
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

Tema: Fortalecimiento de la enfermedad huérfana – rara: Displasia broncopulmonar: un desafío clínico con impacto en salud pública, con el fin de dar claridad en el aspecto clínico y notificación.

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Subdirección de vigilancia en salud pública Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud	Gestión Social y Territorial en Salud Pública No transmisibles, enfermedades huérfanas - raras

Objetivo	Fecha: 22/04/2026			
Fortalecimiento de la enfermedad huérfana – rara: Displasia broncopulmonar: un desafío clínico con impacto en salud pública, con el fin de dar claridad en el aspecto clínico y notificación.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()		Capacitación ()
		Orientación ()		Acompañamiento ()
	Otro (X) Fortalecimiento			
	Modalidad:	Presencial ()	Virtual (X)	Mixta ()
	Lugar: Plataforma Teams			
	Hora Inicio: 07:00 am Hora Fin: 08:10 am			
	Notas por: Adriana P. Ulloa Virgüez			
Próxima Reunión: No aplica				
Quien cita: No aplica				



TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Agenda para desarrollar:

Presentación de participantes.
Socialización del objetivo del acompañamiento.
Conclusiones.

Se inicio la jornada con la presentación del objetivo del fortalecimiento posteriormente con la presentación la Dra. Sandra Navarro y su charla Displasia broncopulmonar: un desafío clínico con impacto en salud pública, se adjunta presentación.

A continuación, se relacionan las preguntas generadas posterior a la presentación de la charla: Claudia Patricia Escobar Suache, epidemiología de la Fundación Cardio Infantil: doctora Sandra quería hacerle preguntarle al identificar estas displasias broncopulmonares en las historias clínicas en los diagnósticos en realidad es algo muy habitual y también en las consultas por urgencias como antecedente también se presentan, ya teniendo pues esto digamos que desde epidemiología nosotros nos manejamos o nos basamos bajo una definición operativa de caso en este caso pues usted nos dio como una extensión grande de la enfermedad pero quería como cerrarla para poder nosotros abordar a los médicos, ya que en esa notificación la realidad de este evento como enfermedad huérfana no es tan fácil porque pues por ejemplo la primera vez que lo hice serían todos los neonatos que tenemos aquí en la unidad de cuidados intensivos, entonces esto obviamente genera como un poco de barrera para poder realizarlo cuando en la definición y el concepto que nos dio inicialmente indica que definida por el requerimiento de oxígeno mayor a 28 días o 36 semanas de edad corregida.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

¿Quisiera decir entonces en esos pacientes que tienen más de 36 semanas de edad gestacional ya corregida y obviamente tengan ese suplemento de oxígeno, aplicarían ya para notificación con esa definición?



Dra. Sandra Navarro: Sí, antes de responderte voy a mostrar nuevamente la imagen de responderte a mi conocimiento, pero ahorita la jefe va a dar la pauta, mostrar la imagen donde está, ahí ya están viendo, es cierto, la presentación.

Ahí está. Entonces miren, hablo de Colombia porque pues igual tú el desarrollo de nosotros es aquí en Colombia. Miren como si la definición de enfermedad huérfana en Colombia es uno por cada 5000 nacidos vivos. Y mira que tú misma lo dices ahí, es que los médicos me dicen que serían todos los prematuros y pues uno se pone a reflexionar. Y si todos los prematuros casi que desarrollan en dispersión broncopulmonar y si se llega a ese a ese momento los 28 días o semana 33, pues habría que hacerle fichera notificación a todos, cierto, así es como está dispuesto actualmente en la norma.

La pregunta es para los estudiantes, ¿consideran que dado ese dato que aparece ahí, en la parte inferior izquierda, donde hay 2711 casos y un 21.3% de destrucción de desplación de pulmonar dentro de una notificación de enfermedades huérfanas? ¿Realmente corresponde a una enfermedad huérfana?

Cuando hablamos de uno por cada 5000, la que estamos sobrepasando ese número. Entonces aquí un punto de partida es que teóricamente si analizamos esto al detalle y entendiendo que esto es un dato aislado, y seguramente no es la realidad, porque existen muchos casos en que no se notifica. Sobrepasamos este número. Deberíamos ser considerado una enfermedad huérfana. A un modo personal dijo que no es una enfermedad huérfana. Sin embargo, frente a la ausencia de participación que hemos tenido en la en los procesos en donde se definen las enfermedades huérfanas, tal vez por eso persista la definición y el concepto de enfermedad huérfana dentro de la dentro del estado. Cada 2 años a nivel nacional se hace una actualización del estado de enfermedades huérfanas en donde todos nosotros podemos participar y decir. Necesitamos que incluyan esto dentro de la definición de enfermedad huérfana o necesitamos que retiren de este listado esas enfermedades. De esa forma se retiró apnea, por ejemplo, la prematuridad y desafortunadamente no ha tenido la misma acogida, porque a pesar de que algunas personas hemos notificado, no ha sido suficiente la participación de la sociedad científicas en general y los profesionales para decir esta enfermedad no es una enfermedad huérfana por, en este caso, displasia un común, por estas razones. Entonces, eso es una consideración que creo que podría justificar el por qué no debería contemplarse dentro de la definición de enfermedad huérfana, pero que desafortunadamente ahí está. El paso siguiente sería que nosotros en el siguiente proceso de actualización que eso también es de apertura nacional. Uno le manda el correo diciendo: usted quiere notificar o excluir dentro de lista de huérfanas alguna enfermedad. Es ahí que todos participemos y como todo, displasia no lo es porque es que no lo es. La displasia es la consecuencia de la prematuridad, la consecuencia de todos los factores que ya mencionamos, pero no lo es ahora. Si, en este momento la norma dice displasia ranco pulmonar está dentro de enfermedades huérfanas, pues tenemos que acogernos a ella hasta que haya un cambio de actualización de la norma y deberíamos estar diligenciando la ficha de notificación, así nos moleste, así sea engorroso, pero es lo que está escrito en la norma, así como generamos fichas de notificación. Por infecciones, por otros, por mortalidad, pues dentro de lo que está dispuesto en la norma es así. No sé si la Secretaría de Salud tenga alguna consideración de Adriana frente a esto que acaba de mencionar.

Adriana Paola, Ulloa Virguez, referente de EHR: sí, señora. Buenos días para todos. Bueno, sí, exactamente lo que dice la doctora Sandra. Efectivamente, a pesar de que nos esperábamos que saliera del listado, la displasia broncopulmonar, continuamos con este diagnóstico dentro del listado

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

de enfermedades huérfanas actualizado en diciembre del 2025 por tal motivo entonces sí se realiza la notificación se diligencia la ficha de notificación e ingresarla como evento 342.



Como lo acaba de mencionar la doctora, no hay una edad, no tenemos una línea técnica tampoco desde ministerio que nos diga precisamente o que nos aclare como todas estas dudas frente a qué momento de vida del menor se debe notificar si en el momento que nace, en el momento que se identifica o si nació a término y presentó la displasia entonces en ese momento no o si como un antecedente, nada, no tenemos una línea técnica clara desde el Instituto Nacional de Salud, por eso siempre se les ha dicho que se debe realizar la notificación del evento como 342 sabemos, pues la molestia de algunos pediatras, algunos neonatólogos, como la doctora que nos acaba, pues de dar toda la parte clínica eh frente a la enfermedad y pero pues a pesar de esto seguimos con la notificación obligatoria de la enfermedad eh Claudia tienes nuevamente la mano levantada te doy la palabra

Claudia Patricia Escobar Suache epidemiología de la Fundación Cardio Infantil: entonces, de acuerdo a esto doctora hay un límite de notificación, pues ya usted nos amplió qué puede ser, pero me refiero si nos consulta un paciente y tiene un antecedente, ya que digamos estamos bajo esta indicación de nosotros y tenemos unos diagnósticos que a veces cruzan o por antecedente puede que ya llegue a suceder verificamos en si vigila no está notificado por una huérfana, hay un tope de edad para poder ver este tipo de cosas y saber bueno, esto sí lo notifico o esto ya no como yo sé es si en realidad el diagnóstico cómo fue soportado porque obviamente toda la historia clínica no la tenemos de ese momento y adjunto a esta pregunta es esos 28 días de requerimiento de oxígeno son consecutivos o digamos acumulados o si el niño tuvo 5 días lo destetaron y luego a la semana requirió de nuevo oxígeno, se van acumulando.

