	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

1. Información general

Lugar de la reunión	Fecha dd/mm/aaaa	Hora de inicio (a.m.-p.m.)	Hora final (a.m.-p.m.)
Hotel Capital – Salón Capital	23/11/2023	8: 00.am	12: 00.pm

2. Nombre de la reunión y/o comité

Reunión:	Socialización de la evidencia y recomendaciones finales GPC.
-----------------	--

3. Objetivo de la reunión y/o comité

Objetivo:	<p>Socialización de la evidencia y de recomendaciones finales proyecto: “Actualización de los lineamientos para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños contacto de pacientes con TB pulmonar. Elaboración de una Guía de Práctica Clínica.”</p> <p>Programa: “Atención niños contacto TB “Atención de niños contacto de pacientes con tuberculosis pulmonar: contribución a la actualización de los lineamientos nacionales a partir de la evidencia internacional disponible y de la generación de nueva evidencia local”.</p>
------------------	--

4. Orden del día

Temas por tratar	
1.	Bienvenida a los asistentes
2.	Presentación de las recomendaciones finales de la GPC
3.	Discusión

5. Discusión de cada tema


Desarrollo de la reunión

Tema 1. Bienvenida a los asistentes.

La Dra. Dione Benjumea da la bienvenida a los asistentes y presenta a los integrantes del proyecto presentes en la reunión, Dr. Jaime Robledo director del programa, Dr. Iván Flórez líder metodológico de la GPC, Dra. Maria Patricia Arbeláez investigadora de la UdeA, Maria Yesenia Perea personal administrativo y logístico.

A continuación, explica el objetivo de la reunión que es la socialización de los resultados de las recomendaciones finales del proyecto: “Actualización de los lineamientos para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños contacto de pacientes con TB pulmonar. Elaboración de una Guía de Práctica Clínica” que hace parte del programa investigación “Atención niños contacto TB “Atención de niños contacto de pacientes con tuberculosis pulmonar: contribución a la actualización de los lineamientos nacionales a partir de la evidencia internacional disponible y de la generación de nueva evidencia local”, financiado por Minciencias.

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

Asimismo, menciona las instituciones que participaron en el desarrollo del programa, como entidad Ejecutora, la Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), y Co-ejecutoras, la Universidad de Antioquia (UdeA), Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Corporación Universitaria Remington, Corpogen, Secretarías de Salud de Medellín; entidades colaboradoras Secretarías de Salud de Bello, Itagüí y Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe.


Tema 2: Socialización de las recomendaciones finales de la GPC.

El Dr. Iván Flórez, presenta el proceso que se siguió para el desarrollo de la GPC incluyendo metodología, integrantes del grupo desarrollador, así como la publicación del protocolo de la RS de la pregunta N°2 y su registró en la base de datos PREPARE, estudios adicionales para completar algunas preguntas como la implementación de una estrategia de cuidado integral (preguntas 3, 8 y 10), evaluación económica del quantiferon VS PPD en el diagnóstico de TB latente en <15 años en Colombia (pregunta 2) y valores y preferencias de personal de salud y padres y cuidadores sobre diagnóstico y tratamiento de TB en Colombia (preguntas 2, 3, 9 y 10).

A continuación, se presentan cada una de las preguntas de la GPC y la recomendación del grupo desarrollador.


Pregunta	Recomendación
1. ¿Qué exactitud tiene la detección de signos y síntomas y la radiografía de tórax en todos los niños y adolescentes menores de 18 años, para descartar la tuberculosis activa en contactos de casos de tuberculosis pulmonar?	<p>El grupo desarrollador recomienda la realización de radiografía de tórax para la tamización de TB activa en pacientes menores de 18 años contacto con TB activa. (nivel de evidencia bajo. recomendación fuerte).</p> <p>El grupo desarrollador considera que es importante tener en cuenta para la implementación de esta recomendación que el Ministerio de Salud haga todos los esfuerzos para que todas las comunidades puedan tener el adecuado acceso a esta tecnología que está incluida en el plan de beneficios incluyendo los costos de desplazamiento que puedan implicar. Para reducir la brecha al acceso de la radiografía se puede considerar la telemedicina y/o entrega de resultados.</p>
2. ¿Se podría usar la prueba de liberación de interferón gamma como opción en vez de la prueba cutánea de tuberculina para realizar el diagnóstico de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años en contacto con pacientes con TB pulmonar activa (en niños con o sin VIH u otro inmunocompromiso)?	<p>El grupo desarrollador recomienda la realización de IGRA - quantiferon como prueba diagnóstica para ILTB en niños Colombianos contacto de TB. En el contexto de menores de 2 años, o mientras se implementa completamente la prueba en Colombia se deberá realizar la PPD. (Nivel de evidencia bajo. Recomendación fuerte)</p> <p>El grupo desarrollador considera que es importante tener en cuenta para la implementación de esta recomendación que el Ministerio de Salud haga todos los esfuerzos para que todas las comunidades puedan acceder adecuadamente a esta tecnología.</p>

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021


	Para reducir la brecha al acceso a los resultados de la prueba se puede considerar la telemedicina.
<p>3. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento preventivo de TB para niños y adolescentes menores de 18 años contactos de TB sensible, sin infección por VIH?</p>	<p>El grupo desarrollador recomienda los regímenes cortos (3 meses de isoniazida con rifampicina, 3 meses de isoniazida con rifapentina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de monoterapia con rifampicina) para el tratamiento de tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años, contactos de TB sensible, sin infección por el virus de inmunodeficiencia humana (Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja).</p> <p>Por la disponibilidad y barrera de acceso a los tratamientos, se recomienda de forma ordinal, 3 meses de isoniazida con rifampicina, 3 meses de isoniazida con rifapentina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de monoterapia con rifampicina (condicionada a pacientes que puedan tomar las fórmulas farmacéuticas). Se recomienda la administración del régimen de 3 meses de isoniazida con rifapentina administrada en 12 dosis semanales a partir de los 2 años de edad. (Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja).</p> <p>El grupo desarrollador de la GPC recomienda en contra de la intervención de 9 meses de isoniazida diaria como tratamiento preventivo de TB en niños y adolescentes menores de 18 años, contacto de TB sensible, sin infección por el virus de inmunodeficiencia humana (Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja).</p>
<p>4. ¿Cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento para Tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, contacto de TB sensible?</p>	<p>El grupo desarrollador de la GPC, sugiere la misma recomendación para el tratamiento de tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), contactos de tuberculosis sensible, que aquellos sin infección por el virus de inmunodeficiencia humana, contacto de TB sensible. Se recomiendan los regímenes cortos (3 meses de isoniazida con rifampicina, 3 meses de isoniazida con rifapentina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de monoterapia con rifampicina) para el tratamiento de tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años, con infección por el virus de inmunodeficiencia humana,</p>

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021


	<p>contactos con TB sensible (Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).</p> <p>Por la disponibilidad y barrera de acceso a los tratamientos, se recomienda de forma ordinal, 3 meses de isoniazida con rifampicina, 3 meses de isoniazida con rifapentina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de monoterapia con rifampicina (condicionada a pacientes que puedan tomar las fórmulas farmacéuticas). Se recomienda la administración del régimen de 3 meses de isoniazida con rifapentina administrada en 12 dosis semanales a partir de los 2 años de edad. (Recomendación fuerte. Calidad de la evidencia baja).</p> <p>El grupo desarrollador de la GPC recomienda en contra de la intervención de 9 meses de isoniazida diaria como tratamiento preventivo de TB en niños y adolescentes menores de 18 años, contacto de TB sensible, con infección por el virus de inmunodeficiencia humana, contacto de TB sensible. (Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).</p> <p>El grupo desarrollador de la GPC, sugiere que no hay contradicción en administración de regímenes que incluyan rifampicina o rifapentina en pacientes con infección por VIH, que reciben terapia antirretroviral disponible en Colombia (Recomendación Condicional, calidad de la evidencia muy baja).</p>
<p>5. ¿En niños y adolescentes menores de 18 años con alguna condición especial (inmunocompromiso -trasplante de órgano sólido, oncológico, IDP, desnutrición grave-, enfermedad hepática, enfermedad renal, diabetes) cuál es el esquema más efectivo y seguro para el tratamiento de la TB latente?</p>	<p>El grupo desarrollador sugiere el uso de rifapentina/isoniazida en comparación a la isoniazida en niños y adolescentes menores de 18 años con LTBI y alguna condición especial (Nivel de la evidencia bajo. Recomendación condicional).</p> <p>Esta recomendación está condicionada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Barreras de implementación de la intervención. -Evidencia de muy baja calidad. <p>En menores de 10Kg y mientras se superan las barreras de implementación, considerar el tratamiento habitual de isoniazida (6 meses).</p>

