

Reunião

“Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose Latente no infetado por VIH”

Relatório

Lisboa, 26 de Setembro 2018

Local: Hotel Tryp Oriente, Lisboa

Organização da Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica

*Preparado para a Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas
e Microbiologia Clínica, por Liliana Teles & Paula Pinto,
PMA – Pharmaceutical Medicine Academy*

PARTICIPANTES

Consultores	Instituição
Ana Catarina Guerra	Hospital Garcia de Orta
André Santos Silva	Centro Hospitalar Universitário de S. João
António Ferreira	ULS Alto Minho
Bárbara Flor de Lima	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Cândida Abreu	Centro Hospitalar Universitário de S. João
Carlos Carvalho	?????
Cátia Barreiros	ULS Alto Minho
Correia de Abreu	ULS Matosinhos
Cristina Teotónio	Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
Cristina Valente	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Fausto Roxo	Hospital de Santarém
Frederico Duarte	ULS Matosinhos
Isabel Louro	ARSLVT
João Alves	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
José Poças	Hospital de Setúbal
Kamal Mansinho	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Luís Caldeira	Centro Hospitalar de Lisboa Norte
Luís Tavares	Hospital Nossa Sra.do Rosário - Barreiro
Margarida Mota	Centro Hospitalar de V.N. Gaia/Espinho
Margarida Prata	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Maria Helena Sarmento	Hospital Nossa Sra. Oliveira – Guimarães
Maria José Manata	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central
Nadine Gonçalves	ARSLVT
Patrícia Pacheco	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Paula Proença	Centro Hospitalar do Algarve
Paulo Rodrigues	Hospital Beatriz Ângelo

Moderadores	Instituição
Conceição Gomes	Coordenadora do Centro Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches
Fernando Maltez	Presidente da Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica
Raquel Duarte	Coordenadora do Centro de Referência Nacional para a Tuberculose Multirresistente

Representantes Doentes	
Ana Montroud	Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT)
Luís Mendão	Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT)

Apoio	Instituição
Liliana Teles	PMA, Associate Medical Writer
Paula Pinto	PMA, Associate Medical Writer

ORDEM DE TRABALHOS

Hora	Sessão	Intervenientes
10:30 – 10:45	Boas vindas e objetivos	Fernando Maltez
10:45 – 11:45	Diagnóstico da tuberculose latente <ul style="list-style-type: none">Exposição e Discussão	Raquel Duarte Todos os participantes
11:45 – 12:00	<i>Coffee-Break</i>	
12:00 – 13:00	Tratamento da tuberculose latente <ul style="list-style-type: none">Exposição e Discussão	Maria Conceição Gomes Carlos Carvalho Todos os participantes
13:00 – 13:30	Discussão dos consensos Encerramento	Fernando Maltez Todos os Participantes

OBJETIVO

Elaboração de documento de consenso sobre diagnóstico e tratamento da tuberculose latente em doentes infetados por VIH, para implementação na prática clínica diária, de todos os Serviços hospitalares.

DETALHES DA REUNIÃO

Fernando Maltez deu as boas vindas aos participantes e expôs os objetivos da reunião. Os participantes foram divididos por dois grupos de trabalho, que discutiram, individualmente, cada um dos tópicos, juntando-se no fim, para criar documento de consenso, que permita atuação e procedimentos homogéneos entre todos os profissionais de saúde e Serviços hospitalares dedicados a estes doentes. O documento será, posteriormente, divulgado aos sócios da SPDIMC e a todos os Diretores de Serviço intervenientes nesta área.

Diagnóstico da tuberculose latente em doentes infetados por VIH

Raquel Duarte salientou a importância da prevenção e do rastreio precoce da tuberculose latente, em doentes infetados por VIH, já que esta infeção é o maior fator de risco conhecido de progressão para doença ativa. A nível nacional, menos de 25% da população de doentes infetados por VIH recebe tratamento para a tuberculose latente. Isto pode ser explicado pelo excesso de confiança dos profissionais de saúde, na diminuição do risco associado à terapêutica antirretrovírica ou, por falta de eficácia dos meios de diagnóstico. De seguida, discutiu as características dos métodos disponíveis para efetuar o rastreio – prova tuberculínica (teste de Mantoux) e teste IGRA (interferon gamma release assay) – realçando, que nenhum dos testes é inequívoco na identificação dos doentes que desenvolverão tuberculose ativa e que resultados negativos em ambos os testes não excluem, completamente, essa possibilidade. Estas limitações condicionam, grandemente, a definição da estratégia a adoptar.

Foram formuladas as seguintes questões aos Consultores:

1. Qual o momento ideal para fazer o diagnóstico?
2. Que estratégias adoptar no diagnóstico?
3. Em caso de resultado negativo, quando, ou em que situações, se deve repetir o diagnóstico?