Adriana Paola, Ulloa Virguez, referente de enfermedades huérfanas – raras: en relación a lo que mencionas digamos que si se encuentra si se identifica el caso por BAI también tenemos que revisar si el menor ya continúa digamos en controles por el diagnóstico de displasia broncopulmonar pero si es un antecedente en el que aparece en la historia clínica que el menor cuando nació presentó displasia broncopulmonar pero que en la actualidad se encuentra en adecuadas condiciones de salud, no sería necesario notificarlo, se solicita más que todos porque en algunas ocasiones estos niños requieren de algunos medicamentos de alto costo, entonces es por el MIPRES, porque ustedes saben que si no está notificada, pues no se le va a solicitar, no pueden acceder a al MIPRES el especialista para confirmar para ordenarle los medicamentos entonces también hay que ver como esta parte pues si el menor en la actualidad eh que se identificó el diagnóstico que cruzó por displasia broncopulmonar solamente él menciona el antecedente y fue por otra consulta o fue a valoración eh por el pediatra y ya le dice, no, pues el niño ya está bien, no habría necesidad de no de notificar ese caso. Acá tenemos otra pregunta de la clínica infantil, la neumóloga y el neonatólogo nos refiere que se debería reportar si persiste a los cuatro meses.

Podría ser una opción, pero volvemos a lo mismo, no tenemos una línea técnica desde ministerio para poder decir a partir de qué mes se notifica y o hasta qué mes de vida se notifica ósea, no tenemos una línea técnica directa para poder decirles con algunos criterios específicos, estos son los casos que en realidad se notifica para displasia broncopulmonar.

Precisamente eso mientras como decía la doctora Sandra, pues que saliera del listado. La recomendación es si les llega el correo, postular esta enfermedad para que salga y lo otro es también atrás de la página del ministerio por voz populi allí pueden precisamente como que los especialistas decir por qué motivo quieren que esta enfermedad, pues no, no continúe el listado dentro del estado de enfermedades huérfanas. Pero por el momento seguimos como con las mismas indicaciones. En este momento, pues estamos como en una asistencia técnica con el ministerio.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

Voy a aprovechar con el ministerio a, pues a ver si nos dan como unas directrices a todos los entes territoriales frente a la notificación de esta enfermedad o que lo hagan a través de un Webinar que se han venido haciendo cada 15 días, tocar este tema específico para que pues nos den un poco más de luces, ya que llevamos ya 3 años y vamos a cumplir por lo menos 3 años más mientras se hace la nueva actualización, pero pues igual no les aseguro nada, por el momento continuamos notificando todos los casos de displasia broncopulmonar, como se ha venido haciendo hasta el momento.



Dra. Sandra Milena Navarro Marroquin: algo y es que tú mencionaste que es cierto, yo creo que lo transmití manías cada 2 años. En teoría, se hace la actualización del listado de enfermedades huérfanas. Si hubo una época en pandemia que pasaron 4 años y no se actualizó, pero no hay que esperar, no hay que esperar para la siguiente que nos correspondería en el 2027, la siguiente actualización, sino que antes uno puede registrar en post popular y decir notifico esta enfermedad para que sea excluida, tratada por estas razones, estas razones y pues entre más personas mejor. O sea, eso no hay que esperar a que haya una convocatoria, sino que se puede hacer de una vez. Es decir, nosotros lo hemos hecho con otras enfermedades y es validable el momento que haga en la actualización del estado y, por otro lado, frente a esa pregunta de clínica infantil.

Creo que también para, pues para todos los que desarrollan su ejercicio en profesional en las unidades, no sé si sea posible que la neumóloga y el neonatólogo que están refiriendo que a los cuatro meses se hace la notificación, tengan un soporte que también pueda apoyar la el proceso de notificación y unificar todo con las otras, pues a nivel nacional. También sería válido, creo yo, compartir ese eso y esa teoría para poder aplicarla en todo significar, porque pues sí ósea, si hablamos de distancia, pues es engorroso con todos los trámites que hay que hacer y la el proceso de atención asistencial en las unidades de recién nacidos y le sumamos la el financiamiento de notificación es engorroso, pero pues es lo que hay, es lo que hay porque nosotros hemos tenido la participación activa que quisiéramos para poder modificar esto entonces sí, la quisiera una pregunta para infantil, para la clínica infantil, dice ahí, a ver si de pronto tienen ese soporte que pueda ayudar o respaldar para que se dé ese tiempo de cuatro meses para la notificación.

Adriana Paola, Ulloa Virguez, referente de enfermedades huérfanas – raras: exactamente, como dice la doctora, no esperemos a que no salga nuevo listado y veamos otra vez la enfermedad de displasia broncopulmonar allí. La idea es que empecemos a hacerlo a través de la página de voz popular y del Ministerio, poder realizar el ingreso de esta solicitar que se excluya del listado y pues totalmente justificado con toda la literatura que haya para poderlo, para poder excluir la enfermedad, le agradecería a la a la clínica infantil, voy a escribirles mi correo si tienen la información allí que la literatura que donde refieren que se reportarlo a los si persiste después de los cuatro meses, esto, pues teniendo en cuenta si lo pueden hacer el día de hoy, ya que estoy en ministerio como para poder también acosar, por decirlo de alguna forma, un poquito al ministerio, a ver si nos pueden hacer una charla y como tener un poco más de claridades y que ellos también se sientan presionados a darnos una línea técnica frente a esta enfermedad.

Claudia Patricia Escobar Suache, epidemiología de la FCI: Adriana y la doctora Sandra, ¿quería saber en cuanto a la pregunta de lo del tiempo de oxígeno de esos 28 días, es seguido o es intermitente?

Dra. Sandra Milena Navarro Marroquin: La persistencia en requerimiento de oxígeno. Sí, porque en ocasiones puedes tener un puede haber un recién nacido prematuro, por ejemplo, que requiere durante las 2 primeras semanas de vida, luego estar estable y luego volver a requerir el oxígeno por, por ejemplo, un proceso infeccioso. Sí, un deterioro. Pero lo que te entiendo es que es la. Persistencia de requerimiento de oxígeno.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Claudia Patricia Escobar Suache, epidemiología de la Fundación Cardio Infantil: muchas gracias.

Una vez agotados los objetivos de la sesión y agradeciendo la participación, se da cierre.