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

6. ¿En niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TB latente contacto de TB resistente (monoresistencia, MDR, XDR) cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento preventivo?	<p>El grupo desarrollador recomienda que se debe dar tratamiento según el perfil de susceptibilidad del caso índice. (Nivel de la evidencia bajo. Recomendación condicional).</p> <p>Esta recomendación está condicionada a futura evidencia, dado que se encuentran en curso, o en espera la publicación de algunos ECA.</p> <p>El grupo desarrollador considera que existe una barrera de acceso al tratamiento dado que las fluoroquinolonas que se encuentran en varios de los esquemas descritos en la literatura no tienen aval para uso en niños en Colombia.</p> <p>El grupo desarrollador recomienda hacer un llamado de atención al INVIMA para priorizar la actualización el uso de las fluoroquinolonas en niños según la evidencia disponible y los usos que se encuentran avalados en otros países.</p>
7. ¿Cuál es la utilidad de la observación clínica estrecha sin tratamiento farmacológico a los contactos de TB cuando el periodo de infección es superior a un año de acuerdo con la edad?	<p>El grupo desarrollador recomienda dar tratamiento para tuberculosis latente a los niños menores de 18 años contacto de TB sensible cuando el periodo de infección es superior a un año ((Nivel de la evidencia moderado. Recomendación fuerte)).</p> <p>El grupo desarrollador considera que no existe evidencia disponible para recomendar el tratamiento para TB latente a los menores de 18 años contacto de TB resistente cuando el periodo de TB resistente cuando el periodo de infección es superior a un año.</p>
8. ¿En el periodo de ventana inmunológica de exposición a TB se debe suministrar tratamiento preventivo a los niños y adolescentes menores de 18 años contacto de TB?	<p>El grupo desarrollador teniendo en cuenta evidencia indirecta recomienda suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños menores de 5 años expuestos a TB que se encuentran en el periodo de ventana inmunológica (Nivel de la evidencia muy bajo. Recomendación fuerte).</p> <p>El grupo desarrollador teniendo en cuenta la evidencia indirecta, sugiere suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños entre 5 y 18 años expuestos a TB que se encuentran en el periodo de ventana inmunológica según el riesgo que se tenga de desarrollar TB. (Nivel de la evidencia muy bajo. Recomendación condicional).</p>
9. ¿Cuáles serían las pruebas para monitoreo de efectos adversos en el	Se recomienda el monitoreo y seguimiento clínico mensual por profesionales primarios entrenados para tuberculosis y

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

seguimiento durante el tratamiento de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?	control de medicamentos (médico o enfermera). (consenso de expertos). Apreciaciones adicionales: médico + mensual (punto de buena práctica clínica) ver AIEPI porque parece ir en consecuencia. Condiciona: Se sugiere no realizar pruebas de laboratorio rutinarias, a excepción de pacientes con hepatopatías (fuerte) o que estén recibiendo medicación hepatotóxica (consenso de expertos)
10. ¿Qué intervenciones se pueden implementar para mejorar el cumplimiento del tratamiento para TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?	El grupo recomienda los tratamientos cortos sobre los largos, para mejorar la adherencia (Recomendación fuerte). El grupo recomienda abordajes integrales que permitan abordar las barreras y facilitadores para incentivar la adherencia al tratamiento proponiendo soluciones para ellas (Recomendación fuerte) El grupo sugiere recomendar algunas intervenciones estudiadas en los cuidadores y niños, tales como incentivos económicos, incentivos nutricionales, apoyo psicosocial, y recordatorios de mensajes de texto, según las barreras encontradas. (Recomendación condicional).

Tema 3 Discusión:


Se aclara el interrogante de la investigadora Patricia del Portillo, si entre las intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento para TB latente en niños, hubo algún estudio sobre un chip para liberación de medicamento, se responde que existe para otras patologías, pero no para TB.

En respuesta al tema suprimir o quitar el termino de incentivos económicos, el Dr. Iván Flórez aclara que la metodología de la revisiones de la evidencia para las intervenciones que mejoran la adherencia, se basó en el grupo Cochrane EPOC, que se dedica específicamente a realizar RS y metaanálisis de intervenciones en salud y otras áreas financieras y se llama incentivos económicos, se analizará la forma de redactarlo en las recomendaciones, pero en la metodología de la GPC debe quedar con el nombre definido por el grupo Cochrane.

Para la implementación de los tratamientos cortos, hay incertidumbre porque en este momento en el país, hay demoras en el algoritmo de descarte de enfermedad activa, en respuesta a esta inquietud, se aclara que, de acuerdo con la evidencia, los esquemas cortos mejoran la adherencia, la idea es gestionar otras acciones que logren impactar de manera integral.

Se plantean inquietudes con la disponibilidad de IGRAS en el país, a lo que se menciona que la evidencia indica que es la mejor prueba disponible, sin embargo se deberán hacer diferentes esfuerzos para que se logre su implementación.

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

Respecto a la barrera de acceso a fluoroquinolonas, se menciona que sí están disponibles en el país para uso en niños, sin embargo se aclara que se requiere un aval del comité de casos especiales para su uso, pues realmente no está avalado por el INVIMA para uso en esta población, en este sentido, los asistentes coinciden en la necesidad de hacer las gestiones necesarias ante el INVIMA para modificar esta restricción.

Se celebra que se incluya en las recomendaciones de la pregunta 10 la consideración de abordajes integrales.

Asimismo, se analiza que la idea inicial del proyecto era adoptar la Guía de la OMS, pero debido a la baja calidad de la evidencia empleada para definir las recomendaciones, y que algunas recomendaciones no tienen evidencia reciente, se requirió verificar la información.

Al final de la reunión los asistentes aplaudieron los resultados del estudio, indicando que son muy pertinentes y oportunos para el país, que se evidencia la calidad del trabajo realizado y que se espera su pronta publicación para que puedan ser incorporados en el programa nacional de TB como lineamientos en la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto con tuberculosis.

Compromisos

Compromiso	Responsable	Fecha cumplimiento
Ajustar el término de incentivos económicos en las recomendaciones de la GPC.	Iván Flórez Dione Benjumea	Por definir


- Próxima reunión

Lugar	Fecha (dd/mm/aaaa)	Hora de inicio (a.m.-p.m.)

6. Participantes


Asistente	Cargo	Asistió		Área	Firma
		Sí	No		
Jaime Robledo R.	Director Programa	x		Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB)	
Dione Benjumea Bedoya	Investigadora principal Proyecto 3 Coordinadora proyecto	x		CIB-Uniremington	
Iván Darío Flórez	Líder metodológico	x		Universidad de Antioquia (UdeA)	
Patricia del Portillo	Co-investigadora	x		Corpogen	

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		VERSIÓN 01
			21/07/2021

Marcela Calle	Pediatra Neumóloga, integrante Comité Nacional Asesor de TB	x		Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica (ACNP)	
María Patricia Arbeláez Montoya	Investigadora	x		Universidad de Antioquia (UdeA)	
Magnolia Arango	Integrante Comité Nacional Asesor de TB			Comité Nacional Asesor de TB	
Mónica Alexandra Díaz Sánchez	Coordinadora Laboratorio de Salud Pública	x		Dirección Territorial de Salud de Caldas	
Sandra Ariza Matiz	Referente Programa Nacional de TB	x		Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	
Andrea Martín Picón	Referente departamental de Tuberculosis	x		Secretaría Departamental de Salud Vichada	
Milena Patricia Delgado Malagón	Referente tuberculosis y Hansen	x		Secretaría de salud de Cundinamarca	
Rosa Camila Reyes Bejarano	Referente Tuberculosis y Hansen	x		Laboratorio de salud pública LSP de Sucre	
Angélica María Betancourt Guaba	Bacterióloga referente Micobacterias	x		Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca	
Sandra Isella Bestene Rodriguez	Referente programa de Tuberculosis y Hansen	x		UAESA De Arauca	
Lina María Pedraza Moreno	Referente Distrital de Tuberculosis	x		Secretaría Distrital de Salud-Bogotá D.C	
Yeimi Paola Gallego	Representante	x		Dirección Territorial de Salud de Caldas	
Andrés Felipe Estupiñán	Médico Epidemiólogo	x		CIB	Telepresencia
Vanessa Sofía Sabella Jiménez	Médica, Estudiante de maestría epidemiología	x		Corporación Universitaria Remington	Telepresencia

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---


 Corporación para Investigaciones Biológicas La ciencia al servicio de la vida	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL			F-10-0003
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS			VERSIÓN 01
				21/07/2021

María Yesenia Perea Torres	GESIS del programa	x		CIB	
----------------------------	--------------------	---	--	-----	--


Nombre y Cargo de quién elabora el acta:

María Yesenia Perea Torres: GESIS

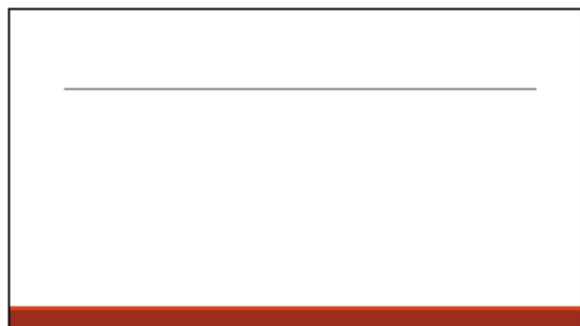
Anexo 1. Registro de asistencia de la reunión.

