

Guia de enfermagem para o manejo dos efeitos colaterais no tratamento da TB resistente a medicamentos



International Council of Nurses
The global voice of nursing



CURRY
INTERNATIONAL
TUBERCULOSIS
CENTER

UCSF

University of California
San Francisco

Stop TB Partnership
TB REACH

Esta publicação foi possível graças à colaboração do Projeto TB/TB-MDR do International Council of Nurses (ICN) e do Curry International Tuberculosis Center (CITC) da Universidade da Califórnia, em São Francisco (UCSF).

O Projeto TB/TB-MDR do ICN é apoiado por um subsídio da United Way Worldwide, possibilitado pela generosidade da Lilly Foundation em nome da Parceria Lilly MDR-TB. O desenvolvimento adicional, teste piloto, produção, design, tradução e disseminação deste *Guia de enfermagem para o manejo dos efeitos colaterais no tratamento da TB resistente a medicamentos* é apoiado pela iniciativa TB REACH da Stop TB Partnership e financiado pelo Governo do Canadá e pela Bill & Melinda Gates Foundation.

O CITC/UCSF é financiado pelo Acordo Cooperativo NU52PS910163-01-00 dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), que apoiou o desenvolvimento, produção, design e distribuição nos EUA deste guia em parceria com o ICN. As opiniões expressas em materiais escritos ou publicações não refletem necessariamente as políticas oficiais do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, nem a menção de nomes comerciais, práticas comerciais ou organizações implica o endosso do governo dos EUA.

Os testes de campo deste guia, realizados na Tanzânia e Indonésia, assim como sua tradução para o Bahasa Indonesia, foram financiados pelo Gabinete de Saúde Global, Escritório de Doenças Infecciosas, da Agência Norte-Americana para Desenvolvimento Internacional (USAID) sob o Acordo Cooperativo USAID Challenge TB No. AID-OAA-A-14-00029 em parceria com a KNCV Tuberculosis Foundation e a American Thoracic Society. Esta contribuição para o guia é possível graças ao generoso apoio do povo americano através da USAID. O conteúdo deste guia não reflete necessariamente as opiniões da USAID ou do governo dos Estados Unidos.

Todos os direitos, incluindo tradução para outros idiomas, reservados. Este trabalho pode ser reimpresso e redistribuído, no todo ou em parte, sem alteração e sem permissão prévia por escrito, desde que a publicação seja devidamente citada.

Citação sugerida: International Council of Nurses and Curry International Tuberculosis Center. *Nursing guide for managing side effects to drug-resistant TB treatment*. Geneva. 2018.

Este produto está disponível online nos seguintes sites:

- www.icn.ch/what-we-do/projects/tbmdr-tb-project
- www.currytbcenter.ucsf.edu/products

ISBN: 978-92-95099-65-4

Design: Edi Berton Design www.ediberton.com

Guia de enfermagem para o manejo dos efeitos colaterais no tratamento da TB resistente a medicamentos

Edição 2018

Autores

Ann Raftery, MS, BSN, RN

Centro Internacional de Tuberculose de Curry, Universidade da Califórnia, São Francisco, São Francisco, CA, USA

Carrie Tudor, PhD, MPH, BSN, RN

Conselho Internacional de Enfermagem, Genebra, Suíça

Lisa True, MS, RN

Centro Internacional de Tuberculose de Curry, Universidade da Califórnia, São Francisco, São Francisco, CA, USA

Catalina Navarro, BSN, RN

Centro Nacional de Tuberculose de Heartland, Santo Antônio, Texas, USA

Agradecimentos

Os autores deste guia desejam agradecer e reconhecer as contribuições daqueles que prestaram uma assistência incrível no desenvolvimento e pilotagem do guia. A primeira iteração foi testada em campo em 11 países por mais de 200 enfermeiros que usaram o guia e nos forneceram um feedback inestimável. Gostaríamos de agradecer às seguintes pessoas e organizações pela ajuda na coordenação dos testes de campo: Associação Russa de Enfermagem (Sra. Natalia Serebrennikova e Sra. Tatiana Fedotkina), Associação de Enfermagem da China e Escola de Enfermagem da Universidade Médica de Pequim (Dr. Zhao Hong e Dr. Guo Aimin), Indonésia (Programa Nacional de Tuberculose e Challenge TB KNVC Indonésia com Dr. Astuti Nursasi), África do Sul (Sra. Sharon Fynn), Programa Nacional de Controle da TB de Gana (Dr. Nii Nortey Hanson-Nortey), Zâmbia (Sr. Jojo Mulenga Moyo), Programa Nacional de TB da Tailândia (Dr. Sirinapha Jittimanee), Uganda (Sra. Namuyodi Damalie Waiswa), Projetos Binacionais para TB EUA-México (Sra. Catalina Navarro) e EUA (Sra. Lisa True).

O guia foi traduzido para cinco idiomas para uso no piloto. Gostaríamos de agradecer a Sra. Elena Ploetz e à Rede de Enfermagem de TB da Associação Russa de Enfermagem pela tradução do guia para o russo, ao Dr. Zhao Hong e ao Dr. Guo Aimin, da Escola de Enfermagem da Universidade Médica de Pequim, pela tradução do guia para o chinês, a Sra. Catalina Navarro, do Heartland National Tuberculosis Center, pela tradução do guia para o espanhol, a Sra. Baby Djojonegoro, da American Thoracic Society, ao Grupo de Trabalho Indonésio de Enfermagem TB-DR pela tradução do guia para o Bahasa Indonésia, ao Sr. Fernando Augusto Dias e Sanches do Instituto de Doenças do Tórax – Universidade Federal do Rio de Janeiro pela tradução do guia para o português e ao Dr. Sirinapha Jittimanee, do Programa Nacional de TB da Tailândia, pela tradução do guia para o tailandês.

Por último, mas não menos importante, gostaríamos de agradecer aos mais de 200 enfermeiros da linha de frente que cuidam de pacientes com TB-DR que usaram o guia e nos forneceram um feedback muito cuidadoso. Criamos este guia para você e para todos os enfermeiros que prestam assistência e tratamento a pacientes com TB-DR em todo o mundo. Obrigado por tudo o que fazem para melhorar o atendimento aos pacientes.

Índice

Abreviaturas	6
Introdução	8
Gastrointestinal	11
Náusea e vômitos	11
Gastrite	11
Diarreia	11
Hepatotoxicidade	19
Musculoesquelético	23
Fadiga	27
Neurológico	31
Neurite óptica	31
Ototoxicidade e toxicidade vestibular	31
Neuropatia periférica	31
Depressão	31
Psicose	31
Dor de cabeça	31
Convulsão	31
Anormalidades hematológicas	47
Anemia	47
Trombocitopenia	47
Toxicidade renal	53
Insuficiência renal aguda	53
Distúrbios eletrolíticos	53
Endócrino	59
Hipotireoidismo	59
Disglicemia	59
Cardíaco	65
Prolongamento do intervalo QT	65
Hipersensibilidade	69
Erupção cutânea	69
Anafilaxia	69
Hipersalivação	75
Referências	78
Apêndice A: Método de Avaliação da Dor	80
Apêndice B: Questionário sobre a saúde do/a paciente-(PHQ-9)	82
Apêndice C: Ferramenta de Avaliação de Neuropatia Periférica	86
Apêndice D: Checklist de monitoramento de efeitos colaterais	88

Abreviaturas

ABC	Abacavir
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroides
Am	Amicacina
Amx/Clv	Amoxicilina/Clavulanato
ARVss	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
Bdq	Bedaquilina
Cm	Capreomicina
Cfz	Clofazimina
Cs	Cicloserina
d4T	Estavudina
ddl	Didanosina
Dlm	Delamanid
ECG	Electrocardiograma
EFV	Efavirenz
Emb	Etambutol
Eto/Pto	Etionamida/Prothionamida
FQ	Fluoroquinolona
Gfx	Gatifloxacina
GI	Gastrointestinal
HC	Hemograma completo
Hct	Hematócrito
Hgb	Hemoglobina
HgbA1C	Exame de sangue usado para diagnosticar e controlar o diabetes; fornece a glicemia média de 8 a 12 semanas.
IMC	Índice de massa corporal
Imp/Cln	Imipenem/cilastatina
Inh	Isoniazida
INSTIs	Inibidores de transferência de cadeias de integrase

IPs	Inibidores de protease
ITRNs	Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos
IV	Intravenoso
Km	Canamicina
Lfx	Levofloxacina
Lzd	Linezolida
Mfx	Moxifloxacina
Mpm	Meropeném
NUS	Nitrogênio ureico sanguíneo
NVP	Nevirapina
PAS	Ácido para-aminossalicílico
PFH	Provas de função hepática
PQRST	Ferramenta de Avaliação de Dor (P recipitação, Q ualidade, R egião/radiation, S everidade, T empo)
Pza	Pirazinamida
Rif	Rifampicina
Rfb	Rifabutina
RPV	Rilpivirina
RTV	Ritonavir
S	Estreptomicina
SNC	Sistema nervoso central
SQV and SQV/r	Saquinavir e saquinavir/ritonavir
TB-DR	Tuberculose resistente a medicamentos
TDF	Tenofovir
TPV and TPV/r	Tipranavir e tipranavir/ritonavir
TMP/SMX	Trimetoprima /sulfametoxazol (Bactrim)
Trd	Terizidona
TSH	Hormônio tireoestimulante

Introdução

Pacientes em tratamento para tuberculose resistente a medicamentos (TB-DR) enfrentam muitos desafios, principalmente efeitos colaterais difíceis, como náuseas, perda auditiva e fadiga, que podem afetar a qualidade de vida, capacidade de trabalhar e capacidade de continuar as atividades diárias do paciente. Estudos recentes identificaram os efeitos colaterais dos medicamentos como um fator importante para os pacientes interromperem o tratamento prematuramente. O Relatório Global da Tuberculose 2017 da OMS observou uma crise contínua relacionada aos desfechos do tratamento para TB resistente a medicamentos, com apenas 54% dos pacientes completando com sucesso o tratamento em 2014.