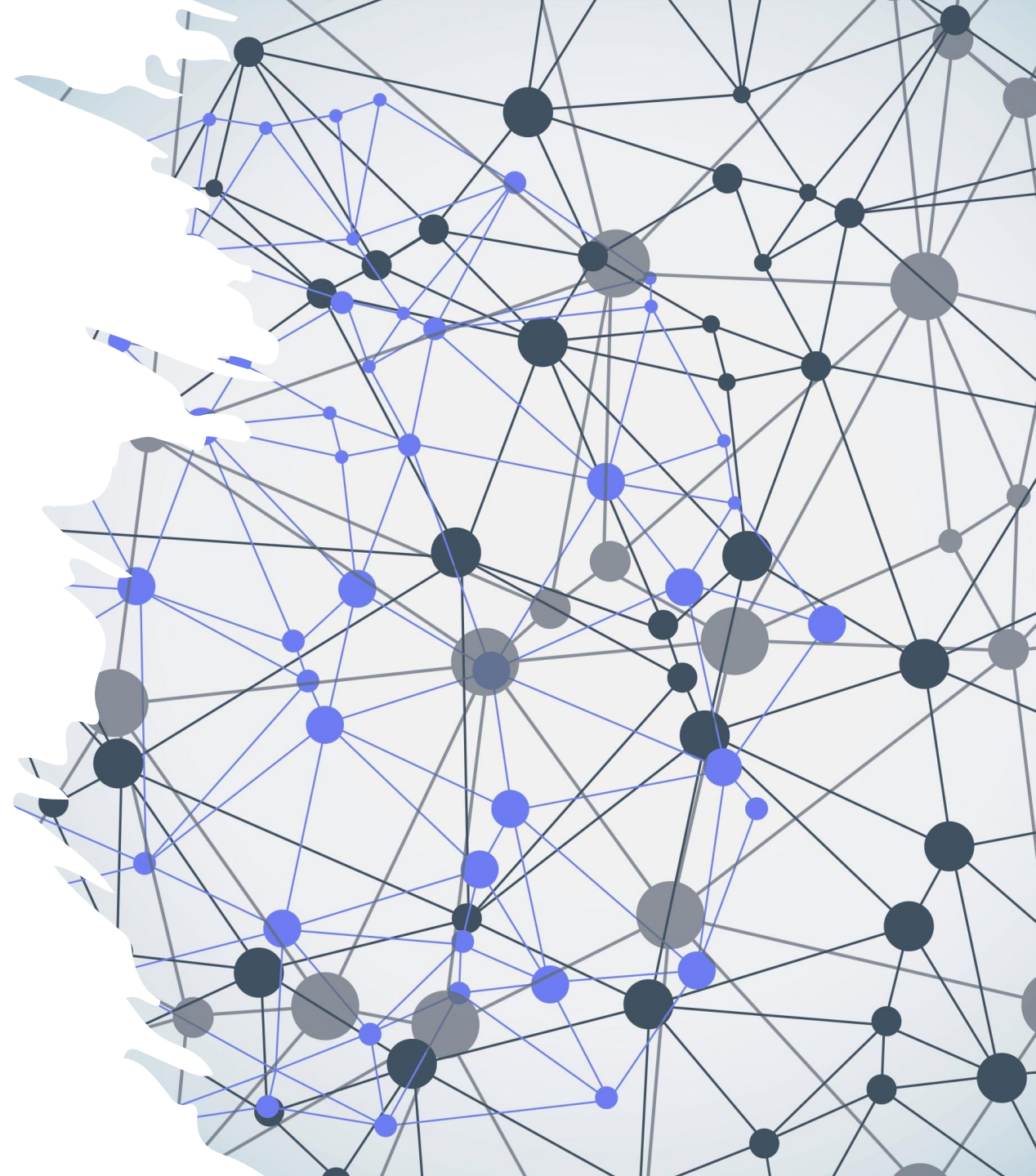
COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

