

Guía^{de} práctica clínica

para la evaluación, tratamiento y seguimiento
de niños en contacto con pacientes con
tuberculosis pulmonar en Colombia
(versión corta)

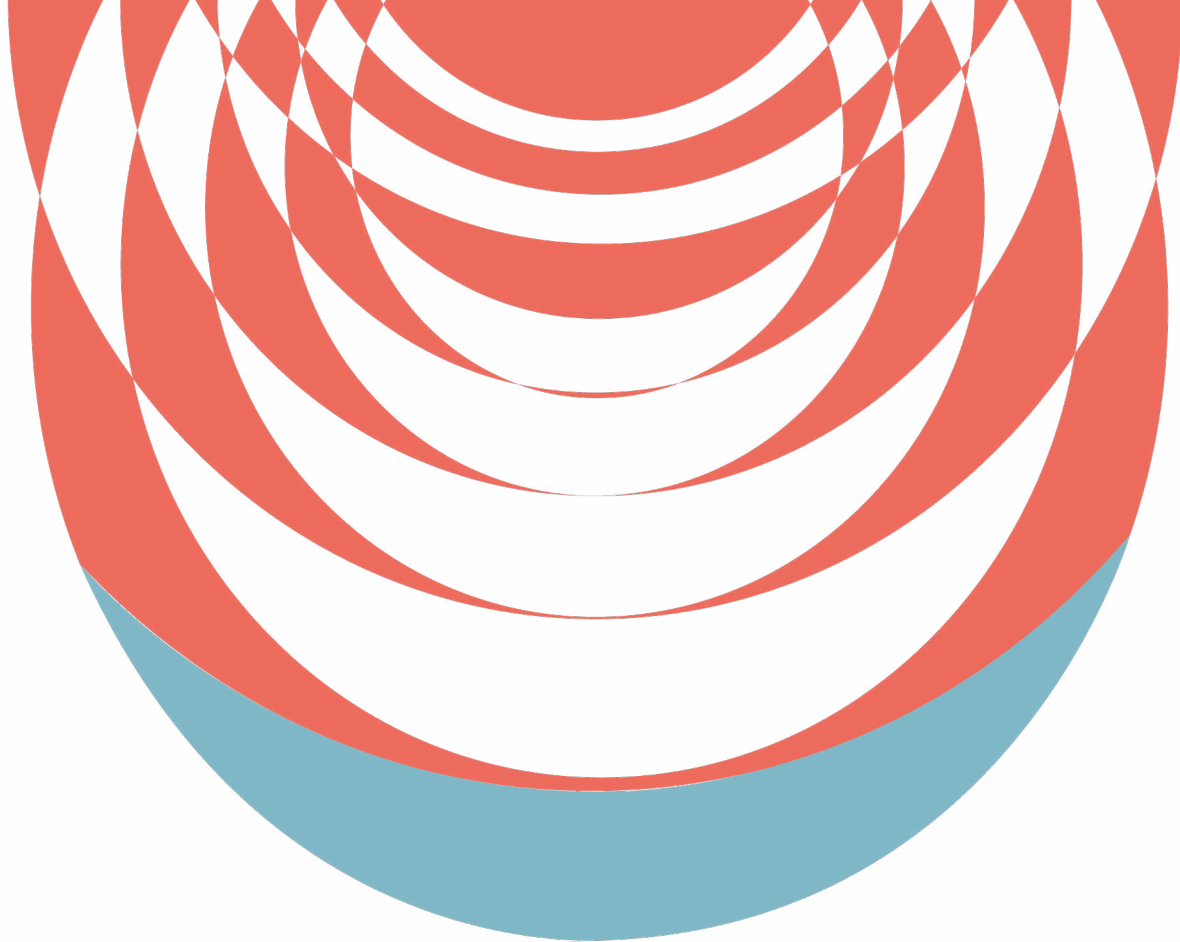
Editores académicos

Dione Benjumea-Bedoya
Iván D. Flórez



Ciencias

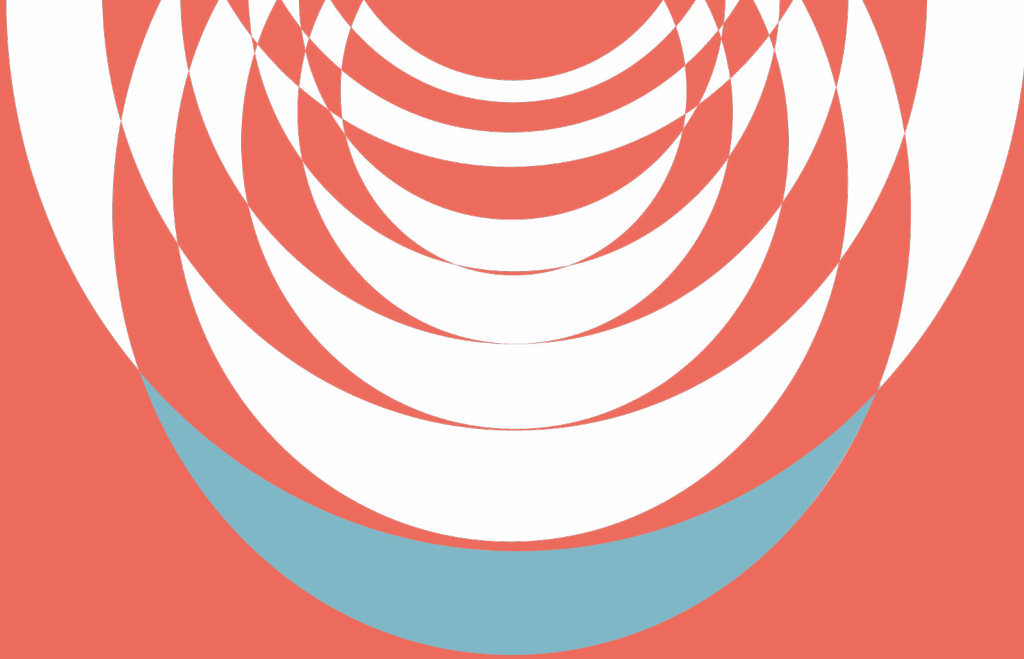




Guía^{de} práctica clínica

para la evaluación, tratamiento y seguimiento
de niños en contacto con pacientes con
tuberculosis pulmonar en Colombia
(versión corta)





Grupo desarrollador

DIONE BENJUMEA-BEDOYA

IVÁN D. FLÓREZ

JAIME ALBERTO ROBLEDO-RESTREPO

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ-MONTOYA

ANDRÉS FELIPE ESTUPIÑÁN-BOHÓRQUEZ

VANESSA SOFIA SABELLA-JIMÉNEZ

ANDREA VICTORIA RESTREPO-GOUZY

