

Justificación: La incorporación de un pediatra al Proceso de Atención a la tuberculosis, ya en funcionamiento en nuestra área, pone de manifiesto las consideraciones especiales de esta infección en la infancia y la necesidad de elaboración de un protocolo individualizado de diagnóstico, tratamiento y seguimiento diferente al aplicado en adultos.

Métodos: Elaboración de un protocolo de abordaje de la infección tuberculosa en pediatría en una población de alto riesgo como es el poniente almeriense: revisión bibliográfica de evidencia científica, con especial atención a las guías elaboradas por comités de expertos y a recomendaciones de la OMS. Clasificación de la infección tuberculosa en 5 clases (internacional). Trabajo multidisciplinar coordinado desde Pediatría hospitalaria. Reuniones periódicas con los miembros del equipo de TB.

Resultados: Se ha elaborado un protocolo consensuado con especial referencia a la delimitación de actividades de los distintos niveles de atención sanitaria: 1- Pediatra de atención primaria: detección precoz de casos sospechosos de enfermedad tuberculosa con remisión al Equipo de atención a TB o al Servicio de Pediatría del Hospital; seguimiento clínico del paciente coordinado con equipo de TB de Atención primaria 2- Equipo de atención a TB: priorización de los niños en estudio de contactos de adultos enfermos; remisión a Pediatría de los casos de enfermedad detectados así como de niños menores de 5 años con mantoux positiva ($>/ 5\text{mm}$ en sospecha de enfermedad o contacto, independientemente de estado vacunación BCG); instauración de quimioprofilaxis primaria en contactos mantoux negativa con nueva mantoux en 12 semanas; tratamiento infección latente TB en los casos catalogados como clase II; valoración de cumplimiento de tratamiento; coordinación con pediatría hospitalaria en el seguimiento de los casos; coordinación con farmacia hospitalaria para asegurar medicación; identificación y seguimiento microbiológico del caso índice con especial referencia a la aparición de resistencias 3- Hospital (Pediatría, Radiología, Microbiología, Anatomía Patológica) valoración de Rx, realización de aspirado gástrico (3 muestras consecutivas en ayunas en régimen de hospital de día, realización de TAC torácico helicoidal en menores de 5 años con Rx normal o dudosa y en mayores de 5 años con Rx dudosa; clasificación de la infección TB; instauración tratamiento inicial (enfermedad e infección latente en toda la población pediátrica); realización de PAAF y/o biopsia en adenopatías accesibles con sospecha de TB; seguimiento de los casos de enfermedad; valoración clínica de toxicidad; individualización de pautas de tratamiento en casos especiales (resistencia caso índice; mala evolución clínica; toxicidad real o potencial de drogas antituberculosas).

Conclusiones: Con el trabajo realizado en equipo se ha podido lograr: 1) Protocolización de la utilización e interpretación de los métodos diagnósticos para obtención de mayor rendimiento. 2) Unificación de pautas de tratamiento, disponibilidad, vigilancia de cumplimiento. 3) Seguimiento coordinado de contactos, enfermos e infectados en la población pediátrica