 UNIREMINGTON CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON		LISTADO DE ASISTENCIA Docencia.		DO-FR-20			
				Versión: 06			
				Fecha: 26-07-2019			
EVENTO: Socialización de resultados del proyecto "Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños contacto de pacientes con TB pulmonar"							
LUGAR: Hotel Capital Bogotá							
FECHA (día/mes/año): 23 de noviembre de 2023				HORA: 8:00 am a 12:00 pm			
No	CÉDULA	NOMBRE Y APELLIDOS	TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DESCRIPCIÓN DE ASISTENTE	FIRMA
1	24344210	Yermin Pardo Gallego		320628162	yermingallego1985@gmail.com	Dirección Regional de Salud de Bogotá	Y Pardo
2	1053766422	MUNIRA A. DIAZ SANCHEZ		3128151142	muniradiazsanchez@gmail.com	Dirección Regional de Salud de Bogotá	Munira
3	70081088	JAMIE ROBLEDÓ		311648806	jrobledo@cib.org.co		J Robledo
4	41425371	MARCELA CALLE		3104844677	marcelacalle@gmail.com	Comité de Seguimiento U de A, que ACSP	Marcela
5	42983563	PATRICIA ARBELAIZ		3007335733	patricia.arbelaz@udea.edu.co	Profesora Emerita U de A	Patricia
6	52779334	Liliana Patricia Delgado		3132376869	liliana.delgado@gmail.com	Secretaría de Salud de Cundinamarca	Liliana Delgado
7	52969997	Andrica Delgado		311977077	andricadelgado@gmail.com	LSP Corporación	Andrica
8	60267556	Andrica Naitin Pion		310802510	andricanaitin@gmail.com	Sec. Salud	Andrica
9	41491069	Magdalena Araujo		3158151810	magdalenaaraujo@hotmail.com	Consejo TB	Magdalena
10	60370341	Sandra Araujo		320829233	sandraaraujo@minsud.gov.co	MSPS	Sandra
11	52419131	Sandra Bestene		3203056067	sandra.bestene@unisalud.gov.co	UNESA	Sandra Bestene
12	10239695	Lina Patricia M.		310462637	linapatriam@gmail.com	Regente de	Lina Patricia
13	32781347	Rosa Camila Reyes B.		3114145410	camilareyesb@hotmail.com	LSP Sucre	Rosa Camila
14	20525312	Patricia Del Portillo		314347970	patdelportillo@corposen.org	D.E. Corporación	Patricia
15	35020597	Heidy Lucía Perea T.		310415011	heidy.perea@gmail.com	Adm. de	Heidy
16							
17							

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

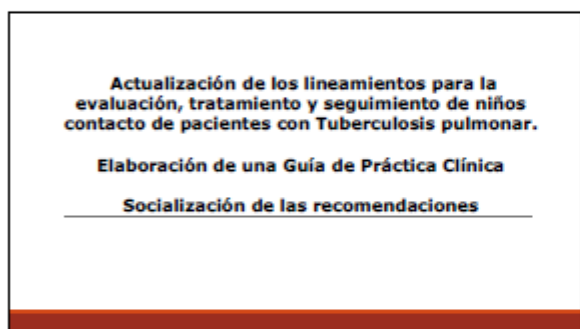
Anexo 2 Presentación de la reunión.



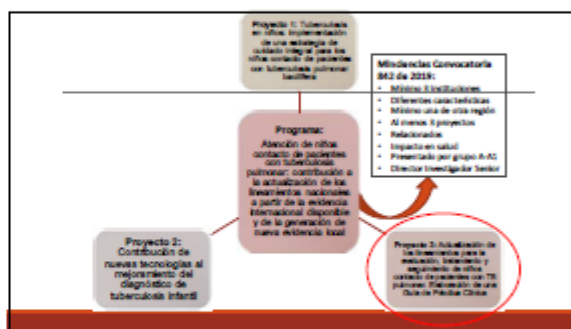
1



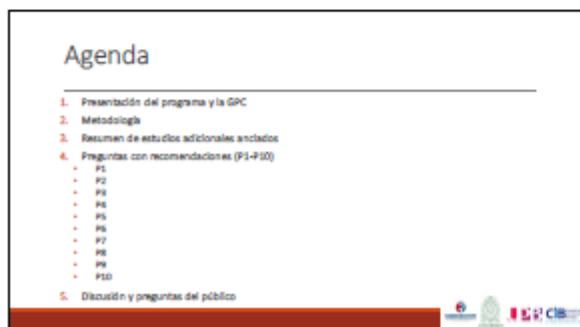
2



3



4




5



6

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		VERSIÓN 01
			21/07/2021

Objetivo General

Actualizar los lineamientos para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños contacto de pacientes con TB pulmonar.

7

Pasos para el desarrollo de la GPC

1. Priorización y selección del tema
2. Composición del grupo
3. Declaración y manejo de conflictos de intereses
4. Definición de alcances y objetivos
5. Establecimiento de preguntas, calificación de evidencias (Uso crudo)
6. Búsqueda documental y evaluación de GPC
7. Búsqueda y evaluación de RS
8. Búsqueda y evaluación de calidad de estudios primarios
9. Búsqueda de literatura de Marco de evidencia y recomendación
10. Consideración de los factores del marco de evidencia y recomendación
11. Formulación de recomendaciones
12. Socialización
13. Notificación de los hallazgos
14. Evaluación externa
15. Diseminación final y publicación

Implementación de estrategia de cuidado integral para niños contacto (Estudio caso experimental) **RS, RS, P20**

Estrategia de Cuantificación de PPD en TB latente en <10 años en Colombia (Est. Caso-control) **RS**

Valores y preferencias de pacientes y cuidadores sobre: Dosis de TB latente en Colombia (Estudio Caso-control) **RS, P20, RS, RS, P20**

8

Metodología

- ✓ Basada en la guía metodológica para la adopción/adaptación de GPC del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) (2014, y 2017)
- ✓ Constitución de un grupo desarrollador conformado por expertos clínicos (incluyendo académicos y delegados de sociedades científicas) y metodológicos (expertos en síntesis de evidencia y desarrollo de GPC).
- ✓ Declaración y manejo de los conflictos de interés.

9



10

Nº	Nombre	Apellido	Edad	Formación académica	Experiencia profesional	Experiencia en GPC
1	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
2	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
3	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
4	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
5	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
6	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
7	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
8	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
9	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
10	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
11	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
12	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
13	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
14	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
15	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
16	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
17	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
18	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
19	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
20	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
21	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
22	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
23	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
24	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
25	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
26	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
27	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
28	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
29	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC
30	Andrés Henao	Henao	35	Magister en Salud Pública	Coordinador de Gestión de la Calidad	Experiencia en GPC


11

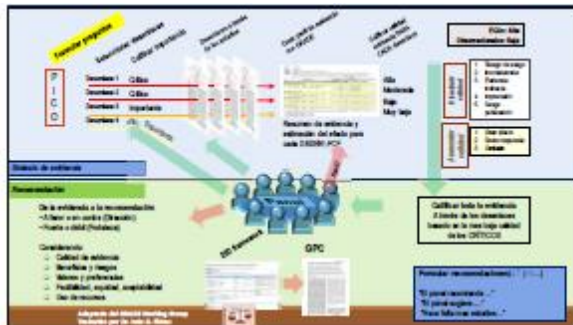
Metodología

1. Preguntas
2. Búsqueda de literatura
3. Énfasis en GPC → Evaluación de calidad; Evaluar adaptación (uso de evidencia) (Paso de evidencia a recomendación, debe ser lo más contextual posible)
4. Énfasis en RS → Evaluación de calidad: Uso de información sintetizada o cruda
5. Énfasis en estudios primarios
6. RS (si aplica)
7. Observaciones
8. Extracción de información
9. Evaluación de riesgo
10. Evaluación de calidad GRADE

