

ANEXO

Anexo-Tabla 1. Factores a tener en cuenta ante la retirada de oxígeno domiciliario

- Situación respiratoria estable
- Curva de peso y talla ascendente
- SaO₂ mantenidas con aire ambiente entre 93-95% (día y noche)
- Resolución de la hipertensión pulmonar (documentada con ecocardiografía)
- La retirada debe ser gradual
- Realizar pequeños descensos en el flujo de oxígeno a lo largo de varios meses
- No disminuir ni retirar durante procesos infecciosos intercurrentes
- Observar al paciente durante 2-4 semanas antes del próximo descenso
- Considerar continuar con los aportes de oxígeno e incluso aumentarlos si la ganancia de peso no es adecuada o hay signos evidentes de hipoxia

Anexo-Tabla 2. Controles clínicos en las visitas de los 2 primeros años

- En la primera visita:
 - Informar a los padres de forma breve y sencilla sobre la DBP y su pronóstico a largo plazo, plan de visitas y posibles pruebas complementarias. Actualizar y aclarar dudas en siguientes visitas.
 - Antecedentes familiares: número de hermanos, antecedentes familiares de alergia, asma, o enfermedades pulmonares en familiares de primer grado.
 - Factores ambientales: tabaquismo materno durante el embarazo, familiares fumadores en el domicilio, animales en el domicilio.
- Somatometría con percentiles (curva de crecimiento).
- Alimentación: volumen, diversidad, forma de administración (succión-cuchara, SNG, gastrostomía).
- Constatar profilaxis con Palivizumab.
- Calendario de vacunaciones: vacunas recibidas comprobando especialmente la de la gripe y el neumococo.
- Registro de:
 - Visitas a urgencias e ingresos hospitalarios por problemas respiratorios (detección de virus respiratorios si se han solicitado).
 - Episodios de broncoespasmo u otra patología respiratoria relevante controlados ambulatoriamente por el pediatra.
- Supervisión del tratamiento de base (broncodilatadores, corticoides, diuréticos, fármacos para la hipertensión pulmonar); valorar modificaciones.
- Controles especiales en los tratados con oxígeno y/o portadores de traqueostomía: flujo de oxígeno, dispositivos, SaO₂ alcanzada).
- Anamnesis por aparatos:
 - Respiratorio: tos, sensación de disnea (en reposo, con las tomas o con la actividad)
 - ORL: ronquido, estridor, pausas de apnea
 - Aparato digestivo: regurgitación/vómitos, ganancia ponderal, episodios de atragantamiento o aspiración.
- Exploración física: aspecto general, situación respiratoria en reposo, auscultación cardiopulmonar.
- Recomendaciones sobre prevención de infecciones respiratorias y medidas frente al tabaquismo pasivo.

Anexo-Tabla 3. Controles clínicos en las visitas a partir de los 3 años

- Somatometría con percentiles (curva de crecimiento).
- Alimentación: si hay algún problema específico.
- Calendario de vacunaciones: vacunas recibidas comprobando especialmente la de la gripe.
- Registro de:
 - Visitas a urgencias e ingresos hospitalarios (crisis de broncoespasmo, neumonías).
 - Episodios de broncoespasmo u otra patología respiratoria relevante controlados ambulatoriamente por el pediatra.
- Supervisión del tratamiento de base (broncodilatadores, corticoides, diuréticos, fármacos para la hipertensión pulmonar); valorar modificaciones.
- Anamnesis por aparatos:
 - Respiratorio: tos, sensación de disnea, tolerancia a los esfuerzos.
 - ORL: ronquido, estridor, pausas de apnea.
 - Aparato digestivo: regurgitación/vómitos, ganancia ponderal, episodios de atragantamiento/aspiración.
- Controles especiales en los tratados con oxígeno y/o portadores de traqueostomía: flujo de oxígeno, dispositivos, SaO₂ alcanzada). Ambas situaciones deben haber quedado resueltas en la mayoría de los pacientes.
- Exploración física: aspecto general, situación respiratoria en reposo, auscultación cardiopulmonar.
- Recomendaciones sobre prevención de infecciones respiratorias y medidas frente al tabaquismo pasivo.

Las 3 tablas han sido tomadas de: Pérez Tarazona S, Rueda Esteban S, Salcedo Posadas A, Callejón Callejón A, Mesa Medina O, Vilella Sabaté M, et al. Protocolo de seguimiento de los pacientes con displasia broncopulmonar. Grupo de Trabajo de Patología Respiratoria Perinatal de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Marzo de 2015.