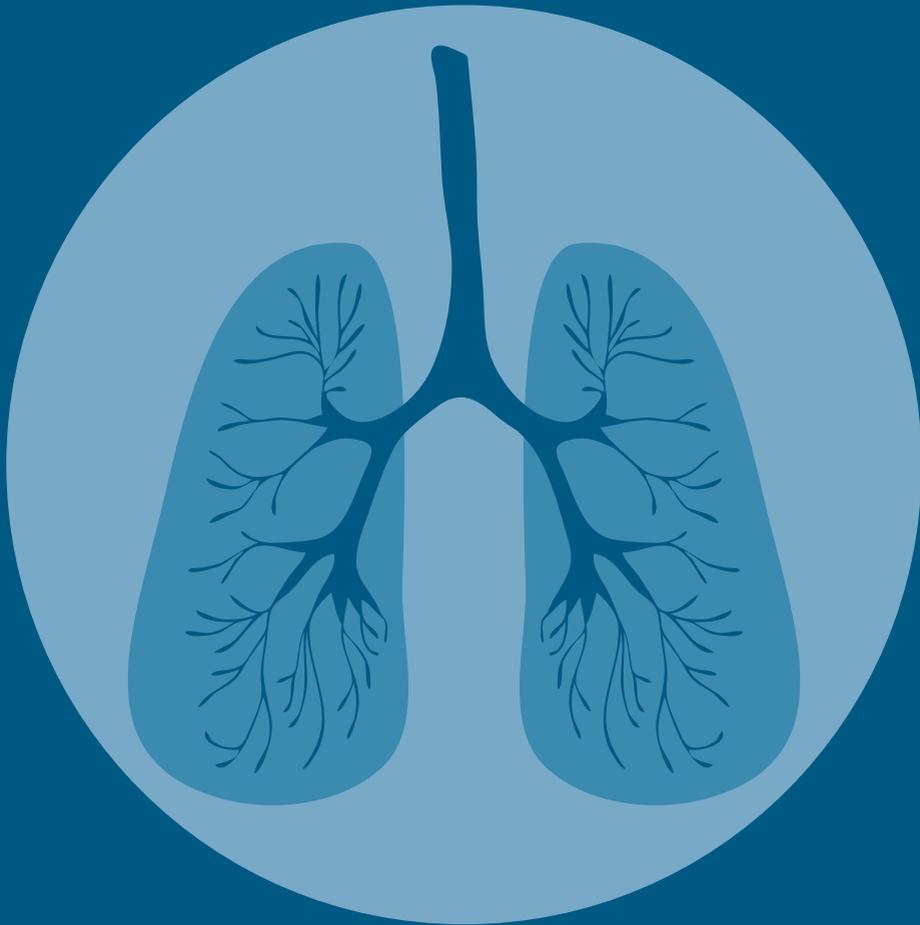


VIH & Tuberculose

Dezembro de 2011

GAT

Grupo Português de Ativistas
sobre Tratamentos de VIH/SIDA
Pedro Santos



Tradução: Mariela Kumpere

Adaptação e revisão: Luís Mendão,
Rosa Freitas

Coordenação: Maria José Campos

Concepção gráfica: Diogo Lencastre

www.gatportugal.org

O GAT agradece a revisão científica da
Dr.^a Raquel Duarte

Pneumologista do Centro Hospitalar de Vila
Nova de Gaia/Espinho e do CDP de Vila Nova
de Gaia

Coordenadora do Centro de Referência de
Tuberculose Multirresistente da Região Norte

Índice

O que é a tuberculose?	3
TB – noções básicas	4
Transmissão	5
Interação da TB com o VIH	6
Sintomas	6
Diagnóstico da TB	7
Prevenção da TB	8
Como se trata a TB	10
Tratar a TB ativa	12
TB resistente aos medicamentos	15
Resumo	17
Glossário	18
Notas	19

Importante: A informação contida neste guia não substitui a informação proporcionada pelo médico ou por outros técnicos de saúde. As decisões relacionadas com o tratamento devem ser sempre tomadas em conjunto com o médico. Verificar sempre a data de edição da brochura.

A informação contida na brochura pode ficar rapidamente desatualizada, por isso verificar sempre a data de edição da brochura e se há uma edição mais atualizada.

Esta brochura pode ser copiada sempre que se destinar a fins não lucrativos. Para obter cópias gratuitas contactar contactos@gatportugal.org

Baseado no original escrito por
Michael Carter AIDSmap

O que é a tuberculose?

Uma doença do passado?

