



Departamento de Clínica Médica
Divisão de Moléstias Infecciosas
FMRP-USP

Protocolos Assistenciais

Nome: Protocolo de Manejo da Tuberculose

Controle histórico

Elaborado	Verificado	Autorizado	Data liberação	Data revisão
1. Andréa Beltrami Doltrario 2. Ana Beatriz Falcão Cavalcante	1. Fernanda Guioti Puga	1. Valdes Roberto Bollela	09/04/19	09/04/19

I. Aspectos gerais

A tuberculose (TB) pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis* (espécie mais importante), *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*.

É transmitida por via aérea, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro. Indivíduos com baciloscopia positiva tem maior capacidade de transmissão, todavia, pessoas com cultura e/ou TB-TRM positivos também podem transmitir.

II. Diagnóstico

Sintomático respiratório: pessoa que apresenta tosse por mais de 3 semanas.

1. Diagnóstico clínico

Pode ter diferentes apresentações clínicas, relacionadas com os órgãos acometidos.

1.1. Tuberculose pulmonar (primária ou pós-primária)

1.2. Tuberculose extrapulmonar (pleural, empiema pleural tuberculoso, ganglionar periférica, meningoencefálica, pericárdica, óssea, renal, intestinal e cutânea).

2. Diagnóstico bacteriológico

2.1. Exame microscópico direto – baciloscopia direta

Deve ser realizada em duas amostras: uma por ocasião do primeiro contato com o indivíduo que tosse e outra, no dia seguinte ao despertar. Solicitar mais amostras a depender da suspeita clínica. Se o paciente apresentar dificuldade

para expectorar, deve-se realizar escarro induzido com salina hipertônica (misturar 5,6 ml de cloreto de sódio 20% com 19,4ml de água destilada, colocar no nebulizador 10 ml desta solução), se mesmo assim não for possível a coleta de escarro, realizar lavado gástrico.

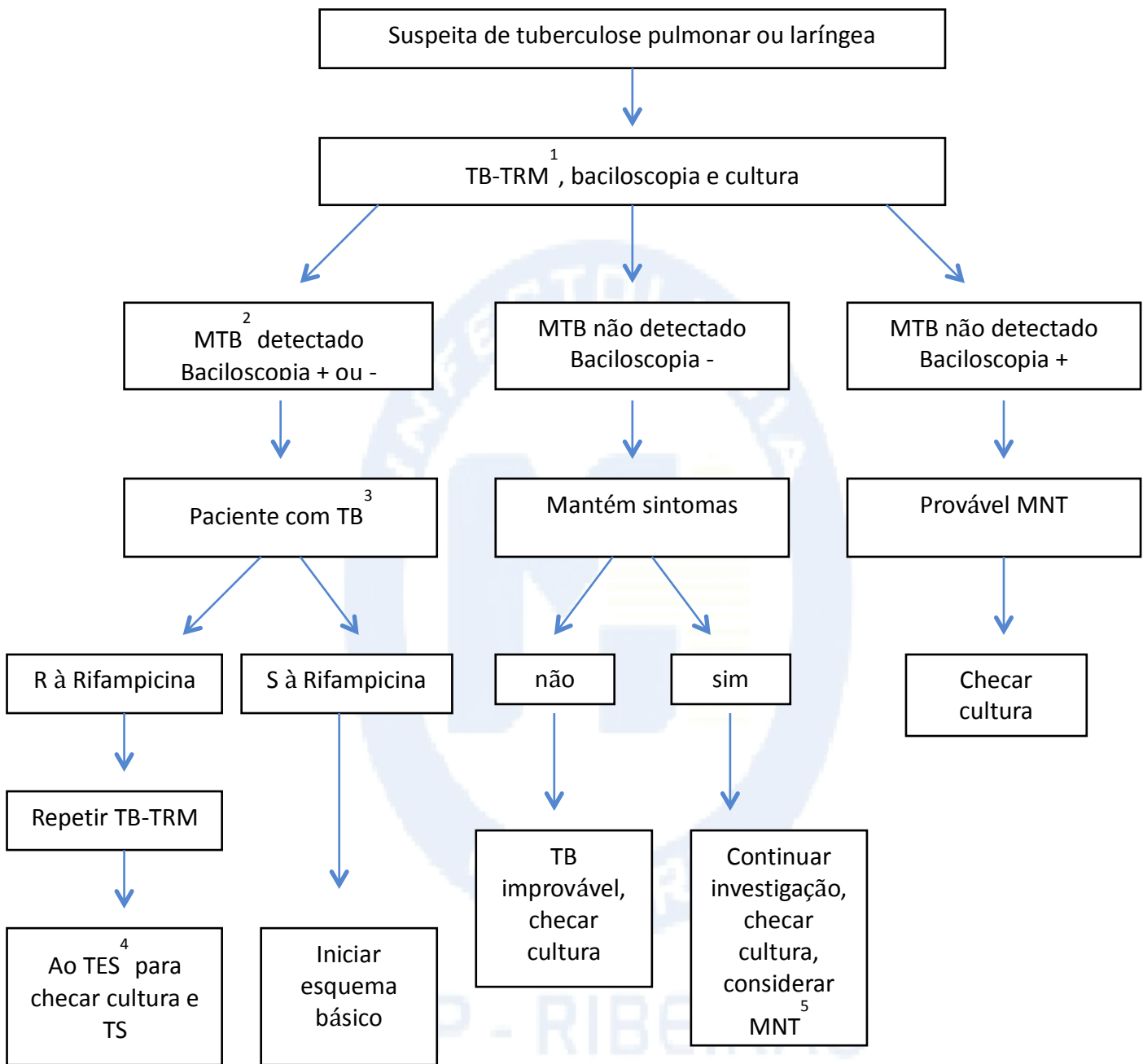
2.2. Teste rápido molecular para tuberculose (TB-TRM)

