

Tuberculose pulmonar na Sala de Urgência

Autores e Afiliação:

Paulo Cesar Dalto Filho. Ex- Médico residente de Clínica Médica do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP; José Maurício Segundo Correia Mota. Ex- Médico Assistente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica do HC-FMRP-USP; Valdes Roberto Bollela. Docente da Divisão de Doenças Infecciosas e Tropicais do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

- 1 - Identificação precoce de pacientes com tuberculose pulmonar.
- 2 - Implantação de medidas de proteção para risco nosocomial e ocupacional.

Data da última alteração: Segunda-feira, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: Domingo, 27 de janeiro de 2019

Definição / Quadro Clínico:

Agente etiológico: *Mycobacterium tuberculosis*.

Sintomas clássicos: tosse persistente (≥ 3 semanas), produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. Antecedentes de contato com pacientes com TB, confinados, TB prévia e imunossupressão.

É frequente o paciente já ter sido atendido e ter tratado “pneumonia” previamente, às vezes mais de uma vez no período de 1 a 2 meses. A TB é um importante diagnóstico diferencial em quadros de febre persistente, de etiologia não identificada. Em ocasiões é este paciente que descompensa e é encaminhado a um serviço de urgência para avaliação.

Exames Complementares:

- Clínica e epidemiologia;
- Radiografia de tórax (exame inicial);

- Baciloscopia direta no escarro: para sintomáticos respiratórios (tosse \geq 3 semanas) ou na suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse.
- No mínimo 2 amostras (1ª na consulta e na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar).
- Amostras adicionais no caso de indícios clínicos e radiológicos de TB até confirmação do quadro.
- Pacientes com tosse seca e forte suspeita de TB.
 - Indução do escarro usando aerossol com salina hipertônica (NaCl 3%). 3 amostras de escarro induzido tem a mesma sensibilidade que um lavado bronco-alveolar.
- Pacientes que não escarram (crianças, idosos, sequelas neurológicas).
 - Realizar o lavado gástrico para coleta de material para baciloscopia;
 - Cultura para micobactérias. Na Unidade de Emergência e no HCRP, sempre que pedirmos baciloscopia, será realizada também a cultura do escarro.
- Fora do HCRP/UE: a cultura deve ser indicada na:
 - Suspeita clínica/radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa;
 - Suspeita de TB extrapulmonar, crianças, imunossuprimidos, HIV/AIDS;
 - Suspeita de infecções causadas por Micobactérias Não Tuberculosas (MNT);
 - Investigação de TB em profissional da saúde, TB prévia tratada, HIV e presidiários: nestes casos PEDIR cultura + teste de sensibilidade;
 - Gene Xpert®: teste molecular comercial para amostra de escarro (estará disponível em breve no estado de SP). Proposto para acelerar diagnóstico de casos novos;
 - Teste tuberculínico: pouca utilidade para investigação dos casos na urgência. Deverá ser solicitado após internação do paciente se diagnóstico permanecer desconhecido.

Ao se suspeitar de TB, é fundamental:

- Notificar o caso e pesquisar contactantes (responsabilidade da Vigilância Epidemiológica);
- Oferecer sorologia para HIV e Isolamento Respiratório (responsabilidade da clínica atendente).

Tratamento:

No pronto-atendimento (PA), é fundamental conhecer sobre o tratamento inicial da TB, e as principais complicações/efeitos colaterais de um tratamento instituído, já que estas são as duas situações que mais demandarão o médico que atende neste tipo de serviço.

O tratamento deverá ser instituído sempre que houver confirmação do caso de TB, ou em situações extremas (gravidade do caso), decidir-se pela “prova terapêutica”.

Isolamento respiratório: Quarto: privativo. Manter portas fechadas. Higiene das mãos: antes de entrar e logo ao sair do quarto. Usar máscara N95. Colocar e retirar na ante-sala.

Deambulação fora do quarto e transporte do paciente: Se necessário com máscara cirúrgica no paciente. Acompanhantes e visitas: somente com o uso de máscara N95.

TRATAMENTO DA TB PULMONAR: Esquema básico para adultos e adolescentes (2 RHZE/4 RH) ou (2RIPE/4RI). (Vide Tabela 1)

Indicação do esquema básico:

- Casos novos adultos e adolescentes (> 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), com ou sem o HIV;
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio);
- Retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (> 10 anos) - (exceto a forma meningoencefálica).

Reações Adversas

Os efeitos adversos mais comuns ao tratamento da TB são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%), dores articulares.

Os efeitos colaterais são divididos em menores (que é possível manejar sem suspender a medicação) e maiores, que requer suspensão da medicação, pois há risco para o paciente. (Vide Tabela 2 e Tabela 3).