Os enfermeiros são frequentemente o primeiro ponto de contato que um paciente terá ao procurar assistência médica, e são o principal quadro de profissionais de saúde em todo o mundo que realizam e/ou supervisionam o tratamento diário diretamente observado do paciente.

Os enfermeiros são constantemente os primeiros a ouvir os efeitos colaterais do paciente durante o tratamento da TB e, portanto, estão bem posicionados para intervir. Em resposta a solicitações de enfermeiros por ferramentas adicionais de recursos na prática da enfermagem, este guia foi desenvolvido para ajudá-los a avaliar e responder adequadamente aos efeitos colaterais relacionados aos medicamentos anti-TB. O guia foi concebido como referência para que os enfermeiros possam rapidamente:

- 1. Identificar sintomas que possam indicar um efeito colateral relacionado à medicação anti-TB ou antirretroviral;**
- 2. Avaliar a gravidade, assim como outros possíveis colaboradores; e**
- 3. Intervir adequadamente para minimizar o desconforto do paciente, reduzir a progressão do efeito colateral e, em última instância, apoiar o término do tratamento com sucesso.**

Este guia foi desenvolvido por enfermeiros com experiência no atendimento clínico e no manejo programático de TB e TB-DR em ambientes de recursos altos e baixos. A literatura de enfermagem e TB-DR foi revisada para estabelecer as melhores práticas de avaliação e orientação de intervenção de enfermagem. Enfermeiros que cuidam de pacientes com TB-DR testaram o material e forneceram feedback que foi usado para basear o conteúdo e o formato finais.

Como a informação é organizada

O guia está organizado nos principais tipos de toxicidades, sintomas associados, possíveis drogas causadoras e as avaliações e intervenções de enfermagem sugeridas. Alguns sintomas (por exemplo, náusea) podem estar associados a várias causas subjacentes e podem ser leves ou um sintoma de uma condição médica mais séria que exija atenção urgente. A fisiopatologia da fadiga e hipersalivação relacionadas à medicação não é clara, e esses sintomas não são agrupados sob um tipo específico de toxicidade. Informações (comentários) adicionais são fornecidas para cada toxicidade para destacar informações clínicas relevantes que possam auxiliar no manejo de efeitos colaterais. Medicamentos mais fortemente associados com o efeito colateral aparecem em **negrito**. Os apêndices incluem ferramentas que os enfermeiros podem usar para avaliar mais detalhadamente as queixas dos pacientes sobre dor, depressão e neuropatia.

Como usar o Guia

O guia é um recurso prático para enfermeiros em ambientes hospitalares, clínicos e comunitários e pode ser usado em conjunto com protocolos locais. Algumas avaliações e intervenções podem não estar disponíveis ou dentro do escopo da prática em todos os ambientes; os enfermeiros devem consultar os protocolos locais, quando disponíveis, para orientar a tomada de decisões. O escopo deste guia limita-se a abordar o manejo dos efeitos colaterais relacionados à medicação, e não aborda o manejo dos sintomas devido à própria doença ou outros aspectos importantes dos cuidados de enfermagem (como abordar barreiras à adesão). Além disso, o guia não substitui a necessidade de treinamento e orientação para enfermeiros que cuidam de pacientes com TB-DR.

Encorajamos nossos colegas enfermeiros a continuar identificando lacunas em recursos e materiais de treinamento para que possamos trabalhar para atender às necessidades. Em caso de dúvida, favor entrar em contato com os autores.

Notas

Náusea e vômitos

Gastrite

Diarreia

Gastrointestinal

Gastrointestinal / Náusea e vômitos

Sintomas

Náusea e vômitos

Possível droga causadora

Anti-TB:

Eto/Pto

PAS

Bdq

Inh

Emb

Pza

Amx/Clv

Cfz

Dlm

Lzd

Cs/Trd

ARVs:

RTV

d4T

NVP

e a maioria dos outros

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de:

- Hepatite (fadiga, dor abdominal, amarelamento dos olhos e pele)
- Sangramento GI (vômito com sangue vermelho ou aparência de “borra de café”, dor abdominal, tontura)
- Desidratação (secura/turgor da pele, olhos fundos, diminuição da micção, confusão)

Pergunte ao paciente:

- Quais medicamentos você está tomando?
- Quando a náusea ou vômito começa?
- Com que frequência você tem náusea e/ou vômito e quanto tempo dura?
- O que faz com que melhore ou piore?
- Como está o seu apetite?
- O que você comeu/bebeu hoje?
- Em caso de vômitos, descreva a cor e a consistência

Em caso de vômito significativo, verifique:

- Sinais vitais, eletrólitos séricos e creatinina
- Se febril, encaminhe para avaliação médica

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando são observados sinais de hepatite, sangramento gastrointestinal ou desidratação.

Oriente o paciente

- Um pouco de náusea e vômitos são esperados no início do tratamento da TB-DR, mas diminuirão com o tempo
- Estratégias de suporte nutricional (por exemplo, boa hidratação; refeições pequenas e frequentes; bebidas com gengibre ou doces podem ajudar)
- Técnicas de relaxamento ou outras medidas de conforto

Quando as náuseas e/ou vômitos forem considerados incômodos para o paciente, discuta com o médico:

- **Anti-emético*** 30 min. antes da medicação TB-DR
- Aumento lento da medicação suspeita (Eto/Pto, PAS)
- Horário da dose da medicação suspeita (dose maior na hora de dormir ou outra hora do dia)
- Medicamentos ansiolíticos para náusea antecipatória
- Se reidratação oral ou IV é necessária se o paciente apresentar sinais de desidratação
- Se a reposição de eletrólitos é indicada

Comentários

Náuseas e/ou vômitos também podem ocorrer em caso de:

- Doença viral aguda
- Hepatite
- Gastrite ou úlcera péptica
- Pancreatite
- Doença da vesícula biliar
- Doença dos ductos biliares
- Intolerância à lactose
- Insuficiência renal aguda
- Abstinência alcoólica
- Gastroparesia diabética
- Gestação
- Obstrução intestinal
- TB do SNC
- Fatores psicológicos (por exemplo, ansiedade)

Pacientes com diabetes podem ter melhores resultados com medicamentos pró-motilidade (por exemplo, metoclopramida).

Nota:

*Se o paciente estiver tomando Bdq ou Dlm, não dê ondanestrona como anti-emético, pois pode prolongar o intervalo QTc

Gastrointestinal / Gastrite

Sintomas

Um ou mais dos seguintes sintomas:

Dor ou sensação de queimação no abdome ou esôfago

Gosto amargo na boca

Inchaço

Possível droga causadora

<u>Anti-TB:</u>	<u>ARVs:</u>
PAS	A maioria dos ARVs
Eto/Pto	
Cfz	
FQ (Lfx, Mfx)	
Inh	
Emb	
Pza	

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de:

- Hepatite (fadiga, dor abdominal, amarelamento dos olhos e pele)
- Sangramento GI (sangue no vômito ou nas fezes)

Pergunte ao paciente:

- Quais medicamentos você está tomando?
- Quando os sintomas ocorrem?
- Quanto tempo duram?
- O que faz com que melhore ou piore?
- Como está o seu apetite?
- O que você comeu/bebeu hoje?

Verifique se há sintomas de gastrite (queimação epigástrica, gosto amargo na boca, distensão ou inchaço abdominal)

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando são observados sinais de hepatite ou hemorragia digestiva (presença de sangue no vômito ou nas fezes).

Oriente o paciente:

- A gastrite é um efeito colateral comum do tratamento da TB-DR, e pode ser tratada.
- Tente fazer refeições pequenas e frequentes. Evite alimentos e bebidas que possam piorar os sintomas (por exemplo, álcool, cafeína, pimenta, alimentos ácidos e gordurosos)
- Experimente técnicas de relaxamento e/ou distração

Se a gastrite for incômoda, discuta com o médico:

- Se o uso de medicação adjuvante (bloqueador H2 ou inibidor da bomba de prótons) pode ajudar
- Minimizar ou interromper o uso de AINEs
- Iniciar um antiácido; **Nota:** os antiácidos devem ser tomados 2 horas antes ou depois dos medicamentos para TB

Comentários

Os sintomas costumam ser piores de manhã ou antes de comer. Pacientes que tomam anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou bebem muito álcool correm maior risco.

A dor abdominal é um efeito colateral comum dos ARVs.

A dor abdominal também pode ocorrer em caso de pancreatite, acidose láctica, infecção por *H. pylori* e úlcera péptica.

A Cfz tem sido associada a desconforto abdominal grave. Nesses casos, o uso de Cfz deve ser interrompido. Se o paciente estiver tomando o regime curto de TB-DR, que inclui Cfz, e precisar parar devido a esse efeito adverso, o paciente não se qualifica mais para completar o regime mais curto e deve mudar para um regime alternativo de TB-DR.

Gastrointestinal / Diarreia

Sintomas

Evacuação frequente e/ou diarreia

podem ser acompanhadas de:

Cólicas abdominais

Possível droga causadora

Anti-TB:

PAS

Eto/Pto

FQ (Lfx, Mfx)

Lzd

Amx/Clv

ARVs:

Todos os IPs

ddl

(formulação tamponada)

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de:

Desidratação (secura/turgor da pele, olhos fundos, diminuição da micção, confusão, fadiga e fraqueza extremas)

Pergunte ao paciente:

- Quando isso começou?
- Quantas vezes por dia você está evacuando?
- O que faz com que melhore ou piore?
- Qual é a aparência das fezes?
- Há sangue ou muco nas fezes? (**em caso afirmativo**, encaminhar imediatamente para avaliação médica)

Verifique:

- Sinais vitais - se febril, encaminhar para avaliação médica

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando forem observados sinais de desidratação.