12

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		VERSIÓN 01
			21/07/2021



13



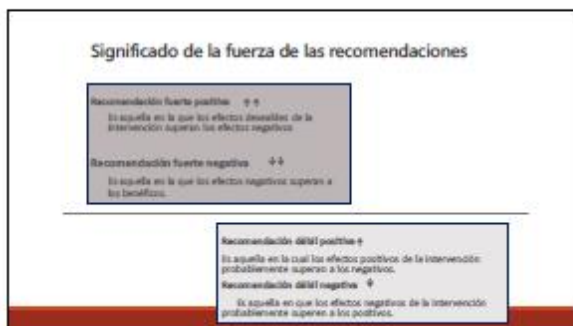
14



15



16



17

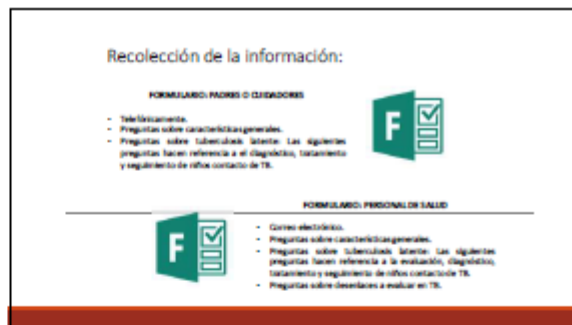


18

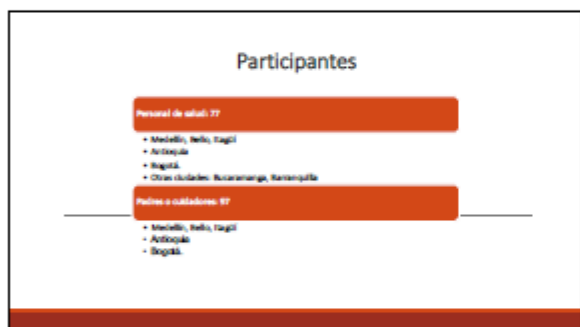
ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---



25



26



27

Características personal de salud

Variables	Categorías	N	%
Cualidad de municipio	Medellín y Área Metropolitana	29	33.3 %
	Otros municipios de Antioquia	18	20.8 %
	Bogotá	14	16.1 %
	Otros municipios de Colombia	16	18.8 %
Cargo del profesional de salud	Personal de enfermería	39	50.6 %
	Personal del programa de tuberculosis	19	24.7 %
	Personal administrativo	12	15.5 %
	Personal médico	5	6.5 %
Lugar de trabajo	Institución pública	26	33.3 %
	Institución privada	16	20.8 %
	Institución mixta	2	2.6 %
Institución donde trabaja	Primaria	62	68.9 %
	Segunda	12	13.8 %
	Tercera	12	13.8 %
	Quarta	1	1.1 %

28

Características padres o cuidadores

Variables	Categorías	N	%
Lugar de residencia	Bogotá	2	2.3 %
	Bogotá	28	32.2 %
	Bogotá	2	2.3 %
	Bogotá	49	56.5 %
Sexo del niño	Chico	3	3.4 %
	Mujer	46	52.6 %
	Indefinido	32	36.6 %
	Indefinido	3	3.4 %
Tipo de informante	Alumno/Alumna	12	13.8 %
	Otro familiar	7	8.0 %
	Indefinido	1	1.1 %
	Indefinido	1	1.1 %
Estado socioeconómico	Bajo	28	32.2 %
	Medio	49	56.5 %
	Alto	30	34.4 %
	Indefinido	10	11.5 %
Seguimiento de atención de salud	Continúa	38	43.7 %
	Interrumpió	3	3.4 %
	Indefinido	9	10.3 %
	Indefinido	9	10.3 %

29

Características personal de salud

Variables de profesional	Categorías	Personal de salud	Pacientes o cuidadores
Integración socioeconómica	Baja	41	52.6 %
	Medio	4	5.1 %
	Alto	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
Integración sociocultural	Indefinido	41	52.6 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
Integración sociocultural	Indefinido	41	52.6 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
Integración sociocultural	Indefinido	41	52.6 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
Integración sociocultural	Indefinido	41	52.6 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %
	Indefinido	4	5.1 %

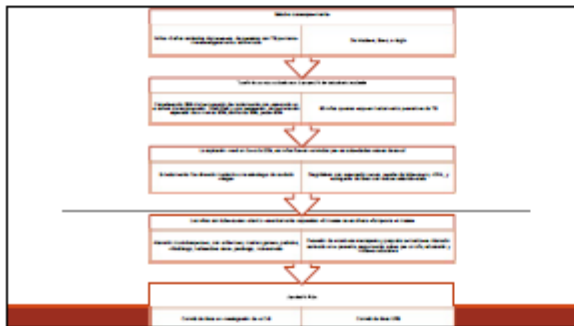
30

Tratamiento de pacientes	Categoría	Total de casos		Total de contactos	
		n	%	n	%
Tratamiento de pacientes	Medicación de inicio	48	100%	28	100%
	Control de adherencia	48	100%	28	100%
	Seguimiento de salud	48	100%	28	100%
	Seguimiento de salud	48	100%	28	100%
Tratamiento de pacientes	Medicación de inicio	48	100%	28	100%
	Control de adherencia	48	100%	28	100%
	Seguimiento de salud	48	100%	28	100%
	Seguimiento de salud	48	100%	28	100%
Tratamiento de pacientes	Medicación de inicio	48	100%	28	100%
	Control de adherencia	48	100%	28	100%
	Seguimiento de salud	48	100%	28	100%
	Seguimiento de salud	48	100%	28	100%

31

<p>Proyecto 1: Tuberculosis en niños: Implementación de una estrategia de cuidado integral para los niños contacto de pacientes con tuberculosis pulmonar bacilífera</p>

32



33

Tabla descripción de la captación de niños contacto de TB Estrategia Cuidado Integral		
Descripción	n	%
Evaluación inicial	100	100
Ingreso estrategia	88	88
En periodo de ventana inmunológica	20	20
Tuberculosis latente	60	60
Suspensión por control TST negativo	15	15
Otras suspensiones	4	4
Pérdida de seguimiento	4	4
Tratamiento terminado	63	63
Eventos adversos	0	0
Total Entregas del medicamento realizadas	290	
Entrega primer mes	88	
Entrega segundo mes	70	
Entrega tercer mes	62	
Entrega cuarto mes	70	

34

--

35

<p>PREGUNTA 1</p> <p>¿Qué exactitud tiene la detección de signos y síntomas y la radiografía de tórax en todos los niños y adolescentes menores de 18 años, para descartar la tuberculosis activa en contactos de casos de tuberculosis pulmonar?</p>
--

36

37

38


39

40

53

54

Página 16 de 24

 <p>CiB Corporación para Investigaciones Biológicas La ciencia al servicio de la vida</p>	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		VERSIÓN 01
			21/07/2021

PREGUNTA 2
(Se podría usar la prueba de liberación de interferón gamma como opción en vez de la prueba cutánea de tuberculina para realizar el diagnóstico de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años en contacto con TB pulmonar activa (en niños o en VIH u otro inmunosuprimidos)?

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
De 2 GPC potencialmente útiles, ninguna respondió a la pregunta o no era específica de la población.

2. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA
Ninguna revisión potencialmente útil, datos heterogéneos.

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto de pacientes con TB pulmonar

55

PREGUNTA 2
(Se podría usar la prueba de liberación de interferón gamma como opción en vez de la prueba cutánea de tuberculina para realizar el diagnóstico de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años en contacto con pacientes con TB pulmonar activa (en niños o en VIH u otro inmunosuprimidos)?

3. HALLAZGOS REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO Y METANÁLISIS

Prueba Índice	Prueba de Referencia	Intensidad (NNT)	Beneficio (NNT)	Riesgo de potencialidad
IGRA	TST (Mantoux)	30.185	3.018	5.7%
TST (Mantoux)	IGRA	3.018	30.185	5.7%

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto de pacientes con TB pulmonar

56

Metodología Costo-Efectividad

El modelo de árbol de decisiones planteado teniendo en cuenta las recomendaciones del IETS.

