

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT



Experiencias expandiendo TPI

Eveline Vale (HIV/Aids)

Denise Arakaki-Sanchez (PNCT)

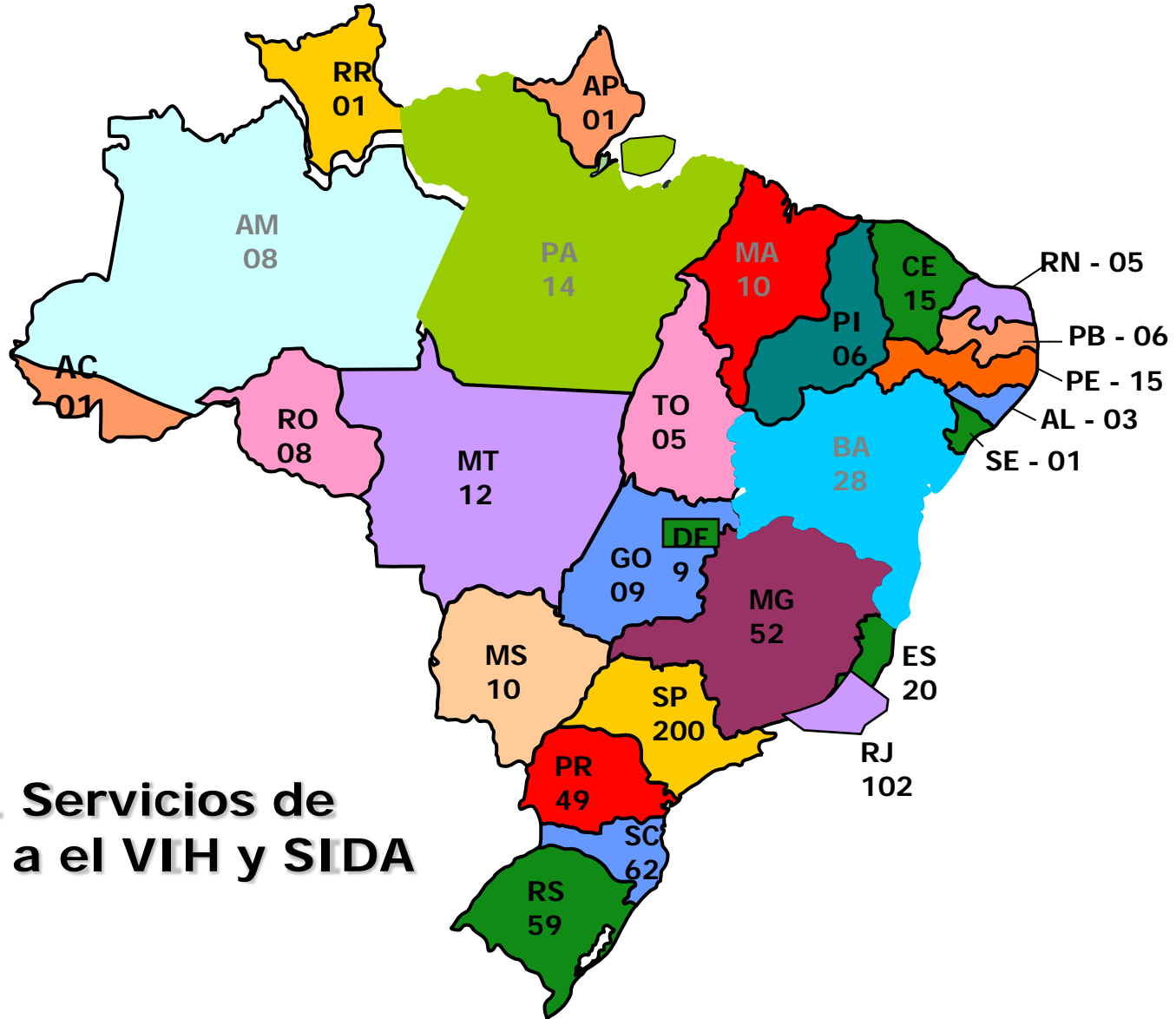
Panama, 07 julio 2011



Contexto epidemiológico VIH/SIDA (2010)