Oriente o paciente:

- A diarreia é comum no início do tratamento para TB-DR, mas geralmente desaparece após algumas semanas
- Beba muito líquido ao longo do dia
- Evite alimentos ricos em fibras ou gordurosos/fritos
- Produtos probióticos (com *Lactobacillus*) ou alimentos como iogurte (**não fornecidos em até 2 horas após a FQ**) podem melhorar os sintomas pela reposição da flora normal/bactérias intestinais

Quando a diarreia for considerada incômoda para o paciente, discuta com o médico:

- Uso de medicação adjuvante (loperamida)
- Aumento lento da medicação suspeita (PAS)
- Redução da dose da medicação suspeita, se não comprometer o regime

Comentários

A diarreia relacionada ao PAS normalmente melhora após algumas semanas de tratamento da TB-DR.

A diarreia relacionada ao uso de Lzd pode se resolver com uma redução de dose.

A presença de febre ou sangue nas fezes sugere que a causa da diarreia pode não ser os medicamentos anti-TB ou ARVs.

Diarreia também pode ocorrer em casos de:

- Doença inflamatória intestinal
- Infecções bacterianas e parasíticas transmitidas pela água
- *Clostridium difficile* (colite pseudomembranosa)
- Intolerância à lactose

Notas

Hepatotoxicidade

Sintomas

Náuseas, vômitos
MAIS

Dor abdominal,
fadiga e perda de
apetite

*Os sintomas do estágio tardio
podem incluir:*

Febre

Erupção cutânea

Icterícia

(amarelamento dos
olhos e pele)

Avaliação da enfermagem

As mesmas observações e questões para
avaliar náuseas e vômitos MAIS:

- **Observar sinais de** icterícia (amarelamento dos olhos e pele)
- Usar a abordagem de avaliação de dor quando o paciente relata dor (consulte o Apêndice A)

Pergunte ao paciente:

Você consome álcool? Em caso afirmativo, com que frequência e quando foi a última vez em que bebeu?

Verifique:

- Último exame da função hepática (PFH), bilirrubina total, albumina sérica e eletrólitos
- Resultados do painel de hepatite viral
- Cor da urina e das fezes
- Estado nutricional do paciente (peso e IMC) e ingestão nutricional

Possível droga causadora

<u>Anti-TB:</u>	<u>ARVs:</u>
Inh	NVP
Pza	EFV
Rif	IP
Rfb	(TPV/r> outros)
Eto/Pto	maioria dos NRTIs
Bdq	(d4T, ddl, AZT)
PAS	
Raramente, Emb e Mfx	

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando esses sintomas estiverem presentes ao mesmo tempo e/ou se as enzimas hepáticas estiverem maiores ou iguais a 5 vezes o limite superior normal.

- Interrompa todos os medicamentos anti-TB e outros medicamentos hepatotóxicos
- Avalie e trate outras causas potenciais

Oriente o paciente:

- Medidas de conforto para minimizar a dor
- Atividade limitada para economizar energia
- Pequenas refeições frequentes para manter o metabolismo energético ideal
- Evitar bebidas alcoólicas

Discuta com o médico:

- Se reidratação oral ou IV é necessária se o paciente apresentar sinais de desidratação
- Consulta nutricional, se disponível
- Se exames de sangue devem ser feitos/repetidos (PFH, T. bilirrubina, albumina, sorologia viral)
- Planos para a reintrodução de medicamentos para TB e se descontinuar os medicamentos causadores dos efeitos colaterais

Comentários

A dor abdominal pode ser um sintoma precoce de efeitos colaterais graves, como pancreatite, hepatite ou acidose láctica.

A coinfeção por HIV pode aumentar o risco de hepatite.

Outros medicamentos também podem contribuir (por exemplo, TMP/SMX, ibuprofeno, acetaminofeno).

Causas virais de hepatite (hepatite A, B, C e citomegalovírus) devem ser avaliadas.

EFV, NVP e TPV/r não são recomendados em pacientes com HIV e insuficiência hepática.

Notas

Musculoesquelético

Sintomas

Dor muscular ou nas articulações

Possível droga causadora

Anti-TB:

Pza
FQs (Lfx, Mfx)
Eto/Pto
Bdq
Rfb

ARVs:

Indinavir
outros IPs

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de inchaço agudo, eritema e calor no local da dor muscular ou articular.

Pergunte ao paciente:

- Quais medicamentos você está tomando para dores musculares ou articulares?
- Algum histórico médico de dor articular ou muscular?
- Usar as perguntas de avaliação da dor no Apêndice A

Verifique:

- TSH, eletrólitos séricos e exames de sangue com ácido úrico

Intervenções da enfermagem

Procure uma avaliação médica mais detalhada em caso de:

- Presença de inchaço agudo, eritema e calor, para avaliar infecção ou doença inflamatória
- Resultados anormais de TSH, eletrólitos ou exames de sangue com ácido úrico

Oriente o paciente:

- Um pouco de dor/sensibilidade nos músculos e articulações é comum durante as primeiras semanas de tratamento, mas diminuirão ao longo do tempo
- Evite atividade física vigorosa se houver sensibilidade no tendão de Aquiles
- Atividade física, conforme tolerada, pode ajudar a diminuir a dor
- Uma dieta com baixo teor de purina pode ajudar se a dor for causada por gota (por exemplo, evitar carnes ricas em purinas, como fígado e rim; limitar a ingestão de carne vermelha, aves e peixes)
- Importância de manter-se bem hidratado

Quando um paciente apresenta ou é incomodado por dores musculares ou articulares, discuta com o médico:

- Uso de analgésicos auxiliares/AINEs

Comentários

Os inibidores de protease podem causar dor nas articulações e, raramente, patologia reumatológica mais grave.

Ruptura do tendão associada ao uso de FQ é rara; pacientes idosos e com diabetes podem ter maior risco.

Os distúrbios eletrolíticos associados aos aminoglicosídeos e Cm também podem causar dores e câimbras musculares.

O hipotireoidismo também pode contribuir.

A Pza pode precisar ser interrompida para aliviar a gota aguda relacionada a este medicamento.

Notas

Fadiga

Fadiga

Sintomas

Sensação
generalizada de
cansaço ou

Falta de energia

Possível droga causadora

Anti-TB:

Qualquer droga

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de fadiga, como diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e funções da vida diária.

Pergunte ao paciente:

- Quando começou a notar uma mudança em sua energia?
- Qual é o padrão e a duração da fadiga durante o dia?
- O que faz com que melhore ou piore?
- O que você comeu e bebeu hoje?
- Qual é o seu padrão de sono?
- Você sente que está dormindo o suficiente?

Verifique:

- Causas subjacentes de fadiga, incluindo anemia, distúrbios do sono, desequilíbrios nutricionais ou eletrolíticos, hipotireoidismo e acidose lática

Intervenções da enfermagem

Busque avaliação médica se houver evidência de fatores contribuintes específicos, incluindo dor, angústia emocional, anemia, desequilíbrio eletrolítico ou hipotireoidismo.

Oriente o paciente:

- Automonitor os níveis de fadiga e use estratégias para poupar energia
- Considere fazer exercícios, conforme tolerado
- Mantenha uma boa dieta nutricional
- Importância do sono adequado

Discuta com o médico:

- Tratamento para causas subjacentes
- Se os medicamentos podem ser administrados no final do dia ou da noite para minimizar o impacto da fadiga

Comentários

A fadiga pode ser um sintoma angustiante e perturbador que pode ser sub-relatado e sub-tratado.

A fadiga raramente é um sintoma isolado, e ocorre mais comumente com outros sintomas, como dor, angústia emocional, náusea e distúrbios do sono.

A fadiga pode estar relacionada à própria doença da tuberculose, aos efeitos colaterais dos medicamentos ou a outras comorbidades.

Notas

Neurite óptica

Ototoxicidade e
toxicidade vestibular

Neuropatia periférica

Depressão

Psicose

Dor de cabeça

Convulsão

Neuroológico

Neurológico / Neurite óptica

Sintomas

Alterações na visão

(cor e acuidade)

Dor ao redor do olho ou com movimento ocular

Possível droga causadora

Anti-TB:

Emb

Lzd

Eto/Pto

Cfz

Rfb e Inh
(raro)

ARVs:

ddl

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de alterações agudas da visão.

Pergunte ao paciente:

- Alguma alteração ou problema com a sua visão?
 - Em caso afirmativo, descreva as alterações que você notou.
- Você está com dor nos olhos?

Verifique:

- Acuidade visual e visão de cores
- Glicose sérica e HbA1c
- Clearance de creatinina

Intervenções da enfermagem

Busque avaliação médica para alterações visuais agudas ou dor ocular.

Oriente o paciente (e a família):

- A observar e relatar qualquer alteração na visão ou dor ocular
- Importância de garantir um ambiente seguro para pacientes com deficiência visual
- Evitar exercícios vigorosos até que a condição seja avaliada
- Importância de manter a glicose no sangue em uma faixa saudável se o paciente também tiver diabetes

Discuta com o médico:

- Se o encaminhamento para avaliação oftalmológica pode ser indicado
- Se a medicação causadora suspeita deve ser descontinuada e substituída.
- Frequência da dose Emb de diariamente a três vezes por semana quando a depuração de creatinina for <30 mL/min.

Comentários

Pode ocorrer retinopatia com o uso de Cfz, exigindo sua descontinuação.

