

ANEXO N° 2

CRITERIOS A UTILIZAR EN LA EMISIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS PARA PERSONAS CON SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECIDIVANTE DEL LACTANTE

A) FACTORES ANATÓMICOS DE LA MAYOR FRECUENCIA DE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL EN EL LACTANTE

- a) Menor calibre árbol bronquial y menor lumen de vía aérea
- b) Vía aérea más corta
- c) Más glándulas mucosas por unidad de superficie, por ende con mayor tendencia a hipersecreción mucosa
- d) Mayor hiperreactividad bronquial a los agentes contaminantes inhalados

B) FACTORES FISIOPATOLÓGICOS

Se ha demostrado que el nivel de función pulmonar de algunos lactantes que presentan obstrucción pulmonar está disminuido en forma congénita. Es decir, algunos lactantes nacen con una vía bronquial más pequeña que los predispone para presentar obstrucción bronquial. Esta alteración de la función pulmonar se corrige con la edad, por el crecimiento de la vía respiratoria, mejorando en el segundo semestre de la vida.

C) FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

Contaminación ambiental o intradomiciliaria: tabaquismo, uso de calefactores que producen mala combustión o situaciones derivadas de contaminación ambiental.

Meses fríos. Alza en la circulación de virus que atacan la vía respiratoria.

D) FACTORES PERSONALES O FAMILIARES

- a) Factores protectores: lactancia materna, buen estado nutricional.
- b) Factores de riesgo: antecedentes familiares de alergia o asma, mal estado nutricional, malformaciones congénitas cardíacas o pulmonares, deficiencia inmunológica, concurrencia a lugares o recintos cerrados con aglomeración de personas, asistencia a sala cuna.

E) CLASIFICACIÓN DE LOS CUADROS OBSTRUCTIVOS BRONQUIALES EN EL LACTANTE DE ACUERDO A SU ETIOLOGÍA

Se reconocen tres grupos:

- a) Los asociados a infección viral (bronquiolitis): VRS, Parainfluenza, Influenza, Adenovirus). Posterior a este episodio aparecen cuadros recurrentes de obstrucción bronquial. Son los más frecuentes.
- b) Asma bronquial del lactante en que se reconocen: antecedentes de alergia personal o familiar y, en algunos casos, SBOR desencadenado por infecciones virales.
- c) Obstrucción bronquial secundaria a causas precisas más raras: (menos del 10%), fibrosis quística, cardiopatías congénitas con shunt 1-D, malformaciones pulmonares.

F) CUADRO CLÍNICO

Tos, sibilancias, espiración prolongada, aumento del diámetro AP del tórax, retracción costal, hipersonoridad a la percusión.

G) RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Todo lactante con SBOR debe tener en algún momento de su evolución, una radiografía de tórax, la que puede demostrar hiperinsuflación, (hipertransparencia, aplanamiento diafragmático, aumento espacio retroesternal), aumento trama intersticial y peribroncovascular, atelectasias segmentarias y subsegmentarias. También podría mostrar algunas malformaciones como relajación diafragmática, hernias diafragmáticas y desviaciones traqueales, entre otras.

H) CLASIFICACIÓN SEGÚN GRAVEDAD

a) SBOR leves:

Episodios obstructivos: Con frecuencia de menos de uno por mes, no alteran calidad de vida del lactante, manejo y respuesta fácil a broncodilatadores beta agonistas (Salbutamol) y KTR. Pueden ser manejados por médicos de atención primaria.

En este caso se puede otorgar licencia médica por episodios agudos, no mayores a 7 días.

b) SBOR moderados:

Con frecuencia de más de uno por mes o sibilancias persistentes durante un mes o más (10% de casos). Tos nocturna, con despertar ocasional, tos con el llanto, la risa, la alimentación o el ejercicio, sin presentar dificultad en la alimentación.

Puede haber tenido consultas en Servicios de Urgencia u hospitalizaciones en Unidad de Tratamiento Intermedio.

En estos casos el menor debe ser referido a un especialista. Los períodos de licencias dependerán de la respuesta a los medicamentos, uso de corticoides y/o kinesioterapia respiratoria frecuente.

c) SBOR Graves o avanzados (1% de los casos)

Síntomas permanentes o que se presentan más de una vez por semana, exacerbaciones agudas graves que requieren hospitalización en U.C.I., tos nocturna, dificultad en la alimentación, tos con llanto, risa, ejercicio y alimentación, compromiso del crecimiento pondoestatural.

Estos lactantes deben ser tratados por especialistas y deben ser derivados a salas de IRA o a Programas de IRA GES. En estos casos es fundamental la búsqueda de causas secundarias al SBOR. Las licencias médicas post