

Rastreio de Tuberculose em populações vulneráveis

1. Fundamentação

- A. O número de novos casos de Tuberculose (TB) tem vindo a diminuir em Portugal.¹
- B. Desde que o Programa Nacional para a Tuberculose foi criado, em 1995, que se assistiu a uma melhoria sustentada no controlo e prevenção da doença, residindo uma boa parte do sucesso nos princípios de gratuidade e acesso aos cuidados de saúde para toda a população.²
- C. As novas estratégias de eliminação da doença acrescentam aos anteriores desafios de controlo da tuberculose a importância da sua prevenção, através da melhoria contínua do processo de investigação epidemiológica desencadeado em cada caso de doença. Neste novo contexto, mantém-se como prioritário identificar os que estão em maior risco de desenvolver tuberculose, encaminhando-os para rastreio, por forma a iniciar tratamento preventivo e assim, evitar futuros novos casos de tuberculose ativa.
- D. Os que estão em risco de desenvolver TB são 1) os que apresentam um risco aumentado de exposição a doentes com TB (reclusos, trabalhadores em locais / instituições onde o risco de exposição a TB é elevado - instituições sociais, comunitárias ou de saúde, os contactos de doentes com TB, trabalhadores da indústria da pedra, migrantes provenientes de países com elevada incidência de TB); 2) os que apresentam limitação no acesso aos cuidados de saúde (migrantes, crianças, sem-abrigo, idosos) e 3) os que apresentam risco elevado de progressão para doença quando infetados (pessoas que vivem com VIH, pessoas com silicose, pessoas que estão sob tratamento imunossupressor, utilizadores de drogas, as pessoas com dependência de álcool, crianças com idade inferior a 6 anos).³
- E. Na elaboração de um rastreio, consideram-se como expostos os indivíduos que contactaram com o caso infeccioso com sintomas ou exame direto positivo nas amostras respiratórias ou presença de cavitação na radiografia de tórax, nos 3 meses antes do início dos sintomas ou do primeiro achado sugestivo da doença. Nos doentes sem cavitação, em que o exame direto é negativo e sem sintomas, consideram-se os contactos nas 4 semanas antes.⁴

¹ Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal - Dados definitivos 2018/2019. Direção-Geral da Saúde

² Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal - Dados definitivos 2018/2019. Direção-Geral da Saúde

³ The Paradigm Shift 2018-2022. Stop TB Partnership. 2019

⁴ Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas - Recomendações. 2020. Direção-Geral da Saúde

- F. Nos contactos identificados durante o período de contagiosidade, são considerados aqueles que tiveram 8 ou mais horas cumulativas em contacto com o caso infeccioso com exame direto positivo e aqueles que tiveram 40 ou mais horas cumulativas quando o caso infeccioso tem exame direto negativo, mas exame cultural positivo. Nas crianças e adultos com imunossupressão deve ser efetuado rastreio ainda que em contactos esporádicos.⁵
- G. O rastreio de infeção por *Mycobacterium tuberculosis* (TBI) no indivíduo com história de exposição a doente com TB é um componente essencial numa estratégia de eliminação da doença, oferecendo tratamento preventivo e reduzindo o risco de futuros novos casos de doença.⁶
- H. Os testes atualmente disponíveis para rastreio de TBI são o teste tuberculínico (TST) e os testes de interferon gama (IGRA), que avaliam a resposta imunológica celular adaptativa aos antígenos micobacterianos, não distinguindo infeção ativa, latente ou passada. Ambos apresentam vantagens e limitações, salientando-se a elevada sensibilidade do TST e a elevada especificidade dos testes IGRA, em indivíduos imunocompetentes. O resultado do IGRA pode ser positivo, negativo ou indeterminado, com base em critérios de interpretação da resposta imunológica, nomeadamente a concentração de interferon gama no plasma após estimulação com antígenos específicos do *Mycobacterium tuberculosis*. A interpretação do resultado indeterminado deve ser baseada no valor do mitogénio. O resultado indeterminado ocorre se linfócitos insuficientes ou com atividade reduzida, se manuseamento inadequado da amostra ou enchimento/mistura incorreta do tubo de mitogénio.⁷
- I. O TST deve ser reservado para as crianças com idade inferior a 6 anos de idade e imunocomprometidos. No entanto, o ideal será a conjugação dos dois testes nos grupos de maior risco. Os testes imunológicos devem ser repetidos 8 a 10 semanas após exposição, se previamente negativos. Em grupos suscetíveis de infeção após exposição, é indicado o início de tratamento preventivo.⁵
- J. As crianças com idade inferior a 6 anos apresentam maior risco de evolução para doença após infeção e maior risco de infeção em períodos de exposição de menor duração, pelo que é recomendada quimioprofilaxia até completar o rastreio.⁵
- K. Nos que apresentam risco elevado de evolução para doença, ainda que sem história de exposição recente, deverá ser efetuado o rastreio sistemático de doença. Neste grupo incluem-se as pessoas que vivem com VIH, imunodeprimidos e candidatos a tratamento

⁵ Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas - Recomendações. 2020. Direção-Geral da Saúde

⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers. 2013:1-40. <https://www.cdc.gov/tb/publications/ltbi/pdf/targetedltbi.pdf>.