Pode ocorrer neuropatia óptica em pacientes que tomam Lzd, às vezes aparecendo após 4 meses ou mais de tratamento. Essa condição é geralmente reversível ao parar a medicação. Alguns usaram doses menores de 300 mg por dia ou 600 mg em dias alternados, sem recorrência, quando outras opções de medicação eram limitadas.

Em pacientes com diabetes, trabalhe no sentido de melhorar o controle da glicemia.

Nota:

O monitoramento basal + mensal da acuidade visual e visão de cores é indicado quando o paciente está tomando Emb ou Lzd diariamente.

Sintomas

Alguma combinação dos seguintes sintomas:

Perda auditiva

Zumbido nos ouvidos

Tontura

Perda de equilíbrio

Marcha anormal

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de:

- Perda de equilíbrio ou marcha anormal (por exemplo, andar em ziguezague ou cambalear)
- Perda de audição
- **Pergunte ao paciente:** Como está sua audição?
- Algum zumbido ou plenitude nos ouvidos? Em caso afirmativo, de um lado ou ambos os lados?
- Você está se sentindo tonto, fraco ou instável?

Verifique basal e mensalmente:

- Audição com audiograma (se disponível)
- Equilíbrio (em pé e andando)

Possível droga causadora

Anti-TB:

Am

Km

S

Cm

ARVs:

TDF

(Raro)

Intervenções da enfermagem

Busque avaliação médica quando sinais de perda auditiva ou alteração no equilíbrio forem observados.

Oriente o paciente:

- Importância de testes auditivos para avaliar sinais precoces de perda auditiva (geralmente a perda de alta frequência ocorre primeiro)
- Relate qualquer alteração na audição ou no equilíbrio
- Evite mudanças repentinas de posição ou atividades que resultem em agravamento dos sintomas

Quando um paciente apresenta ou é incomodado por agravamento da perda auditiva, falta de equilíbrio, zumbido ou tontura, discuta com o médico:

- Frequência de injetáveis (pode diminuir para duas ou três vezes por semana?)
- Se os injetáveis devem ser descontinuados

Comentários

A perda auditiva de alta frequência geralmente ocorre primeiro, e equipamento audiograma sensível é necessário para detectá-la. A perda de audição em frequências de fala conversacional ocorre à medida que a perda auditiva progride. A perda auditiva pode continuar mesmo após os injetáveis serem interrompidos.

Outras causas de tontura leve podem incluir Cs, Trd, FQs, Eto, Pto, Inh ou Lzd. Interromper todos os medicamentos anti-TB durante vários dias pode ajudar a distinguir a causa.

O uso concomitante de furosemida pode agravar os efeitos ototóxicos (particularmente com insuficiência renal).

Nota:

A perda auditiva e a disfunção vestibular geralmente não são reversíveis ao interromper a terapia. Verifique e documente a função auditiva e vestibular basal e mensalmente, quando da administração de Am, Km, Cm ou S.

Sintomas

Sensação de formigamento

Pontada

Queimação ou dormência nos pés, dedos ou mãos

À medida que os sintomas progredem:

Fraqueza e instabilidade da marcha podem aparecer

Possível droga causadora

Anti-TB:	ARVs:
Lzd	d4T
Inh	ddl
Cs/Trd	
S	
Am	
Km	
Cm	
FQs (Lfx, Mfx)	
Raramente Eto/Pto	
Emb	

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de neuropatia (alteração da sensibilidade nas extremidades inferiores).

Pergunte ao paciente:

- Quando você notou esses sintomas pela primeira vez?
- Teve esses sintomas antes de iniciar o tratamento para TB-DR ou eles começaram depois?
- Você fuma ou consome álcool?
- Já fez exames ou tem diabetes? HIV? Hipotireoidismo?
- [Se o paciente for do sexo feminino] Quando foi sua última menstruação?

Verifique:

- HgbA1c
- TSH
- Teste de gravidez se for do sexo feminino em idade fértil
- Exame físico: avalie a sensibilidade nos pés, mãos e reflexos (ver Apêndice C)

Intervenções da enfermagem

Busque uma avaliação médica mais detalhada quando um paciente relata esses sintomas ou quando os achados da triagem de neuropatia periférica (ver Apêndice C) indicam presença ou agravamento dos sintomas associados à neuropatia.

Oriente o paciente:

- Importância de uma boa nutrição
- Estratégias para controle de açúcar no sangue, se diabético
- Evitar consumir álcool (desintoxicação/reabilitação, se indicado) e fumar, o que pode piorar a neuropatia
- Importância de relatar qualquer dormência, formigamento ou dor nas mãos ou nos pés

Quando um paciente apresenta sinais de neuropatia periférica, discuta com o médico:

- Vitaminas ou suplementos nutricionais são necessários?
- Se a medicação provavelmente causadora deve ser descontinuada ou ter sua dose diminuída
- Se é necessária reposição hormonal da tireoide
- Outras intervenções médicas que podem ajudar (por exemplo, gabapentina ou um antidepressivo tricíclico)

Comentários

A neuropatia é mais provável de ocorrer em pacientes com HIV, diabetes, alcoolismo, hipotireoidismo, má nutrição e/ou gravidez.

O uso de d4T ou ddl em combinação com Cs, Trd ou Lzd aumenta o risco de neuropatia periférica.

Pacientes que tomam Inh, Lzd ou Cs ou Trd devem receber suplemento de piridoxina (vitamina B6).

Foi reportada neuropatia relacionada com a piridoxina quando uma dose > 100 mg é administrada diariamente.

O Apêndice C é um instrumento de avaliação que os enfermeiros podem usar para identificar e monitorar a neuropatia periférica no início e durante o tratamento da TB-DR. Quando a neuropatia periférica é identificada, os achados devem ser relatados ao médico responsável, e o paciente deve ser avaliado mais detalhadamente.

Sintomas

Alguma combinação dos seguintes sintomas:

Mudanças de humor

Agitação

Irritabilidade

Dificuldade em lidar com desafios

Dificuldade de concentração

Sentimentos de desesperança

Distúrbios do sono
(por exemplo, insônia)

Pensamentos suicidas

Avaliação da enfermagem

Observe e encaminhe imediatamente se o paciente apresentar sinais de depressão aguda ou relatar que está pensando em se ferir.

Pergunte ao paciente (e à família):

- Quando você notou esses sintomas pela primeira vez?
- O que você está fazendo atualmente para gerenciar seus sintomas ou situação?
- Você bebe álcool ou está tomando outros medicamentos, ervas ou medicina tradicional?
- Você já teve pensamentos de se ferir ou que estaria melhor morto?
- Você está enfrentando algum outro estressor psicossocial?

Verifique se há sinais de depressão:

- Quando disponível, use uma ferramenta de triagem de depressão (basal e mensalmente se o paciente estiver tomando Cs ou Trd) (consulte o Apêndice B para obter uma amostra de ferramenta)
- Se o paciente declarar que quer acabar com sua vida, pergunte diretamente se ele tem um plano ou histórico de tentativa de suicídio
- Avalie a seriedade do plano e a necessidade de supervisão imediata

Nota - é improvável que perguntar a um paciente sobre intenção suicida desencadeie uma tentativa. Geralmente o paciente fica aliviado ao falar sobre isso.

Verifique :

- TSH
- Concentração sérica de droga Cs, quando disponível

Possível droga causadora

Anti-TB:	ARVs:
Cs/Trd	EFV
FQs (Lfx, Mfx)	RPV
Inh	todos INSTIs
Eto/Pto	

Intervenções da enfermagem

Busque avaliação médica urgente quando houver **sinais de depressão aguda ou ideação suicida**. Assegure a segurança da situação: o paciente não pode ser deixado sozinho se tiver intenção de suicídio.

Oriente o paciente (e a família):

- Avise sobre possíveis efeitos colaterais no humor, observe e relate ao enfermeiro ou médico qualquer alteração no humor, comportamento ou **sinais de que o paciente pode estar pensando em suicídio***
- Evite beber álcool durante o tratamento de TB-DR (desintoxicação/reabilitação, se indicado)
- Importância do apoio familiar/comunitário
- Técnicas de relaxamento podem ajudar
- Assegure que a depressão não é permanente

Quando um paciente apresentar sinais de depressão, converse com o médico:

- Como abordar outros estressores psicossociais ou abuso de substâncias, se houver
- Se é necessária terapia antidepressiva
- Se é necessária reposição da tireoide
- Se a dose de Cs, Trd ou Et pode ser diminuída ou descontinuada
- Avaliação e/ou aconselhamento psiquiátrico

Comentários

Pacientes em uso de Cs, Trd ou EFV podem apresentar depressão grave e, portanto, devem ser monitorados quanto à depressão basal e mensalmente.

Pode ocorrer depressão situacional após os desafios que acompanham a TB-DR e o tratamento.

FQs podem causar insônia em alguns pacientes.

Alguns pacientes que tomam Czf e têm alterações na cor da pele podem sofrer de depressão reativa.

Pacientes com hipotireoidismo não tratado podem apresentar depressão.

Em pacientes que usam Lzd, o uso de antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos de recaptção de serotonina deve ser evitado devido ao risco de síndrome serotoninérgica.

A ferramenta de triagem de depressão PHQ-9 (Apêndice B) está traduzida para vários idiomas e pode ser encontrada em: <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/clinical-tools/assessment/>

Sinais de alerta para o suicídio:

O paciente fala sobre ser um fardo para os outros, sobre se sentir sem esperança ou sem ter motivos para.

Sintomas

Alguma combinação dos seguintes sintomas:

Pesadelos

Insônia

Agitação

Delírios

Alucinações

Alterações severas de humor

Comportamento ou pensamentos psicóticos

Possível droga causadora

Anti-TB:

Cs/Trd

FQs (Lfx, Mfx)

Inh

Eto/Pto

ARVs:

EFV

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de psicose.