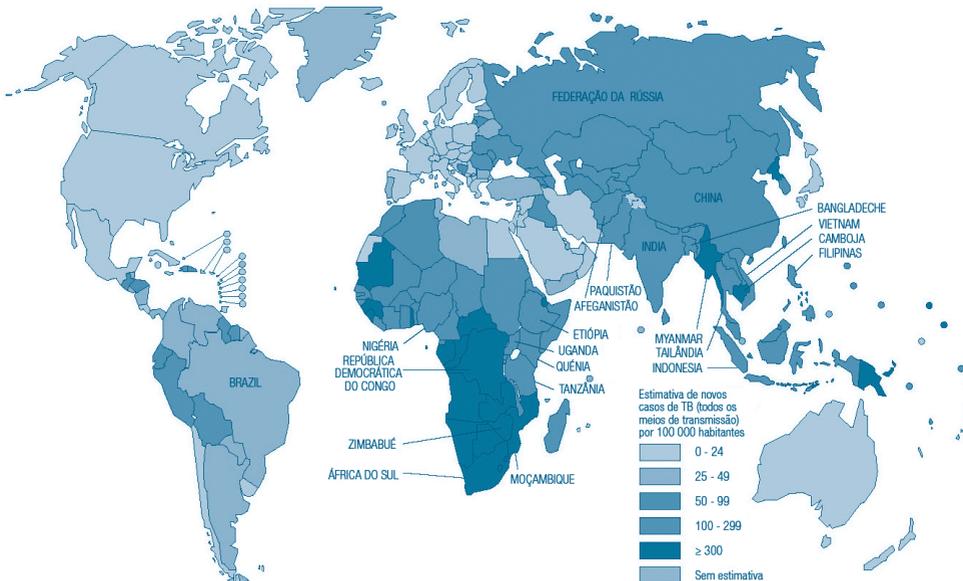
A tuberculose (TB) é provocada por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*. Os sintomas da TB incluem tosse, febre, sudação noturna e perda de peso. Estes sintomas são geralmente insidiosos.

Durante milhares de anos, as pessoas têm adoecido e morrido por causa desta doença. No entanto, o número de casos desceu drasticamente em meados do século XX graças à melhoria nos padrões de vida, melhor saúde em geral, medicamentos antituberculosos eficazes e programas de vacinação. De facto, nos anos 80, os progressos contra a doença foram tão importantes que muitos países acreditaram que podiam erradicar definitivamente a tuberculose.

Isto foi demasiado otimista porque o número de casos de TB aumentou na maioria das regiões do globo, em parte por causa do VIH. A tuberculose afeta sobretudo as pessoas adultas jovens, as de idade avançada e as que se encontram enfraquecidas por causa de outras doenças ou por desnutrição.

Nas pessoas infetadas pelo VIH, a TB é uma doença definidora de SIDA e a primeira causa de morte entre as pessoas seropositivas. Na Europa, é uma das doenças definidoras de SIDA mais frequentemente, estando o tratamento disponível para quase todos os casos.

Estimativa da taxa de incidência da TB, em 2010



TB – noções básicas

A tuberculose pode ter diferentes formas de manifestação da doença. Pode ocorrer logo a seguir à infeção, ou alguns anos mais tarde.

Muitas pessoas são expostas à TB em criança, quando inalam os bacilos da TB que foram expelidos no ar por uma pessoa doente com TB.

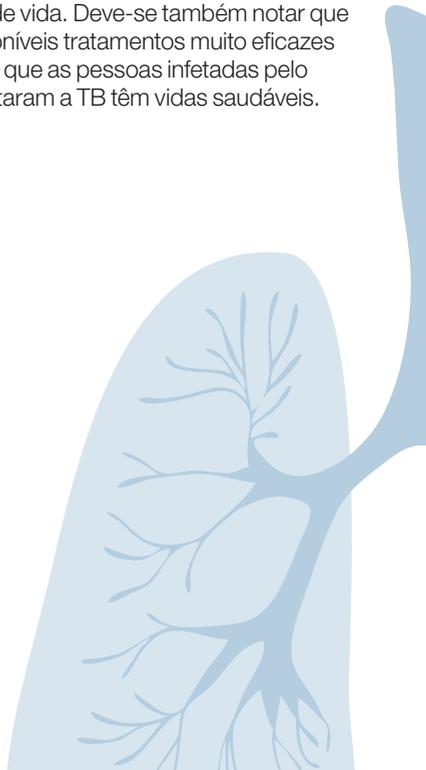
As micobactérias multiplicam-se nos pulmões, provocam inflamação e transferem-se para os gânglios linfáticos (o centro de comando do sistema imunitário). Esta fase da doença é designada por tuberculose primária ou primo-infeção. O *Mycobacterium tuberculosis* pode multiplicar-se de forma não controlada, disseminar-se e provocar doença. Na maioria das pessoas imunocompetentes e que não estão infetadas pelo VIH, o sistema imunitário do organismo mantém a infeção sob controlo, através da formação de uma parede de tecido cicatricial e a maioria das pessoas (cerca de 80%) elimina eficazmente o bacilo. Nos restantes 20% dos indivíduos, os agentes da TB mantêm-se vivos, mas inativos. Embora não cause mal-estar, permanecem vivos nesta área circunscrita durante muitos anos, mesmo décadas, podendo vir a provocar doença no futuro. Este tipo de TB é geralmente designado por tuberculose latente.

Quando provoca doença, diz-se que a tuberculose está ativa.

Quando a infeção reemerge do tecido cicatricial e provoca doença após um período de tempo designa-se por reativação.

Diferentemente da maioria das outras infeções oportunistas (designadas assim porque se aproveitam do enfraquecimento do sistema imunitário do organismo para se desenvolverem) observadas em pessoas com infeção pelo VIH, a TB pode ocorrer em pessoas com uma contagem das células CD4 normal e pode ser transmitida a outras pessoas, quer estejam ou não infetadas pelo VIH.

Muitas pessoas só descobrem que estão infetadas pelo VIH quando são diagnosticadas com TB. Nesta situação, é importante saber que se pode beneficiar de tratamento e cuidados de saúde eficazes, que melhoram a qualidade de vida. Deve-se também notar que estão disponíveis tratamentos muito eficazes para a TB e que as pessoas infetadas pelo VIH que trataram a TB têm vidas saudáveis.