O TB-TRM está indicado nas seguintes situações:

- Diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes (Figura 1).
- Diagnóstico de TB extrapulmonar nos materiais biológicos já validados.
- Triagem de resistência a rifampicina nos casos de retratamento
- Triagem de resistência a rifampicina nos casos com suspeita de falência ao tratamento da TB.

No laboratório de micobactérias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) é realizado TB-TRM no escarro, escarro induzido, lavado gástrico, lavado broncoalveolar, líquido pleural, líquido ascítico, líquido pericárdico, líquido, materiais de biópsias, urina e fezes.

Figura 1 – Fluxograma para diagnóstico de tuberculose pulmonar e laríngea



1. TB-TRM: teste rápido molecular para tuberculose, 2. MTB: *Mycobacterium tuberculosis*, 3. TB: tuberculose, 4. TES: ambulatório de Tisiologia Especial, 5. MNT: *Mycobacterium não tuberculosis*

2.3. Cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade

A cultura de escarro (meios sólidos ou líquidos) pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico e confirma o diagnóstico de micobacteriose, sendo necessária a identificação da espécie para caracterizar se é um caso de tuberculose ou outra micobactéria. No laboratório de micobactérias do HCFMRP a cultura é realizada em meio líquido (MGIT), no qual o resultado varia de 5 a 12 dias, quando positivo, e 42 dias, quando negativo. O teste de sensibilidade é realizado através do *Genotype* MTB DR (fita HAIN) *plus* (teste para rifampicina e isoniazida) e SL (teste para drogas de segunda linha), e também encaminhado para o Instituto Adolfo Lutz para a realização do *Genotype* MTB DR (fita HAIN) *plus* e SL e teste de sensibilidade fenotípico.

3. Diagnóstico por imagem

A radiografia de tórax é o exame de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar

4. Diagnóstico histopatológico

Achado: granuloma com necrose caseosa e/ou visualização de bacilos.

***** Todo paciente com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para o HIV.**

III. Isolamento respiratório

O risco de transmissão da TB perdura enquanto o paciente eliminar bacilos no escarro. Com o início do tratamento, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias, ela encontra-se muito reduzida. A importância de realizar baciloscopia de escarro de controle (no 15º dia) reside não somente na confirmação da eficácia do esquema terapêutico, mas também na avaliação de risco para os contatos.

O paciente que está em investigação de tuberculose, em leito de isolamento respiratório, deve apresentar 1 TB-TRM e 2 baciloscopias negativas para ser retirado do isolamento respiratório (este critério está em processo de revisão e atualização).

USP - RIBEIRÃO

IV. Tratamento

1. Esquema básico

Quadro 1 - Esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes (acima de 10 anos de idade).