Pergunte ao paciente (e à família):

- Quanto bem você está dormindo? Tem insônia?
- Você notou alguma mudança no comportamento? Em caso afirmativo, descreva.
- Você consome álcool? (Em caso afirmativo, descreva o uso típico)
- Que outros medicamentos prescritos ou não prescritos você está tomando e com que frequência
- Você ouve alguma voz ou vê coisas que outras pessoas não podem ver?

Em caso afirmativo:

- O que você está vendo?
- O que as vozes estão dizendo?

Verifique:

- Evidência de comportamento impulsivo?
- Algum comportamento que sugira que o paciente está tendo alucinações?
- Creatinina sérica e TSH
- Concentração sérica de droga Cs, quando disponível

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando um paciente exibir sinais de psicose.

- Suspender o medicamento suspeito até que os sintomas psicóticos sejam controlados (mais provavelmente Cs ou Trd se o paciente estiver tomando esses medicamentos)
- Em caso de alucinações ou delírios, garantir a segurança; não desafie a ilusão, mas tranquilize e oriente o paciente à realidade

Oriente o paciente (e a família):

- Observar e relatar quaisquer alterações no humor ou comportamento
- Técnicas de relaxamento, como contagem de passos durante a caminhada, identificação de objetos ou cores na sala, podem ajudar
- Assegure que as percepções psicóticas são reversíveis, caso ocorram como resultado do tratamento da TB

Discuta com o médico:

- Avaliação psiquiátrica e internação, se ainda não estiver internado
- Terapia antipsicótica
- Se é necessária reposição hormonal da tireoide
- Se a dose de piridoxina (B6) é adequada

Comentários

O EFV tem uma alta taxa de efeitos adversos no SNC; estes geralmente ocorrem nas primeiras 2-3 semanas de uso, depois desaparecem. Se persistirem, considere a substituição do agente.

Pacientes com função renal diminuída podem ter concentrações séricas elevadas de drogas Cs.

Existem dados limitados sobre o uso de EFV com Cs; o uso concomitante é a prática aceita, desde que haja monitoramento frequente da toxicidade do SNC .

TMP/SMX também foram relatados como associados a psicose.

Às vezes, os pacientes sofrem de insônia, sem outros sinais de psicose. Nesses casos, a mudança de horário do provável medicamento causador (FQ) para a manhã pode ajudar.

Sintomas

Dor de cabeça

Possível droga causadora

Anti-TB:

Cs/Trd

Bdq

Inh

ARVs:

AZT

EFV

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de dor de cabeça severa ou persistente.

Pergunte ao paciente:

- Quando as dores de cabeça começaram?
- Quando você costuma notar a dor de cabeça?
- Que atividade você está fazendo antes do início das dores de cabeça?
- Quanto tempo duram as dores de cabeça, em média?
- O que faz com que melhore ou piore?

Verifique:

- Sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial)
- Avaliação mais detalhada da dor. Use as ferramentas de avaliação da dor disponíveis no Apêndice A

Intervenções da enfermagem

Busque avaliação médica mais detalhada se o paciente relatar dor de cabeça grave ou persistente.

Oriente o paciente:

- Dores de cabeça leves são comuns nos primeiros meses de tratamento, mas devem diminuir com o tempo
- Importância de manter-se bem hidratado
- Uso de técnicas de relaxamento
- Evitar atividades que piorem a dor de cabeça
- Incentivar o uso de técnicas de distração

Quando a dor de cabeça for considerada incômoda para o paciente, discuta com o médico:

- Uso de analgésico, conforme necessário
- Adição de piridoxina se o paciente estiver tomando Cs ou Trd
- Se é necessário um medicamento para hipertensão

Comentários

Para minimizar as dores de cabeça no início do tratamento, a Cs é frequentemente iniciada com uma dose mais baixa e gradualmente aumentada para atingir a dose diária alvo ao longo de 1-2 semanas, com administração de B6 (50mg de B6 para cada 250mg de Cs ou Trd).

Dores de cabeça secundárias a AZT, EFV, Cs e Bdq são geralmente autolimitadas.

Nota:

Quando persistentes ou severas, descarte causas mais graves de dor de cabeça, como meningite bacteriana, meningite criptocócica, toxoplasmose do SNC, TB do SNC, etc.

Sintomas

Movimentos
tônico-clônicos

Convulsões

Estado mental
alterado

Possível droga causadora

Anti-TB:

Cs/Trd

Inh

FQs

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de convulsão.

Pergunte ao paciente:

- Quando as convulsões começaram?
- Quais foram os sintomas específicos e se houve alguma aura?
- Quanto tempo durou?
- Você perdeu a consciência?

Verifique:

- Eletrólitos séricos, incluindo potássio, sódio, bicarbonato, cálcio, magnésio e cloreto
- Creatinina

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando um paciente exibir sinais de convulsão.

- Suspende Cs/Trd, Inh e FQs até a resolução das convulsões
- Avaliar a possível causa das convulsões

Oriente o paciente (e a família):

- Observar e relatar quaisquer sinais de convulsão

Discuta com o médico:

- Se aumentar a dose de B6 para dose máxima de 200 mg por dia
- Se a reposição de eletrólitos séricos é necessária
- Se houver insuficiência renal, pode haver um alto nível sanguíneo de Cs, e o ajuste da dose de Cs ou Trd pode resultar no controle da convulsão.

Comentários

Pacientes com histórico de convulsões prévias podem ter maior risco de desenvolvimento de crises durante o tratamento de TB-DR. Se possível, evite o uso de Cs/Trd nesses pacientes.

Os anticonvulsivantes são geralmente continuados até que o tratamento da TB-DR seja concluído ou até que o medicamento suspeito seja descontinuado.

Possíveis causas de convulsões podem incluir:

- medicamentos para TB (particularmente overdose de Inh, que pode ser fatal)
- infecção
- hipoglicemia
- anormalidades eletrolíticas
- hipóxia
- abstinência alcoólica
- outras drogas
- uremia
- diminuição da função renal
- insuficiência hepática

Notas

Anormalidades hematológicas

Anemia

Trombocitopenia

Sintomas

Fadiga
Falta de ar
Desenvolvimento ou agravamento da palidez

Possível droga causadora

Anti-TB:

Lzd
Rif
Rfb
Inh

ARVs:

AZT

Avaliação da enfermagem

Observe se há fadiga, falta de ar com esforço, hemoptise, mudanças na cor da pele - palidez, incluindo conjuntiva pálida.

Pergunte ao paciente:

- Você notou algum sangramento? (sangue nas fezes ou na urina, dor ou inchaço abdominal, menstruação intensa)
- Quando você começou a sentir sintomas?
- Você já recebeu uma transfusão de sangue?
- Que tipo de alimentos você tem disponíveis para comer?

Verifique:

- Sinais de hemorragia interna ou externa (sangue nas fezes, dor e inchaço abdominal)
- Hgb/Hct
- Volume corpuscular médio

Intervenções da enfermagem

Buscar avaliação médica urgente se Hgb for menor que 8 gm/dL ou se ocorrer sangramento severo

Oriente o paciente:

- Ingestão nutricional adequada e incluir alimentos ricos em ferro se o paciente tiver anemia deficiente em ferro
- Relatar qualquer sangramento (fezes escuras, sangue na urina, menstruação intensa)

Discuta com o médico:

- Avaliação para tipo específico de anemia e causa
- Se parar a Lzd ou baixar a dose de 600 mg a 300 mg pode ser indicado
- Se é necessária eritropoetina ou transfusão de sangue se a anemia for severa
- Uso de suplementos dependendo do tipo de anemia
- Se deve ser feita uma análise das fezes para detecção de ovos e parasitas

Comentários

Pessoas com TB-DR frequentemente têm múltiplas comorbidades e razões para desenvolver anemia, incluindo doenças crônicas, deficiência de ferro e infecções oportunistas. A abordagem de tratamento da anemia depende do tipo específico de distúrbio de células do sangue.

O uso de AZT e Lzd deve ser evitado em pessoas com Hgb menor que 8gm/dL.

Nota:

Não administrar suplementos de ferro dentro de 2 horas após as FQs.

Sintomas

Facilmente apresenta hematomas

Sangramentos nasais

Possível droga causadora

Anti-TB:

Rif

Rfb

Lzd

Eto/Pto (raro)

Avaliação da enfermagem

Observe se há hematomas, sangramentos nasais, sangramento nas gengivas, petéquias.

Pergunte ao paciente:

- Você notou algum sangramento? (sangue nas fezes ou na urina, dor ou inchaço abdominal ou menstruação intensa)
- Quando você começou a sentir esses sintomas?

Verifique:

- Contagem de plaquetas

Intervenções da enfermagem

Busque avaliação médica urgente se a contagem de plaquetas for inferior a 25.000 mm³ ou se houver hemorragia severa.

Oriente o paciente:

- Relatar quaisquer novos hematomas ou sangramentos (fezes escuras, sangue na urina, menstruação intensa)

Discuta com o médico:

- Avaliação das causas de trombocitopenia
- Se a Lzd deve ser interrompida
- Se é necessária uma transfusão de plaquetas

Comentários

Pessoas com TB-DR geralmente têm múltiplas comorbidades, incluindo HIV e infecções oportunistas que podem causar baixas contagens de plaquetas.

Notas

Insuficiência renal aguda

Distúrbios eletrolíticos

Toxicidade renal

Sintomas

Pode ser assintomática no início.

Os sintomas do estágio mais tardio podem incluir:

Diminuição da produção de urina

Edema dos membros inferiores

Alterações do estado mental

Falta de ar

Possível droga causadora

Anti-TB:

Am
Km
Cm
S

ARVs:

TDF
(Raro)

Avaliação da enfermagem

Observe sinais e sintomas como alterações no padrão de micção, edema, estado mental comprometido e falta de ar.

