

Duración de la rifampicina en nuevos pacientes con TB

Nuevos pacientes con tuberculosis pulmonar deberían recibir un régimen conteniendo 6 meses de rifampicina: 2HRZE/4HR (Fuerte recomendación, alto grado de evidencia)

Sigue siendo válida la recomendación

El régimen de tratamiento de 2HRZE/6HE debe ser eliminado (Fuerte recomendación, alto grado de evidencia)

Sigue siendo válida la recomendación

Eficacia de los regímenes de tratamiento acortados que contienen fluoroquinolonas

No existe recomendación específica

ACTUALIZACION. En pacientes con tuberculosis pulmonar sensible, no deben usarse regímenes de 4 meses que contengan fluoroquinolonas y los regímenes de seis meses basados en rifampicina 2HRZE/4HR siguen siendo los recomendados (Fuerte recomendación, moderada certeza en la evidencia)

El uso de formulaciones combinadas a dosis fija (CDF) o formulaciones separadas NO EXISTE RECOMENDACION ESPECIFICA

El uso de tabletas CDF es recomendado sobre formulaciones de drogas separadas en el tratamiento de pacientes con tuberculosis sensible (Recomendación condicional, baja certeza en la evidencia)

Frecuencia de las dosis en el tratamiento de TB en nuevos pacientes con TB

En donde sea factible, la frecuencia de dosis optima para nuevos pacientes con TB pulmonar es diaria a lo largo del tiempo de tratamiento (Fuerte recomendación, alto grado de evidencia)

Sigue siendo válida la recomendación

Nuevos pacientes con TB pulmonar pueden recibir una fase intensiva diaria seguida de una fase de continuación tres veces por semana [2HRZE/4(HR)3], siempre que cada dosis sea directamente observada (Recomendación condicional, alto y moderado grado de evidencia)

ACTUALIZACION En todos los pacientes con TB pulmonar sensible, el uso de dosis tres veces por semana no se recomienda en las fases intensiva y de continuidad, y sigue siendo válida la recomendación de frecuencia diaria de dosis (Recomendación condicional, muy bajo grado de certeza en la evidencia)

Las dosis tres veces por semana a lo largo del tratamiento [2(HRZE)3/4(HR)3] pueden ser usadas como otra alternativa a la Recomendación 2.1, siempre que cada dosis sea directamente observada y el paciente no esté viviendo con VIH o viviendo en un ambiente de alta prevalencia al VIH (Recomendación condicional, alto y moderado grado de evidencia)

Nuevos pacientes con TB no deben recibir dosis dos veces por semana en todo el curso del tratamiento a menos que estén en el contexto de una investigación formal (Fuerte recomendación, alto grado de evidencia)

Sigue siendo válida la recomendación

Frecuencia de dosis de tratamiento de TB en personas viviendo con VIH

Pacientes con TB que conocen su serología positiva para VIH o en escenarios con alta prevalencia deben recibir al menos 6 meses de regímenes de tratamiento que contengan rifampicina (fuerte recomendación, alta calidad de la evidencia). La frecuencia optima de dosis es diaria durante la fase intensiva y de continuación (Fuerte recomendación, alta calidad de la evidencia)