2 R H Z E / 4 R H

Esquema	Faixas de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275mg	20-35kg	2 comp	2 meses (fase intensiva)
	36-50kg	3 comp	
	51-70kg	4 comp	
	Acima de 70kg	5 comp	
RH 150/75mg	20-35kg	2 comp	4 meses (fase manutenção)
	36-50kg	3 comp	
	51-70kg	4 comp	
	Acima de 70kg	5 comp	

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

*Durante o uso de Isoniazida, prescrever: Vitamina B6 (piridoxina) 40mg/dia

Quadro 2 - Esquema básico para tratamento da TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes (acima de 10 anos de idade).

2 R H Z E / 10 R H

Esquema	Faixas de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275mg	20-35kg	2 comp	2 meses (fase intensiva)
	36-50kg	3 comp	
	51-70kg	4 comp	
	Acima de 70kg	5 comp	
RH 150/75mg	20-35kg	2 comp	10 meses (fase manutenção)
	36-50kg	3 comp	
	51-70kg	4 comp	
	Acima de 70kg	5 comp	

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

*Durante o uso de Isoniazida, prescrever: Vitamina B6 (piridoxina) 40mg/dia

*Associar corticosteroide: Prednisona, 1-2 mg/kg/dia, por 4 semanas ou Dexametasona injetável, 0,3-0,4mg/kg/dia, nos casos graves de tuberculose meningoencefálica, por 4-8 semanas, com redução gradual da dose nas 4 semanas subsequentes.

2. Hepatopatias

Quadro 3 - Esquema para tratamento de adultos com tuberculose em associação com hepatopatias.

Pacientes com doença hepática prévia	Sem Cirrose	TGO/TGP > 5 LSN	9 R E Lfx ou 5 Cm3 E Lfx/ 7 E Lfx
		TGO/TGP < 5 LSN	Esquema Básico
	Com Cirrose	5 Cm3 E Lfx/7 E Lfx	
Pacientes sem doença hepática prévia	TGO/TGP <ou = 5 LSN (sem sintomas)	Reintrodução na sequência: RE -- RE+ H -- REH + Z	Reintrodução do EB ou esquema especial
		Casos Graves de TB ou Hepatototoxicidade grave	5 Cm3 E Lfx/ 7 E Lfx
	TGO/TGP <ou = 3 LSN (com sintomas, e/ou icterícia)	Níveis de TGO/TGP acima do LSN após 4 semanas	5 Cm3 E Lfx/ 7 E Lfx

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

* Substituir a capreomicina por estreptomicina quando sensível no teste de sensibilidade e sem história de utilização prévia

3. Nefropatias

Esquema para tratamento de adultos com tuberculose em associação com nefropatia (clearance de creatinina menor que 30ml/min).

Em uso de Esquema básico: RHZE (2^a, 4^a e 6^a) e RH (3^a, 5^a, Sábado e Domingo) durante 2 meses da fase intensiva, seguidos de RH diariamente durante 4 meses da fase de manutenção. Considerar o peso para avaliar a quantidade de comprimidos.

Quadro 4 - Ajuste de dose por medicamento

Medicamentos	Ajuste em Insuficiência Renal (Clearance < 30ml/min)
Ácido Paraminossalissílico	4g/dose, duas vezes ao dia (dose máxima) - não utilizar formulação com sódio
Amicacina	12-15mg/kg/dose duas a três vezes por semana
Bedaquilina	Nenhum ajuste é necessário. Usar com cautela se comprometimento renal severo
Capreomicina	12-15mg/kg/dose duas a três vezes por semana
Claritromicina	500mg uma vez ao dia
Clofazimina	Nenhum ajuste é necessário
Estreptomocina	12-15mg/kg/dose duas a três vezes por semana
Etambutol	15-25 mg/kg/dose, três vezes por semana
Etionamida	Nenhum ajuste é necessário
Isoniazida	Nenhum ajuste é necessário
Levofloxacino	750-1000mg mg/dose, três vezes por semana
Linezolida	Nenhum ajuste é necessário
Moxifloxacino	Nenhum ajuste é necessário
Pirazinamida	25-35kgmg/kg/dose, três vezes por semana
Rifabutina	Nenhum ajuste é necessário. Avaliar toxicidade periodicamente
Rifampicina	Nenhum ajuste é necessário
Rifapentina	Nenhum ajuste é necessário
Terizidona	250mg/dose diariamente ou 500mg/dose três vezes por semana

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

* Toda medicação deverá ser feita preferencialmente após a diálise.