Um consultor mencionou a existência de estudos com resultados díspares, relativamente, às estratégias de diagnóstico e questionou a norma vigente em Portugal, apontando-a como complexa, comparativamente, a esquemas adotados noutros países europeus. Raquel Duarte clarificou que existe pouca evidência científica sobre a identificação dos doentes que terão efetiva necessidade de ser rastreados. Por isso, recomendou a consulta de revisões que envolvam metanálise de vários estudos, de forma a obter uma perspectiva mais global de toda a informação existente.

Na generalidade, os consultores alertaram para o facto de, no momento, a prova tuberculínica não estar disponível em Portugal e lançaram a discussão para definir normas de atuação alternativas.

Tratamento da tuberculose latente em doentes infetados por VIH

Maria da Conceição Gomes contextualizou a temática do tratamento da tuberculose latente em doentes infetados por VIH, salientando as dificuldades e riscos do sistema atualmente em vigor em Portugal. Carlos Carvalho fez uma pequena apresentação das normas nacionais e internacionais existentes.

Foram formuladas as seguintes questões aos Consultores:

1. Qual o esquema de tratamento preferencial?
2. Qual o modelo ideal de acompanhamento do doente?
3. Como e por quem deve ser disponibilizado o tratamento?

De uma forma geral, houve consenso entre os Consultores, ao considerarem a isoniazida como o fármaco preferencial para o tratamento. Ainda, realçaram que os sistemas de informação disponíveis, atualmente, não são eficientes e, salientaram a evidente falha na comunicação entre os diferentes intervenientes, que culmina em prejuízo para os doentes e em gastos excessivos. Por fim, foi questionada a estratégia dos Centros de Diagnóstico Pneumológico, relativamente, à disponibilização dos medicamentos e os benefícios/desvantagens da mesma.

DOCUMENTO DE CONSENSO

Diagnóstico e tratamento da tuberculose latente em doentes infetados por VIH

1. Qual o momento ideal para fazer o diagnóstico?

Consenso: O diagnóstico deve ser efetuado no primeiro contacto com o doente infetado por VIH (primeira consulta), bem como, em todos aqueles, que já tendo acompanhamento clínico, não o realizaram, previamente. Desta avaliação estão excluídos os doentes com história de tuberculose prévia e tratamento adequado.

2. Que estratégias adoptar no diagnóstico?

Consenso: O diagnóstico deve basear-se na realização e nos resultados conjuntos da prova tuberculínica e do teste IGRA. Na indisponibilidade de prova tuberculínica, deve considerar-se apenas o resultado do teste IGRA.

Nota 1: no caso do resultado do teste IGRA ser indeterminado, o mesmo deve ser considerado positivo.

Nota 2: a prova tuberculínica é considerada positiva se reação de induração for superior a 5 mm.

Nota 3: a positividade de qualquer das provas (tuberculina e IGRA) deve ser considerada como indicadora de TB latente.

3. Em caso de resultado negativo, quando, ou em que situações, se deve repetir o diagnóstico?

Consenso: O diagnóstico deve ser repetido, anualmente, até que:

- a) haja supressão virológica durante pelo menos dois anos (ARN VIH-1 < 50 cópias/mL) e,
- b) a contagem basal de linfócitos TCD4⁺ seja superior a 350 células/ μ L.

ou, sempre que haja contexto epidemiológico – contacto próximo com doentes com tuberculose, evidência de lesões radiológicas sugestivas de doença prévia sem história de tratamento adequado, contacto com grupos populacionais de risco, como utilizadores de drogas injetadas, indivíduos inseridos no sistema prisional, pessoas sem abrigo, imigrantes de zonas de alta prevalência.

4. Qual o esquema de tratamento preferencial?

Consenso: O tratamento do doente diagnosticado com tuberculose latente e infetado por VIH deve ser realizado, preferencialmente, com isoniazida, uma vez/dia, por um período de 9 meses.

Em alternativa, pode adotar-se um dos seguintes esquemas:

- a) Rifapentina + isoniazida - uma vez/semana, durante 3 meses (assim que a rifapentina esteja disponível no mercado português).
- b) Rifampicina + isoniazida - uma vez/dia, durante 3 meses (tendo em atenção a hipersensibilidade na primeira toma, níveis de toxicidade e interações medicamentosas associados ao uso de rifampicina).

Nota 1: os casos de tuberculose multirresistente devem ser avaliados caso a caso.

5. Qual o modelo ideal de acompanhamento do doente?

6. Como e por quem deve ser disponibilizado o tratamento?

Considerando as reestruturações que estão em curso e que têm em conta particularidades regionais (a divulgar a curto prazo), não foram definidas normas relativas ao acompanhamento do doente e à disponibilização do tratamento (Centro de diagnóstico Pneumológico ou farmácia hospitalar), pelo que cada Serviço deverá manter as estratégias

em vigor neste momento. Os consultores consideram como modelo preferencial, a disponibilização do tratamento nas farmácias das respectivas Instituições.