Pergunte ao paciente:

- Sentiu falta de ar durante as atividades diárias
- Desenvolveu algum inchaço nos pés ou tornozelos
- Alguma alteração na micção (frequência ou quantidade)?

Verifique:

- Creatinina sérica, eletrólitos e NUS pelo menos uma vez por mês enquanto receber Am, Km ou Cm e mais frequentemente quando indicado
- Pés, tornozelos e panturrilhas para verificar sinais de edema depressível
- Equilíbrio de fluidos (ingestão e saída) quando indicado
- Sinais vitais

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente se:

- Creatinina sérica, eletrólitos ou NUS estiverem fora da faixa normal
- O resultado para creatinina sérica for o dobro do resultado basal, mesmo se ainda estiver dentro dos limites normais; acompanhar com ferramenta de monitoramento

Oriente o paciente:

- Importância dos exames de sangue para monitorar quão bem os rins do paciente estão eliminando a medicação
- Sinais de retenção de fluidos e medidas para minimizá-la

Quando um paciente tiver resultados anormais nos testes de função renal, discuta com o médico:

- Se os medicamentos precisam **de ajuste de dose*** ou descontinuação

Comentários

Pacientes com doença renal, diabetes ou HIV pré-existent apresentam alto risco de toxicidade renal e devem ser monitorados atentamente (creatinina sérica, eletrólitos e NUS recomendado).

Nota:

*Um paciente com insuficiência renal requer ajuste de dose de ARVs e alguns medicamentos anti-TB (Am, Km, Cm, S, Lfx, PZA, Emb, Cs/Trd, PAS, Amx/Clv, Imp/Cln e Mpm) para evitar toxicidade.

Sintomas

Podem ser assintomáticos

Alguns pacientes podem reclamar de 1 ou mais dos seguintes sintomas:

Fadiga

Fraqueza

Dores/espasmos musculares

Alterações de comportamento ou humor

Náuseas

Vômitos

Confusão

Avaliação da enfermagem

Observe sinais de confusão, fadiga e fraqueza extrema.

Pergunte ao paciente:

- Como tem se sentido?
- Tem vomitado ou tido episódios de diarreia? Em caso afirmativo, com que frequência?
- Está sentindo dor ou sensibilidade? Em caso afirmativo, faça o paciente dar mais detalhes.

Verifique:

- Eletrólitos séricos (potássio, cálcio, magnésio), albumina e clearance de creatinina
- Sinais vitais

Possível droga causadora

Anti-TB:

Cm
Am
Km
S

ARVs:

TDF
(Raro)

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando o paciente apresentar sinais de confusão e extrema fraqueza, se houver arritmia recém-identificada ou hipocalcemia grave (<2,0 mEq/L).

Oriente o paciente:

- Estratégias de suporte nutricional (por exemplo, boas fontes de potássio, magnésio e cálcio, como banana madura, vegetais verdes, batata-doce/inhame e produtos lácteos)
- Beba muito líquido ao longo do dia
- Importância dos exames de sangue mensais

Quando o paciente apresentar sinais de desidratação ou eletrólitos séricos anormais, discuta com o médico:

- Se é necessária reidratação **oral*** ou intravenosa
- Se a reposição de eletrólitos (**oral*** ou IV) é indicada
- Se é preciso fazer um ECG e descontinuar o uso de medicamentos que prolongam o intervalo QT (consulte a página sobre efeitos colaterais cardíacos para obter links para sites que relacionam medicamentos associados ao prolongamento do intervalo QT)

Comentários

Diarreia e/ou vômito podem contribuir para distúrbios eletrolíticos.

A toxicidade renal e os distúrbios eletrolíticos são mais comuns e graves em pacientes infectados pelo HIV, muitas vezes necessitando de hospitalização para monitorar e corrigir de perto.

A hipomagnesemia pode ser a causa subjacente de hipocalcemia ou hipocalcemia e deve ser corrigida, caso esteja presente.

Um intervalo QT prolongado é um marcador do potencial de taquiarritmias ventriculares, como torsades de pointes, e um fator de risco para morte súbita.

Nota:

*Suplementos orais de magnésio e/ou cálcio não devem ser administrados dentro de 2 horas antes ou depois da FQ, pois podem interferir na absorção da FQ.

Nota: Distúrbios eletrolíticos graves podem levar a espasmos musculares incontroláveis, paralisia e arritmias cardíacas potencialmente fatais.

Notas

Hipotireoidismo

Disglicemia

Endócrino

Sintomas

Alguma combinação dos seguintes sintomas:

Fadiga
Sonolência
Ganho de peso
Pele seca
Constipação
Dores musculares
Perda ou ressecamento do cabelo
Memória prejudicada
Frequência cardíaca baixa
Diminuição da libido
Depressão
Sensação de frio mesmo em ambientes quentes

Possível droga causadora

Anti-TB:	ARVs:
Eto/Pto	d4T
PAS	

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de bócio.

Pergunte ao paciente:

- Seu cansaço impede que você realize suas atividades diárias normais?
- Alguma alteração no padrão normal de evacuação?
- Para pacientes do sexo feminino, alguma alteração na menstruação?
 - **Em caso afirmativo** para qualquer item acima, descreva.
- Quando você notou esses sintomas pela primeira vez?

Verifique:

- Sinais vitais, com atenção a temperatura, pulso e respiração
- TSH
- Saturação de O₂.

Intervenções da enfermagem

Busque avaliação médica mais detalhada se o paciente apresentar sinais de hipotireoidismo.

Oriente o paciente:

- Importância de se manter bem hidratado e comer alimentos ricos em fibras para prevenir e/ou tratar a constipação
- Uso de roupas ou cobertores extras para se aquecer; evitar fontes de calor externas
- Usar loção hidratante para aliviar a pele seca
- Respiração profunda e exercícios, conforme tolerados
- Quando medicamentos para a tireoide forem prescritos, estes devem ser administrados no mesmo horário diariamente, sem alimentação, e geralmente interrompidos quando o tratamento da TB-DR for concluído

Discuta com o médico:

- Se é necessária reposição hormonal da tireoide da tireoide (por exemplo, se o TSH estiver 1,5 a 2 vezes o limite superior do normal)

Comentários

PAS e Eto/Pto, especialmente em combinação, podem comumente causar hipotireoidismo, que é reversível ao parar esses medicamentos. Obtenha o TSH basal e monitore novamente a cada 3-6 meses durante o tratamento quando o paciente estiver tomando Eto, Pto ou PAS.

Alguns alimentos (por exemplo, soja, couve, brócolis, couve-flor e repolho), medicamentos (antiácidos) e suplementos (Ca, ferro) podem reduzir a absorção da levotiroxina.

Sintomas

Alguma combinação dos seguintes sintomas:

Fadiga

Sede incomum

Micção frequente

Confusão

Dor de cabeça

Tontura

Fome

Irritabilidade

Possível droga causadora

Anti-TB:

Gfx

Mfx

Lfx

Eto/Pto

Lzd

ARVs:

Inibidores de protease

AZT

d4T

ddl

Avaliação da enfermagem

Observar sinais de confusão.

Pergunte ao paciente:

- Você já teve problemas de glicemia alguma vez?
- Frequência de micção?
- O que você comeu hoje?
- Quais são os alimentos/líquidos que você normalmente ingere?
- Está tomando algum medicamento para glicemia? Em caso afirmativo, qual medicamento?
- Você está tomando alguma erva ou medicina tradicional, ou esteroides? Em caso afirmativo, com que frequência?

Verifique:

- Glicose sérica e HbA1c
- Avaliação nutricional e medicamentosa

Intervenções da enfermagem

Procure avaliação médica urgente quando o paciente apresentar sinais de confusão ou perda de consciência.

Oriente o paciente:

- Nutrição saudável e estabelecimento de metas; encaminhar para aconselhamento nutricional, se disponível
- Importância da adesão ao tratamento e coordenação dos cuidados para TB e diabetes em pacientes sabidamente diabéticos
- Importância do bom controle do açúcar no sangue
- Como gerenciar eventos de glicemia baixa no sangue

Discuta com o médico:

- Se o ajuste da medicação para o diabetes pode ser necessário se o paciente também for diabético em tratamento.
- Se o tratamento da motilidade gástrica pode ser benéfico (por exemplo, metoclopramida) quando sintomas de gastroparesia (por exemplo, náuseas e vômitos junto com dor abdominal, sensação de saciedade após comer apenas algumas garfadas) acompanham a disglicemia.
- Manejo da hipoglicemia

Comentários

Algumas ervas demonstraram interagir com medicamentos antidiabéticos, afetando a regulação do açúcar no sangue.

Pacientes com diabetes tendem a ter motilidade GI mais lenta, aumentando o risco de náuseas e vômitos com medicamentos como Eto/P, tornando a regulação da glicose mais difícil.

Alguns pacientes sem diabetes podem apresentar hipoglicemia enquanto tomam FQs.

Notas

Prolongamento do intervalo QT

Cardíaco

Cardíaco / Prolongamento do intervalo QT

Sintomas

Alteração nos batimentos cardíacos

Tontura

Desmaios e/ou palpitações

Possível droga causadora

Anti-TB:

Bdq

Dlm

Gfx

Mfx

Lfx

Cfz

ARVs:

RPV

EFV

SQV/r

Avaliação da enfermagem

Observe e encaminhe para atendimento médico imediato se o paciente apresentar sinais/sintomas de toxicidade cardíaca, incluindo taquicardia, síncope e/ou fraqueza e tontura.

Pergunte ao paciente:

- Quais outros medicamentos você está tomando?
- Algum histórico prévio de problemas cardíacos?