4. Gestação

O esquema básico pode ser utilizado nas doses habituais para gestantes e, dado o risco de toxicidade neurológica ao feto atribuído a isoniazida, se recomenda o uso de piridoxina 40mg/dia.

Não há contraindicações a amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável o uso de máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança, enquanto a baciloscopia do escarro se mantiver positiva.

5. Diabetes

Como a rifampicina é um potente indutor do complexo enzimático P450, pode acelerar o metabolismo dos hipoglicemiantes orais. Desta forma, deve-se atentar para o controle glicêmico, e caso este não seja atingido, considerar insulinoterapia. Havendo demora na negatificação da baciloscopia, pode-se prolongar o tratamento por mais 3 meses.

6. Esquemas especiais e para TB resistente

6.1. Alergia, intolerância ou toxicidade

Quadro 5 – Esquemas especiais para substituição dos medicamentos do esquema básico por intolerância, alergia ou toxicidade.

Medicamentos que devem ser substituídos	Esquemas Indicados
Rifampicina	2 H Z E Lfx/ 10 H E Lfx
Isoniazida	2 R Z E Lfx/ 4 R E Lfx
Pirazinamida	2 R H E/ 7 R H
Etambutol	2 R H Z/ 4 R H

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

- Quando a fluorquinolona não puder ser utilizada, o esquema deverá ser ajustado utilizando um medicamento injetável (aminoglicosídeo, estreptomicina ou amicacina ou polipeptídeo – capreomicina) na sua composição. Utilizar Estreptomicina em pessoas que nunca a utilizaram e que apresentem o Teste de Sensibilidade evidenciando Sensibilidade.

USP - RIBEIRÃO

6.2 Tratamento de adultos com tuberculose droga-resistente.

6.2.1. Monorresistência à isoniazida

Quadro 6 - Monorresistência à Isoniazida

No diagnóstico ou fase intensiva: 2 R Lfx Z E / 7 R Lfx E

Na fase de manutenção:

- TB-TRM sensível a rifampicina: 2 R Lfx Z E / 7 R Lfx E
- TB-TRM resistente a rifampicina: tratar como TB MDR

Momento do diagnóstico da resistência à H	Evolução	Conduta ou Esquema Recomendado	Observação
Antes do início do tratamento ou nos primeiros 30 dias	Não se aplica	2 R Lfx Z E / 7 R Lfx E ou	Esquema preferencial
		9 R H Z E Lfx (WHO 2018)	Quando há dificuldade de adesão
Fase Intensiva do Esquema Básico	Favorável	9 R H Z E	Se TB-TRM com resistência a R: tratar TB MDR
	Desfavorável	Se TB-TRM sensível a R: R H Z E por mais 1 mês e reavaliar Se TB-TRM com resistência a R: tratar TB MDR	Favorável: 9 R H Z E Desfavorável: tratar para TB MDR
Fase de Manutenção do Esquema Básico	Favorável	R H até completar 9 meses de tratamento	Se TB-TRM com resistência a R: tratar TB MDR. Reavaliar o esquema após resultado do teste de sensibilidade
	Desfavorável	Tratar para TB MDR	

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

6.2.2. Monorresistência à Rifampicina detectada por TB-TRM

Mais de 80% dos casos identificados com resistência à Rifampicina pelo TB – TRM apresentam também resistência à Isoniazida, por isso recomenda-se iniciar o esquema de tratamento para TB multidrogarresistente nessas situações.