CLAUDIA PATRICIA BELTRÁN-ARROYAVE

JURG NIEDERBACHER-VELÁSQUEZ

JAIRO BEDOYA-GIRALDO

ISABEL CRISTINA HURTADO-PALACIOS

FERNANDO NICOLÁS MONTES-ZULUAGA

OSCAR ANDRÉS CRUZ-MARTÍNEZ

LINA MARCELA CADAVID-ÁLVAREZ

JAVIER MAURICIO SIERRA

CLAUDIA MARCELA VÉLEZ

ANIBAL VICENTE ARTEAGA-NORIEGA

CARLOS ANDRÉS VARGAS-ALZATE
JORGE HUMBERTO BOTERO-GARCÉS
ANDREA JULIANA GÓMEZ
MÓNICA GIL-ARTUNDUAGA
DAVID CASTAÑO-OSORIO
MARÍA LUCÍA CASTAÑO
VÍCTOR HUGO ANDRADE-AGUDELO
MARIBEL MURILLO TENORIO
DORA ELENA VANEGAS-ROJAS
ESTEBAN VILLEGAS-ARBELÁEZ
YENIFER CARIME HOYOS MÉNDEZ
SEBASTIÁN GUZMÁN CANO
JHON HENRY OSORIO CASTAÑO
LIZETH ANDREA PANIAGUA-SALDARRIAGA
LINA MARÍA PEDRAZA-MORENO
CLAUDIA LLERENA-POLO
ROBERTO BEJARANO ROJAS
SANDRA MARINA ARIZA MATIZ
MARÍA YESENIA PEREA TORRES