Sigue siendo válida la recomendación

Duración del tratamiento para TB en pacientes viviendo con VIH	
Se recomienda que los pacientes con TB que viven con VIH deberían recibir al menos el mismo tiempo de tratamiento para TB que los pacientes VIH negativos (Fuerte recomendación, alto grado de evidencia)	Sigue siendo válida la recomendación
En pacientes que viven con VIH y que están recibiendo tratamiento antirretroviral durante el tratamiento para TB, ¿existe alguna necesidad de prolongar la duración del tratamiento de la tuberculosis más de 6 meses? NO EXISTE RECOMENDACION ESPECIFICA	ACTUALIZACION En pacientes con TB pulmonar sensible que viven con VIH y reciben tratamiento antirretroviral durante el tratamiento para TB, se recomienda un régimen estándar de 6 meses por encima de un tratamiento extendido de 8 meses o más (Recomendación condicional, muy bajo grado de certeza en la evidencia)
Régimen inicial en países con altos niveles de resistencia a isoniacida	
En poblaciones que se conoce o se sospecha altos niveles de resistencia a la isoniacida, los nuevos pacientes con TB deben recibir como terapia HRE en la fase de continuación como una posible alternativa aceptada a HR (Recomendación condicional, insuficiente evidencia, opinión de expertos)	Sigue siendo válida la recomendación
Extensión del tratamiento en nuevos pacientes con TB pulmonar	
En pacientes con TB pulmonar tratada con regímenes que contiene rifampicina a lo largo del tratamiento, si la muestra de esputo es positiva durante la fase intensiva, no se recomienda la extensión de esa fase (Fuerte recomendación, alto grado de evidencia)	Sigue siendo válida la recomendación
El uso de esteroides en el régimen de tratamiento de la meningitis tuberculosa y la pericarditis tuberculosa	
NO EXISTE RECOMENDACION ESPECIFICA	ACTUALIZACION En pacientes con meningitis tuberculosa, debe usarse el tratamiento adyuvante inicial con corticoides con dexametasona o prednisolona con descenso en forma gradual 6-8 semanas (Fuerte recomendación, moderada certeza en la evidencia) En pacientes con pericarditis tuberculosa, puede usarse una terapia adyuvante inicial corticoides (Recomendación condicional, muy baja certeza en la evidencia)
Tratamiento de pacientes previamente tratados para TB	
Muestras para cultivo y exámenes de sensibilidad deben obtenerse de todos los pacientes con TB previamente tratados antes o al momento de iniciar el tratamiento. Los exámenes de sensibilidad a medicamentos deben llevarse a cabo al menos para isoniacida y rifampicina	Sigue siendo válida la recomendación
En escenarios donde están disponibles exámenes de sensibilidad a drogas basado en técnicas moleculares rápidas, los resultados deben guiar la elección del régimen terapéutico	Sigue siendo válida la recomendación
En escenarios donde no estén disponibles exámenes de sensibilidad a drogas basado en técnicas moleculares rápidas para guiar el manejo individual de pacientes, pacientes con TB en los cuales falló el tratamiento u otros grupos de pacientes con altas probabilidades de MDRTB	Sigue siendo válida la recomendación