- 600.000 personas viven con VIH
- Prevalencia de 0,6% (14 a 49 años de edad)
- 210.000 personas en la terapia antirretroviral
- 4.700 habían TB (2009)

Distribución de los servicios de atención a el VIH y SIDA por provincias



Total: 731 Servicios de Atención a el VIH y SIDA

Recomendaciones nacionales

➤ **Indicación de la isoniazida para las personas con VIH/SIDA:**

- Si la prueba de tuberculina es superior a 5 mm (se debe realizar a cada año cuando < 5mm).
- Contacto con un paciente con TB BK+ (bacilíferos).
- Imagen radiológica con cicatrices y sin antecedentes de tratamiento de la tuberculosis.

Recomendaciones nacionales (desde 2008)

- **Tiempo para el tratamiento preventivo con isoniazida:
6 a 9 meses**

Contexto en 2009

- Profesionales de la salud poco sensibilizados para indicar la prueba tuberculina.
- Escasez de profesionales capacitados en la aplicación y la lectura de la prueba tuberculina en servicios de VIH/SIDA.

Contexto en 2009

- Ausencia de un sistema de registro estandarizado para TPI
- Isoniazida no disponible en los servicios de VIH/SIDA (distribución en servicios para TB)

Que ha sido hecho a partir de 2010...

- Seminarios para manejo de la coinfección para los profesionales de la salud;
- Formación de enfermeras en los servicios de VIH para la aplicación y la lectura de las pruebas de tuberculina;
- Inclusión de información sobre la realización de prueba tuberculina y isoniazida en sistema de información de la dispensación de antirretrovirales (SICLOM).

Que ha sido hecho a partir de 2010...

- Hacer disponibles la isoniazida en los servicios de VIH/SIDA en 2011
- Proyecto para implementar actividades de control de la tuberculosis en Servicios VIH/SIDA con el apoyo de USAID para 13 ciudades con tasas de coinfección > 20% (region sur del pais)

Formulário de Solicitação de Medicamentos

Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

Nº de Prontuário: _____ Peso: () 60 kilos ou + () - de 60 kilos Número de dias para dispensa de exposição: _____ Este formulário vale para: 1 dispensa 2 dispensas

Categoria do Usuário - Exposição
 Gestante HIV + Ocupacional
 Recém-nascido de mãe HIV+ Violência Sexual
 Parturiente Casais Sorodiscordantes
 Aids - Adulto Comp. de seringa
 Aids - Criança Outros

Motivo para mudança no tratamento anti-retroviral (TARV)
 Falha terapêutica clínica Reação(ões) adversa(s) a (os) ARV: sigla(s) do(s) medicamento(s) _____
 Falha terapêutica laboratorial
 Gestação (contra-indicação do esquema ARV em uso) Outro - especificar: _____

Semanas de gestação: _____ Genotipagem: Não Sim Início de Tratamento? Não Sim
 Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Exposto: _____ Data da exposição: _____

Justificativa para dispensação de quantitativo para mais de 1 mês (no caso do paciente se ausentar por mais de um mês) - 2 meses ou 3 meses
 60 dias 90 dias
 Férias Ausentar-se a trabalho
 Outra - especificar: _____
Obs: Conforme disponibilidade de estoque da farmácia.

Realizou PPD: () SIM () NÃO Data da realização: ____/____/____ Resultado: () < 5 mm () >= 5 mm
 Foi indicada QP: () SIM () NÃO Data da indicação: ____/____/____
 Caso indicado QP com PPD < 5 mm: () Contato com paciente bacilífero () Presença de cicatriz radiológica