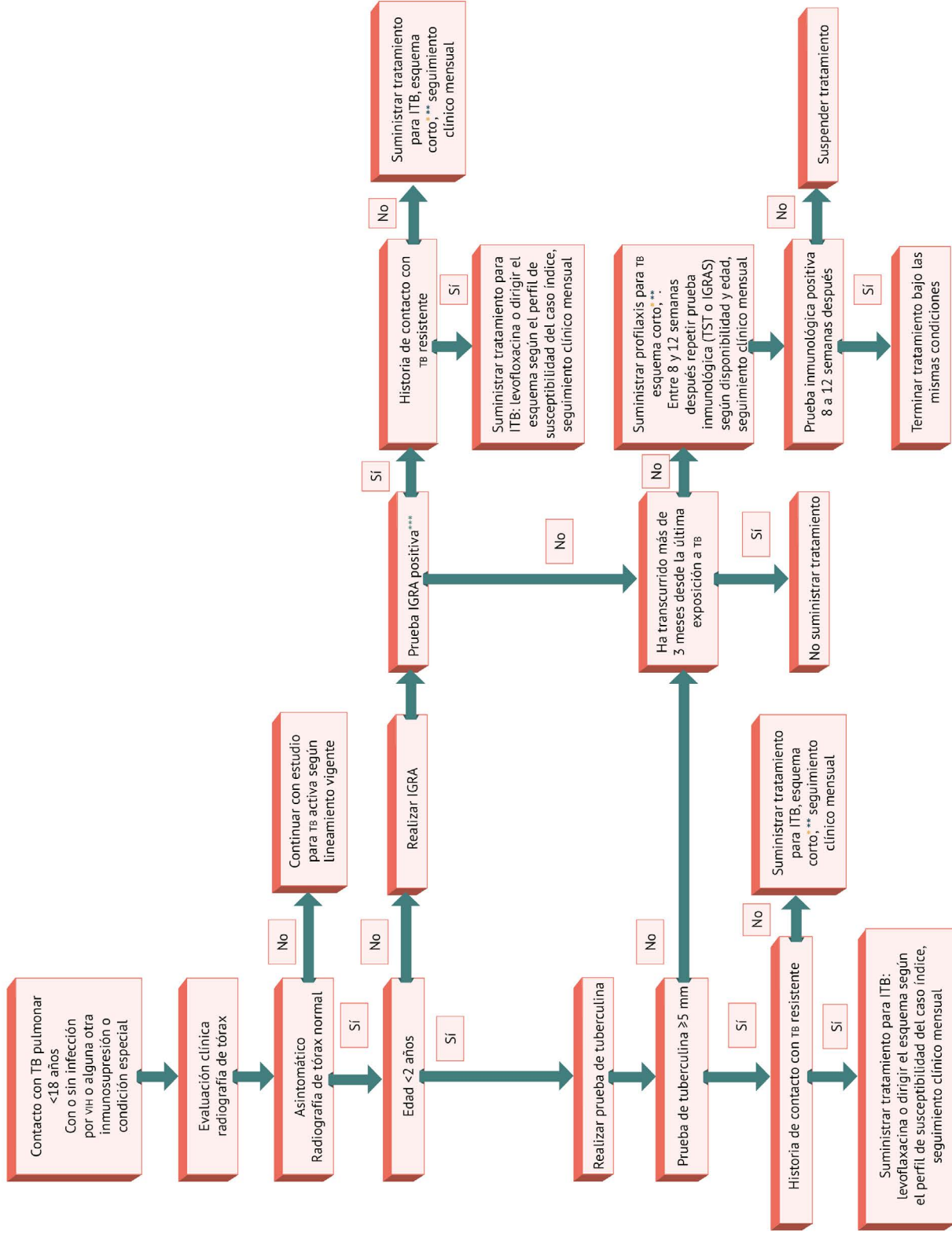
Ver curriculum grupo desarrollador



Tabla 1. Esquemas de tratamiento según población

Población	Esquema de tratamiento
<p>ITB en población menor de 18 años no inmunosuprimida en contacto de TB pulmonar sensible.</p>	<p><i>Menores de 2 años:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • *Isoniazida /rifampicina 1 dosis diaria durante 3 meses. • *Rifampicina 1 dosis diaria durante 4 meses. • Isoniazida 1 dosis diaria durante 6 meses (en caso de no disponer de esquemas cortos). <p><i>Mayores de 2 años:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • *Isoniazida/rifapentina 1 dosis semanal durante 3 meses. • *Isoniazida/rifampicina 1 dosis diaria durante 3 meses. • *Rifampicina 1 dosis diaria durante 4 meses. • Isoniazida 1 dosis diaria durante 6 meses (en caso de no disponer de esquemas cortos).
<p>ITB en población menor de 18 años con VIH en contacto de TB pulmonar sensible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • *Isoniazida/Rifampicina 1 dosis diaria durante 3 meses. • *Isoniazida/rifapentina 1 dosis semanal durante 3 meses. • *Rifampicina sola 1 dosis diaria durante 4 meses. • Isoniazida 1 dosis diaria durante 6 meses (en caso de no disponer de esquemas cortos).
<p>ITB en población menor de 18 años con inmunosupresión no VIH (receptor de órgano sólido, paciente oncológico, desnutrición severa, IDP, enfermedad renal o hepática, diabetes) en contacto de TB pulmonar sensible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso <10kg: Isoniazida 1 dosis diaria durante 6 meses. • *Peso ≥10kg: Isoniazida/rifapentina 1 dosis semanal durante 3 meses.
<p>ITB en población menor de 18 años en contacto de TB pulmonar resistente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levofloxacin, 1 dosis diaria durante 6 meses. • Dirigir el esquema según el perfil de susceptibilidad del caso índice.

* Esquemas cortos



* Esquemas cortos de tratamiento, ver **tabla 1**, Esquemas de tratamiento según población.
 - Se considera tratamiento para ITB cuando se tiene alguna prueba inmunológica para TB positiva.