8 Cm3 Lfx Trz E Z/ 10 Lfx Trz E

6.2.2.1. Monorresistência à Rifampicina detectada por Teste de Sensibilidade (TS), TB resistente a rifampicina (RR)

- Casos novos, sem história prévia de uso de rifampicina ou uso <30 dias:

2 Cm5 H Lfx E Z/ 10 H Lfx E Z

- Casos de retratamento:

TB MDR + H (dose padrão de H)

6.2.2.2. Polirresistências

Quadro 7. Esquemas de tratamento para polirresistência

Polirresistência	Esquema
H + S	Ver monorresistência à H
H + E (+/- S)	2 R Lfx Z Cm5/ 7 R Lfx
H+ E+ Z (+/- S)	2 R Lfx Cm5 Trz/10 R Lfx Trd
H + Z (+/- S)	2 R Lfx Cm5 E/ 7 R Lfx E
R + E e/ou Z (+/- S)	TB MDR + H

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

6.2.3. TB MDR

Resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida

- Resistência à Rifampicina e Isoniazida:

8 Cm3 Lfx Trz E Z/ 10 Lfx Trz E

- Resistência à Rifampicina + Isoniazida + Etambutol +/- Pirazinamida:

8 Cm3 Lfx Trz Et Z/ 10 Lfx Trz Et

6.2.4. TB XDR

Resistência à rifampicina e isoniazida, acrescida de resistência a fluorquinolonas (qualquer delas) e aos injetáveis de segunda linha

8 Am3 Mfx Lzd Cfz PAS H/ 10 Mfx Lzd Cfz PAS H

6.2.5. TB pré-XDR

Resistência à rifampicina e isoniazida, acrescida de resistência a fluorquinolonas (qualquer delas) **ou** aos injetáveis de segunda linha

Neste caso o esquema deverá ser individualizado

6.3. Recomendações para a elaboração dos esquemas terapêuticos

Quadro 8 - Classificação racional dos fármacos anti-TB

Grupo Fármacos de linha (orais)	1. 1ª	Essenciais Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida
		Acompanhante Etambutol
Grupo Fluorquinolonas	2.	Essenciais Levofloxacino e Moxifloxacino
Grupo Injetáveis	3.	Essenciais Estreptomicina, Canamicina, Amicacina e Capreomicina
Grupo Fármacos de linha menos eficazes	4.	Acompanhantes Etionamida/Protionamida, Cicloserina/Terizidona e PAS
Grupo Fármacos de linha com menor experiência clínica	5.	Essenciais Linezolida, Bedaquilina, Delamanid
		Acompanhantes Clofazimina, Carbapenêmico, Amoxicilina/clavulanato

Fonte: (CAMINERO et al., 2015)

6.3.1. Quanto ao número de medicamentos:

- Incluir 3 a 4 medicamentos efetivos, de acordo com os critérios abaixo:
 - Nunca ter sido usado anteriormente pelo paciente
 - Sensibilidade demonstrada pelo Teste de Sensibilidade
 - Pelo menos dois fármacos essenciais (bactericida e esterilizante)

Um ou dois fármacos acompanhantes para proteger os essenciais

6.3.2. Quanto à seleção de medicamentos:

- Utilizar sempre que possível, a Pirazinamida (capacidade esterilizante, ótima ação em meio ácido).
- Quatro fármacos nunca usados ou efetivos:
 - Um do grupo A
 - Um do grupo B
 - Dois do Grupo C
 - Considerar Etambutol (Grupo D1)

Considerar os fármacos dos Grupos D2 e D3 quanto não houver quatro fármacos novos na composição do esquema

Considerar também a isoniazida em altas doses H (15-20mg/kg/dia)

6.3.3. Quanto à duração do tratamento:

- Fase Intensiva 6-8 meses, com pelo menos duas culturas negativas.
- Considerar estender fase intensiva, se não houver três fármacos efetivos na fase de manutenção, ou quando houver resistência à fluorquinolona.
- Fase de Manutenção até completar 18-24 meses, com pelo menos três culturas negativas.

* Carbapenêmicos e ácido clavulânico sempre devem ser usados em conjunto.

7. Tratamento da TB em pessoas vivendo com HIV (PVHIV)

O tratamento da TB em PVHIV segue as mesmas recomendações para os não infectados.

A rifabutina está recomendada em substituição a rifampicina, quando for necessário associar ou manter o inibidor de protease (IP) ou dolutegravir no esquema antirretroviral.

Quadro 9 – Esquema com rifabutina para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes (acima de 10 anos).

Meses	Fármaco	Doses por faixa de peso		
		20-35kg	36-50kg	> 50kg
Fase Intensiva (2 meses)	Rifabutina 150mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Pirazinamida 500mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Etambutol 400mg*	1 a 2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
Fase Manutenção (4 meses)	Rifabutina 150mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

* Isoniazida: 10mg/kg/dia, dose 300mg/dia; pirazinamida: 35mg/kg/dia, dose máxima 1500mg/dia; etambutol: 25mg/kg/dia, dose máxima de 1200mg/dia.