Transmissão

As pessoas que têm tuberculose ativa – a TB que o sistema imunológico não conseguiu controlar - nos pulmões podem transmitir a doença a outras pessoas. Os bacilos da TB são espalhados pelo ar quando um doente tosse, fala, etc. É preciso estar em contacto próximo e num espaço fechado, para que haja um risco real de infeção. Os contactos próximos incluem parceiros de pessoas com TB, pessoas que vivem na mesma casa e visitas frequentes da casa.

Quando se é diagnosticado com TB é, geralmente, realizado um rastreio às pessoas com quem o doente convive. É possível que tenham sido infetados e é importante que sejam observados.

Normalmente e na ausência de resistência aos fármacos, o doente deixa de ser contagioso nas primeiras semanas de tratamento. Entretanto, deve-se cobrir a boca quando se tosse e usar máscara em ambientes fechados. É importante falar com a enfermeira ou o médico quando se está com receio relativamente à transmissão da TB.

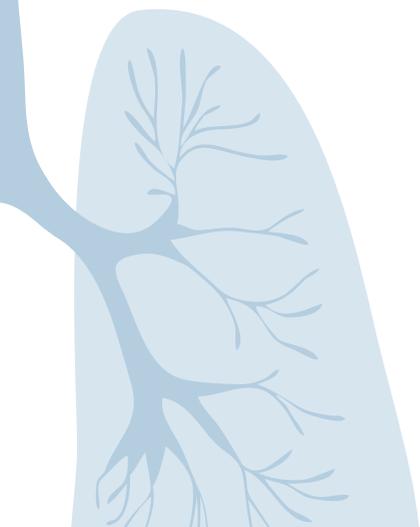
Em casos raros, a TB pode afetar a laringe (a parte da garganta que contém as cordas vocais) e a TB ativa nesta zona pode ser espalhada quando uma pessoa tosse, grita e espirra.

A TB que afeta os outros órgãos como por exemplo os ossos ou os gânglios linfáticos não é infecciosa.

É boa prática que as pessoas com TB sejam tratadas em quartos individuais e não em quartos com mais doentes durante o período em que podem transmitir o bacilo. Sempre que possível, os quartos devem ter “pressão negativa”, o que significa que o ar é extraído lentamente para fora do quarto e expelido no exterior do edifício para que não possa contaminar o resto do hospital.

Quando não é possível cuidar das pessoas com TB em quartos separados, pode-se reduzir o risco de transmissão mantendo as janelas abertas o mais tempo possível, permitindo uma boa ventilação do quarto.

Se um doente está em risco de transmitir a TB deve usar máscara, assim como o pessoal de saúde que cuida dele e as suas visitas.



Interação da TB com o VIH

Existe alguma evidência de que a tuberculose provoca descida da contagem das células CD4 e aumento na carga viral do VIH. Isto significa que o efeito do VIH pode ser mais grave a não ser que se tome os medicamentos antirretrovirais para o VIH e a TB seja tratada.

No entanto, uma pessoa com VIH que tenha sido tratada para a TB com sucesso tem exatamente a mesma probabilidade de beneficiar do tratamento antirretroviral, tendo a mesma descida da carga viral e aumento da contagem das células CD4, tal como uma pessoa seropositiva que nunca teve TB e podendo esperar ter a mesma longevidade.

A contagem das células CD4 e a carga viral são os indicadores chave do efeito que tem o VIH sobre o sistema imunitário e devem ser monitorizados regularmente.

Sintomas

Um sintoma muito comum da tuberculose pulmonar é tosse persistente com a expectoração que pode ser raiada com sangue. Sintomas comuns são, também, perda de peso, febre (predominantemente ao final do dia) perda de apetite, fadiga e sudção noturna. Estes sintomas podem aparecer muito lentamente e são semelhantes aos de outras doenças observadas nas pessoas com VIH.

Nas pessoas com infeção pelo VIH e com o sistema imunitário gravemente danificado, a TB pode disseminar-se dos pulmões para todas as partes do organismo. Afeta muitas vezes os gânglios linfáticos (fazendo-os inchar), o intestino (provocando dor e diarreia persistente), a coluna dorsal (provocando dor, dormência ou formigueiro), o fígado (provocando inflamação) ou o cérebro. Se a TB afeta o cérebro, o doente pode apresentar confusão mental, alterações de comportamento, convulsões ou alterações do equilíbrio.

Quando existem sintomas que podem fazer suspeitar de tuberculose em qualquer destas partes do organismo, é necessário fazer outro tipo de testes e tratamento, para além do tratamento padrão para a TB.

Diagnóstico da TB

TB ativa

Dado que os sintomas da TB podem ser semelhantes aos de outras doenças observadas nas pessoas infetadas pelo VIH, os médicos muitas vezes fazem uma série de análises para verificar se se trata de TB ou de outra doença. Além disso, os sintomas podem aparecer de forma lenta, frequentemente durante meses, podendo ser difícil para o doente ou para o médico identificá-los.

A radiografia de tórax é o exame padrão no estudo da tuberculose pulmonar. No entanto, nos doentes com VIH é muitas vezes insuficiente pois pode ser normal mesmo quando existe doença.

São analisadas amostras de expectoração para verificar a presença de bacilos. Se estão presentes significa que a pessoa tem TB ativa e pode infetar outros.

Por vezes, os pulmões são examinados com um tubo com uma câmara muito pequena que se faz descer pelo nariz, sob anestesia local. Este procedimento é designado por broncofibroscopia e é realizada sempre que é preciso confirmar a doença.