 - Se considera profilaxis para TB cuando se inicia tratamiento luego de la exposición a TB, pero cuando aún las pruebas inmunológicas son negativas y no han pasado más de 3 meses desde la última exposición a TB (período de ventana inmunológica).

**
 - El grupo desarrollador recomienda dar tratamiento a los niños <5 años con ITB.
 - El grupo desarrollador sugiere dar tratamiento a los niños y adolescentes con ITB según factores de riesgo para desarrollar TB activa.

 Si el resultado de la prueba IGRA es indeterminado, se deben revisar las condiciones de la toma de la muestra, repetir la prueba inmunológica (TST o IGRA), según la disponibilidad que se tenga y edad, y tomar conducta según el algoritmo.

Siglas: TB: tuberculosis. ITB: Infección por Tuberculosis. TST: Prueba de Tuberculina. IGRA: Prueba de Liberación de Interferón Gamma

Figura 1. Diagrama de flujo de evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto con tuberculosis

Objetivos, alcance y población de la guía

Definición

La Infección Latente por Tuberculosis (ILT_B) está definida como la respuesta inmunitaria medible a *M. tuberculosis*, en ausencia de manifestaciones clínicas de la enfermedad o TB activa. Dicha respuesta se mide con la prueba de tuberculina (TST) o la prueba de liberación de interferón gamma (IGRA). Sin embargo, esta definición no aborda la duración ni la actividad del foco latente, que no es una entidad homogénea, sino que puede variar entre personas según el tiempo y factores específicos del hospedero y de la micobacteria.

Lo anterior ha generado que, en diferentes fases, se haya cambiado el nombre al que se refiere el tratamiento a personas en contacto con TB, desde profilaxis, tratamiento preventivo de TB, tratamiento para ILTB, hasta el concepto actual de Infección por Tuberculosis (IT_B) y tratamiento preventivo de TB. Por tanto y siguiendo el concepto empleado en el último reporte mundial de TB de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en esta guía se empleará el concepto de infección por tuberculosis IT_B. Sin embargo, se debe considerar que, en el momento de las búsquedas de evidencia realizadas para el desarrollo de la guía, el concepto vigente era ILTB y, por ello, se empleó en dichas búsquedas.