7.1. Momento ideal para iniciar TARV em pacientes com TB

Quadro 10 – Recomendações sobre o momento de início da TARV após diagnóstico de tuberculose

Condição clínica e/ou laboratorial	Recomendações
Sinais de imunodeficiência avançada* ou LT-CD4+ < 50 céls/mm ³	Iniciar TARV em até 2 semanas após o início de tratamento de TB
Ausência de sinais de imunodeficiência ou LT-CD4+ ≥ 50 céls/mm ³	Iniciar TARV na 8 ^a semana após o início do tratamento de TB (final da fase intensiva e início da fase de manutenção)
* Perda Ponderal > 10% do peso habitual, candidíase, prurigo, diarreia crônica e contagem de linfócitos totais < 1000 ao hemograma	
Em pacientes com TB no sistema nervoso central (tuberculose meningoencefálica), o TARV deve ser iniciado dois meses após o início do tratamento da TB em decorrência do maior percentual de reações adversas e hipertensão intracraniana levando a maior mortalidade. Nesses casos a TARV precoce não apresenta benefício (TOROK et al., 2011)	
O início concomitante do tratamento da tuberculose e da infecção pelo HIV é contraindicado, uma vez que pode haver aumento do risco de intolerância e reações adversas, piorando a adesão (BRASIL, 2017; WHO, 2012).	

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

7.2. Escolha dos antirretrovirais em pacientes com tuberculose ativa

Recomenda-se a realização de genotipagem do HIV pré-tratamento nos pacientes com coinfeção TB-HIV virgens de tratamento com ARV.

Quadro 11 – Esquemas de TARV inicial preferencial para pacientes coinfectados TB-HIV

Situação	TARV	Dose diária	Observação
Coinfecção TB-HIV (A) sem gravidade	TDF (B) / 3TC / EFV (DFC)	(300mg/300mg/600mg) 1 vez ao dia	Concluído o tratamento de TB poderá ser feita a mudança de EFV para dolutegravir (DTG)
Coinfecção TB-HIV com um ou mais critérios de gravidade abaixo (A): - LT-CD4 +<100cél/mm3 - Presença de outra infecção oportunista - Necessidade de internação hospitalar/doença grave - Tuberculose disseminada	TDF (B) /3TC + RAL	(300mg/300mg) "2x1"1 vez ao dia+ 400mg 12/12h	Concluído o tratamento de TB deverá ser feita mudança de RAL para DTG em até 3 meses
(A) realizar genotipagem pré tratamento			
(B) TDF é contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente (TFGe < 60 mL/min ou insuficiência renal). Usar com preocupação em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, ajustar dose quando TFGe< 50mL/min.			

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

Quadro 12 - Opções de esquema de ARV para pacientes com TB – HIV em tratamento para TB

Situação	Recomendação
PVHIV com TB, virgem de tratamento para HIV	Iniciar tratamento para TB com RHZE e iniciar TARV em ordem de prioridade:
	TDF + 3TC + EFV (preferencial)
	TDF + 3TC + RAL (contra-indicação ao EFV ou critério de gravidade)
PVHIV com TB, sem TARV	Iniciar tratamento para TB com RHZE e, caso necessário adequar TARV individualizando a avaliação considerando-se ARV previamente usados e/ou genotipagem.
	Em caso de necessidade de uso de IP, avaliar manter IP/r na dose habitual e substituir a Rifampicina pela Rifabutina
Presença de reações adversas graves, falha ao tratamento da tuberculose ou tuberculose resistente	Encaminhar aos serviços de referência em tuberculose, para avaliação por especialista e uso de esquemas especiais

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

8. Seguimento do tratamento

Quadro 13 – Consultas clínicas e exames e seguimento durante o tratamento da TB

Procedimentos	1ºm	2ºm	3ºm	4ºm	5ºm	6ºm	Observações
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico
Avaliação da Adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de Controle	X	X	X	X	X	X	Para casos pulmonares
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente nos casos com baciloscopias negativas ou ausência de expectoração. Repetir a critério clínico
Função Hepática*, renal e glicemia	X						No início e repetir a critério clínico

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

*Repetir enzimas hepáticas no segundo, quarto e sexto mês de tratamento, principalmente nos pacientes com comorbidades.