Pode-se retirar, sob anestesia, amostras de tecido (ou biópsia) do local da infeção para serem examinadas ao microscópio. Também, neste caso, este exame é realizado se os médicos não conseguem diagnosticar a causa da doença com métodos mais simples.

Quando os bacilos da TB são encontrados, são analisados em laboratório para verificar quais são os medicamentos antituberculosos que irão atuar contra eles. Isto ajudará o médico a orientar o tratamento.

TB latente

Há, também, testes à disposição para verificar se uma pessoa tem TB latente (a TB que está presente no organismo sem provocar doença).

A radiografia pulmonar pode ser usada para diagnosticar episódios anteriores de TB. O tecido cicatricial, que muitas vezes contém cálcio, aparece como uma “sombra”.

Um outro teste, designado por teste cutâneo de Mantoux ou de tuberculina (teste derivado de proteína purificada do *Mycobacterium tuberculosis* ou PPD), consiste na injeção intradérmica de uma pequena quantidade de PPD. Após 48 a 72 horas, a área da injeção pode apresentar uma reação tornando-se avermelhada ou endurecida. Quanto maior é o tamanho da enduração, maior é a probabilidade que a pessoa testada tenha sido infetada pela TB.

No entanto, a falta de reação não prova que a pessoa não tenha TB e isto é particularmente frequente no caso de pessoas com um sistema imunitário muito debilitado. Para além disso, o teste de Mantoux não proporciona resultados muito exatos nas pessoas que fizeram a vacina BCG (mais sobre este tema na secção seguinte). A BCG foi realizada na maioria das crianças na Europa.

Foram desenvolvidos novos testes ao sangue (*interferon gamma release assays* - IGRAs). Estes testes conseguem detetar com mais certeza a infeção latente em pessoas com um sistema imunitário enfraquecido pelo VIH, mas continua a haver resultados negativos em pessoas com imunossupressão grave.

Prevenção da TB

Vacinação

Até 2005, as crianças recebiam, na maioria dos países europeus, uma vacina contra a TB, designada por BCG. A vacina pode ser útil nos primeiros anos de vida, prevenindo as formas graves e disseminadas de doença.

No entanto, esta vacina não protege completamente da TB e houve casos de pessoas que receberam a vacina BCG em criança quando já estavam a desenvolver a TB. Atualmente as políticas variam, há alguns países que ainda vacinam todas as crianças, outros que decidem caso a caso e outros países que direcionam o uso da vacina a grupos específicos.

As pessoas infetadas pelo VIH não devem ser vacinadas com a BCG porque é uma vacina viva e pode provocar uma doença semelhante a TB.

Reforçar o sistema imunitário com o tratamento da infeção pelo VIH

Uma das melhores maneiras de prevenir a TB em pessoas seropositivas é reforçar o sistema imunitário. O tratamento com combinações de medicamentos anti-VIH eficazes potencia o sistema imunitário, tornando-o capaz de combater a TB e outras infeções.

Tomar medicamentos antituberculosos (profilaxia)

Por vezes, administra-se às pessoas com TB latente um ou mais medicamentos antituberculosos para prevenir que esta se torne ativa. Os medicamentos antituberculosos, também podem ser administrados a pessoas que estiveram em contacto próximo com pessoas com tuberculose para prevenir a infeção.

O medicamento geralmente usado na profilaxia é a isoniazida, que é tomada durante pelo menos seis a nove meses. Por vezes, pode ser prescrito um outro medicamento, a rifampicina, a tomar em combinação

com a isoniazida durante quatro meses. Recomenda-se que as pessoas seropositivas que provêm de comunidades com um nível elevado de infeção por TB, incluindo as pessoas de África e do subcontinente indiano, façam um tratamento de profilaxia se o seu teste Mantoux estiver positivo. Também se recomenda este tratamento às pessoas seropositivas que estiveram em contacto próximo com pessoas com TB ativa. É importante falar com o médico quando se suspeita que este seja o seu caso.

A isoniazida pode provocar efeitos secundários e interagir com alguns medicamentos anti-VIH, principalmente o ddI (didanosina, Videx®) e d4T (estavudina, Zerit®). Deve-se falar com o médico sobre o tratamento quando se está a tomar um destes medicamentos.

A isoniazida pode também ser danosa para o fígado e deve-se monitorizar a função hepática com regularidade. Durante o tratamento convém manter uma dieta adequada e evitar a ingestão de bebidas alcoólicas.

O que se pode fazer para melhorar?

Comer bem, dormir um número adequado de horas e viver numa habitação seca e bem ventilada ajuda a evitar a infeção por TB. É muito importante também para quem foi exposto ao bacilo da tuberculose ou no caso de existir TB latente.

Quando não se tem meios para comer apropriadamente ou problemas de alojamento, é importante procurar ajuda e aconselhamento. Deve-se falar com o médico ou pedir ajuda a uma assistente social ou outra pessoa que possa dar aconselhamento profissional. Uma organização local para pessoas infetadas pelo VIH pode ajudar a analisar as opções existentes e proporcionar apoio.

Quando se entra em contacto com alguém com TB (um membro da família, pessoa que partilha a mesma casa ou um amigo) deve contactar-se o médico o mais depressa possível para fazer testes e verificar se não se foi infetado.

Como se trata a TB

Os medicamentos para tratar a TB foram disponibilizados desde os anos 50, e, quando usados corretamente, podem curar a TB em pessoas com VIH.

À semelhança do VIH, o tratamento para a TB é bem sucedido quando se tomam os medicamentos à hora certa e como prescrito pelo médico. O tratamento geralmente dura seis a doze meses. Em alguns casos, no entanto, pode ser necessário manter o tratamento durante mais tempo.