Población:
Cohorte hipotética de 2 mil jóvenes <15 años contactos de sujetos con tuberculosis activa
Peso promedio estimado 15-30 Kg
Vacunados con BCG al nacer (cobertura nacional 89.86%)

Horizonte temporal: 5 meses
Tasa de descuento: No aplica
Umbral: \$6,666 USD (1 PIB per cápita 2022); TRM \$4,255 COP)

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto de pacientes con TB pulmonar

57

Árbol de decisiones CE



Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto de pacientes con TB pulmonar

58

Discusión y conclusiones Costo-Efectividad

QuantiferON® es una prueba costo-efectiva para el diagnóstico de la tuberculosis latente en menores de 15 años que son contactos de sujetos con tuberculosis activa desde la perspectiva del Sistema de Salud colombiano.

Costo por cada caso correctamente diagnosticado: \$577 USD
Umbral: \$6,666 USD (1 PIB per cápita, año 2022)

Fortalezas: los resultados del modelo se replican en cada uno de los escenarios planteados en los análisis de sensibilidad

Limitaciones: ausencia de "gold standard"; no se consideró un resultado indeterminado ni realizar pruebas en serie

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto de pacientes con TB pulmonar

59

PREGUNTA 2
(Se podría usar la prueba de liberación de interferón gamma como opción en vez de la prueba cutánea de tuberculina para realizar el diagnóstico de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años en contacto con pacientes con TB pulmonar activa (en niños o en VIH u otro inmunosuprimidos)?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador recomienda la realización de IGRA-Quantiferon como prueba diagnóstica para TB en niños colombianos contacto de TB. En el contexto de menores de 2 años, o mientras se implementa completamente la prueba en Colombia se deberá realizar la PPD (Nivel de la evidencia bajo. Recomendación fuerte).


El grupo desarrollador considera que es importante tener en cuenta para la implementación de esta recomendación que el Ministerio de Salud haga todos los esfuerzos para que todas las comunidades puedan acceder adecuadamente a esta tecnología.

Para reducir la brecha al acceso a los resultados de la prueba se puede considerar la telemedicina.

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto de pacientes con TB pulmonar


60

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		VERSIÓN 01
			21/07/2021


PREGUNTA 3

¿Cuál es la efectividad y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento preventivo de TB para niños y adolescentes menores de 18 años contactos de TB sensible, sin infección por VIH?



70

Política	Intervención/ exposición/ Prueba	Comparación (Control)	Resultados	Subgrupos
Niños y adolescentes < 18 años, sin infección por VIH, con TB latente, contacto con TB sensible	1. RIF 3-4 meses 2. INH + RIF 3-4 meses (SGLASAL) 4. INH 6 meses 5. INH 9 meses 6. INH 12 meses 7. Placebo 8. No tratamiento	5. Incidencia de TB activa al año de seguimiento 2. Incidencia de TB activa a los dos años de seguimiento 3. Incidencia de TB activa a los cinco años de seguimiento 4. Características bacteriológicas de TB dentro los primeros 2 años luego de la exposición 5. Mortalidad a los 5 años de seguimiento 6. Reacciones adversas (glóbulos rojos, hepatotoxicidad) 7. Hepatitis viral 8. Supervivencia del tratamiento por evento adverso 9. Adherencia / cumplimiento de tratamiento	Edad < 5 años, ≥ 5 años	



71

PREGUNTA 3

¿Cuál es la efectividad y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento preventivo de TB para niños y adolescentes menores de 18 años contactos de TB sensible, sin infección por VIH?


1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- De 5 GPC potencialmente útiles, ninguna respondió a la pregunta, no es específica de la población.

2. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA

- Tres revisiones potencialmente útiles, con diferencias de poblaciones, intervenciones y/o desenlaces.
 - [Sharma et al., 2018 \(calidad alta\)](#): R monoterapia o combinado vs H. Adultos y niños sin VIH.
 - [Zaman et al., 2017 \(calidad baja\)](#): MMA. Adultos, niños y poblaciones vulnerables/riesgo. Visual incidencia de TB y hepatotoxicidad.
 - [Henao et al., 2018 \(calidad baja\)](#): 3HP vs 6 o 9H. Adultos y niños con VIH.

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO Y METANÁLISIS EN RED




72

PREGUNTA 3

¿Cuál es la efectividad y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento preventivo de TB para niños y adolescentes menores de 18 años contactos de TB sensible, sin infección por VIH?

HALLAZGOS REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO Y METANÁLISIS EN RED

- 11 ensayos clínicos aleatorizados incluidos (1 con dos períodos).
- 6 estudios que incluyen datos mixtos (con adultos), con datos en población pediátrica extraíbles.
- 8 modos de tratamiento: 3HP, 3HR, 4HR, 4R, 6H, 6R, 12H, NT/PR.
- Se excluyó pirazinamida por riesgo de hepatotoxicidad.
- Agrupación no tratamiento y placebo (NT/PR)
- 12H en 5 estudios; 6H en 4 estudios; 4R, 3HR, 4HR y 6H en 2 estudios; 3HP en 1 estudio, 0 estudios comparación 6H vs 9H.
- Similar rangos, dosificaciones y esquemas a los planteados.
- 6 estudios con alto riesgo de sesgo general, 3 algunas preocupaciones, 3 bajo riesgo.
- 5 estudios reportaron incidencia de TB activa a los 2 años de seguimiento; 7 estudios adherencia al tratamiento.



73

PREGUNTA 3


¿Cuál es la efectividad y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento preventivo de TB para niños y adolescentes menores de 18 años contactos de TB sensible, sin infección por VIH?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador de la GPC recomienda los regímenes cortos (3 meses de isoniazida con rifampicina, 3 meses de isoniazida con rifampicina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de monoterapia con rifampicina) para el tratamiento de tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años, contactos de tuberculosis sensible, sin infección por el virus de inmunodeficiencia humana. **(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).**

Por la disponibilidad y barrera de acceso a los tratamientos, se recomienda de forma ordinal, 3 meses de isoniazida con rifampicina, 3 meses de isoniazida con rifampicina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de monoterapia con rifampicina (condicionada a pacientes que puedan tomar las formas farmacológicas). Se recomienda la administración del régimen de 3 meses de isoniazida con rifampicina administrada en 12 dosis semanales a partir de los 2 años de edad. **(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).**


El grupo desarrollador de la GPC recomienda en contra de la intervención de 9 meses de isoniazida diaria como tratamiento preventivo de TB en niños y adolescentes menores de 18 años, contactos de tuberculosis sensible, sin infección por el virus de inmunodeficiencia humana. **(Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).**



74

PREGUNTA 4

¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento para tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, contactos de TB sensible?



95

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

PREGUNTA 4

¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento para tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, contactos de TB sensible?

Población	Intervención/ Comparación/ Puntos	Desenlaces	Subgrupos
Niños menores de 18 años con infección por VIH latente, contactos de TB sensible.	1. RIF 3-4 meses 2. INH + RIF 3-4 meses 3. RPT + INH 3 meses (SEMANAL) 4. INH 6 meses 5. INH 9 meses 6. INH 12 meses 7. INH 18 meses 8. Placebo 9. No tratamiento	1. Desarrollo de TB activa al año de seguimiento. 2. Incidencia de TB activa a los 2 años de seguimiento. 3. Incidencia de TB activa a los 5 años de seguimiento. 4. Confirmación bacteriológica de TB dentro los primeros 2 años luego de la exposición. 5. Mortalidad a los 5 años de seguimiento. 6. Reacciones adversas (diferentes a hepatotoxicidad). 7. Ingesta inadecuada. 8. Suspensión del tratamiento por evento adverso. 9. Adherencia / cumplimiento de tratamiento.	Edad < 5 años, ≥ 5 años. Seguimiento < 6M Nivel inmunológico CD4 Nivel inmunológico CD4 Incidencia de TB activa

96

PREGUNTA 4

¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento para tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, contactos de TB sensible?

- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
 - De 5 GPC potencialmente útiles, ninguna respondió a la pregunta, no es específica de la población.
- REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA
 - Tres revisiones potencialmente útiles, con diferencias de poblaciones, intervenciones y/o desenlaces.
 - Wong et al., 2021 (utilidad baja): personas con VIH independiente de edad, entorno y estado de tuberculosis o VIH.
 - Wong et al., 2020 (utilidad baja): 1 RCT y 2 en curso en menores de 18 años con VIH, sin TB actual, con TST positivo o negativo, y que podían estar recibiendo terapia antirretroviral.
 - Zhang et al., 2017 (utilidad alta): 1 RCT, 194 venenos placebo, niños VIH positivos, menores de 18 años, sin TB actual, con VIH expuesto a tuberculosis (sin embargo, todos los RCTs excluyeron aquellos con exposición a TB, que podían estar recibiendo terapia antirretroviral).
- ACTUALIZACIÓN REVISIÓN SISTEMÁTICA

97

PREGUNTA 4

¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento para tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, contactos de TB sensible?