Objetivo

El objetivo fue desarrollar una Guía de práctica clínica (GPC), para la evaluación, tratamiento y seguimiento de niños en contacto con pacientes con TB pulmonar. Se espera que estas recomendaciones ayuden a disminuir la brecha entre la evidencia y la práctica clínica de los niños con ILTB en Colombia. Esta GPC debe ser útil para informarles a profesionales de salud, tomadores de decisiones y desarrolladores de políticas, pacientes y cuidadores.

Población

Estas recomendaciones están dirigidas a todos los niños y adolescentes menores de 18 años que estén en contacto con pacientes con TB pulmonar en Colombia. Esto, incluye niños inmunocompetentes e inmunosuprimidos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) u otras causas. También, consideramos los niños en contacto con casos de TB resistente. No se consideran recomendaciones para los niños con diagnóstico de TB activa.

Usuarios

Esta GPC fue desarrollada para ser empleada por el programa nacional de TB en todos sus niveles (nacional, departamental y municipal), las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de todos los niveles de atención. Los usuarios de esta GPC serán todos los profesionales de salud que trabajan en la atención de niños en contacto con TB, tales como profesionales en medicina general (dentro o fuera de programas de TB), medicina familiar, personal de enfermería (profesionales o auxiliares), médicos pediatras, subespecialistas en neumología e infectología pediátrica. Esta GPC también incluye la generación de material para uso por los padres, así como la propuesta de implementación en el territorio nacional, enmarcada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Metodología

Esta guía fue registrada en la plataforma PREPARE¹ y los avances se han presentado en la Corporación Universitaria Remington (Uniremington)². El grupo estuvo conformado por expertos clínicos (pediatras, pediatras infectólogos y neumólogos, entre otros) y de campo, investigadores y representantes de tomadores de decisión y delegados de las sociedades

¹ Código: PREPARE-2022CN411: <https://www.guidelines-registry.org/guide/d402acac-f489-4dcf-9ab1-21f1088af702>

² <https://www.uniremington.edu.co/#1665005018320-5f163542-2ffa>



científicas. Se declararon y manejaron los conflictos de interés. Hubo un representante de pacientes dentro del panel de preguntas y se priorizaron desenlaces críticos para pacientes e importantes no críticos.

Realizamos búsquedas sistemáticas en bases de datos: MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y el registro de Revisiones sistemáticas de literatura (Ovid) y sitios para identificación de GPC. Dos evaluadores tamizaron las referencias, seleccionaron e identificaron de forma independiente los estudios potencialmente elegibles y realizaron extracción de la información. Nosotros sintetizamos la evidencia de estudios primarios y secundarios. Evaluamos la certeza de la evidencia, siguiendo el enfoque GRADE. Consideramos costos, uso de recursos, valores y preferencias de pacientes y actores de factibilidad, equidad y aceptabilidad, usando el marco conceptual GRADE-ETD. Para desarrollar las recomendaciones que se categorizaron en fuerte, a favor o en contra, o condicional, a favor o en contra, según el balance que le dio el grupo a los factores implicados. Para todo el desarrollo de la GPC utilizamos, inicialmente, el *software* GRADEpro GDT, pero, posteriormente, obtuvimos una subvención de parte de la MAGIC Foundation, para finalizar la GPC y publicar el soporte de la GPC en la MAGICapp (<https://app.magicapp.org/#/guideline/7189>). Proponemos actualizar la GPC en máximo tres años.

Preguntas y recomendaciones

Pregunta uno

¿Qué validez diagnóstica 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?

Recomendación, pregunta uno

1

Recomendamos la realización de la radiografía de tórax para la tamización de TB activa en todos los niños y adolescentes menores de 18 años que hayan estado en contacto con pacientes con TB pulmonar, en lugar de usar solamente la búsqueda de signos y síntomas sospechosos de TB (certeza moderada. Recomendación fuerte).

Consideraciones

El grupo desarrollador considera que, para la implementación de esta recomendación, es importante tener en cuenta que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Minsalud) debería hacer sus mayores esfuerzos para que todas las comunidades puedan tener el adecuado acceso a esta tecnología, que está incluida dentro del plan de beneficios, incluyendo los costos de desplazamiento que pueda implicar. Para reducir la brecha al acceso a la radiografía, se pueden explorar alternativas que ayuden a disminuirlas en áreas rurales y lejanas, tales como la telemedicina para la lectura o entrega de resultados de esta.

