () Óbito () Abandono () Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária () Tuberculose ativa		
Observações:		
Nome do investigador*:	Função do Investigador:	Assinatura do Investigador:

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

Fluxograma 1: Fluxograma 1: Fluxo resumido - Indicações do tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB)
 Fluxo resumido - Indicações do tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB)