HALLAZGOS ACTUALIZACIÓN REVISIÓN SISTEMÁTICA

- 12 de diciembre de 2022: 80 ECAs en Medline (Ovid), 59 en CENTRAL (Ovid) y 121 en EMBASE (Ovid).
- 1 ensayo clínico aleatorizado incluido.
 - Chundiyil et al., 2021: niños, datos extraídos de niños, 3HP vs 6H (adherencia) y 3HP vs 1 vs 2 años (efectividad).
 - Narrativamente.
- 3 ECAs de bajo riesgo y 1 de alto riesgo de sesgo.
- 1 estudio en niños con VIH sin terapia antirretroviral, 4 estudios en terapia antirretroviral.
- 3 estudios evaluaron 12H vs placebo.
- 3 estudios reportaron incidencia de TB activa, muerte, eventos adversos clínicos grado 3 o mayor y eventos adversos de laboratorio grado 3 o mayor.

98

PREGUNTA 4

¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento para tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, contactos de TB sensible?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador de la GPC sugiere la misma recomendación para el tratamiento de tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH de inmunosupresión leve/moderada (95%): contactos de tuberculosis sensible, que aquellos sin infección por el virus de inmunodeficiencia humana, contactos de tuberculosis sensible. Se recomiendan los regímenes activos (3 meses de duración con rifampicina, 3 meses de duración con rifampicina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de duración con rifampicina) para el tratamiento de tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por el virus de inmunodeficiencia humana, contactos de tuberculosis sensible. (Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).

Por la disponibilidad y forma de acceso a los tratamientos, se recomienda de forma activa, 3 meses de duración con rifampicina, 3 meses de duración con rifampicina administrada en 12 dosis semanales y 4 meses de duración con rifampicina (ambos a pacientes que puedan tomar las formas farmacéuticas). Se recomienda la administración del régimen de 3 meses de duración con rifampicina administrada en 12 dosis semanales a partir de los 2 años de edad. (Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).

El grupo desarrollador de la GPC recomienda en contra de la intervención de 6 meses de duración diaria como tratamiento preventivo de TB en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por el virus de inmunodeficiencia humana, contactos de tuberculosis sensible. (Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).

El grupo desarrollador de la GPC sugiere que no hay contradicción en la administración de regímenes que incluyen rifampicina o rifampicina en pacientes con infección por VIH, que reciben terapia antirretroviral disponible en Colombia. (Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja).

99

PREGUNTA 5

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con alguna condición especial (inmunocompromiso -trasplante de órgano sólido, oncológico, IDP, desnutrición grave-, enfermedad hepática, enfermedad renal, diabetes) cuál es el esquema más efectivo y seguro para el tratamiento de la TB latente?

Población	Intervención	Comparación (Control)	Desenlaces	Subgrupos
Niños y adolescentes menores de 18 años con condiciones especiales (inmunocompromiso -trasplante de órgano sólido, oncológico, IDP, desnutrición grave-, enfermedad hepática, enfermedad renal, diabetes) y diagnóstico de TB latente	1. RIF 3-4 meses 2. INH + RIF 3-4 meses 3. RPT + INH 3 meses (SEMANAL) 4. INH 6 meses 5. INH 9 meses 6. Placebo		1. Desarrollo de TB activa al año de seguimiento. 2. Desarrollo de TB activa a los 2 años de seguimiento. 3. Desarrollo de TB activa a los 5 años de seguimiento. 4. Confirmación bacteriológica de TB dentro los primeros 2 años luego de la exposición. 5. Mortalidad a los 5 años de seguimiento. 6. Reacciones adversas (diferentes a hepatotoxicidad). 7. Ingesta inadecuada. 8. Suspensión del tratamiento por evento adverso. 9. Adherencia/Cumplimiento de tratamiento.	Ninguno

119

120

ELABORÓ


Nombre: Andrea Henao
Cargo: Analista Gestión Documental
Fecha: 21/06/2021

REVISÓ

Nombre: July Rave
Cargo: Coordinadora SIG
Fecha: 21/06/2021

APROBÓ

Nombre: July Rave
Cargo: Coordinadora SIG
Fecha: 21/07/2021

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
			VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		21/07/2021

PREGUNTA 5

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con alguna condición especial (inmunocompromiso-trasplante de órgano sólido, oncológico, VIH, desnutrición grave, enfermedad hepática, enfermedad renal, diabetes) cuál es el esquema más efectivo y seguro para el tratamiento de la TB latente?

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- 0 GPC potencialmente útiles

2. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA

- 3 potencialmente útiles, ninguna cumple criterios.

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO

- 10 artículos extraídos final
- No se enfocan exclusivamente en nuestra población

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños con TB dependientes con TB pulmonar

121

PREGUNTA 5

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con alguna condición especial (inmunocompromiso-trasplante de órgano sólido, oncológico, VIH, desnutrición grave, enfermedad hepática, enfermedad renal, diabetes) cuál es el esquema más efectivo y seguro para el tratamiento de la TB latente?

3. HALLAZGOS REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO

Autores/año	Tipo de estudio	Lugar de estudio	Causas de inmunosupresión	N	Edad en años media	Sexo masculino %	Tratamiento de contacto previo	Tiempo de seguimiento (meses)	TB activa	Exposición	Definición de exposición	Definición de resultado
Huang, 2021	Prospectivo	Taiwan	Diabetes mal controlada	200	6.6	52.3	0%	347	4	91	3.18 (3.05-3.32)	1.02 (0.82-1.22)
Lin, 2021	Prospectivo	Taiwan	Falta renal en niños	51	5.6	62.2	0%	347	12	91	1.76 (0.62-5.04)	0.84 (0.52-1.35)
Chen, 2014	Prospectivo	Taiwan	VIH	140	4.2	28	388 / 594	56	1.08 (0.43-2.75)	0.2 (0.03-0.49)	1.08 (0.47-1.7)	
Wu, 2014	Prospectivo	Taiwan	Trasplantes	634	6.2	45.4	347 / 377	12	91	7%		0.76
Wong, 2017	Prospectivo	EE.UU.	Trasplantes a receptores	44	5.2	56.3%	0%	347	14	1.60 (0.75-3.40)	0.40 (0.15-1.04)	1.08 (0.43-2.75)

0: No se menciona
1: Al menos una
2: Al menos dos
3: No se menciona

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños con TB dependientes con TB pulmonar

122

PREGUNTA 5

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con alguna condición especial (inmunocompromiso-trasplante de órgano sólido, oncológico, VIH, desnutrición grave, enfermedad hepática, enfermedad renal, diabetes) cuál es el esquema más efectivo y seguro para el tratamiento de la TB latente?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador sugiere el uso de Rifampicina/isoniazida en comparación a la isoniazida en niños y adolescentes menores de 18 años con CTB y alguna condición especial (Nivel de la evidencia baja. Recomendación condicional).

Esta recomendación está condicionada a:

- Barreras de implementación de la intervención
- Evidencia de muy baja calidad

En los menores de 10kg y mientras se superan las barreras de implementación considerar el tratamiento habitual de isoniazida (6 meses)

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños con TB dependientes con TB pulmonar

123

PREGUNTA 6

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TB latente contacto de TB resistente (monorresistencia, MDR, XDR) cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento preventivo?

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños con TB dependientes con TB pulmonar

128

Población	Intervención/exposición/Prueba	Comparación (Control)	Desarrollo	Seguimiento
Niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TB latente contacto de TB resistente (monorresistencia, MDR, XDR)	1) Tratamiento preventivo con: 1. Fluorquinolonas o 2. Isoniazida combinada con otros medicamentos (estabilidad, adherencia) 3. Tiempo guiado según perfil de sensibilidad del caso fuente	sin tratamiento preventivo	1. Desarrollo de TB activa al año de seguimiento. 2. Desarrollo de TB activa a los 2 años de seguimiento. 3. Desarrollo de TB activa a los 5 años de seguimiento. 4. Confirmación bacteriológica de TB dentro los primeros 2 años luego de la exposición. 5. Mortalidad a los 5 años de seguimiento. 6. Reacciones adversas (diferentes a hepatotoxicidad). 7. Hospitalización. 8. Suspensión del tratamiento por evento adverso. 9. Adherencia/ Cumplimiento de tratamiento.	OTV No OTV Edad (0-6 años, >6 años)

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños con TB dependientes con TB pulmonar

129

PREGUNTA 6

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TB latente contacto de TB resistente (monorresistencia, MDR, XDR) cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento preventivo?

