Arch Argent Pediatr. 2026;124(5):e202611134

Más allá del cuidado neonatal intensivo: desafíos en el seguimiento de la displasia broncopulmonar

Manuela Dicembrino[1], *Gisela Martinchuk Migliazza*[2]

La Displasia Broncopulmonar (DBP), también conocida como enfermedad pulmonar crónica del prematuro, constituye una de las principales secuelas de la prematurez, en particular en recién nacidos prematuros extremos y de bajo peso al nacer.[1] Su incidencia oscila entre el 10 y el 75 % de los partos pretérmino, con una tendencia creciente vinculada a los avances en los cuidados neonatales que han permitido una mayor sobrevida de esta población, pero también a las limitaciones aún existentes en la prevención y el tratamiento de la enfermedad.[2]

La patogénesis de la DBP es compleja y multifactorial, atribuida a la convergencia entre la susceptibilidad genética y diversos factores pre y postnatales. Esta entidad clínica, resulta de la interacción entre inflamación y un desarrollo pulmonar anómalo (que compromete tanto el parénquima como vía aérea y la vasculatura), junto con un desequilibrio entre lesión y reparación en un pulmón extremadamente inmaduro.[3]

Los mecanismos fisiopatológicos implicados en la DBP afectan de manera relativamente específica a los alvéolos, las vías respiratorias, y/o a los vasos pulmonares, dando lugar a distintos fenotipos clínicos, frecuentemente superpuestos.[4]

El impacto de la enfermedad no se limita a la etapa neonatal y trasciende a lo largo de la vida. Una vez que los lactantes con DBP son dados de alta de la unidad neonatal, muchos presentan hospitalizaciones por infecciones respiratorias virales, algunos presentan compromiso del estado nutricional y resultados neurocognitivos adversos.[5] Desde el punto de vista respiratorio, algunos lactantes requieren algún tipo de soporte respiratorio en el domicilio durante al menos el primer año de vida, y una gran proporción crecen con síntomas respiratorios como tos, sibilancias y disnea en el esfuerzo, asociados a un deterioro persistente de la función pulmonar que incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la adultez.[6,7]

Tras seis décadas desde su primera descripción,[8] aún persisten vacíos de evidencia científica robusta y una marcada heterogeneidad en la práctica clínica, tanto entre países como dentro de una misma institución. Esta variabilidad impacta directamente en la calidad de la atención de los niños.[9]

El manejo de niños con DBP continúa siendo un desafío clínico. Con el propósito de integrar la mejor la evidencia disponible, homogeneizar criterios y optimizar su atención, la Sociedad Argentina de Pediatría ha actualizado

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11134
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11134.eng

Cómo citar: Dicembrino M, Martinchuk Migliazza G. Más allá del cuidado neonatal intensivo: desafíos en el seguimiento de la displasia broncopulmonar. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(5):e202611134.

[1] *Servicio de Neumonología. Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Argentina.*
[2] *Sección Neumonología. Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.*

***Correspondencia para** Manuela Dicembrino: dicembrinomanuela@gmail.com*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

recientemente la guía de seguimiento de pacientes con DBP al alta de las unidades de neonatología,[10] una herramienta práctica pensada para mejorar la salud de estos niños.

Este grupo de pacientes requiere un contacto estrecho con el sistema de salud y un seguimiento por profesionales capacitados que los evalúen, los monitoricen y adapten un tratamiento adecuado.[11] En este escenario, la articulación de equipos interdisciplinarios, el seguimiento longitudinal y la individualización de las estrategias de cuidado resultan pilares fundamentales para optimizar los resultados clínicos y favorecer la transición exitosa hacia la vida adulta. ■

REFERENCIAS

1. Thébaud B, Goss KN, Laughon M, Whitsett JA, Abman SH, Steinhorn RH, et al. Bronchopulmonary dysplasia. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5(1):78. doi: 10.1038/s41572-019-0127-7.
2. Siffel C, Kistler KD, Lewis JFM, Sarda SP. Global incidence of bronchopulmonary dysplasia among extremely preterm infants: a systematic literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(11):1721-31. doi: 10.1080/14767058.2019.1646240.
3. Xiong P, Li L, Yu Z, Pu Y, Tang H. Risk factors for bronchopulmonary dysplasia in preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ.* 2025;13:e20202. doi: 10.7717/peerj.20202.
4. Wu KY, Jensen EA, White AM, Wang Y, Biko DM, Nilan K, et al. Characterization of Disease Phenotype in Very Preterm Infants with Severe Bronchopulmonary Dysplasia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;201(11):1398-406. doi: 10.1164/rccm.201907-1342OC.
5. Eber E, Zach MS. Long term sequelae of bronchopulmonary dysplasia (chronic lung disease of infancy). *Thorax*. 2001;56(4):317-23. doi: 10.1136/thorax.56.4.317.
6. Moschino L, Stocchero M, Filippone M, Carraro S, Baraldi E. Longitudinal assessment of lung function in survivors of bronchopulmonary dysplasia from birth to adulthood. The Padova BPD Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018;198(1):134-7. doi: 10.1164/rccm.201712-2599LE.
7. Bui DS, Perret JL, Walters EH, Lodge CJ, Bowatte G, Hamilton GS, et al. Association between very to moderate preterm births, lung function deficits, and COPD at age 53 years: analysis of a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 2022;10(5):478-84. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00508-7.
8. Northway WH Jr, Rosan RC, Porter DY. Pulmonary disease following respirator therapy of hyaline-membrane disease. Bronchopulmonary dysplasia. *N Engl J Med*. 1967;276(7):357-68. doi: 10.1056/NEJM196702162760701.
9. Nuthakki S, Ahmad K, Johnson G, Cuevas Guaman M. Bronchopulmonary Dysplasia: Ongoing Challenges from Definitions to Clinical Care. *J Clin Med*. 2023;12(11):3864. doi: 10.3390/jcm12113864.
10. Dicembrino M, Martinchuk Migliazza G, Lucero MB, Balinotti JE, Giubergia V, Renteria F, et al. Seguimiento neumonológico de niños con displasia broncopulmonar luego del alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Actualización 2026. Sociedad Argentina de Pediatría. [Consulta: 27 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/storage/app/uploads/public/69f/107/e7b/69f107e7b7797363282944.pdf
11. Duijts L, van Meel ER, Moschino L, Baraldi E, Barnhoorn M, Bramer WM, et al. European Respiratory Society guideline on long-term management of children with bronchopulmonary dysplasia. *Eur Respir J*. 2020;55(1):1900788. doi: 10.1183/13993003.00788-2019.