Se um doente não toma os comprimidos de modo apropriado ou deixa de os tomar quando começa a sentir-se melhor, pode desenvolver resistências a alguns ou a todos os medicamentos. Isto significa que os medicamentos param de atuar. A TB resistente aos medicamentos está a tornar-se mais comum em muitos países do mundo e o seu tratamento demora mais tempo, frequentemente dois anos.

Os medicamentos contra a TB podem interagir com outros medicamentos, incluindo os usados para tratar a infeção pelo VIH e pode haver efeitos secundários. É importante referir ao médico todos os medicamentos que se está a tomar para evitar possíveis interações. Se há qualquer probabilidade de os medicamentos administrados puderem interagir, o médico irá monitorizar cuidadosamente tal situação. Além disso, o médico ou o farmacêutico deve explicar os possíveis efeitos secundários do tratamento para a TB e o doente irá ser avaliado regularmente. Recomenda-se comunicar ao médico quaisquer sintomas de efeitos secundários, porque muitas vezes é possível diminuir o mal-estar ou eliminar o sintoma.

Medicamentos antituberculosos

- **Rifampicina.** Medicamento antimicobacteriano que está incluído na combinação padrão contra a TB.
- **Isoniazida.** Um medicamento que, em combinação com outros medicamentos, é um tratamento padrão para a TB. Por vezes, é usado sozinho na profilaxia da TB.
- **Pirazinamida.** Medicamento de primeira linha para o tratamento da TB em combinação com outros medicamentos.
- **Etambutol.** Um medicamento antimicobacteriano que, em combinações com outros medicamentos, é usado no tratamento padrão da TB.
- **Rifabutina.** Este medicamento por vezes é usado como alternativa à rifampicina nas combinações de medicamentos.
- **Co-formulações.** Para reduzir o número de comprimidos a tomar, alguns medicamentos estão disponíveis combinados num único comprimido. Os seguintes são frequentemente prescritos: Rifater® (contém rifampicina, pirazinamida e isoniazida), Rifinah® (contém rifampicina e isoniazida).

Toma dos medicamentos antituberculosos

Nome do medicamento	Efeitos secundários	Dicas	Interações entre medicamentos
rifampicina	Rash, febre, problemas gastrointestinais e cor alaranjada da pele, urina, fezes e lágrimas (não usar lentes de contacto enquanto se toma rifampicina)	Tomar com estômago vazio, 30 minutos a uma hora antes da comida.	Reduz os níveis no sangue dos inibidores da protease e dos Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleósidos. Reduz os níveis no sangue da atovaquona (usada para tratar a pneumonia a <i>Pneumocystis jiroveci</i>). Pode reduzir até 50% os níveis da metadona. É também possível que reduza o nível do medicamento antifúngico ketaconazole.
isoniazida	Febre, rash, neuropatia periférica e problemas hepáticos. A toma da vitamina B6 reduz o risco de neuropatia periférica. Evitar o álcool pode ajudar a reduzir os problemas hepáticos.	Tomar com o estômago vazio, mínimo 30 minutos a uma hora antes de comer.	É necessário um seguimento cuidadoso quando se toma com medicamentos anti-VIH que podem provocar neuropatia periférica, em particular com o d4T (Zerit®) e o ddl (Videx®).
pirazinamida	Inflamação do fígado (hepatite). Deve ser usada com precaução pelas pessoas com uma história prévia de problemas hepáticos. Também pode provocar problemas gastrointestinais, rash e gota.	Beber muita água ajuda a reduzir os problemas gastrointestinais.	Deve ser tomada duas horas antes do ddl (Videx®).
etambutol	Inflamação do nervo ótico, visão distorcida, febre e rash. Quando se desenvolve problemas de visão enquanto se está a tomar etambutol, deve-se contactar imediatamente o médico. Risco de reações alérgicas. Pode provocar problemas de audição e danos renais.		
rifabutina	Rash, febre, náuseas, inflamação hepática, leucopenia (diminuição de glóbulos brancos no sangue), trombocitopénia (diminuição de plaquetas no sangue) e inflamação do contorno dos olhos, quando usada com claritromicina e etambutol.	Pode ser tomada com ou sem comida.	Pode haver interações complexas com os inibidores da protease e os ITRNNs. O médico irá ajustar as doses se for necessário e irá monitorizar regularmente o doente.

Tratar a TB ativa

O tratamento de primeira linha é uma combinação de quatro antibióticos que atuam contra a TB. O tratamento dura pelo menos seis meses. Nos primeiros dois meses, são utilizados quatro medicamentos: isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.

Após a negatificação da expetoração (deixa de haver bacilos na expetoração) e perante boa evolução clínica, inicia-se o tratamento de manutenção que dura cerca de quatro meses e contém habitualmente isoniazida e rifampicina. Todas as pessoas que vivem com VIH que tomam isoniazida devem tomar um suplemento vitamínico, a piridoxina, para evitar o desenvolvimento de um doloroso efeito secundário designado por neuropatia periférica, que atinge os nervos da parte inferior da perna e dos pés (por vezes, nas mãos).

Quando existe tuberculose extrapulmonar, pode ser necessário um tratamento mais prolongado, especialmente se a TB afetou o cérebro ou se provocou meningite tuberculosa.

Regra geral, os medicamentos são todos em comprimidos, com toma única diária. Alguns medicamentos estão combinados num único comprimido para facilitar a toma. Em algumas situações pode ser necessário associar um medicamento injetável na fase inicial do tratamento.