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- De 3 GPC potencialmente útiles, ninguna respondió a la pregunta o no era específica de la población.

2. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA


- Dos revisiones potencialmente útiles, una revisión narrativa y 6 estudios primarios entre los que estaban los 2 de la otra RS, 3 reportes de series de casos y 1 cohorte. Otra RS con 2 artículos.

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños con TB dependientes con TB pulmonar

130

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

 <p>CiB Corporación para Investigaciones Biológicas La ciencia al servicio de la vida</p>	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		VERSIÓN 01
			21/07/2021

PREGUNTA 6

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TB latente contacto de TB resistente (monoresistencia, MDR, XDR) cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento preventivo?

HALLAZGOS REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO

- 7 estudios incluidos
- 3 estudios que incluyen adultos
- 3 cohortes retrospectivas y 4 prospectivas
- 1 estudio comparación tratamiento adecuado vs no tratamiento
- Ningún estudio realizó análisis multivariado
- Todos los estudios incluyen diferentes esquemas en su mayoría con levofloxacinas
- Todos los estudios con muy alto riesgo de sesgo
- 1 estudio reportó casos de TB activa en el grupo de tratamiento
- 3 ensayos clínicos en curso

Guía de Práctica Clínica para la efectividad, seguridad y seguimiento de niños con diagnóstico de TB pulmonar

131

PREGUNTA 6

¿En niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TB latente contacto de TB resistente (monoresistencia, MDR, XDR) cuál es la efectividad y seguridad del tratamiento preventivo?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador recomienda que se debe dar tratamiento según el perfil de susceptibilidad del caso índice. (Nivel de la evidencia bajo. Recomendación condicional)

Esta recomendación está condicionada a futura evidencia, dado que se encuentran en curso o en espera de publicación algunos ECA.

El grupo desarrollador considera que existe una barrera de acceso al tratamiento dado que las fluorquinolonas que se encuentran en varios de los esquemas descritos en la literatura no tienen aval para uso en niños en Colombia.

El grupo desarrollador recomienda hacer un llamado de atención al INVIMA para priorizar la actualización del uso de fluorquinolonas en niños según la evidencia disponible y los usos que ya se encuentran avalados en otros países.

Guía de Práctica Clínica para la efectividad, seguridad y seguimiento de niños con diagnóstico de TB pulmonar

132

PREGUNTA 7

¿Cuál es la utilidad de la observación clínica estrecha sin tratamiento farmacológico a los contactos de TB cuando el periodo de infección es superior a un año de acuerdo con la edad?

Guía de Práctica Clínica para la efectividad, seguridad y seguimiento de niños con diagnóstico de TB pulmonar

141

Población	Intervención/exposición/Prueba	Comparación (Control)	Desenlaces	Subgrupos
En niños y adolescentes menores de 18 años inmunocompetentes a contacto de casos de TB pulmonar, no infectados por el VIH, con periodo de infección superior a un año	La observación clínica estrecha sin tratamiento farmacológico	La observación clínica estrecha con tratamiento farmacológico	1. Incidencia de TB activa al año de seguimiento 2. Incidencia de TB activa a los dos años de seguimiento 3. Incidencia de TB activa a los cinco años de seguimiento 4. Confirmación bacteriológica de TB dentro los primeros 2 años luego de la exposición. 5. Mortalidad a los 5 años de seguimiento. 6. Reacciones adversas. 7. Hepatotoxicidad. 8. Suspensión del tratamiento por evento adverso. 9. Adherencia / cumplimiento de tratamiento. 10. Complicaciones de la TB activa	Edad

Guía de Práctica Clínica para la efectividad, seguridad y seguimiento de niños con diagnóstico de TB pulmonar

142

PREGUNTA 7

¿Cuál es la utilidad de la observación clínica estrecha sin tratamiento farmacológico a los contactos de TB cuando el periodo de infección es superior a un año de acuerdo con la edad?

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- Ninguna GPC respondió la pregunta.

2. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA

- Tres revisiones sistemáticas potencia/inerte útiles, la primera concluyó que los datos eran limitados y que se debía priorizar la recolección de información de contactos, la segunda concluyó que la tuberculosis latente se adquiere con mayor probabilidad en el hogar pero que la exposición comunitaria no era despreciable. La tercera RS fue una actualización de la segunda con análisis de participantes individuales, se decidió que esta revisión era útil por presentar la evidencia sobre el riesgo de desarrollar TB activa luego de la exposición a TB en diferentes periodos.

3. ACTUALIZACIÓN DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

- No se encontraron artículos que cumplieran criterios de inclusión para actualizar la última revisión sistemática.

Guía de Práctica Clínica para la efectividad, seguridad y seguimiento de niños con diagnóstico de TB pulmonar

143

PREGUNTA 7

¿Cuál es la utilidad de la observación clínica estrecha sin tratamiento farmacológico a los contactos de TB cuando el periodo de infección es superior a un año de acuerdo con la edad?

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

- Evidencia indirecta.**
 - En niños con un resultado inicial positivo de TST o RT23, la incidencia de TB activa por 100 personas año fue de 5,8 a los 15-600 días, 3,2 a los 600-1780 días y 3,2 a 1780 días desde el inicio.
 - Entre todos los niños que no recibieron terapia preventiva, el riesgo acumulativo a 7 años tenía forma de U según la edad, y osciló entre el 7,8% en niños menores de 5 años y el 3,7% en niños de 14-5 años de edad (p=0,0027 en comparación con niños <5 años) y 5,8% en niños de 10 a 14 años (p=0,0143 en comparación con niños <5 años), seguido de un aumento posterior en riesgo de 6,7% entre niños mayores de 15 años (p=0,0003 en comparación con niños <5 años). (Referencia y cit. 2020)
 - Resultado sobre el riesgo de infección y progresión de la enfermedad en niños expuestos a TB en el hogar: resultados en Colombia el riesgo anual de infección fue 17% (IC 95% 11,9-22,2), y el riesgo de desarrollar TB activa siguió siendo alto aún en el segundo año después de la exposición, principalmente en los niños menores de 5 años y especialmente en los menores de 2 años.
 - La tasa de incidencia de tuberculosis activa fue de 17,4 casos por 1.000 años persona de seguimiento. El riesgo de desarrollar TB activa aumentó conforme el aumento del resultado de la TST inicial (TST 5-9 mm HR= 8,55, IC 95% 2,0-36,2; TST ≥10 mm HR= 5,38, IC 95% 2,0-12,8). (Referencia y cit. 2020)
 - Método de la estrategia "Fit to the TB" (DAR 2020) de la DAR de realizó el número de muertes en un 10% y la tasa de incidencia en un 10% entre 2019 y 2020, teniendo como algunos de los indicadores una cobertura de seguimiento a contactos de TB y de tratamiento de TB de 10%.

Guía de Práctica Clínica para la efectividad, seguridad y seguimiento de niños con diagnóstico de TB pulmonar

144

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

PREGUNTA 7

¿Cuál es la utilidad de la observación clínica estrecha sin tratamiento farmacológico a los contactos de TB cuando el período de infección es superior a un año de acuerdo con la edad?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador recomienda dar tratamiento para tuberculosis latente a los niños menores de 18 años contactos de TB sensible cuando el período de infección es superior a un año. (Nivel de la evidencia moderado. Recomendación fuerte)

El grupo desarrollador considera que no existe evidencia disponible para recomendar el tratamiento para TB latente a los menores de 18 años contactos de TB resistente cuando el período de infección es superior a un año.

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de niños contactos de pacientes con TB pulmonar

145

PREGUNTA 8

¿En el período de ventana inmunológica de exposición a TB se debe suministrar tratamiento preventivo a los niños y adolescentes menores de 18 años contacto de TB?

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de niños contactos de pacientes con TB pulmonar

155

Población	Intervención (Agencia/Prueba)	Comparación (Control)	Desenlaces	Subgrupos
En niños y adolescentes menores de 18 años en período de ventana inmunológica por contacto con pacientes con TB pulmonar activa	Suministrar profilaxis (cualquier esquema)	No suministrar profilaxis	1. Desarrollo de TB activa al año de seguimiento. 2. Desarrollo de TB activa a los 2 años de seguimiento. 3. Desarrollo de TB activa a los 5 años de seguimiento. 4. Confirmación bacteriológica de TB dentro los primeros 2 años luego de la exposición. 5. Mortalidad a los 5 años de seguimiento. 6. Reacciones adversas (diferentes a hepatotoxicidad). 7. Hepatotoxicidad. 8. Suspensión del tratamiento por evento adverso. 9. Adherencia/Cumplimiento de tratamiento. 10. Conversión de la prueba de tuberculina a los 3 meses.	Ninguno

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de niños contactos de pacientes con TB pulmonar

156

PREGUNTA 8

¿En el período de ventana inmunológica de exposición a TB se debe suministrar tratamiento preventivo a los niños y adolescentes menores de 18 años contacto de TB?