Pregunta dos

¿Qué validez diagnóstica tiene la prueba de liberación de interferón gamma como opción, en lugar 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 (en niños con o sin VIH u otro inmunocompromiso)?

Recomendación, pregunta dos

2 Recomendamos la realización de pruebas de liberación de interferón gamma (IGRA), específicamente, la prueba de QuantiFERON-TB®, como prueba diagnóstica para infección por TB en niños y adolescentes que tengan entre 2 y 18 años y hayan estado en contacto con pacientes con TB pulmonar. En niños menores de 2 años, y mientras se implementa completamente en Colombia, recomendamos realizar la prueba de tuberculina (certeza baja. Recomendación fuerte).

Consideraciones

1. La evidencia disponible y evaluada es, en su totalidad, sobre la prueba QuantiFERON-TB®.
2. El grupo desarrollador considera fundamental que, Minsalud, haga todos los esfuerzos para implementar la prueba en todo el territorio nacional y para que todas las comunidades puedan acceder adecuadamente a esta tecnología.

Pregunta tres

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

Recomendaciones, pregunta tres

3.1 Recomendamos el tratamiento de la ITB con regímenes cortos en niños menores de 5 años sin infección por VIH y que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible (certeza baja. Recomendación fuerte).

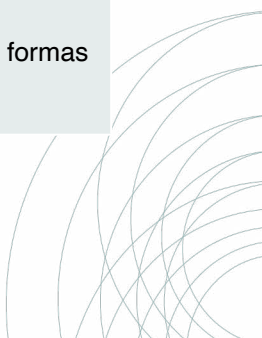
3.2 Sugerimos el tratamiento de la ITB con regímenes cortos en niños y adolescentes que tengan entre 5 y 18 años, sin infección por VIH y que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible (certeza baja. Recomendación condicional).

3.3 Sugerimos el tratamiento de la ITB con isoniazida por 6 meses, solo si no hay acceso a regímenes cortos, en niños y adolescentes menores de 18 años, sin infección por VIH y que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible (certeza baja. Recomendación condicional).

3.4 No recomendamos el tratamiento de la ITB en niños y adolescentes menores de 18 años, sin infección por VIH y que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible con el régimen de 9 meses de isoniazida diaria (certeza baja. Recomendación fuerte en contra).

Consideraciones

1. Los regímenes cortos recomendados son los siguientes:
 - 3 meses de isoniazida con rifampicina.
 - 3 meses de isoniazida con rifapentina en 12 dosis administradas semanalmente (solo en mayores de 2 años).
 - 4 meses de monoterapia con rifampicina.
2. La administración de estos regímenes está condicionada a pacientes que puedan tomar las formas farmacéuticas disponibles.





Pregunta cuatro

¿Cuál es la eficacia y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento para tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, en contacto con TB sensible?

Recomendaciones, pregunta cuatro

4.1	Recomendamos el tratamiento de la ITB con regímenes cortos en niños menores de 18 años con infección por VIH que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible (certeza baja. Recomendación fuerte).
4.2	Sugerimos el tratamiento de la ITB con isoniazida durante 6 meses, solo si no hay acceso a regímenes cortos, en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH, que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible (certeza baja. Recomendación condicional).
4.3	No recomendamos el tratamiento de la ITB en niños y adolescentes menores de 18 años con infección por VIH que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible con el régimen de 9 meses de isoniazida diaria (certeza baja. Recomendación fuerte en contra).

Consideraciones

1. Los regímenes cortos recomendados son los siguientes:
 - 3 meses de isoniazida con rifampicina.
 - 3 meses de isoniazida con rifapentina en 12 dosis administradas semanalmente (solo en mayores de 2 años).
 - 4 meses de monoterapia con rifampicina.
2. La administración de estos regímenes está condicionada a pacientes que puedan tomar las formas farmacéuticas disponibles.
3. En niños con infección por VIH, en tratamiento antirretroviral disponible en Colombia (zidovudina, lamivudina, nevirapina, raltegravir, abacavir, lopinavir, ritonavir), es conveniente un seguimiento por infectología pediátrica para definir el mejor régimen de tratamiento por suministrar, según la posibilidad de interacciones medicamentosas³.

