

Justificación: aplicación de protocolo de trabajo en el proceso de atención a la tuberculosis en pediatría.

Métodos: Estudio de contactos pediátricos y estudio de enfermedad TB según protocolo, en un periodo de 10 meses: Mantoux + Rx tórax; TAC torácico helicoidal de baja radiación; aspirado gástrico (AG) para estudio BAAR; PAAF / biopsia de adenopatías accesibles.

Resultados: *Estudios de contactos:* 41 (39 adultos y 2 niños), que resultan en 124 niños estudiados. TB clase I: 78; clase II: 34; Clase III: 2; clase V: 5. Pauta de tratamiento.: N° de quimioprofilaxis primaria (QMP):17 y n° de Tratamiento de Infección latente Tuberculosa (TITL):29, pendientes de valorar si TITL: 5. En el grupo anterior estaban incluidos los 40 niños que surgieron del estudio de contactos de los colegios de un niño enfermo (lógicamente ninguno estaba infectado y a ninguno se les puso QMP1^a). Si separamos los niños convivientes de riesgo, son 81 niños: menores de 5 años = 29, y mayores de 5 años = 52. Niños menores de 5 años: 9 infectados (a 6 niños se les completa con TAC y AG). *Resultado definitivo:* 2 niños enfermos (TB clase III) y 7 con infección latente (TB clase II). No se identifican enfermos TB en estudio de contactos en mayores de 5 años. De los 2 enfermos, uno completa el tratamiento con alta por curación. y el otro se traslada de ciudad. De los 7 infectados: 2 han finalizado, buen cumplimiento, 2 continúan el tratamiento. y 3 se trasladan.

Estudio de enfermedad: Se han identificado 2 casos de enfermedad por sospecha clínica, confirmados microbiológicamente (1 adenopatía cervical, 1 meningitis que fue trasladada a la UCIP del hospital de referencia) ,3 casos sospechosos (1 parotiditis subaguda, 2 adenopatías cervicales) sin confirmación microbiológica. Todos con buena evolución clínica.

Consideraciones especiales en cuanto al tratamiento: se individualizó el tratamiento en 3 circunstancias: 1º enfermedad TB pediátrica en < de 5 años al identificar al caso índice como resistente a isonicáida (se agregó etambutol); 2º TILT en niña de 11 años en quien se identifica hepatitis B crónica con hipertransaminasemia (se realizó tratamiento con rifampicina 6 meses con monitorización transaminasas), 3º adenopatía TB cervical sin identificación del caso índice (probablemente en Marruecos) con mala evolución clínica (se agrega etambutol por alta probabilidad de ser resistente a isonicáida). Todos estos casos presentaron buena evolución sin signos de toxicidad.

Conclusiones: Hasta ahora no se disponía de datos de resultado de estudio de infección en niños convivientes de riesgo en Almería ni de protocolo diagnóstico consensuado, para ver la eficacia de esta forma de trabajo. La elaboración de un protocolo consensuado basado en la evidencia sumado al trabajo coordinado de la Unidad de tuberculosis de AP con de los servicios de Pediatría, Diagnóstico por imagen y Área de biotecnología (laboratorios de microbiología y anatomía patológica), así como la facilitación de la medicación en suspensión por el servicio de farmacia, garantiza que se realice un amplio abordaje y mejora los niveles de cobertura y de tratamiento de infección latente de TB en una edad de alto riesgo. El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa en pediatría se basa en la alta sospecha clínica más el estudio de contactos en adulto enfermo. La forma más frecuentemente encontrada es la extrapulmonar (ganglionar). La individualización del tratamiento debe ser tenida en cuenta en circunstancias especiales y monitorizada por el especialista