Referências Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2011. Acesso em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf.
2. Silva DR, Gazzana MB, Dalcin PTR. Tuberculose grave com necessidade de internação em UTI. J Bras Pneumol. 2012;38(3):386-394.
3. Bhigjee AI; Padayachee R, Paruk H, Hallwirth-Pillay KD, et al. Diagnosis of tuberculous meningitis: clinical and laboratory parameters. International Journal of Infectious Diseases (2007) 11, 348—354.
4. Pazin-Filho, A., Soares, C. S., Ferrais, A. D. S. N., Oliveira e Castro, P. D. T., Bellissimo-Rodrigues, F., Nogueira, J. D. A., & Passos, A. D. C. (2008). Tuberculosis among health care workers in a Brazilian tertiary hospital emergency unit. The American Journal of Emergency Medicine, 26(7), 796–8. <http://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.10.022>.

5. Lobo, R. R., Borges, M. C., Neves, F. F., Vidal de Moura Negrini, B., Colleto, F. A., Romeo Boullosa, J. L., ... Pazin-Filho, A. (2011). Impact of implementing an exclusively dedicated respiratory isolation room in a Brazilian tertiary emergency department. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 28(9), 754–7. <http://doi.org/10.1136/emj.2009.082321>.

Considerações Administrativas:

1. Frente ao risco nosocomial e ocupacional, os casos suspeitos de tuberculose só devem ser aceitos se houver isolamento respiratório disponível na Sala de Urgência ou em algum lugar no hospital.
2. Todo o esforço deve ser feito para disponibilizar o isolamento respiratório frente à solicitação da Regulação Médica por falta de estrutura em outros estabelecimentos de saúde.
3. Na ausência de leitos de isolamento, deixar o paciente com máscara comum até que o isolamento seja providenciado.
4. Na ausência de isolamento disponível, o NIR deve ser comunicado e qualquer mudança de leitos requerida para que se disponibilize um isolamento deve ser empreendida.
5. A CCIH e a Vigilância Epidemiológica devem ser comunicadas do caso.

Anexos:

Tabela 1: Esquema terapêutico recomendado para adolescentes e adultos para o tratamento da tuberculose.

Fase	Tempo	Drogas	Peso	Dose
Fase intensiva (inicial)	2 meses	RHZE ou RIPE	20 a 35 Kg	2 cps
			36 a 50 Kg	3 cps
			> 50 Kg	4 cps
Comprimido com dose fixa e combinada - RHZE ou RIPE				
1 cp = R(150mg); H(75mg); Z(400mg); E (275mg)				
Fase	Tempo	Drogas	Peso	Dose
Fase de manutenção	4 meses	RH ou RI	20 a 35 Kg	2 cps
			36 a 50 Kg	3 cps
			> 50 Kg	4 cps
Comprimido com dose fixa e combinada - RH ou RI				
1 cp = R(150mg); H(75mg)				
Obs: Prescrever vitamina B6 (piridoxina) 40 mg por via oral para prevenir neuropatia periférica pela hidrazida (isoniazida).				

Tabela 2: Efeitos adversos menores das drogas utilizadas no tratamento da tuberculose.

Efeitos Adversos	Provável fármaco	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol	Alterar os horários da administração da medicação; considerar uso de sintomáticos; avaliar função hepática.
Suor/urina avermelhada	Rifampicina	Orientação
Cefaléia, euforia, ansiedade, insônia	Isoniazida	Orientação
Dor articular	Pirazinamida Isoniazida	Sintomáticos (analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais)
Prurido ou exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Sintomáticos (anti-histamínicos)
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum) Etambutol (incomum)	Vitamina B6 (piridoxina): 40 mg/dia
Hiperuricemia sem sintomas	Pirazinamida	Dieta hipopurínica
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida Etambutol	Dieta hipopurínica + alopurinol e colchicina se necessário

Tabela 3: Efeitos adversos maiores das drogas utilizadas no tratamento da tuberculose.

Efeito adverso	Provável Fármaco	Conduta*
Exantema ou hipersensibilidade moderada a grave	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol Estreptomicina	Suspender o tratamento e reintroduzir os medicamentos um a um após resolução do quadro. Substituir o esquema em caso recorrentes ou graves por outro sem a droga causadora do efeito.
Neurite óptica	Etambutol	Suspender o etambutol e reiniciar o esquema sem a medicação. Raramente há toxicidade nos 2 primeiros meses com a dose recomendada.
Hepatotoxicidade	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida	Suspender o tratamento. Aguardar melhora dos sintomas e redução das enzimas hepáticas. Reintroduzir um a um. Considerar substituição do medicamento.
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia ou coma	Isoniazida	Suspender Isoniazida e reiniciar esquema especial sem a medicação.
Hipoacusia, vertigem, nistagmo	Estreptomicina	Suspender Estreptomicina e reiniciar esquema especial sem a medicação.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Suspender Rifampicina e reiniciar esquema especial sem a medicação.
Rabdomiólise com mioglobulinúria e insuf. renal	Pirazinamida	Suspender Pirazinamida e reiniciar esquema especial sem a medicação.
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender Rifampicina e reiniciar esquema especial sem a medicação.

* Além de suspender a medicação, solicitar interconsulta da Infectologia