Pregunta cinco

¿Cuál es la eficacia y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento de tuberculosis latente en niños y adolescentes menores de 18 años con alguna condición especial (inmunocompromiso —trasplante de órgano sólido, oncológico, inmunodeficiencia primaria [IDP], desnutrición grave—, enfermedad hepática, enfermedad renal, diabetes)?

³ Mayor información en la *Guía de infección por VIH* en niños, disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-atencion-infeccion-vih-ninos-ninas-adolescentes-para-padres-cuidadores.pdf>

Recomendaciones, pregunta cinco

- | | |
|-----|---|
| 5.1 | Sugerimos el uso del régimen corto isoniazida y rifapentina en 12 dosis, administradas semanalmente, en lugar del régimen largo de isoniazida sola en niños y adolescentes que tengan entre 2 y 18 años, ITB y alguna condición de inmunosupresión especial no VIH (certeza muy baja. Recomendación condicional). |
| 5.2 | Sugerimos el uso de isoniazida, durante 6 meses, en niños menores de 2 años con ITB y alguna condición de inmunosupresión especial no VIH, mientras que se logra la aprobación de rifapentina en esta edad o emerge nueva evidencia de otros regímenes. (Certeza muy baja. Recomendación condicional). |
| 5.3 | No sugerimos el uso de otros regímenes diferentes a isoniazida y rifapentina, debido a que no existe evidencia de eficacia o seguridad en niños o adultos con ITB e inmunosupresión no VIH. (Certeza muy baja. Recomendación condicional). |

Consideraciones

1. Condición especial se refiere a tratamiento inmunosupresor, trasplante de órgano sólido, inmunodeficiencia primaria, diabetes u otros.
2. La evidencia disponible es indirecta por provenir exclusivamente de población adulta.
3. El grupo recomienda la conducción de ensayos clínicos en niños para confirmar la eficacia en esta población.

Pregunta seis

¿Cuál es la eficacia y seguridad de los diferentes esquemas disponibles para tratamiento de tuberculosis, latente en niños y adolescentes menores de 18 años en contacto de TB resistente (monorresistencia, multidrogorresistencia [MDR] o extremadamente resistente [XDR])?

Recomendaciones, pregunta seis

- | | |
|-----|--|
| 6.1 | Sugerimos tratar para ITB con levofloxacina, durante 6 meses, a niños menores de 5 años sin infección por VIH y que hayan estado en contacto con TB pulmonar resistente a rifampicina (RR) o multidrogoresistente (MDR). En caso de demostrarse contacto con TB resistente a levofloxacina, sugerimos dar tratamiento según el perfil de susceptibilidad del caso índice. (Certeza moderada. Recomendación condicional). |
| 6.2 | Sugerimos tratar para ITB con levofloxacina, durante 6 meses, a niños y adolescentes que tengan entre 5 y 18 años, sin infección por VIH y que hayan estado en contacto con TB pulmonar resistente a rifampicina (RR) o multidrogoresistente (MDR), de acuerdo con los factores de riesgo que tengan para desarrollar TB activa. En caso de demostrarse contacto con TB resistente a levofloxacina, sugerimos dar tratamiento según el perfil de susceptibilidad del caso índice. (Certeza moderada. Recomendación condicional). |

Consideraciones

1. Estas recomendaciones están condicionadas a la publicación de la evidencia preliminar disponible y a futura evidencia derivada de otros estudios, que evalúen la efectividad de regímenes para niños en contacto con TB resistente.
2. 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 registro INVIMA para uso en menores de 12 años en Colombia, por lo que el grupo exhorta a Minsalud y al INVIMA a gestionar el proceso de autorización para dicho uso en niños con ITB o TB activa resistente.



Pregunta siete

¿Cuál es la utilidad de la observación clínica estrecha sin tratamiento farmacológico a los niños y adolescentes menores de 18 años en contacto con TB cuando el período de infección es superior a un año de acuerdo con la edad?