Se a baciloscopia for positiva a partir do segundo mês de tratamento deve-se prolongar a fase intensiva por mais 30 dias e reavaliar. Solicitar teste de sensibilidade.

USP - RIBEIRÃO

Quadro 14. Consultas clínicas e exames de seguimento durante o tratamento da TBDR

Procedimentos	Frequência
Consultas	Mensal ou com maior frequência a critério clínico
Avaliação da Adesão	Mensal
Baciloscopia	Mensal
Cultura	Mensal até a conversão, depois, trimestral
Teste de Sensibilidade	Se baciloscopia e /ou cultura positivas no 6º mês de tratamento ou quando houver suspeita de falência
Radiografia de tórax	Quadrimestral ou com maior frequência a critério clínico

Fonte: Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2018

No ambulatório de Tisiologia Especial (TES) do HCFMRP, o seguimento da TBDR é realizado por 5 anos após o final do tratamento, com consultas a cada 4 meses nos primeiros 2 anos e após, consultas a cada 6 meses.

BIBLIOGRAFIA:

- 1. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2019, 2 edição.**

ANEXO:

Anexo 1 - Tabela Posológica dos medicamentos para adultos e adolescentes (> 10 anos idade)

Medicamentos	Faixas de Peso					
	Dose	30-35kg	36-45kg	46-55kg	56-70kg	> 70kg
		mg/d	mg/d	mg/d	mg/d	mg/d
Amoxicilina e Ácido Clavulânico	80mg/kg/dia dividido em 2 doses	2600	2600	2600	2600	2600
Clofazimina	100mg/dia	100	100	100	100	100
Etambutol	15-25mg/kg/dia	800	800	800-1200	1200	1200
Etionamida	15-20mg/kg/dia	500	500	750	750	1000
Imipenem/cilastatina	1000mg/1000mg 2 vezes ao dia					
Isoniazida (dose habitual)	4-6 mg/kg/dia	150	200	300	300	300
Isoniazida (altas doses)	15-20mg/kg/dia	300	400	400	600	600
Levofloxacino	10-15mg/kg/dia	750	750	1000	1000	1000
Linezolida	600mg/dia	600	600	600	600	600
Meropenem	1000 3x por dia ou 2000mg 2x ao dia					
Moxifloxacino	400mg/dia	400	400	400	400	400
PAS (Ácido paraminossalisílico)	8g/dia	8g	8g	8g	8g	8g
Pirazinamida	20-30mg/kg/dia	1000	1000	1000-1500	1500	2000
Rifabutina (com inibidor de protease)	2,5-5mg/kg	150	150	150	150	150
Rifabutina (sem inibidor de protease)	5-10mg/kg/dia	300	300	300	300	300
Rifampicina	8-12kg/mg/dia	300	300-600	600	600	600
Terizidona	10-15mg/kg/dia	500	500	500	750	750

Anexo 2 - Tabela Posológica dos medicamentos injetáveis para adultos e adolescentes (> 10 anos idade)

Medicamentos	Faixas de Peso						
	Dose	30-33kg	34-40kg	41-45kg	46-50kg	51-70kg	>70kg
		mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
Estreptomicina	12-18mg/kg/dia	500	500	500-750	750	750-1000	1000
Amicacina	15-20mg/kg/dia	500	500-750	750	750-1000	1000	1000
Capreomicina	15-20mg/kg/dia	500	500-750	750	750-1000	1000	1000

Pacientes acima de 59 anos – 10mg/kg/dia, máximo de 750mg-dia

Anexo 3 - Tabela de Siglas

Siglas	
Esquema tratamento	Ex: 5 Cm3 E Lfx / 7 E Lfx - 1º número: duração em meses do tratamento; 2º número: quantas vezes por semana. Letras: representam os medicamentos
R	Rifampicina
H	Isoniazida
Z	Pirazinamida
E	Etambutol
S	Estreptomicina
Am	Amicacina
Cm	Capreomicina
Lfx	Lefloxacino
Mfx	Moxifloxacino
Trz	Terizidona
Lzd	Linezolida
Cfz	Clofazimina
PAS	Ácido Paraminossalissílico
LSN	Limite Superior da Normalidade