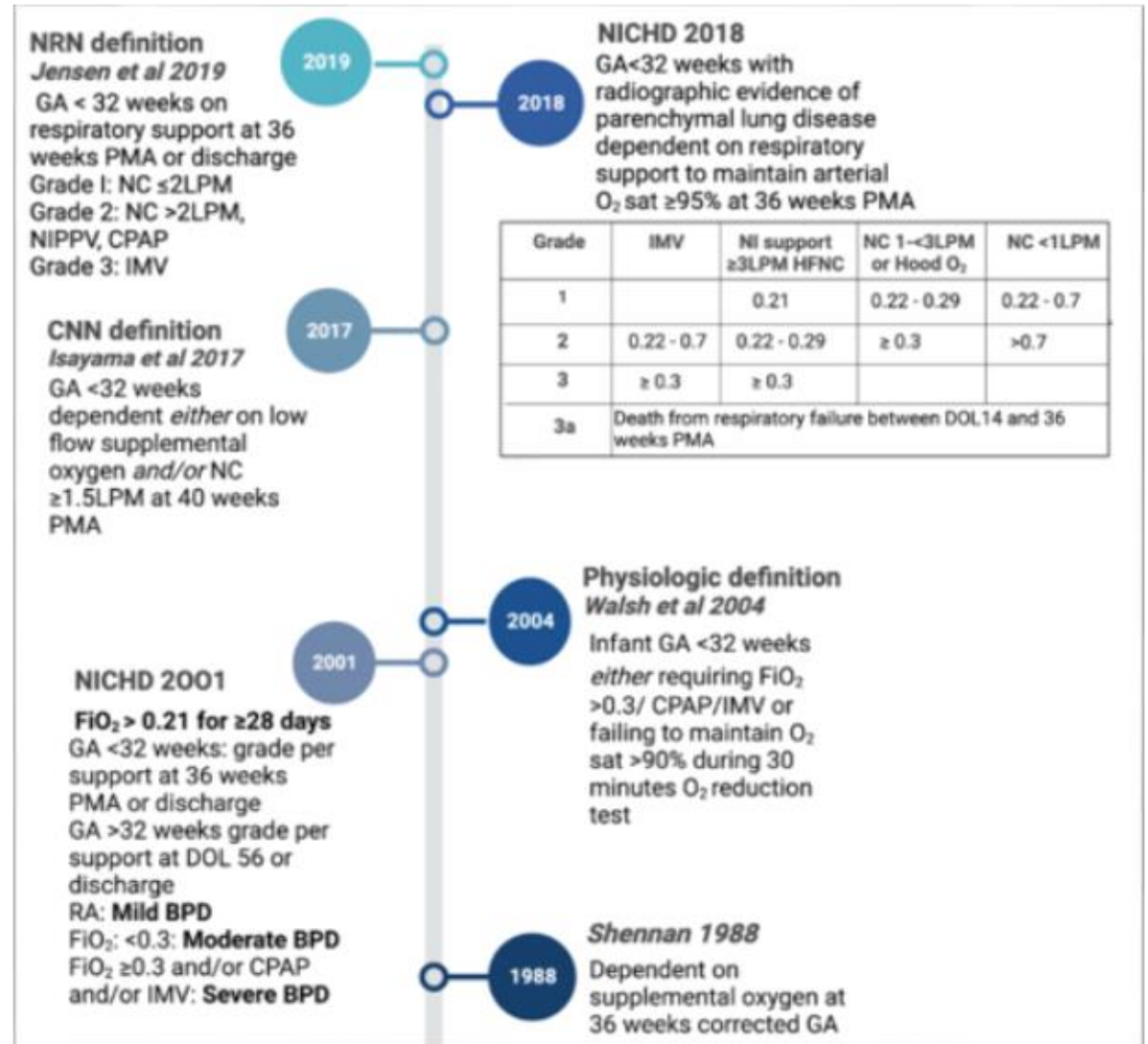
Marca tempor	Nombre y apellidos	Profesioñ	Seccioñ de tr. Institucioñ en la cuat trabaja	Correo electróico	Teléfono/celular
2026/04/22 7:	jennifer correa	auxiliar de enf	epidemiología cafam cosmos	jcorrea@cafam.com.co	322347541
2026/04/22 7:	Natalia Catalina Martá-nez Gámez	Especialista e	Canguro Hospital de suba	natacatam@gmail.com	3165291229
2026/04/22 7:	Diana Marcela Sáñchez Romero	Enfermera	Salud Pública Centro Médico Tunal	sivigilacmsanitastunal@gmail.com	3114530052
2026/04/22 7:	Julietth Mosquera	Enfermera	Gestioñ del il Uss Meissen	notificaciones.institucional@subredsur.gov.co	3138009475
2026/04/22 7:	Luz Helena Morales Puerta	Enfermera	Vigilancia en el Subred Centro Oriente	cronicos@subredcentroorientegov.co	3192298964
2026/04/22 7:	OLGA MARCELA BAUTISTA HERNANDEZ	ENFERMERA	VSP - NO TRAF SUBRED NORTE	iecvspdicapacidadnorte@gmail.com	3102245647
2026/04/22 7:	Yeisson Andres Carvajal Galindo	Epidemiologo	Enfermedade: Subred Sur	Discapacidad@subredsur.gov.co	3505446788
2026/04/22 7:	Katherine Urieles S	Médico epid	Provisioñ de: SDS	Kiurielees@saludcapital.gov.co	3115704121
2026/04/22 7:	Nelsy Daniela Peley Hernáíndez	Enfermera	Básqueda ac Subred norte	danielapeley1987@gmail.com	3174002665
2026/04/22 7:	Merly Adelaide Bonilla Torres	Técnico	VSP No transn Subred Centro Oriente	merlybonilla2016@gmail.com	3142032333
2026/04/22 7:	Leidy Munevar Rodrá-guez	Auxiliar de enf	Consulta exte Centro de salud San Benito	Notificaciones.capssanbenito@gmail.com	3133137773
2026/04/22 7:	MONICA PATRICIA MONTOYA TORRENTE	BACTERIOLOO	LABORATORIO PROTEGER IPS	lahproteger@gmail.com	3132250595
2026/04/22 7:	MarÁ-a Alejandra Galindo Parra	Fisioterapeut:	Vsp- profesor Subred integrada de servicios de salud centro oriente	marialejandra1144@gmail.com	3114699552
2026/04/22 7:	Alexa Moreno Murillo	Epidemiologa	Salud Pública Subred Sur Occidente	alexasm0529@gmail.com	3112626336
2026/04/22 7:	Maria del Pilar Giraldo	Epidemiologa	No Transmisit Subred Norte	huerfanasnorte@gmail.com	3108091933
2026/04/22 7:	Maria del Rosario Quiroga Fula	Enfermera Epi	VSP huerfana: Subred Centro Oriente	maria.quiroga.fula@gmail.com	3177749186
2026/04/22 7:	Jose Orduz	Medico Integr:	Salud Prestador independiente	josevicenteorduz@gmail.com	3182184866
2026/04/22 7:	blanca niño	bacteriologa	laboratorio proteger ips	calidadbogotaproteger@gmail.com	3124147040
2026/04/22 7:	Lilian Andrea Patiño GÁmez	fisioterapeuta	vigilancia epic riesgo de fractura cayre ips	sivigilacayresedeamericas@cayre.co	317 5103243
2026/04/22 7:	Andrea Rodriguez Herrera	Fisioterapeut:	VSP EHR Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	andrearh2903@gmail.com	3133367923
2026/04/22 7:	Luz Andrea Campos Martinez	Auxiliar de enf	Epidemiología Centro de atencioñ en Salud Cafam Clinica Calle 51	Lcampos@cafam.com.co	3057244490
2026/04/22 7:	SINDY JOHANA TORRES PANCHÁ	JEFE DE ENFEI	SALA DE APLIC IPS MEDICARTE	STORRES@MEDICARTE.COM.CO	3214755822
2026/04/22 7:	Glenis Paola Vargas	Epidemiologa	VSP Subred centro oriente	Paolavargas.sisvesp@gmail.com	3213725378
2026/04/22 7:	LINA MARIA SALAMANCA HENAO	AUXILIAR ENF	CONSULTA EX COMPENSAR AUTOPISTA SUR	lnsalamancanh@compensarsalud.com	3107688714
2026/04/22 7:	LIGIA ESPERANZA ARIZA CALDERON	AUXILIAR DE E	SIVIGILA HOSPITAL FONTIBON	siviglia14@subredsuoccidente.gov.co	3124648982
2026/04/22 7:	Laura MarÁ-a Vega RamÁ-rez	Bacterioñloga	Laboratorio PROTEGER IPS	laboratoriozonaindustrial@gmail.com	3102806398
2026/04/22 7:	OSCAR FERNANDO DUARTE GUZMAN	AUXILIAR ADM	SIVIGILA USS LAS CRUCES	usscrucos@gmail.com	3282828
2026/04/22 7:	Edith Miyeri Segura Valdes	Epidemiologa	Epidemiología USS CSE SUBA	Sivigilacse@subrednorte.gov.co	3008545408
2026/04/22 7:	NOHORA DANICE RAMIREZ GARZON	AUXILIAR DE E	EPIDEMIOLOG USS MATERNO INFANTIL	sivigilamaternoinfantil@subredcentroorientegov.co	3016770584
2026/04/22 7:	LUNNELIDA RIOS	ASISTENTE AD	ADMINISTRAT OMD PLUS	omd.salud@gmail.com	4824548
2026/04/22 7:	Julia Maria Rubio Reyes	Médico	Unidad Neonc Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	urn.simon@subrenorte.gov.co	321745359
2026/04/22 7:	AZUCENA ROA BOHORQUEZ	ENFERMERIA	SIVIGILA HOSPITAL SAN IGNACIO	SIVIGILAHUSI@HUSI.ORG.CO	3008185850
2026/04/22 7:	Herman Dario Sierra Rivera	Administrador	Salud Gencell Pharma SAS	hdsierra@abgencell.com	3118489974
2026/04/22 7:	ANGIE MILENA CRUZ GOMEZ	AUXILIAR DE E	HEPATOLOGI/ CEHYD SAS	ANGIEMILENACRUZ@GMAIL.COM	3502889623
2026/04/22 7:	Liliana Prieto Villarraga	Auxiliar de enf	Epidemiología Clínica Infantil Colsubsidio	vigilanciaepidemiologica.clinicainfantil@colsubsidio.com	3164159339
2026/04/22 7:	Angell PeÁ-a Montaño	Epidemiólogo:	VSP- No transi Subred Norte	Lidervsportenotransmisibles@subrednorte.gov.co	3143581908
2026/04/22 7:	Miguel OTÁloro Baquero	Neonatólogo	Unidad de rec Hospital SAN Ignacio	maotlora@husi.org.co	3168764679
2026/04/22 7:	Maria Angelica Celis Cubillos	Maria Angelic:	Displasia bror Hospital Universitario Clínica San Rafael	saludpublica@stewardcolombia.org	3115535331
2026/04/22 7:	MARTHA RUBIELA SUAREZ RODRIGUEZ	AUXILIAR DE E	AMBULATORIO CENTRO DE SALUD CATALINA	SIVIGILACATALINA105@GMAIL.COM	3167481097-3175261325
2026/04/22 7:	Luisa chacon paez	Epidemiologa	Salud Pública SUBRED CENTRO ORIENTE	luisachacon.m@gmail.com	3112574383
2026/04/22 7:	Nicol borray	Epidemiologa	No transmisib Sub red centro oriente	borray16@gmail.com	3108341219
2026/04/22 7:	Natalia Sofia Muñoz Salamanca	Fisioterapeut:	neumología-a Fundacioñ neumología colombiana	asmalre@neumologica.org	3017419123
2026/04/22 7:	MÁnica Catalina Sáñchez Vargas	Médica Neo	Unidad reciñ Hospital Suba CES	Monica_sanchezv@hotmail.com	3158206829
2026/04/22 7:	Nubia PeÁ-a	Neonataloga	URN Cobos	nuespepi@hotmail.com	3013405010
2026/04/22 7:	Edith Yurany Rodrá-guez Muñoz	Auxiliar de enf	Salud Centro de atencioñ en salud Cafam clÁ-nica Santa barbara	Eyrodriquez@cafam.com.co	3228906713
2026/04/22 7:	Yanis Anzully Vargas Vaca	Neonatóga	Unidad de Rec Hospital Universitario San Ignacio	yavargas@husi.org.co	3108716629
2026/04/22 7:	Julio JosÁe Tovar Duque	Enfermero	Salud publica Subred Sur	jzion165@gmail.com	3115054034
2026/04/22 8:	Sandra Milena Cuevas Hernáíndez	Medicina Fam	Ambulatorios Sub Red sur	samlicuevash@gmail.com	3134280188
2026/04/22 8:	Britly Lorena tinjaca Rodrá-guez	Auxiliar enferm	Uss-tunjuelito Subredsur	brillylorena0310@gmail.com	3104947807
2026/04/22 8:	Lina Marcela Quevedo GutiÁerrez	Epidemiologa	Epidemiología USS Hospital Simóñ Bolivar	lmquevedo24@gmail.com	3125753362
2026/04/22 8:	GOPI ASHRAYA DEVI DASÍ	EPIDEMIOLOG	UAES HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE	vigilancia.epidemiologica@hospitalinfantildesanjose.org.co	3164445377
2026/04/22 8:	Nelson FabiÁñ Torres Rodrá-guez	Enfermero	Salud Pública Fundacioñ Abood Shalo	epidemiologia@shalo.org	5938210
2026/04/22 8:	Rosa Yisel Sáñchez Rodrá-guez	Enfermera	pyvp/vsp Centro Medico Colsubsidio calle 63	rosa.sanchez@colsubsidio.com	3184096359
2026/04/22 8:	Angela Catalina Infante Cely	Referente ECH	Direccioñ de SecretarÁ-a distrital de salud	acinfante@saludcapital.gov.co	3246864376
2026/04/22 8:	STEPHANIE MENDOZA PAEZ	ENFERMERA	VIGILANCIA EI FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA	VIGILANCIAEPIDEMOLOGICA@NEUMOLOGICA.ORG	3124390603
2026/04/22 8:	Liliana Marcela Cruz Trujillo	Auxiliar de Sal	Epidemiología Asistir salud sas candelaria	saludpublicacandelaria@asistirsalud.com	3133157340
2026/04/22 8:	Angie Carolina Rodriguez Soriano	Enfermera	Salud Publica Hospital Universitario San Ignacio	sivigilahusi@husi.org.co	3183825831
2026/04/22 8:	Lucia Puentes	técnico de s	Vsp Subred Norte	luciapuentes1228@gmail.com	3005322862
2026/04/22 8:	Vivian Quiroga Moreno	Pediatra	Referente tñ Subred Norte	referentepediatria@subrednorte.gov.co	3153555230
2026/04/22 8:	Claudia Patricia Escobar Suache	Enfermera	Epidemiología Fundacioñ Cardioinfantil IC	cescobar@lacardio.org	3212794041
2026/04/22 9:	Maria Teresa Zabala	Medica epider	Epidemiología Subred sur	marilumed1485@gmail.com	3112299819
2026/04/22 11	Britly Lorena tinjaca	Auxiliar enferm	Uss vista hern Subredsur	brillylorena0310@gmail.com	3104947807