Recomendaciones, pregunta siete	
7.1	Consideramos que, la observación clínica estrecha sola, no es suficiente para manejar los casos que se beneficien de tratamiento; por lo tanto, recomendamos dar tratamiento para ITB a los niños menores de 5 años que hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible cuando el período de infección es superior a un año. Mientras que el niño sea menor de 5 años no importa cuánto tiempo haya transcurrido desde la exposición (certeza baja. Recomendación fuerte).
7.2	Consideramos que, la observación clínica estrecha sola, no es suficiente para manejar los casos que se beneficien de tratamiento; por lo tanto, sugerimos dar tratamiento para ITB a los niños y adolescentes que tengan entre 5 y 18 años y hayan tenido contacto con TB pulmonar sensible, cuando el período de infección es superior a un año, según los factores de riesgo que tengan para desarrollar TB activa (certeza moderada. Recomendación condicional).
7.3	No sugerimos tratar para ITB a los niños y adolescentes menores de 18 años que hayan tenido contacto con TB pulmonar resistente cuando el período de infección es superior a un año (consenso de expertos. Recomendación condicional).

Pregunta ocho

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

Recomendaciones, pregunta ocho	
8.1	Recomendamos suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños menores de 5 años que hayan estado expuestos a TB y se encuentren en el período de ventana inmunológica (certeza muy baja. Recomendación fuerte).
8.2	Sugerimos suministrar tratamiento preventivo de TB a los niños y adolescentes que tengan entre 5 y 18 años, hayan estado expuestos a TB y se encuentren en el período de ventana inmunológica, según el riesgo que tengan de desarrollar TB activa (certeza muy baja. Recomendación condicional).
PBP	Punto de Buena Práctica. Consideramos que es conveniente repetir la prueba inmunológica, según la disponibilidad que se tenga (prueba de tuberculina o IGRA, teniendo en cuenta las recomendaciones sobre estas pruebas de la pregunta 2), entre 8 y 12 semanas después de que se inicie el tratamiento y se defina su continuidad. Si la segunda prueba es negativa, suspender el tratamiento y, si es positiva, terminarlo.

Pregunta nueve

¿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, pregunta nueve	
9.1	Recomendamos el monitoreo y seguimiento clínico mensual, por profesionales primarios entrenados para TB y control de medicamentos (médico o enfermera), a los niños y adolescentes menores de 18 años que se encuentren recibiendo tratamiento para ITB (consenso de expertos. Recomendación fuerte).
9.2	Sugerimos no realizar pruebas de laboratorio rutinarias a niños y adolescentes menores de 18 años que vayan a recibir o se encuentran recibiendo tratamiento para ITB, a excepción de pacientes con hepatopatías o que estén recibiendo medicación hepatotóxica, en quienes sí se recomienda el seguimiento de laboratorio mensual (consenso de expertos. Recomendación condicional).
PBP	Punto de Buena Práctica. Consideramos que, el seguimiento clínico de niños en tratamiento para ITB, debe darse de forma mensual por médico entrenado.

Pregunta diez

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

Recomendaciones, pregunta diez	
10.1	Recomendamos el uso de tratamientos cortos sobre los tratamientos largos para mejorar la adherencia al tratamiento para ITB en niños y adolescentes menores de 18 años (certeza baja. Recomendación fuerte).
10.2	Recomendamos implementar abordajes integrales (incluyendo evaluación por psicología, trabajo social, nutrición, atención centrada en el paciente, contacto y acceso directo al personal de salud, visitas multipropósito, entre otras intervenciones) que permitan identificar e intentar resolver las barreras para incentivar la adherencia al tratamiento de ITB en niños y adolescentes menores de 18 años (certeza muy baja. Recomendación fuerte).
10.3	Sugerimos considerar algunas de las intervenciones estudiadas en los cuidadores y niños, tales como incentivos económicos equivalentes a transporte para desplazamiento, incentivos nutricionales, apoyo psicosocial y recordatorios de mensajes de texto, según las barreras encontradas, para el tratamiento de ITB en niños y adolescentes menores de 18 años (certeza baja. Recomendación condicional).