⁷ Organization WH. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136471/1/9789241548908_EngPdf?Ua=1&Ua=1. 2015:38. doi:WHO/HTM/TB/2015.01.

imunossupressor, as pessoas com dependência de álcool e os utilizadores de drogas. O rastreio baseia-se na realização do inquérito de sintomas e na promoção do acesso às consultas de tuberculose. A realização dos testes imunológicos deve ser efetuada nos imunodeprimidos, candidatos a tratamento imunossupressor ou se exposição a TB.⁸

- L. Nos que apresentam risco elevado de exposição, deve ser realizado periodicamente o inquérito de sintomas. Se exposição recente, devem ser também realizados testes imunológicos 8 a 10 semanas após exposição.

2. Metodologia do rastreio

- A. Todos os adultos e crianças com história de exposição recente a caso com TB devem realizar rastreio de TB;
- B. O rastreio de TB deve incluir a realização do inquérito de sintomas e a observação clínica. A radiografia de tórax deverá ser realizada se exposição e/ou sintomas sugestivos da doença. Perante sintomas e/ou alterações radiológicas, deverá ser excluída doença;
- C. O diagnóstico de TBI baseia-se no resultado dos testes imunológicos disponíveis atualmente – TST e IGRA;
- D. Os testes imunológicos devem ser reservados para rastreio de TBI;
- E. O TST deve ser reservado para crianças com idade inferior a 6 anos, imunocomprometidos e candidatos a tratamento imunossupressor, sendo realizado também o teste IGRA, nos casos em que o TST é negativo. Perante um dos testes positivos (TST ou IGRA) considera-se como tendo TBI. Nos restantes grupos, o rastreio baseia-se apenas no resultado do teste IGRA, dispensando a realização de TST;
- F. Todos os adultos e crianças que apresentem risco acrescido de exposição ou de progressão para tuberculose após infeção, independentemente da história de exposição, devem realizar rastreio de TB:
 - 1. No rastreio de tuberculose em adultos e crianças com idade superior a 6 anos, imunocompetentes e com história de exposição recente, deve excluída TB, através do inquérito de sintomas e radiografia de tórax e deve ser realizado teste IGRA às 8-10 semanas a partir da data de último contacto com o caso-índice. Um teste IGRA positivo indica TBI, sendo elegível para tratamento preventivo;
 - 2. No rastreio do imunocomprometido e com história de exposição recente a TB deve ser excluída TB, através do inquérito de sintomas e radiografia de tórax. Deve iniciar quimioprofilaxia após exclusão de doença e realizar testes imunológicos (TST e IGRA)

⁸ Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas - Recomendações. 2020. Direção-Geral da Saúde

às 8-10 semanas a partir da data de último contacto com o caso-índice. O tratamento preventivo deve manter-se até completar 9 meses de tratamento preventivo, ainda que testes imunológicos negativos;

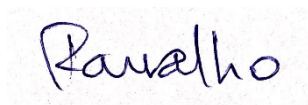
3. No rastreio de tuberculose da pessoa que vive com VIH ou no candidato a terapêutica biológica com anti-TNF alfa, na ausência de exposição recente, deve ser excluída TB através do inquérito de sintomas e radiografia de tórax. Devem ser realizados TST e IGRA. Se testes imunológicos negativos, deve repetir IGRA, anualmente. Um teste IGRA positivo indica TBI, sendo elegível para tratamento preventivo;

G. Interpretação dos testes imunológicos:

1. O TST deve ser considerado positivo se \geq a 5mm em crianças com idade inferior a 6 anos e sem BCG, imunodeprimidos ou candidatos a tratamento imunossupressor; \geq a 10mm em crianças idade inferior a 6 anos e com BCG, crianças com idade superior a 6 anos e adultos, imunocompetentes;
2. O teste IGRA é referido como positivo, negativo ou indeterminado. Os testes IGRA com resultado indeterminado devem ser repetidos.
3. Após um resultado positivo (TST ou IGRA), não está aconselhada a repetição futura com o mesmo teste. Assim, TST ou IGRA com resultado positivo devem ser registados e não devem ser repetidos.

H. Disponibilidade dos testes imunológicos:

1. Os testes imunológicos (TST e IGRA) estão disponíveis nos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e instituições hospitalares.



Diretora do Programa Nacional para a Tuberculose



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para a Tuberculose