Quando se consegue controlar a TB, há melhoria clínica nas primeiras semanas após o início do tratamento. Com a continuação do tratamento, o risco de contágio diminui. Regra geral, até ao segundo mês, o doente deixa de ser contagioso.

No entanto, é de vital importância continuar e completar o tratamento para a TB. A interrupção prematura do tratamento pode provocar a recidiva da TB ou podem surgir resistências aos medicamentos.

Terapêutica observada diretamente (TOD)

Por causa da importância da toma correta do tratamento para a TB, tanto para a saúde do doente como para evitar o aparecimento de estirpes da TB resistentes aos medicamentos é recomendado que um profissional de saúde assegure a toma da medicação. Esta intervenção é designada por Terapêutica Observada Diretamente (TOD), uma prática estandardizada em alguns países.

Trata-se primeiro a TB ou a TB e o VIH ao mesmo tempo?

Pode ser difícil tratar a TB e o VIH ao mesmo tempo. Pode haver interações entre alguns medicamentos e o tratamento envolve a administração de muitos fármacos. Isto pode ser um problema tanto para as pessoas que foram diagnosticadas com TB e VIH há pouco tempo, como para as que já tenham sido diagnosticadas com VIH antes do aparecimento de TB e para as pessoas em tratamento para infeção pelo VIH que desenvolveram TB.

Há interações entre alguns medicamentos antirretrovirais (ARV) e antituberculosos. As famílias de medicamentos ARV denominadas inibidores da protease (IPs) e inibidores da transcriptase reversa não nucleósidos (ITRNNs) interagem com a rifampicina, um medicamento chave em muitas combinações antituberculosos.

Muitos médicos recomendam ou o adiamento do tratamento para o VIH até que a TB tenha sido controlada ou mesmo a interrupção ou mudança da medicação anti-VIH, quando uma pessoa desenvolve TB sob tratamento para o VIH. Os regimes terapêuticos para o VIH e a TB podem ser muito complexos e o médico deve discutir com o doente qual o tratamento mais adequado às suas circunstâncias.

Quando se tem uma contagem baixa de células CD4 e se inicia o tratamento antirretroviral imediatamente após o tratamento para a TB, corre-se o risco de desenvolver a síndrome da reconstituição imunitária (IRIS). Esta surge quando o sistema imunitário se reconstitui e é estimulado para atacar a TB de novo. Isto pode dar muito mal-estar e provocar sintomas desagradáveis, em particular febre e aumento dos gânglios linfáticos.

Geralmente, recomenda-se que a TB seja tratada primeiro se a contagem de células CD4 for superior a 350/mm³.

Se a contagem das células CD4 está entre 100 e 350/mm³, o médico pode recomendar o início do tratamento para o VIH dois meses após o início da medicação para a tuberculose. Quando um doente tem um sistema imunitário muito fraco, com uma contagem das células CD4 abaixo de 100/mm³, recomenda-se iniciar o tratamento para o VIH o mais cedo possível após o início da medicação para a TB, porque o risco de efeitos secundários, interações medicamentosas e síndrome da reconstituição imunitária passam para segundo plano em relação ao risco de o doente contrair mais doenças oportunistas e até de morte se o tratamento for adiado.

O médico deve discutir estas questões com o doente e explicar o porquê das decisões relativas ao tratamento da tuberculose e da infeção pelo VIH.

Tratamento da TB em mulheres seropositivas grávidas

Os médicos têm recomendações especiais para o tratamento da TB em mulheres seropositivas para o VIH que estão grávidas ou amamentam.

É importante que as mulheres com TB ativa recebam tratamento para esta doença.

O tratamento da TB ativa nas mulheres grávidas é semelhante ao tratamento geral.

No caso de uma doente estar grávida, recomenda-se que se faça o tratamento antirretroviral para proteger o feto da infeção pelo VIH no útero e durante o parto. O tipo exato de tratamento irá depender da saúde da grávida e de quando foi diagnosticada a infeção pelo VIH. Por causa do risco de interação entre alguns medicamentos antituberculosos e alguma medicação anti-VIH, é extremamente importante que o médico da consulta de cuidados pré-natais e tratamento para a TB tenha conhecimentos profundos e experiência relativa à infeção pelo VIH e TB e trabalhe em conjunto com a doente.

Por causa do risco de transmissão do VIH, recomenda-se que as mulheres seropositivas pelo VIH não amamentem.

A mulher grávida não deve ter medo de pedir apoio, porque ter um bebé é uma experiência que por si só transforma a vida e quando acaba de descobrir que se está infetado pelo VIH ou se tem TB, pode-se ter muitas perguntas ou precisar de mais apoio da família, amigos, enfermeiras e parteiras ou de aconselhamento e apoio por parte de profissionais ou de outras pessoas que vivem com o VIH.

Interações entre medicamentos antituberculosos e antirretrovirais

Muitos medicamentos antirretrovirais e antituberculosos podem ser usados em conjunto sem complicações e com segurança. No entanto, como foi acima referido, existem interações. Não se recomenda o uso de alguns medicamentos antituberculosos e antirretrovirais em conjunto e, por vezes, é necessário ajustar a dose de um ou do outro.

