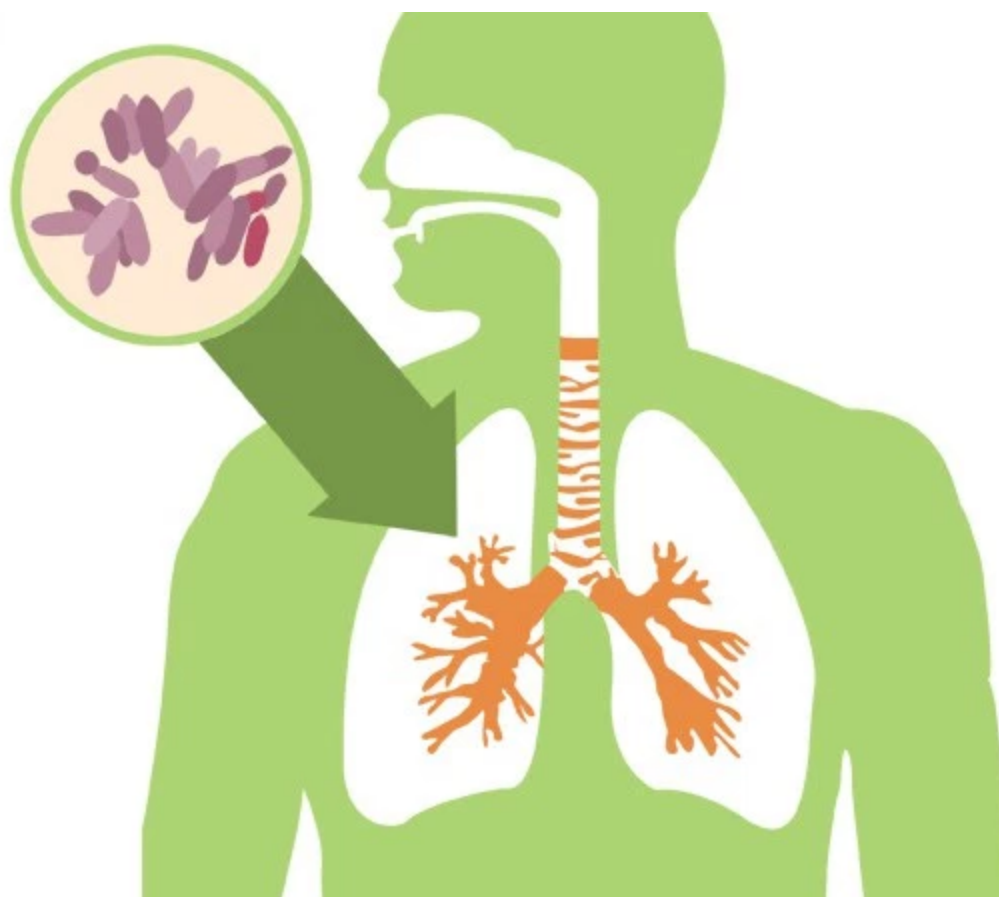


PROTOCOLO

ROTINA DE INTERNAÇÃO PARA SUSPEITA DE TUBERCULOSE BACILÍFERA



HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

ELABORAÇÃO – 2014

Equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH

Arnaldo D'Amore Zardo – Médico Infectologista

Valdirene Cardoso Carneiro – Enfermeira

Junior Muniz – Auxiliar de Enfermagem

Robson Régio Pinto – Secretário

REVISÃO – 2018

Equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH

Arnaldo D'Amore Zardo – Médico Infectologista

Ivana Franco de Souza – Enfermeira

Junior Muniz – Auxiliar de Enfermagem

Robson Régio Pinto – Secretário

COLABORAÇÃO – 2017

Renan Augusto Ramos – Enfermeiro do NHE

APROVAÇÃO – 2018

Membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

Carlos Augusto Silva – Diretor de Serviços Administrativos

Edna Maria Mescyszyn – Enfermeira

Flávia Rascado Matos Muniz – Farmacêutica

Jacqueline Ramponi – Bioquímica

Marcelo George Pedroso de Oliveira – Enfermeiro

Márcio José Mendes Bazzo – Médico

Neusa Balbo de Almeida – Diretora de Enfermagem

Sandra Maria Assumpção – Médica da Vigilância Epidemiológica

DIRETORIA – HRLB – 2018

Márcio José Mendes Bazzo – Diretor Técnico

Fredy Amable Paredes Buitron – Diretor Clínico

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

ADMISSÃO HOSPITALAR PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE PULMONAR

A tuberculose é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos. A infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com Tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea).

Os doentes com baciloscopia de escarro positiva são a principal fonte de infecção. Doentes com baciloscopia negativa, mesmo com cultura positiva, são menos eficientes na transmissão. As formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença.

Lembramos que 90% dos casos de Tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos.

Verificar indicação real de internação hospitalar. Paciente sem necessidade de internação ou assintomático, a investigação deve ser feita em regime ambulatorial pelo município. Avisar a Vigilância Epidemiológica em caso de Alta Hospitalar.

FLUXO

- As ações devem ter início na porta do Pronto Socorro, no momento da realização da triagem do paciente ou na admissão para internação, tão cedo seja feita a hipótese diagnóstica de Tuberculose Pulmonar.

- Priorizar a identificação de paciente com tosse de duração igual ou superior a três semanas.