Displasia Broncopulmonar, un desafío clínico con impacto en salud pública

***Sandra Navarro Marroquín
Neonatóloga Bioeticista
Abril 22 de 2026***



Introducción



Concepto Actual

01

Enfermedad
pulmonar crónica del
premature

02

Definida por
Requerimiento de O_2
 ≥ 28 días o a las 36
semanas de EG
corregida

03

Fibrosis + daño
inflamatorio severo
→ interrupción del
desarrollo pulmonar
(alveolarización y
angiogénesis)

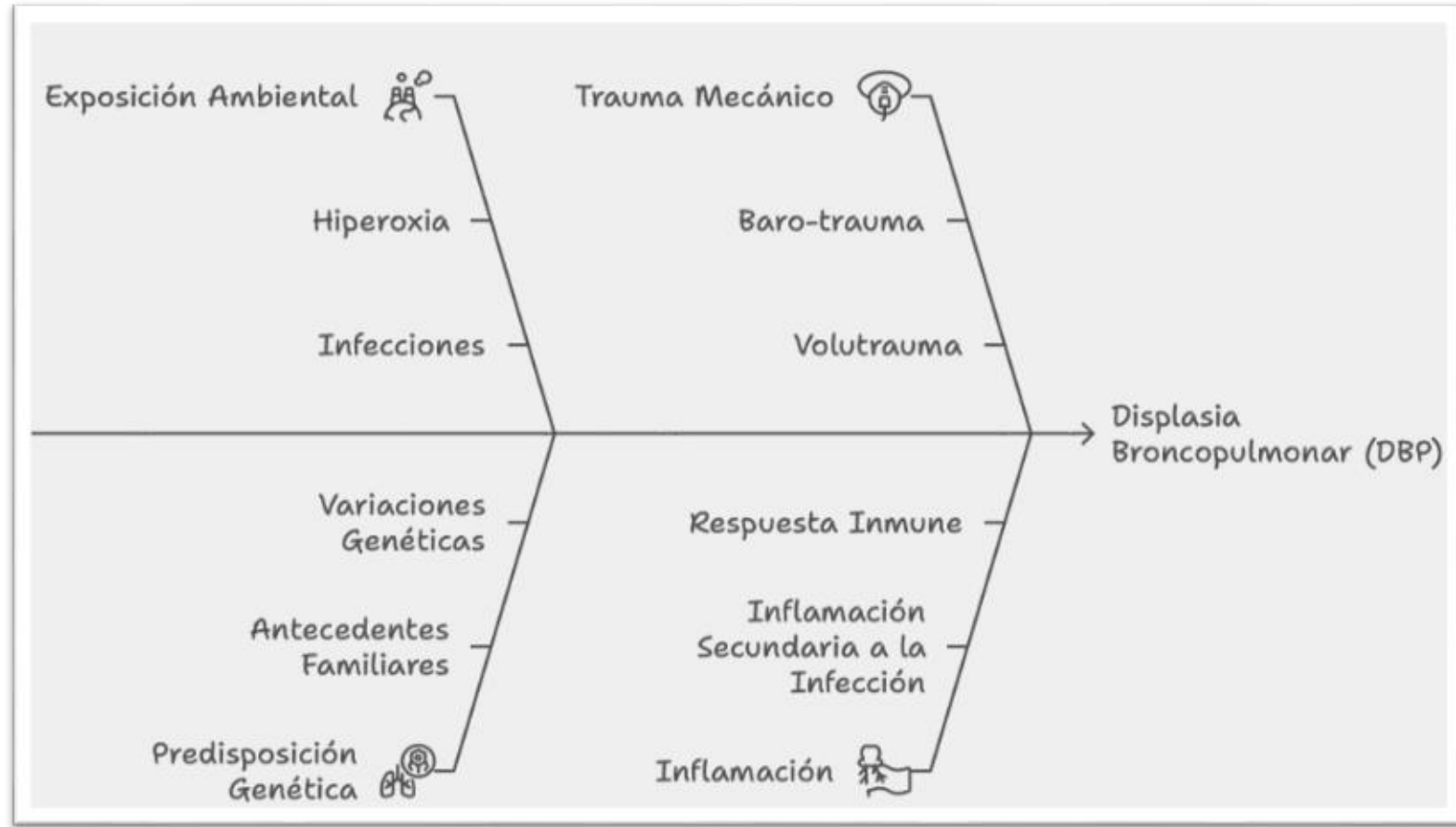
04

Es más un problema
de desarrollo
pulmonar que de
cicatrización.