A rifampicina pode provocar uma redução importante dos níveis dos inibidores da protease no sangue (uma classe de medicamentos antirretrovirais), mesmo quando são potenciados pelo ritonavir, tornando-os ineficazes e aumentando o risco de se desenvolver resistências a este grupo de medicamentos. Por esta razão, a rifampicina pode ser usada apenas com alguns inibidores da protease e com o ITRNN efavirenze (Stocrin®), ou também no comprimido de combinação Atripla®, frequentemente prescrito.

A rifabutina, também pode interagir com os inibidores da protease, provocando uma descida do nível dos medicamentos antirretrovirais na corrente sanguínea e um aumento do nível do rifabutina. Se tomado em conjunto com o efavirenze, o nível no sangue da rifabutina pode descer.

Por causa destas interações, é muito importante que o médico tenha conhecimentos e prática no tratamento de TB e do VIH.

Quando se está preocupado com o tratamento ou se tem dúvidas, é importante pedir ao médico ou a outro profissional de saúde envolvido no tratamento para disponibilizar algum tempo e responder às dúvidas e às perguntas.

Medicamentos antituberculosos e anti-VIH – efeitos secundários

Algumas pessoas em tratamento para a infeção pelo VIH e que estão a tomar isoniazida ou rifampicina podem desenvolver uma hepatite (inflamação do fígado). O médico deve fazer, como parte integrante dos cuidados, análises regulares ao sangue para verificar o estado de saúde do fígado

A isoniazida pode provocar alterações dolorosas nos nervos, o que é designado por neuropatia periférica e recomenda-se que este fármaco seja usado com extrema cautela quando administrado com o d4T ou o ddl, que também provocam este efeito secundário. Tomar uma dose diária de vitamina B6 (piridoxina) pode ajudar a prevenir a neuropatia periférica provocada pela isoniazida, mas não previne a neuropatia causada por alguns medicamentos anti-VIH.

TB resistente aos medicamentos

Está a tornar-se cada vez mais comum a TB resistente à isoniazida e rifampicina e também a outros medicamentos. Este tipo de TB designa-se por TB multirresistente (TB-MR) e foram observados casos em pessoas com infeção pelo VIH.

Ao contrário da TB sensível aos medicamentos, que normalmente se pode curar, o risco de morte por TB-MR é mais elevado, a não ser que sejam administrados rapidamente medicamentos antituberculosos ainda eficazes.

Para que a TB-MR não se propague, muitas vezes é necessário que o doente fique no hospital em isolamento, até que o tratamento comece a ser eficaz.

A TB-MR é muito mais difícil de tratar do que a TB sensível aos medicamentos. Os doentes com TB-MR precisam de tomar mais medicamentos antituberculosos e durante mais tempo. Pode ser necessário que o tratamento dure até dois anos ou em alguns casos mais tempo. Os medicamentos usados para tratar a TB-MR incluem entre muitos outros, a estreptomina, canamicina, amicacina, capreomicina e fluoroquinolonas.

Alguns destes medicamentos podem também interagir com a medicação anti-VIH ou ter efeitos secundários desagradáveis, por isso, é necessária uma monitorização de perto. É muito importante completar o tratamento, é essencial falar com o médico sobre os efeitos secundários e como os gerir.

A TB-MR é mais difícil de tratar, por isso é provável que o doente seja referenciado a um médico especialista em tratamento da TB-MR.

Surgiram também algumas estirpes da TB que são resistentes aos medicamentos de segunda linha e esta TB é designada por TB-XR (TB extremamente resistente). A TB-XR foi identificada em 55 países e foi encontrada em todos os continentes. Houve surtos de TB-XR que atingiram pessoas com infeção pelo VIH.

O risco de morte por TB extremamente resistente é muito elevado.

Síndrome da reconstituição imunitária

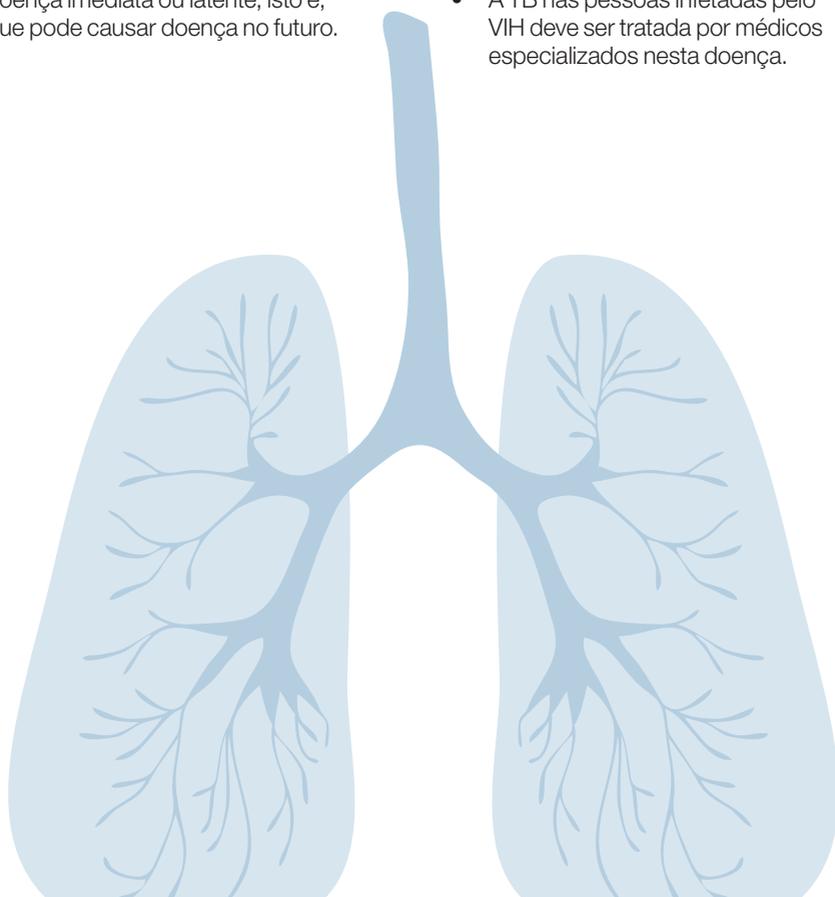
Após o início do tratamento para a infeção pelo VIH após a melhoria da imunidade, cerca de 25% das pessoas com tuberculose sofrem um agravamento temporário dos sintomas. A radiografia pulmonar pode mostrar o agravamento da doença nos pulmões. Os sintomas incluem febre e gânglios aumentados, que podem formar abscessos cheios de pus. Com o tempo estes irão desaparecer, mas precisam de ser geridos por profissionais de saúde.