<p>deben comenzar un régimen de tratamiento empírico para MDR</p>	
<p>En escenarios donde no están disponibles exámenes de sensibilidad a drogas basado en técnicas moleculares rápidas para guiar la gestión individual de pacientes, pacientes con TB que regresan luego de incumplimiento o recaída de su primer curso de tratamiento pueden recibir un régimen de retratamiento que contenga medicamentos de primera línea 2HRZES/1HRZE/5HRE si la información específica de país muestra niveles bajos o medios de MDR en pacientes o si la información no está disponible</p>	<p>ACTUALIZACION En pacientes que requieren retratamiento, la categoría II no debe prescribirse más y los exámenes de sensibilidad a medicamentos deben llevarse a cabo para informar la alternativa de régimen de tratamiento</p>
<p>En escenarios donde los exámenes de sensibilidad a medicamentos aun no están disponibles rutinariamente para guiar la gestión individual de paciente, los regímenes empíricos continuarán a través del curso del tratamiento</p>	<p>Sigue siendo válida la recomendación</p>
<p>Programas nacionales de control de TB deberían obtener y usar información sobre resistencia específica a medicamentos sobre falla, recaída y pérdida de seguimiento de grupos de pacientes para determinar los niveles de MDR-TB</p>	<p>Sigue siendo válida la recomendación</p>
<p>Cuidado y apoyo de pacientes: supervisión del tratamiento (ej. DOT, VOT), apoyo social e intervención en salud digitales NO EXISTE RECOMENDACIÓN ESPECIFICA</p>	<p>ACTUALIZACION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Debe proveerse a pacientes en tratamiento para TB Educación de salud sobre enfermedades y consejería sobre adherencia a tratamiento (Fuerte recomendación, moderada certeza en la evidencia) 2. Se podría ofrecer a los pacientes en tratamiento para TB un paquete de intervenciones de adherencia al tratamiento en combinación con la selección para la administración de la opción de tratamiento más adecuada (Recomendación condicional, baja certeza en la evidencia) 3. Podría ofrecerse a los pacientes en tratamiento para TB o a los proveedores de salud y cuidados una o más de los siguientes intervenciones de adherencia a tratamientos (complementarias o no mutuamente exclusivas): a) rastreador o monitor digital para medicación (Recomendación condicional, muy baja certeza en la evidencia); b) material de soporte para el paciente (Recomendación condicional, moderada certeza en la evidencia); c) apoyo psicológico al paciente (Recomendación condicional, baja certeza en la evidencia); d) personal de educación (Recomendación condicional, bajo certeza en la evidencia) 4. Las siguientes opciones de administración de tratamiento a pacientes con tratamiento para TB: a) Se recomienda DOT basado en la comunidad o en el hogar por encima de la opción de DOT basado en instalaciones de salud o tratamiento sin supervisión (Recomendación condicional, moderada certeza en la evidencia); b) DOT administrado por personas entrenadas para

proveerlo o trabajadores de la salud por encima de la opción de que lo administren miembros de la familia o tratamiento no supervisado (Recomendación condicional, muy baja certeza en la evidencia); Tratamiento Video Observado (VOT) puede reemplazar DOT cuando la tecnología de comunicación esté disponible y pueda organizarse adecuadamente y ser operada por proveedores de la salud y pacientes (Recomendación condicional, muy baja certeza en la evidencia)

Guías consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales, 2016

Inicio de tratamiento antirretroviral para VIH en pacientes VIH positivos con TB

Medicamentos ARV deben iniciarse en todos los pacientes con TB viviendo con VIH independientemente del recuento de células CD4 (Fuerte recomendación, alta certeza en la evidencia) Sigue siendo válida la recomendación

El tratamiento de TB debe iniciarse primero, seguido de TARV lo más cercano posible dentro de las primeras 8 semanas de tratamiento (Fuerte recomendación, alta certeza en la evidencia) pacientes VIH positivos con tuberculosis y profunda inmunosupresión (ej. Recuento de células CD4 menor a 50 cel/mm3) deben iniciar TARV dentro de los 2 semanas de iniciado el tratamiento para TB Sigue siendo válida la recomendación

Guías para la gestión programática de tuberculosis resistente – 2011 actualización

Modelos de cuidado de MDR-TB: ambulatorio versus hospitalización

Pacientes con MDR-TB deberían ser tratados utilizando fundamentalmente cuidados ambulatorios en lugar de modelos de cuidado basados en la internación hospitalaria(Recomendación condicional, muy bajo grado de calidad en la evidencia) Sigue siendo válida la recomendación

Modelos de cuidado de MDR-TB : descentralización versus centralización

NO EXISTE RECOMENDACION ESPECIFICA ACTUALIZACION Se recomienda un modelo de cuidado descentralizado sobre un modelo centralizado para el tratamiento de pacientes con MDR-TB (Recomendación condicional, muy baja certeza en la evidencia)

Guías: cuidado y apoyo nutricional para pacientes con tuberculosis Las recomendaciones sobre cuidados nutricionales de estas guías siguen siendo vigentes con las consideraciones adicionales informadas en la sección sobre cuidado y apoyo de pacientes

Guías para programas de tuberculosis sobre gestión de tuberculosis en niños/as Las recomendaciones sobre gestión de TB en la niñez de estas guías permanecen vigentes