Definición

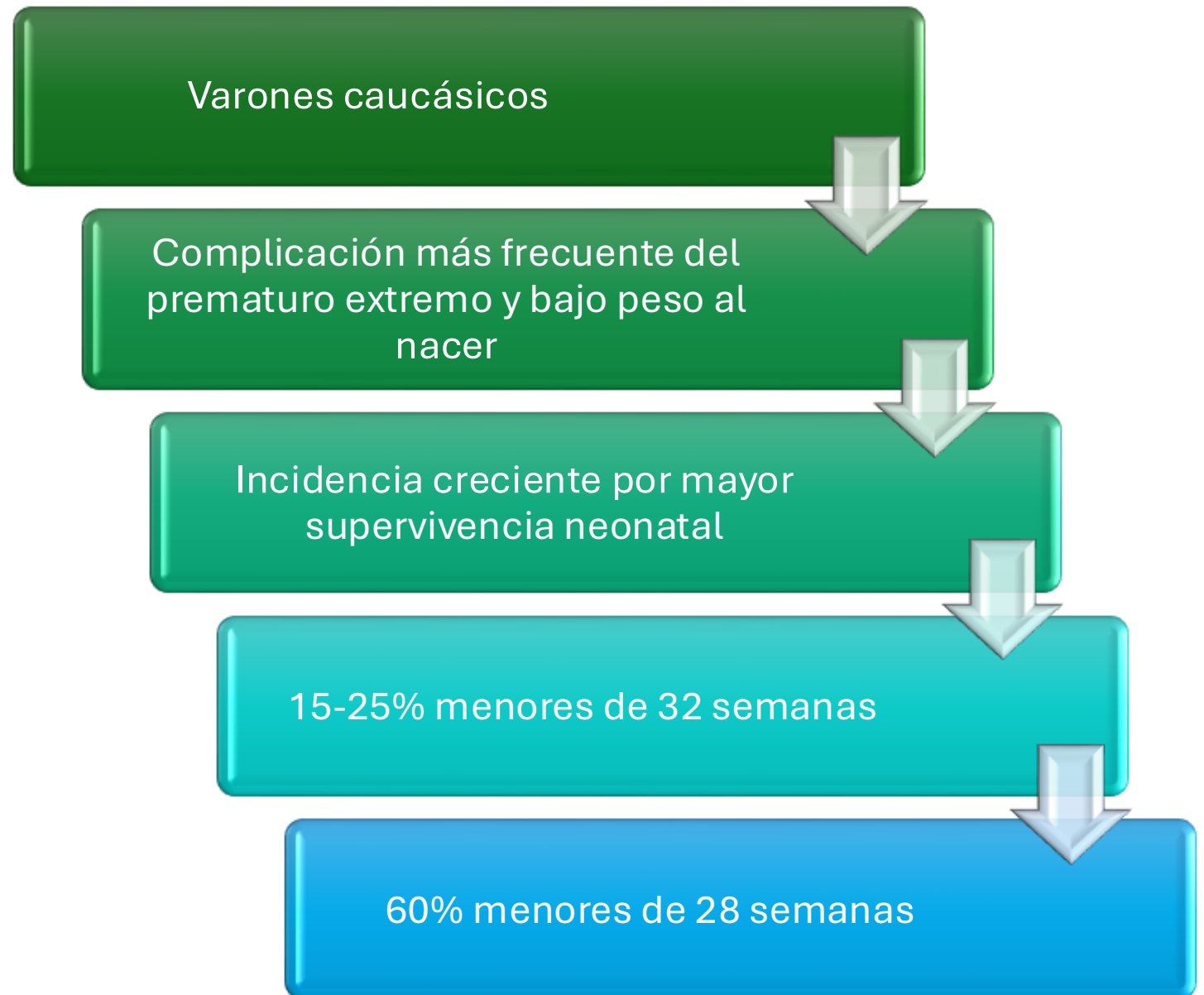
Enfermedad multifactorial:
Consecuencia de la exposición del pulmón inmaduro del prematuro

**Cambios clínicos,
gasométricos y
radiológicos**



Dependencia prolongada de oxígeno > 28 días junto con fenotipos establecidos.

Epidemiología

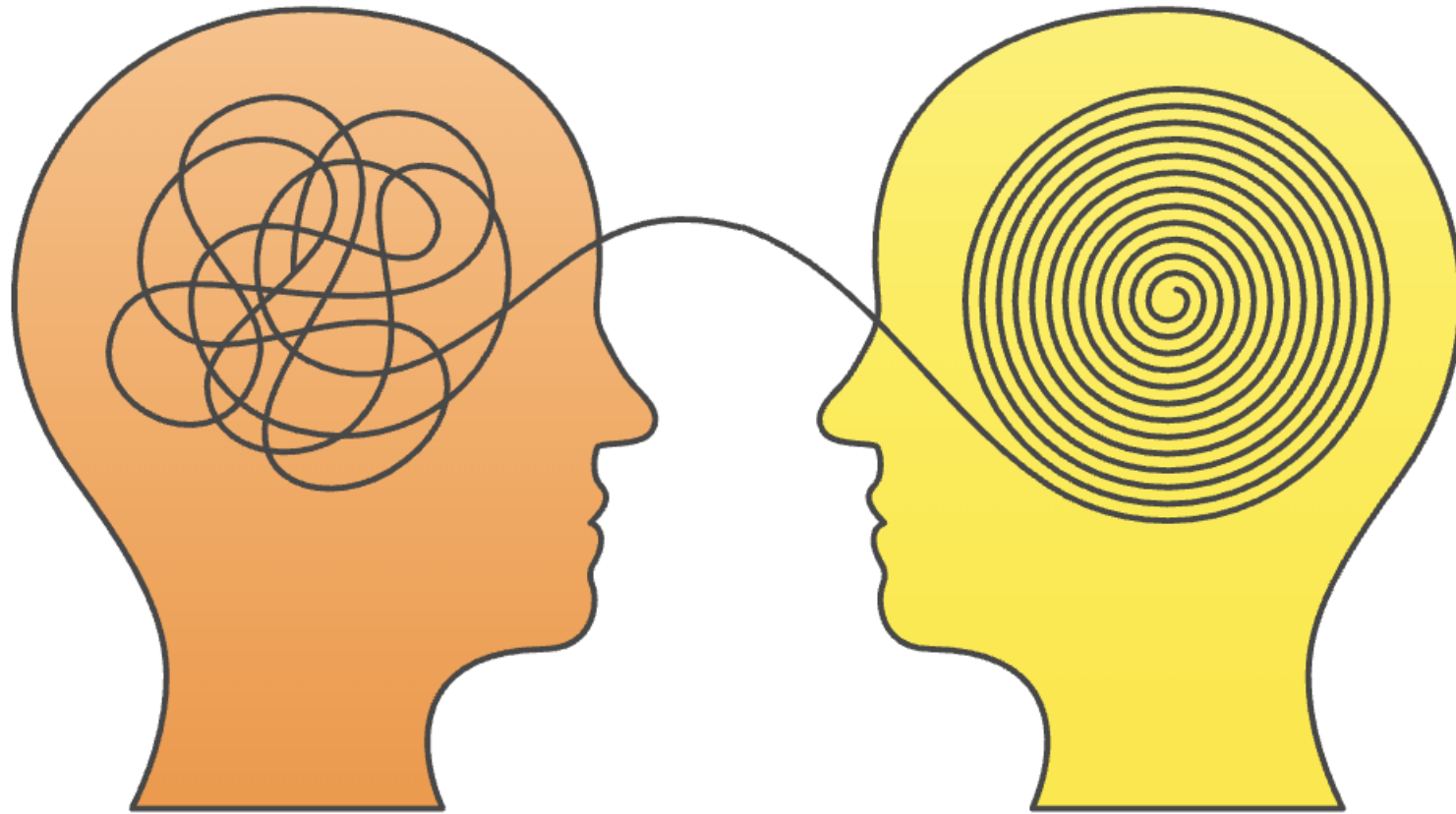


Clasificación Funcional Jensen

Grado 1: cánula
nasal con flujos
bajos (< 2 L/min)