Normalmente, é necessário mudar o tratamento para o VIH ou reiniciar a terapêutica para a TB. Por vezes usa-se um medicamento (prednisolona) para controlar as reações imunológicas.

Parece que as pessoas que iniciam o tratamento para a infeção pelo VIH com uma contagem de células CD4 abaixo de $100/\text{mm}^3$, dois meses após o início da combinação de medicamentos antituberculosos, estão em maior risco de ter estes sintomas. Quando se receia qualquer aspeto relativo ao início do tratamento, deve pedir-se esclarecimentos detalhados ao médico.

Resumo

- A TB é a doença definidora de SIDA mais comum em todo o mundo, mas as pessoas com VIH respondem bem ao tratamento para a TB.
- As pessoas tratadas com sucesso para a TB respondem bem ao tratamento para o VIH.
- As pessoas com VIH podem ser infetadas com TB com qualquer contagem de células CD4 e contagiar outras pessoas. Mas o risco de desenvolver a TB é mais elevado nas pessoas que não estão em tratamento para o VIH e têm uma contagem baixa de células CD4.
- A TB pode ser ativa e provocar doença imediata ou latente, isto é, que pode causar doença no futuro.
- A TB pode ser tratada, mas é importante tomar os medicamentos exatamente como prescrito pelo médico durante vários meses.
- Os medicamentos para a TB podem interagir com os medicamentos anti-VIH, o que significa que as doses de ambos necessitam de ajuste.
- Algumas estirpes da TB (TB-MR) são multirresistentes aos medicamentos. Este tipo de TB é mais difícil de tratar. A TB resistente extremamente (TB-XR) aos medicamentos tornou-se um problema de saúde grave em algumas regiões do mundo.
- A TB nas pessoas infetadas pelo VIH deve ser tratada por médicos especializados nesta doença.



Glossário

Abscesso – Acumulação localizada de pus que resulta de uma infecção.

Antibiótico – Medicamento que atua contra as bactérias.

Bactéria – Microrganismo unicelular.

Biópsia – Pequena amostra de tecido que pode ser examinada para procurar sinais de doença.

Broncoscopia – Procedimento médico que permite examinar os pulmões e realizar uma biópsia, usando um tubo flexível.

Carga viral – Medição da quantidade de VIH numa amostra de sangue. A carga viral indica o grau de replicação viral.

CD4 – Glicoproteína na superfície de algumas células à qual se pode ligar o VIH. A contagem das células CD4 reflete aproximadamente o estado do sistema imunitário.

Estirpe – Variante de uma vírus ou bactéria caracterizada pelo seu genótipo.

Gânglios linfáticos – Área no organismo onde se encontram os leucócitos e outras células imunitárias importantes. Também designados por nódulos

Hepatite – Inflamação do fígado.

Infeções oportunistas – Infeções específicas que provocam doença numa pessoa com o sistema imunitário debilitado.

Inibidores da protease – Família de antirretrovirais que têm como alvo a enzima protease. Incluem o atazanavir, darunavir, fosamprenavir, indinavir, lopinavir/ritonavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir e tipranavir.

ITRN – Inibidores da transcriptase reversa nucleósidos, família de medicamentos antirretrovirais que inclui o 3TC, abacavir, AZT, d4T, ddI e FTC.

ITRNN – Inibidores da transcriptase reversa não nucleósidos, família de medicamentos antirretrovirais que inclui o efavirenze, a etravirina e nevirapina.

Leucopenia – Valor anormalmente baixo de leucócitos no sangue, geralmente devido a danos na medula óssea.

Meningite – Inflamação do revestimento do cérebro e da medula espinhal.

Neuropatia periférica – Danos nos nervos das mãos e/ou dos pés, que provocam sintomas que vão desde a dormência até dores intensas.

Pulmonar – Que afeta os pulmões.

Regime – Medicamento ou esquema de tratamento e o modo como é tomado.

Sistema imunitário – Conjunto de células e citocinas do organismo cuja função é combater infecções e eliminar células disfuncionais.

Trombocitopenia – Diminuição do número de plaquetas (células responsáveis pela coagulação) no sangue.

Tuberculose – Doença provocada por uma bactéria designada por *Mycobacterium tuberculosis*.

GAT

Av. Gomes Pereira, 98 - 4º

1500-332 Lisboa

Portugal

Tel: +351 21 096 78 26

Fax: +351 21 093 82 16

E-mail: gatcontactos@gmail.com

Site: www.gatportugal.org

Projecto Informação VIH/SIDA