| Retirou o medicamento? | | Medicamentos (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente) | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1ª Disp. | 2ª Disp. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Abacavir - ABC | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 20mg/mL /dia | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Amprenavir - APV | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 15mg/mL /dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Atazanavir - ATV | <input type="checkbox"/> caps. de 200mg /dia | <input type="checkbox"/> caps. de 150mg /dia | <input type="checkbox"/> caps. de 300 mg /dia |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Darunavir - DRV | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Dídanosina - ddi | <input type="checkbox"/> caps. de 250mg /dia | <input type="checkbox"/> caps. de 400mg /dia | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral de 10mg/mL/dia |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Efavirenz - EFZ | <input type="checkbox"/> comp. de 600 mg /dia | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 30 mg/mL /dia | <input type="checkbox"/> caps. de 200 mg /dia |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Enfuvirtida - T-20 | <input type="checkbox"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Estavudina - d4T | <input type="checkbox"/> caps. de 30 mg /dia | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 1mg/mL /dia | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Fosamprenavir - FPV | <input type="checkbox"/> comp. de 700mg/dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Indinavir - IDV | <input type="checkbox"/> caps. de 400 mg /dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Lamivudina - 3TC | <input type="checkbox"/> comp. de 150mg /dia | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Lopinavir + ritonavir - LPV/r | <input type="checkbox"/> Comp. de 200mg + 50 mg/dia | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nevirapina - NVP | <input type="checkbox"/> comp. de 200mg /dia | <input type="checkbox"/> mL de suspensão oral 10mg/mL /dia | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Raltegravir - RAL | <input type="checkbox"/> comp. de 400 mg / dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Ritonavir - RTV | <input type="checkbox"/> caps. de 100mg /dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Saquinavir - SQV | <input type="checkbox"/> caps. MOLE de 200mg /dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Tenofovir - TDF | <input type="checkbox"/> comp. de 300 mg / dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Zidovudina+Lamivudina - AZT + 3TC | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg +150mg / dia | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Zidovudina - AZT | <input type="checkbox"/> caps. de 100mg / dia | <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL /dia | <input type="checkbox"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia |

Para uso da farmácia
 Médico: _____ Data: ____/____/____ CRM: _____
 (carimbo e assinatura)

Farmacêutico responsável
 Data: ____/____/____ CRF: _____
 (carimbo e assinatura)
 Farmacêutico responsável
 Data: ____/____/____ CRF: _____
 (carimbo e assinatura)

1ª dispensa - Recebi em ____/____/____
 (assinatura do usuário)
 2ª dispensa - Recebi em ____/____/____
 (assinatura do usuário)

Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1995, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1995.

Assunto: Monitoramento da realização do PPD e quimioprofilaxia (QP) para Tuberculose em pessoas em tratamento antirretroviral por meio do SICLOM.

Brasília, 07 de julho de 2009.

Realizou PPD: SIM NÃO

Data da realização ___/___/___

Resultado: <5 mm ≥5 mm

Foi indicada QP: SIM NÃO

Data da indicação ___/___/___

Caso indicado QP com PPD < 5 mm:

Contato com paciente bacilífero Presença de cicatriz radiológica

Primeros resultados del proyecto en Paranagua - PR (USAID)

- Unidad de salud VIH/SIDA cuenta con ~ 1.000 pacientes activos
- Prueba de la tuberculina há sido hecha en 350 pacientes en 3 meses (dentro de la rutina)
- 5% de los testados fueran positivos (>5mm) y la mitad de los cuales se encontraban dentro de una imagen sugestiva de tuberculosis en la radiografía de torax (assintomaticos)

Lecciones aprendidas

- Profesionales apoyan la idea de las actividades colaborativas TB/VIH
- Enfermeras son parte importante para la estrategia
- - Es posible diagnosticar precozmente casos de TB por tamizaje (PT positiva y RX) para TPI

Desafios

- Establecer un sistema de información con una mayor cobertura.
- La inclusión de la prueba de la tuberculina en la atención sistemática de las personas que viven con VIH
- Aumentar la aceptación de los infectólogos para la indicación de la isoniazida.
- Aumentar el impacto de las acciones del programa de la tuberculosis dentro de los servicios de VIH y reducir la mortalidad por TB en las personas que viven con el VIH.

Muchas gracias!!

denise.arakaki@saude.gov.br (PNCT)

eveline.vale@aids.gov.br (HIV/Aids)



Ministério da
Saúde