Grado 2: cánula
nasal con flujos
altos (> 2 L/min)
o VMNI

Grado 3:
ventilación
mecánica
invasiva



Factores Predisponentes

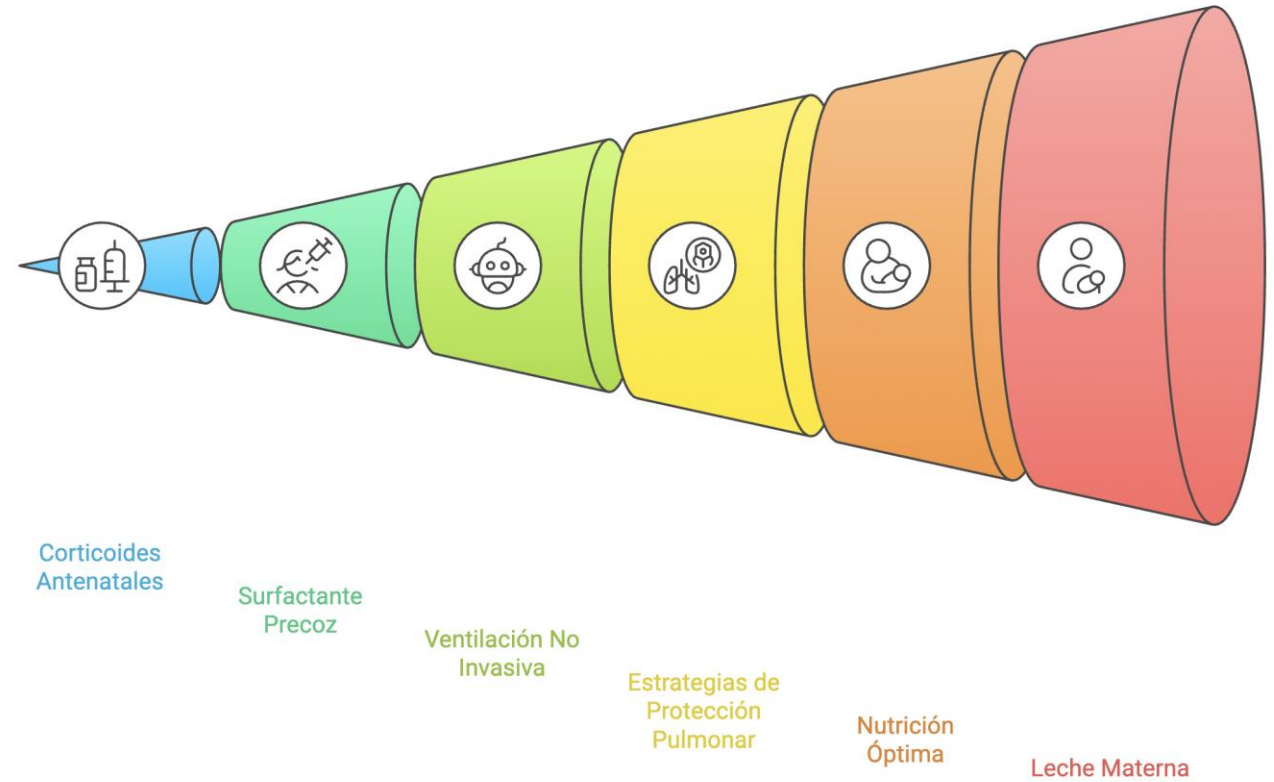
Factores prenatales

Cigarrillo, THE, RCIU,
corioamnionitis

Factores postnatales

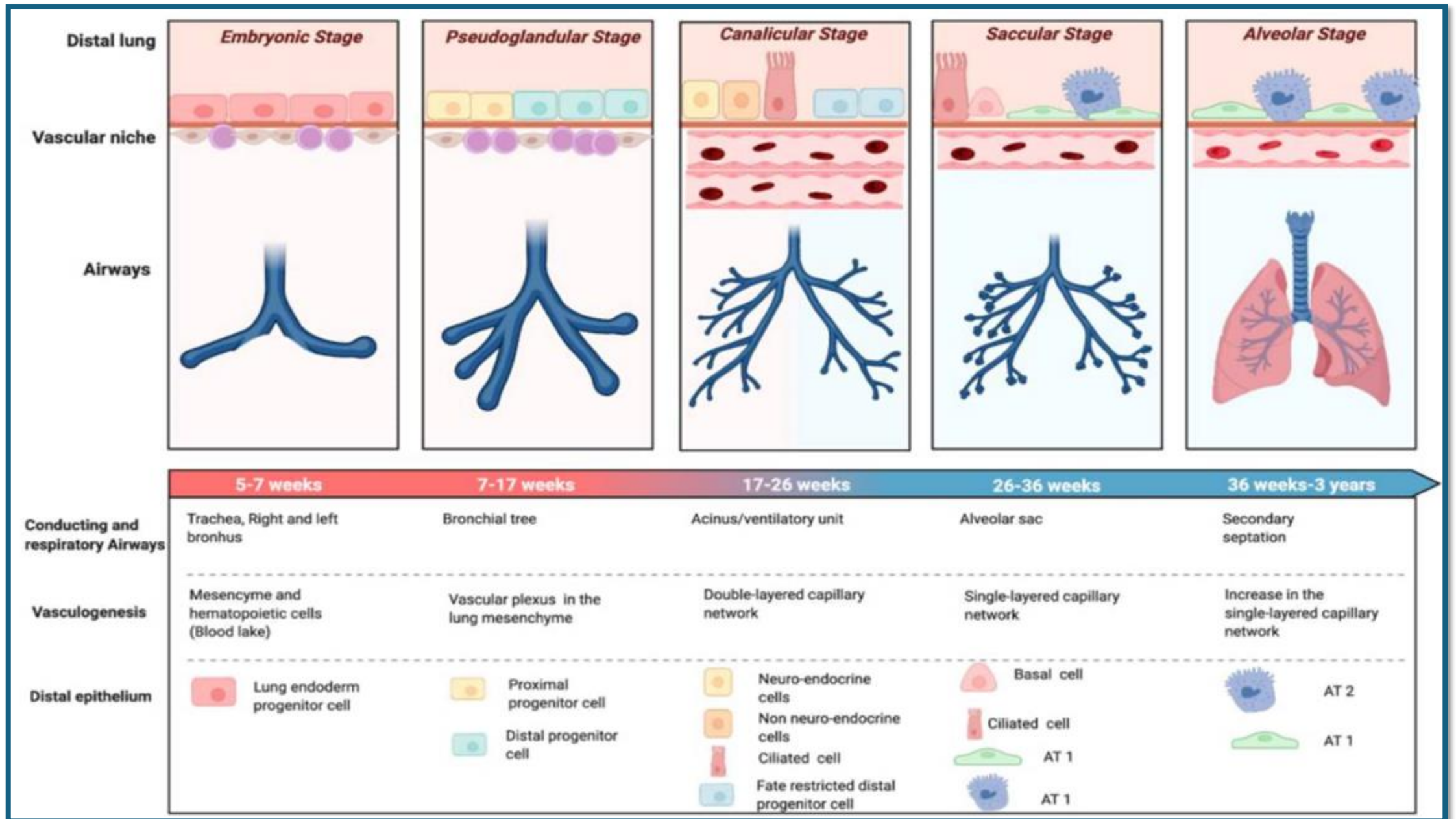
VM / O2 prolongado,
sepsis, DAP, déficit
nutricional

