

## Oxígeno al Alta

### Objetivo:

- Definir qué grupo de pacientes podrían requerir O<sub>2</sub> al alta
- Definir dosis de oxígeno al alta

### Condiciones:

- Requerimiento de O<sub>2</sub> por naricera  $\geq 0,1 - 0.2$  L/min (naricera simple o con blender con FiO<sub>2</sub> > 21%) sin modificaciones por al menos 96 h
- SatO<sub>2</sub> estable  $\geq 90\%$ , sin episodios cardio respiratorio significativos. En RN > 32 semanas de EG y/o con diagnóstico de hipertensión pulmonar SatO<sub>2</sub> estable > 93%
- RN que cumpliendo criterio clínico de alta mantiene requerimientos de O<sub>2</sub>
- Edad Gestacional Corregida  $\geq 34$  semanas

### Test de tolerancia FiO<sub>2</sub> ambiental

#### Meta SatO<sub>2</sub>:

- RN  $\leq 32$  semanas al nacer. SatO<sub>2</sub>  $\geq 90\%$ .
- RN >32 semanas al nacer: SatO<sub>2</sub> >93%.
- RN con diagnóstico de hipertensión pulmonar: SatO<sub>2</sub> >93%.
- Al menos 1 hora post alimentación.
- RN en posición supina.
  - o Pasar a naricera simple si se encuentra con naricera + blender y FiO<sub>2</sub> >21%.
  - o Disminuir el flujo hasta suspender
  - o Registrar SatO<sub>2</sub> 30 minutos previo a la suspensión y 60 minutos después de suspendido el O<sub>2</sub>

#### Se define como falla del test:

- o SatO<sub>2</sub> 80-85% por > a 5 minutos
- o SatO<sub>2</sub> <80% por 1 minuto
- o Apnea (cese de la respiración > 20 segundos)
- o Bradicardia (< 80 L/min por > 10 segundos)
- **Si falla:** Regresa a su método de O<sub>2</sub> previo con la FiO<sub>2</sub> necesaria para alcanzar Meta de SatO<sub>2</sub> y se indica saturometría con O<sub>2</sub>.
- **Si Aprueba:** Se indica saturometría sin O<sub>2</sub>.

### Alta con O<sub>2</sub>

Después de realizar test de suspensión de O<sub>2</sub> y definido el flujo necesario para mantener SatO<sub>2</sub> >90% (> 93% en paciente > de 32 semanas o con diagnóstico de HTPP):

1. Realizar saturometría nocturna con el flujo definido en test de suspensión (Ver Protocolo de saturometría continua).
2. Solicitar control de gases venosos, radiografía de tórax, ecocardiografía doppler y con los resultados de estos exámenes, interconsulta con Broncopulmonar.
3. Indicar educación en oxigenoterapia domiciliaria para padres.
4. En RN < 32 semanas o < 1500 g al nacer: Notificar GES 58 - DBP: se anota en el cuaderno GES 40 y se entrega formulario GES a la secretaria para que sea firmado por los padres
5. Notificar a la ISAPRE o Fonasa los requerimientos de O<sub>2</sub> emitiendo **Certificado y Receta de Alta Con Oxígeno** (*ver certificado y receta de alta con oxígeno*).

En el caso de pacientes FONASA subir Certificado Alta con Oxígeno en página GRD ( <https://ugcc.minsal.cl/>)

### Bibliografía

1. Quine D, Wong C.M, Boyle E.M, et al. Non-invasive measurement of reduced ventilation:perfusion ratio and shunt in infants with bronchopulmonary dysplasia: a physiological definition of the disease. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2006;91:F409–F414
2. Iles R, Edmunds AT. Prediction of early outcome in resolving chronic lung disease of prematurity after discharge from hospital. Arch Dis Child 1996;74:304–8
3. Walsh M, Engle W, Laptook A, et al. Oxygen delivery through nasal cannulae to preterm infants: can practice be improved? Pediatrics 2005;116:857–61
4. Walsh M, Yao Q, Gettner P, et al. Impact of a Physiologic Definition on Bronchopulmonary Dysplasia Rates. Pediatrics Vol. 114 No. 5 November 2004