Verifique:

- Sinais vitais
- ECG
- Eletrólitos séricos (potássio, cálcio, magnésio), creatinina sérica e provas da função hepática (PFHs)

Intervenções da enfermagem

Procure atendimento médico imediato se o paciente apresentar sintomas de toxicidade cardíaca, incluindo taquicardia, síncope e/ou fraqueza e tontura.

Oriente o paciente:

- Relate quaisquer sintomas de batimentos cardíacos irregulares
- Suporte nutricional em caso de desequilíbrio eletrolítico

Discuta com o médico:

- Se a reposição eletrolítica pode ser indicada se anormalidades eletrolíticas séricas se desenvolverem
- Se o ajuste das doses dos medicamentos pode ser indicado se houver comprometimento renal ou hepático

Comentários

A Bdq pode afetar a atividade elétrica do coração, levando a um ritmo cardíaco anormal e potencialmente fatal.

Anormalidades eletrolíticas séricas podem levar ao prolongamento do intervalo QT e à morte súbita.

Pacientes em tratamento com Bdq ou Dlm ou uma combinação de outros medicamentos que prolongam o intervalo QT (por exemplo, Mfx+Cfz) devem ter ECG basal e monitorização de ECG durante o tratamento, de acordo com as diretrizes.

A relação de outras drogas com risco de prolongamento do intervalo QT está disponível em:

www.qtdrugs.org

ou

www.crediblemeds.org

Nota:

Se o paciente estiver tomando Bdq ou Dlm, não dê ondanestrona como anti-emético, pois pode prolongar o intervalo QT.

Notas

Erupção cutânea

Anafilaxia

Hipersensibilidade

Hipersensibilidade / Erupção cutânea

Sintomas

Erupção cutânea
Coceira

Possível droga causadora

Anti-TB:

Inh

Rif

Emb

Pza

Eto/Pto

PAS

FQs (Lfx, Mfx)

e outros

ARVs:

ABC

NVP

EFV

d4T

e outros

Avaliação da enfermagem

Observe sinais de erupção cutânea/reação alérgica grave (febre, urticária, formação de bolhas na pele, lábios ou olhos inchados)

Pergunte ao paciente:

- Você é alérgico a algum medicamento?
- Quaisquer outras alergias conhecidas?
- Que outros medicamentos ou remédios você está tomando ou usando?
- Quando notou a reação pela primeira vez?

Verifique:

- Sinais vitais
- Sinais de angioedema (por exemplo, inchaço da face, mãos, pés ou garganta)
- Se HCe/ou PFH estão anormais

Intervenções da enfermagem

Suspenda a medicação e procure uma avaliação médica mais detalhada se:

- O paciente apresentar sinais de reação alérgica grave (por exemplo, angioedema)
- Anormalidades hematológicas ou da função hepática estiverem presentes
- O paciente estiver febril

Para reações cutâneas menores, oriente o paciente:

- Loção hidratante pode ser útil se a reação da pele for causada por pele seca e coceira (comum com Cfz)

Documente a reação alérgica no cartão de tratamento do paciente ou no prontuário médico.

Discuta com o médico o uso de:

- Anti-histamínico
- Creme de hidrocortisona para erupção local
- Baixa dose de prednisona (por exemplo, 10-20 mg por dia durante várias semanas) se não houver resposta a outras medidas

Comentários

Qualquer um dos medicamentos pode causar urticária).

Considere outras causas potenciais de erupção cutânea:

- Outros medicamentos que o paciente possa estar tomando (por exemplo, cotrimoxazol), incluindo medicamentos fitoterápicos ou medicina tradicional
- Sarna ou outro agente infeccioso
- Agente ambiental

Algumas erupções cutâneas podem ser acompanhadas por hepatite, portanto, as provas da função hepática devem ser verificados.

Nota:

Qualquer medicamento determinado como causador de uma reação grave não deve ser usado novamente e deve ser documentado como uma alergia a medicamentos conhecida no prontuário do paciente

Nunca tente reintroduzir com um medicamento que pode ter causado a síndrome de Stevens-Johnson (uma reação medicamentosa rara, mas grave, resultando em bolhas e descamações graves na pele; também pode ocorrer inchaço da membrana mucosa).

Hipersensibilidade / Anafilaxia

Sintomas

Início rápido de erupção cutânea

Inchaço das vias aéreas

Hipotensão

Sintomas gastrointestinais

Avaliação da enfermagem

Observe e encaminhe para atendimento médico imediato se o paciente apresentar sinais/sintomas de anafilaxia (rápido desenvolvimento de erupção cutânea, inchaço das vias aéreas, hipotensão e sintomas gastrointestinais)

Possível droga causadora

Anti-TB:

Qualquer droga

ARVs:

ABC

NVP

EFV

d4T

e outros

Intervenções da enfermagem

Inicie o protocolo de emergência padrão, incluindo execução do suporte básico de vida, mantendo as vias aéreas, a respiração e a circulação do paciente, e em seguida **encaminhe para hospitalização e atendimento de emergência**.

Uma vez que a reação alérgica tenha sido controlada e/ou o paciente tenha sido transferido para atendimento de emergência, **documente a reação**. Se um medicamento específico for identificado como culpado, documente no Cartão de Tratamento ou no prontuário do paciente como uma alergia conhecida a medicamentos.

Oriente o paciente:

- Nunca mais use o medicamento causador e evite medicamentos da mesma classe.

Comentários

A anafilaxia é rara, mas uma das manifestações mais graves de reações alérgicas.

Se um medicamento em particular foi identificado como o provável culpado, não reintroduza o medicamento, suspenda seu uso permanentemente.

Notas

Hipersalivação

Hipersalivação

Sintomas

**Produção
excessiva de
saliva**

Possível droga causadora

Anti-TB:

Eto/Pto

Avaliação da enfermagem

Pergunte ao paciente:

- Quando começou a apresentar esse sintoma?
- O que você tentou para ajudar a aliviar esse sintoma?
- Quão incômodo é esse sintoma para você?

Verifique:

- Teste de gravidez para paciente do sexo feminino

Intervenções da enfermagem

Oriente o paciente:

- Muitas condições podem causar esse sintoma
- Escovar os dentes e usar enxaguantes bucais pode ter um efeito de secagem que pode diminuir o desconforto
- Algumas pessoas sentem alívio ao chupar balas/doces duros

Quando a salivação excessiva for considerada incômoda para o paciente, discuta com o médico:

- Se o encaminhamento para avaliação mais detalhada pode ser indicado

Comentários

Outras condições conhecidas por causar salivação excessiva incluem:

- Gestação
- Refluxo gastroesofágico
- Pancreatite
- Doença hepática
- Síndrome da serotonina
- Úlceras e/ou infecções orais
- Alguns distúrbios neurológicos
- Toxinas (mercúrio, cobre, organofosfatos e arsênico)
- Outras infecções que prejudicam a depuração da saliva (por exemplo, amigdalite)

Referências

Apóstolo JLA, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psych Nurs*. 2009; 23(6):403-411.

Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Paikousis L. A randomized controlled trial for the effectiveness of progressive muscle relaxation and guided imagery as anxiety reducing interventions in breast and prostate cancer patients undergoing chemotherapy. *Evidence-based Compl Altern Med*. 2015; 270876:1-10.

Coolbrandt A, Wildiers H, Aertgeerts B, Van der Elst E, Laenen A, Dierckx de Casterlé B, van Achterberg T, Milisen K. Characteristics and effectiveness of complex nursing interventions aimed at reducing symptom burden in adult patients treated with chemotherapy: as systematic review of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51:495-510.

Cullen L. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nurs Clin North Am*. 1992;27(2):569-597.

Curry International Tuberculosis Center and California Department of Public Health. *Drug-Resistant Tuberculosis: A Survival Guide for Clinicians, Third Edition*. 2016.

Griffiths P, Richardson A, Blackwell R. Outcomes sensitive to nursing service quality in ambulatory cancer chemotherapy: systematic scoping review. *Eur J Oncol Nurs*. 2012; 16:238-246.

Gobel BH. Chemical hepatitis. *Clin J Oncol Nurs*. 2003; 7(1):1-3.

Department of Health and Human Services. *Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV*. 2018. Available from: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>. Accessed 20 May 2018.

DR-TB STAT. Treatment of Drug-Resistant TB with New and Re-Purposed Medications: A Field Guide, 3rd Edition. Cleveland, USA: 2017. Available from: <http://drtb-stat.org/wp-content/uploads/2017/10/DRTB-Field-Guide-Web.pdf>. Accessed 20 May 2018.

Jahn P, Renz P, Stukenkemper J, Book K, Kuss O, Jordan K, Horn I, Thoke-Colberg A, Schmoll HJ, Landenberger M. Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial. *Support Care Cancer*. 2009; 17:1543-1552.

Kamen C, Tejani MA, Chandwani K, Janelsins M, Peoples AR, Roscoe JA, Morrow GR. Anticipatory nausea and vomiting due to chemotherapy. *Eur J Pharmacol*. 2014; 722:172-179.

McKinley MG. Recognizing and responding to acute liver failure. *Nursing*. 2009; 39(3):38-44.

National Comprehensive Cancer Network. *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Antiemesis*. Ver.2/2015; 1-50.

NRSNG.COM. Anemia nursing care plan. Accessed December 15, 2017 at: <https://www.nrsng.com/carplan/anemia/> modified June 28, 2017.

Parrish CR. Nutritional approaches to chronic nausea and vomiting. *Practical Gastroenterol*. 2017; 41(7):42-50.

Partners in Health. *The PIH Guide to the Medical Management of Multidrug-Resistant Tuberculosis, 2nd Edition*. Boston, USA. USAID TB CARE II: 2013.

Roe H and Lennan E. Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews*. 2014; 4:103-115.

Theroux N, Phipps M, Zimmerman L, Relf MV. Neurological complications associated with HIV and AIDS: clinical implications for nursing. *J Neurosci Nurs*. 2013; 45(1):5-13.