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- De 4 GPC potencialmente útiles, ninguna respondió a la pregunta o no era específica de la población.

2. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA

- De las revisiones sistemáticas ninguna era potencialmente útil.

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO

- Fueron incluidos 8 estudios

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de niños contactos de pacientes con TB pulmonar

157

PREGUNTA 8

¿En el período de ventana inmunológica de exposición a TB se debe suministrar tratamiento preventivo a los niños y adolescentes menores de 18 años contacto de TB?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador teniendo en cuenta evidencia indirecta recomienda suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños menores de 5 años expuestos a TB que se encuentran en el período de ventana inmunológica. (Nivel de la evidencia muy bajo. Recomendación fuerte).

El grupo desarrollador teniendo en cuenta evidencia indirecta, sugiere suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños entre 5 y 18 años expuestos a TB que se encuentran en el período de ventana inmunológica, según el riesgo que se tenga de desarrollar TB. (Nivel de la evidencia muy bajo. Recomendación condicional).

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de niños contactos de pacientes con TB pulmonar

158

PREGUNTA 8

¿En el período de ventana inmunológica de exposición a TB se debe suministrar tratamiento preventivo a los niños y adolescentes menores de 18 años contacto de TB?

RECOMENDACIONES

El grupo desarrollador teniendo en cuenta evidencia indirecta recomienda suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños menores de 5 años expuestos a TB que se encuentran en el período de ventana inmunológica. (Nivel de la evidencia muy bajo. Recomendación fuerte).

El grupo desarrollador teniendo en cuenta evidencia indirecta, sugiere suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños entre 5 y 18 años expuestos a TB que se encuentran en el período de ventana inmunológica, según el riesgo que se tenga de desarrollar TB. (Nivel de la evidencia muy bajo. Recomendación condicional).

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de niños contactos de pacientes con TB pulmonar

159

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL		F-10-0003
			VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS		21/07/2021

PREGUNTA 9

¿Cuáles serían las pruebas para monitoreo de efectos adversos en el seguimiento durante el tratamiento de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?

187

Pregunta PICO

Población	Intervención	Comparación (Control)	Desenlaces	Subgrupos
En niños y adolescentes menores de 18 años en tratamiento de TB latente	Monitoreo clínico periódico (frecuencia, estado, dolor abdominal, hepatomegalia, ictericia, náuseas, vómitos, eructos, alteraciones neurológicas, alteraciones renales, etc.) con los Pruebas hepáticas ACT ALT Bilirrubinas y otros pruebas según esquema de tratamiento	Control estándar: manejo según	1. Frecuencia de eventos adversos en el seguimiento durante el tratamiento. 2. Frecuencia de eventos adversos graves en el seguimiento durante el tratamiento.	Indicación por TB latente (18 años, 16 años) Etapas esquemas de tratamiento (uso de tenofovir, efavirenz y rifampicina) Asociaciones de hepatotoxicidad

188

PREGUNTA 9

¿Cuáles serían las pruebas para monitoreo de efectos adversos en el seguimiento durante el tratamiento de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?

- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**
 - 4 GPC potencialmente útiles (no evidencia para responder)
- REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA**
 - 0 RS potencialmente útiles, ninguna cumple criterios.
- REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO**
 - 0 estudios comparativos que permitieran resumir la evidencia

189

¿Que encontramos?

1579 estudios identificados. Ningún estudio aborda esta cuestión

Al revisar la información documentamos que no hay estudios dirigidos a responder esta pregunta pues no se encuentran comparaciones

La información que se encuentra es indirecta y de tipo descriptivo, principalmente derivada de ensayos clínicos de tratamientos para TB latente, donde los investigadores definen a priori estrategias de monitoreo basadas más sobre consideraciones farmacológicas que evidencia clínica.

No hay evidencia disponible que permita hacer una recomendación sólida.

Como este desenlace está estrechamente ligado al desenlace de seguridad, se recomienda trasladar evidencia disponible sobre seguridad de los diferentes esquemas de tratamiento para TB latente y de forma indirecta y en consenso con expertos temáticos definir la estrategia más pertinente de monitoreo según los esquemas a utilizar.

190

PREGUNTA 9

¿Cuáles serían las pruebas para monitoreo de efectos adversos en el seguimiento durante el tratamiento de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?

RECOMENDACIONES

Fuente: Se recomienda el monitoreo y seguimiento clínico mensual por profesionales primarios entrenados para tuberculosis y control de medicamentos (médico o enfermera) **[Consensus de expertos]**

• Apreciaciones adicionales: médica + mensual (junto de buena práctica clínica), ver ABR porque parece ir en consecuencia

Condicional: Se sugiere no realizar pruebas de laboratorio rutinarias, a excepción de pacientes con hepatopatías (fuerte) o que estén recibiendo medicación hepatotóxica **[Consensus de expertos]**


191

PREGUNTA 10

¿Qué intervenciones se pueden implementar para mejorar el cumplimiento del tratamiento para TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?

197

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN INSTITUCIONAL	F-10-0003
		VERSIÓN 01
	CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS	21/07/2021

Pregunta PICO

Población	Intervención	Comparación (Control)	Desenlace	Subgrupos
En niños adolescentes mayores de 10 años en tratamiento de TB latente	Regímenes cortos de tratamiento, presentaciones de medicamentos disponibles. Suministro de información o educación (intervenciones educativas, acompañamiento motivado por TICs). Apoyo para el cambio de comportamiento. Apoyo parental (apoyo de pares, atención cultural, atención de adherencia, incentivos monetarios, incentivos alimentarios, acompañamiento potencial y nutricional). Otras prácticas intervencionales	No intervención. Cuidado estándar	1. Mejoría de la adherencia al tratamiento	Infección por VIH Niños (<10 años, el otro)

198

PREGUNTA 10

¿Cuáles serían las pruebas para monitoreo de efectos adversos en el seguimiento durante el tratamiento de TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
 - 9 GPC potencialmente útiles
2. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA
 - 11 RS potencialmente útiles, ninguna cumple criterios.
3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE NOVO
 - 18 estudios comparativos que permitieran resumir la evidencia

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, seguimiento y seguimiento de niños con TB latente

199

Elementos para la recomendación en la pregunta 10

- La mayoría de la evidencia sobre adherencia se enfoca en los beneficios/riesgos de los esquemas cortos versus los largos- *Nota*, se traslapa con la pregunta 3
- Un estudio evaluó los esquemas cortos autoadministrados versus supervisados*
- Solo cinco estudios reportan efectos de programas de adherencia que incluyen
 - Estrategias de comunicación, educación, incentivos nutricionales, y económicos
 - Sistemas de recordatorios (sólo co-intervención de la evaluación de esquemas cortos vs largos)
- Solo siete estudios reportan adherencia exclusivamente en niños (menores de 18 años)
- Un esquema corto de tratamiento, con atención integral centrada en el paciente, e incentivos tanto en transporte como en paquete alimentario, permite mejorar el cumplimiento del tratamiento, pasando de un 60% de cumplimiento con los esquemas tradicionales, a un 80% con esta intervención

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, seguimiento y seguimiento de niños con TB latente

200

PREGUNTA 10

¿Qué intervenciones se pueden implementar para mejorar el cumplimiento del tratamiento para TB latente en niños y adolescentes menores de 18 años?

RECOMENDACIONES

Fuerte: El grupo recomienda el uso de tratamientos cortos sobre los largos para mejorar la adherencia

Fuerte: El grupo recomienda abordajes integrales que permitan identificar las barreras y facilitadores para incentivar la adherencia al tratamiento proponiendo soluciones para ellas

Condicional: El grupo sugiere considerar algunas de las intervenciones estudiadas en los cuidadores y niños, tales como: Incentivos económicos, Incentivos nutricionales, apoyo psicosocial, y recordatorios de mensajes de texto, según las barreras encontradas

Guía de Práctica Clínica para la evaluación, seguimiento y seguimiento de niños con TB latente

201

ELABORÓ Nombre: Andrea Henao Cargo: Analista Gestión Documental Fecha: 21/06/2021	REVISÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/06/2021	APROBÓ Nombre: July Rave Cargo: Coordinadora SIG Fecha: 21/07/2021
--	---	---