- O paciente deverá usar máscara cirúrgica. Acompanhante e Equipe devem usar máscara N95 ou PFF2.

- Colocar o paciente em **Isolamento Respiratório para Aerossóis**, conforme protocolo de isolamento da Instituição, preferencialmente em quarto privativo. **Transferir o paciente para o quarto com antessala na Enfermaria Cirúrgica.**

No transporte de pacientes bacilíferos ou suspeitos de Tuberculose Pulmonar em isolamento, os profissionais devem utilizar máscaras N95 ou PFF2, e o paciente a máscara cirúrgica descartável.

Dois pacientes não devem ficar no mesmo quarto, mesmo com resultados das baciloscopias positivas, pela chance crescente de Tuberculose resistente. Em caso de necessidade, o isolamento deve ser mantido ao paciente com baciloscopia positiva e menor tempo de tratamento.

- O isolamento deve ser em quarto individual, com antessala, se possível, pressão

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

negativa com portas e janelas fechadas ou sem pressão negativa com as portas fechadas e janelas abertas.

- Disponibilizar fácil acesso aos EPIs.
- Seguir os 5 momentos para higienização das mãos.

DIAGNÓSTICO

Solicitar baciloscopia de escarro espontâneo, escarro induzido ou lavado gástrico, preferencialmente nesta ordem.

Solicitar Radiografia de Tórax PA / Perfil + exames laboratoriais.

A Baciloscopia direta deve ser solicitada aos pacientes que apresentem:

- critérios de definição de sintomático respiratório (tosse >3 semanas).
- suspeita clínica/radiológica de Tuberculose Pulmonar, independente do tempo de

tosse.

- suspeita clínica de Tuberculose extrapulmonares.

- **A 1ª amostra deve ser colhida no momento da admissão e a 2ª amostra na**

manhã seguinte.

- **Disponibilizar baciloscopia de escarro durante 24 horas no serviço.**

- **O resultado deve ser emitido em até 4 horas para pacientes de todos os**

setores do hospital.

A Cultura para micobactéria é indicada nos seguintes casos:

- suspeita clínica/radiológica de Tuberculose com baciloscopias repetidamente

negativas.

- suspeita de Tuberculose com amostra paucibacilar (<10).
- suspeita de Tuberculose com dificuldade de obtenção de amostras (crianças).
- suspeita de Tuberculose extrapulmonar.
- suspeita de infecção por micobactéria não tuberculosa.

A Prova Tuberculínica é indicada nos seguintes casos:

- investigação de infecção latente no adulto.
- investigação de infecção latente e de Tuberculose em crianças.

Em caso de punção de líquido pleural, solicitar cultura para BAAR e ADA no líquido.

Em caso de investigação em crianças (<10 anos) com baciloscopia negativa ou dificuldade de coleta deste exame, usar o quadro disponibilizado pelo Ministério da Saúde (disponível no SCIH).

Com o resultado de baciloscopia no escarro positivo, deve ser solicitado o exame de HIV, teste rápido.

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Os profissionais do laboratório ou aqueles que em ambientes fechados promovam a formação de partículas infectantes (escarro induzido, nebulização), devem usar máscara N95 ou PFF2 por ocasião da manipulação dos materiais ou realização dos exames.

Encerrar o Isolamento Respiratório após duas baciloscopias negativas.

Se ocorrer confirmação diagnóstica, repetir duas baciloscopias após duas semanas do início do tratamento. Na manutenção da positividade, manter isolamento (se for necessário, manter internação) mais uma semana e realizar nova série de duas baciloscopias e assim sucessivamente.

TRATAMENTO

1. Esquema básico para adultos e adolescentes (EB) (2 meses RHZE / 4 meses RH) RHZE (Coxcip 4)

Indicação:

a) casos novos adultos e adolescentes (>10 anos), de todas as formas de Tuberculose Pulmonar e Extrapulmonar (exceto a forma meningocéfálica), infectados ou não por HIV.

b) retratamento: recidiva (independente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (>10 anos), exceto a forma meningocéfálica.

*** Evitar uso de Quinolonas para tratamento de pneumonia com suspeita de Tuberculose.**

Quadro 1 - Esquema básico para o tratamento da Tuberculose em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula 300/200 ou 150/100	20 kg a 35 kg	1 comprimido ou cápsula 300/200 mg	4
		36 kg a 50 kg	1 comprimido ou cápsula 300/200 mg + 1 comprimido ou cápsulas 150/100 mg	
		> 50 kg	2 comprimidos ou cápsulas	

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
300/200 mg

Obs.: O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e está recomendado o uso de Piridoxina (50 mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à Isoniazida) no recém-nascido.

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Ministério da saúde, 2011.

2. Esquema básico 2 meses RHZ/4 meses RH para criança (EB) (2RHZ /4RH)
Indicação:

a) casos novos de crianças (<10 anos), de todas as formas de Tuberculose Pulmonar e Extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não pelo HIV.

b) retratamento: recidiva (independente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em crianças (<10 anos), exceto a forma meningoencefálica.

Quadro 2 - Esquema Básico para o tratamento da Tuberculose em crianças (<10 anos)

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20 kg	>21 kg a 35 kg	>36 kg a 45 kg	>45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
2 RHZ Fase de Ataque	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
4 RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Ministério da saúde, 2011.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Ministério da Saúde, 2011.