World Health Organization. *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. Geneva: 2014. Available from: <https://tinyurl.com/y8svopz5> Accessed 25 August 2018.

World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: 2017. Available from: <https://tinyurl.com/ybh7z2os> Accessed 28 August 2018.

Zinna EM, Yarasheski KE. Exercise treatment to counteract protein wasting of chronic diseases. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2003; 6(1):87-93.

Apêndice A: Método de Avaliação da Dor

Como a dor é subjetiva, o autorrelato é considerado o padrão de ouro e a medida mais precisa da dor. O método de avaliação de dor PQRST ajudará os enfermeiros a avaliar, descrever e documentar com precisão a dor do paciente, o que é importante para determinar as opções de tratamento adequadas e para avaliar a resposta ao tratamento.

Identifique as características de dor PQRST

P Fatores de Precipitação e Palição (alívio)

- Pergunte:**
- O que piora sua dor?
 - O que melhora sua dor?
 - Qual tratamento anterior você tentou aliviar a dor?
 - Foi eficaz?

Q Qualidade da dor

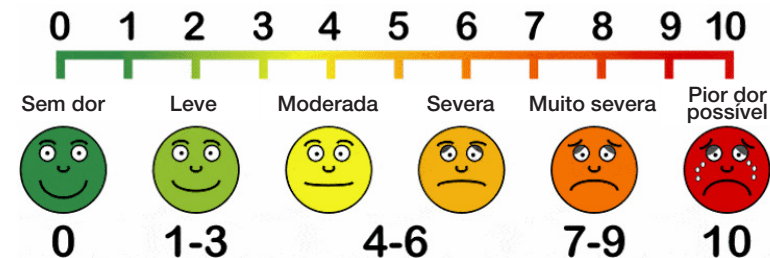
- Pergunte:**
- Como é sua dor?
 - Que palavras você usaria para descrever sua dor? (por exemplo, queimando, esfaqueando, aguda, corrosiva, atirando, esmagando, latejando, nauseante, etc.)

R Região (localização) e Radiação da dor

- Pergunte:**
- Onde está localizada a dor?
 - Onde a dor começou?
 - A dor se move para algum lugar? Em caso afirmativo, descreva.

S Severidade da dor

- Pergunte:**
- Em uma escala de 0 a 10, com 0 sendo sem dor e 10 sendo a pior dor que você pode imaginar, como está sua dor agora? (veja a próxima coluna de Wong-Baker FACES para classificação de pontuação de severidade)
 - Quanto dói quando está pior?
 - Quanto dói quando está melhor?
 - A dor impede você de realizar atividades normais?
 - A dor força você a se sentar, deitar ou desacelerar?



T Fatores Temporais

- Pergunte:**
- Quando a dor começou? O que você estava fazendo quando começou?
 - Com que frequência ocorre? (a cada hora, diariamente, semanalmente, mensalmente)
 - A intensidade mudou?
 - Quanto tempo dura, ou é contínua?
 - A dor é repentina ou gradual?
 - A dor ocorre antes, durante ou depois das refeições?
 - A dor é acompanhada por outros sinais ou sintomas?

Documente as respostas do paciente

A documentação completa e cuidadosa demonstra que o enfermeiro está tomando as medidas adequadas para garantir que o paciente receba cuidados de enfermagem e manejo da dor de alta qualidade. Documente o seguinte:

- Capacidade do paciente de avaliar o nível e a resposta da dor usando a escala de dor de 0 a 10.
- Quaisquer alterações em relação à avaliação prévia e após qualquer intervenção aplicada (medidas médicas ou de enfermagem).
- Satisfação do paciente com o nível de dor após a intervenção. Se o nível de dor do paciente não for aceitável, indique quais ações foram tomadas.
- Comunicações com o médico responsável pelo tratamento. Sempre relate qualquer alteração na condição do paciente.
- Educação do paciente fornecida e resposta do paciente às instruções fornecidas. Não escreva “paciente entende” sem uma avaliação de apoio, como o paciente pode verbalizar, demonstrar, descrever, etc

Apêndice B: Questionário sobre a saúde do/a paciente-(PHQ-9)

NOME: _____ DATA: _____

Durante as **últimas 2 semanas**, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

(Marque sua resposta com “✓”)

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

Para codificação de escritório :

+ +

Pontuação Total :

10. Se você assinalou **qualquer** um dos problemas, indique o grau de **dificuldade** que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

Instruções de uso

para uso do médico ou profissional de saúde apenas

PHQ-9 avaliação rápida de depressão

Para diagnóstico inicial:

1. O paciente preenche a Avaliação Rápida de Depressão PHQ-9.
2. Se houver pelo menos 4 ✓s na seção destacada em azul (incluindo as perguntas 1 e 2), considere um transtorno depressivo. Adicione pontuação para determinar a gravidade.
3. **Considere Transtorno Depressivo Maior**
— se houver de 2 a 4 ✓s na seção destacada em azul (um deles corresponde à pergunta 1 ou 2)

Considere Outro Transtorno Depressivo

- se houver de 2 a 4 ✓s na seção destacada em azul (um deles corresponde à pergunta 1 ou 2)

Nota: Uma vez que o questionário se baseia no autorrelato do paciente, todas as respostas devem ser verificadas pelo médico, e um diagnóstico definitivo deve ser feito com base clínica, levando em conta o quanto o paciente entendeu o questionário, bem como outras informações relevantes do paciente. Os diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior ou Outro Transtorno Depressivo também requerem comprometimento de áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento (Pergunta 10) e descartam o luto normal, uma história de Episódio Maníaco (Transtorno Bipolar) e um transtorno físico, medicação, ou outra droga como a causa biológica dos sintomas depressivos.

Para monitorar a gravidade ao longo do tempo para pacientes recém-diagnosticados ou pacientes em tratamento atual para depressão:

1. Os pacientes podem preencher questionários basais e em intervalos regulares (por exemplo, a cada 2 semanas) em casa e trazê-los na próxima consulta para pontuação ou podem preencher o questionário durante cada consulta agendada.
2. Adicione os ✓s por coluna. Para cada ✓:
Vários dias = 1 Mais da metade dos dias = 2 Quase todos os dias = 3
3. Some as pontuações das colunas para obter uma pontuação TOTAL.
4. Consulte o Cartão de Pontuação PHQ-9 anexo para interpretar a pontuação TOTAL.
5. Os resultados podem ser incluídos nos prontuários dos pacientes para ajudá-lo a estabelecer uma meta de tratamento, determinar o grau de resposta e orientar a intervenção no tratamento.

Apêndice B: Questionário sobre a saúde do/a paciente-(PHQ-9)

Instruções de uso

continuação da página anterior

Cartão de pontuação PHQ-9 para determinação

para uso do profissional de saúde apenas

Pontuação — some todas as opções marcadas no PHQ-9

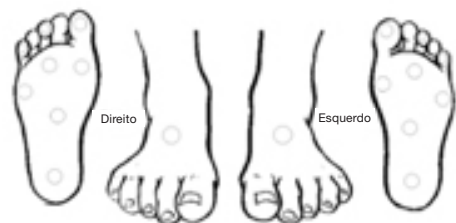
- Para cada ✓: 0 = Nem um pouco
1 = Vários dias
2 = Mais da metade dos dias
3 = Quase todos os dia

Interpretação da Pontuação Tota

Pontuação Total Severidade da Depressão

- 1-4 Depressão mínima
- 5-9 Depressão leve
- 10-14 Depressão moderada
- 15-19 Depressão moderadamente severa
- 20-27 Depressão severa

Extremidades inferiores



ENTREVISTA DO PACIENTE (Faça ao paciente as seguintes perguntas):

Pergunta 1: **Você sente alguma dor nos pés?**

Sim	Não

Pergunta 2: **Sua dor tem alguma dessas características?**

	Sim	Não
a Queimação?		
b Dor congelante?		
c Sensação de choque elétrico?		

Pergunta 3: **Você tem algum destes sintomas na área?**

	Sim	Não
a Formigamento		
b Sensação de agulhada		
c Dormência		
d Ardor/coceira		

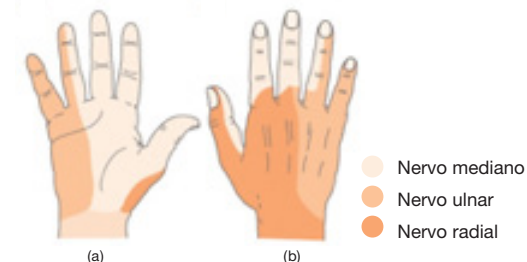
Pergunta 4: **A dor piora com o toque de roupas ou lençóis?**

Sim	Não

Pergunta 5: **AVALIAÇÃO DO PACIENTE**

	Sim	Não
a Hipoestesia ao toque		
b Hipoestesia a picada		
c Sensibilidade extrema ao toque		
d Sensibilidade extrema a picada		

Extremidades superiores



ENTREVISTA DO PACIENTE (Faça ao paciente as seguintes perguntas):

Pergunta 1: **Você sente alguma dor nas mãos?**

Sim	Não

Pergunta 2: **Sua dor tem alguma dessas características?**

	Sim	Não
a Queimação?		
b Dor congelante?		
c Sensação de choque elétrico?		

Pergunta 3: **Você tem algum destes sintomas na área?**

	Sim	Não
a Formigamento		
b Sensação de agulhada		
c Dormência		
d Ardor/coceira		

Pergunta 4: **A dor piora com o toque de roupas ou lençóis?**

Sim	Não

Pergunta 5: **AVALIAÇÃO DO PACIENTE**

	Sim	Não
a Hipoestesia ao toque		
b Hipoestesia a picada		
c Sensibilidade extrema ao toque		
d Sensibilidade extrema a picada		