Factores Protectores

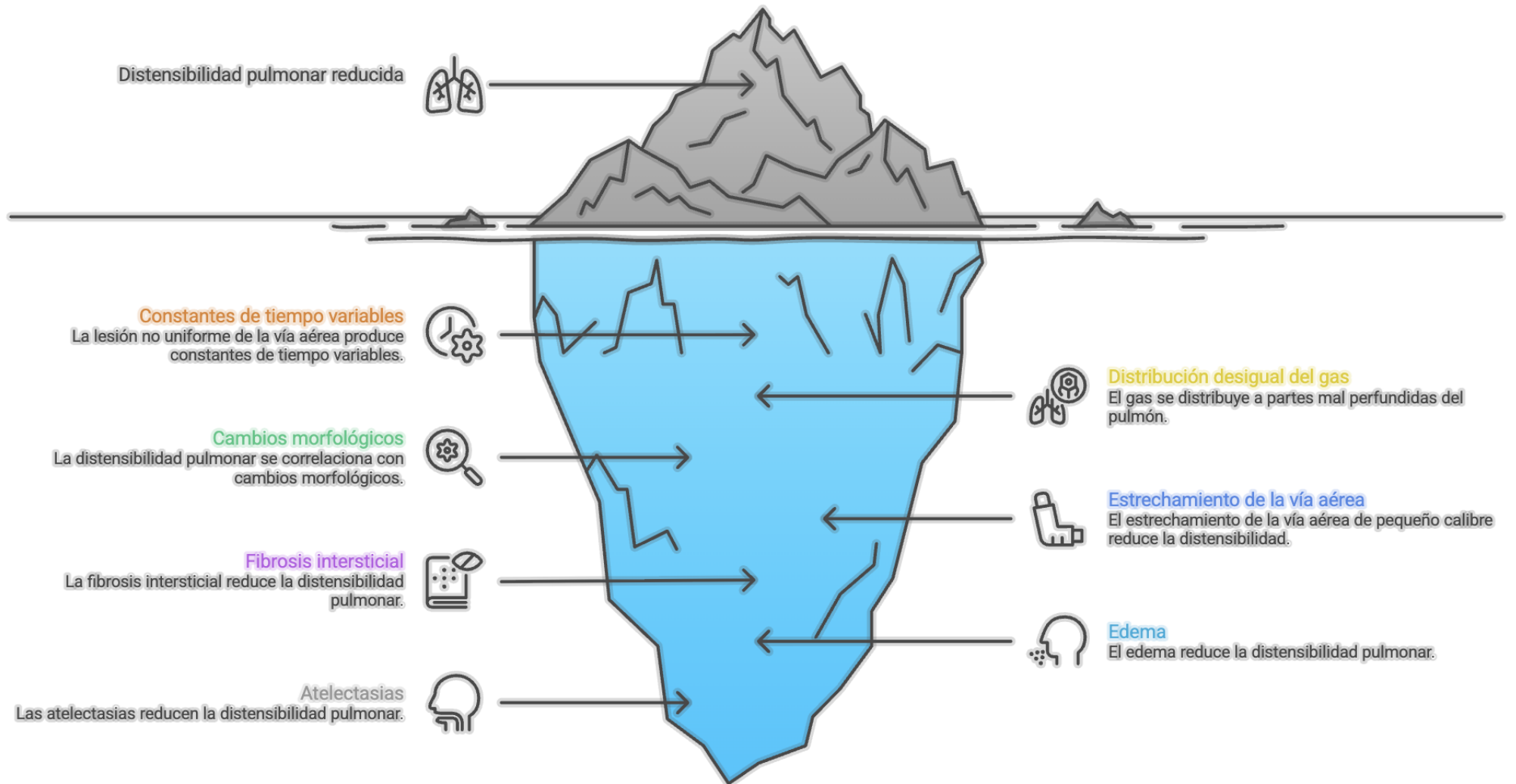


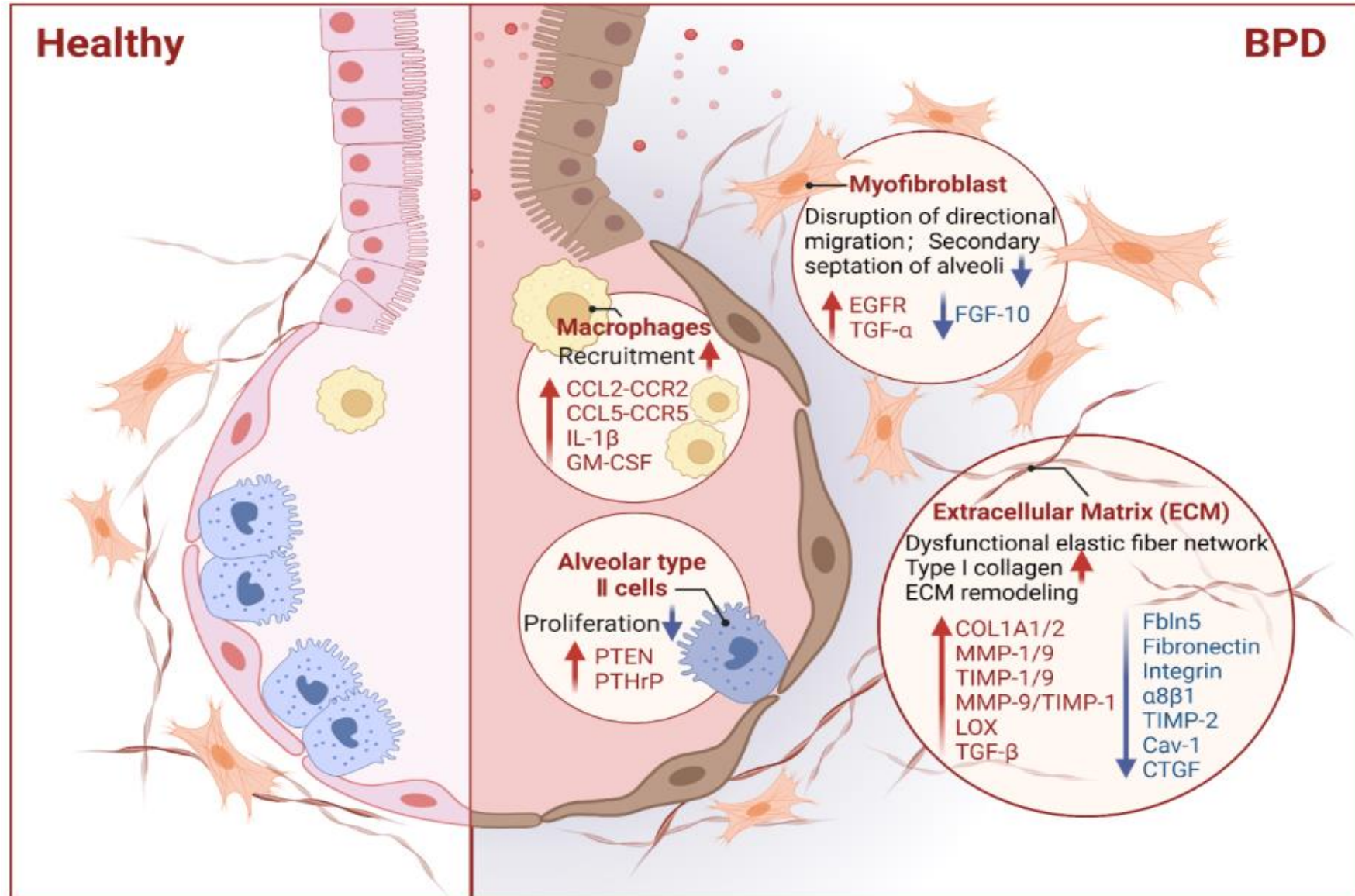
Fisiopatología





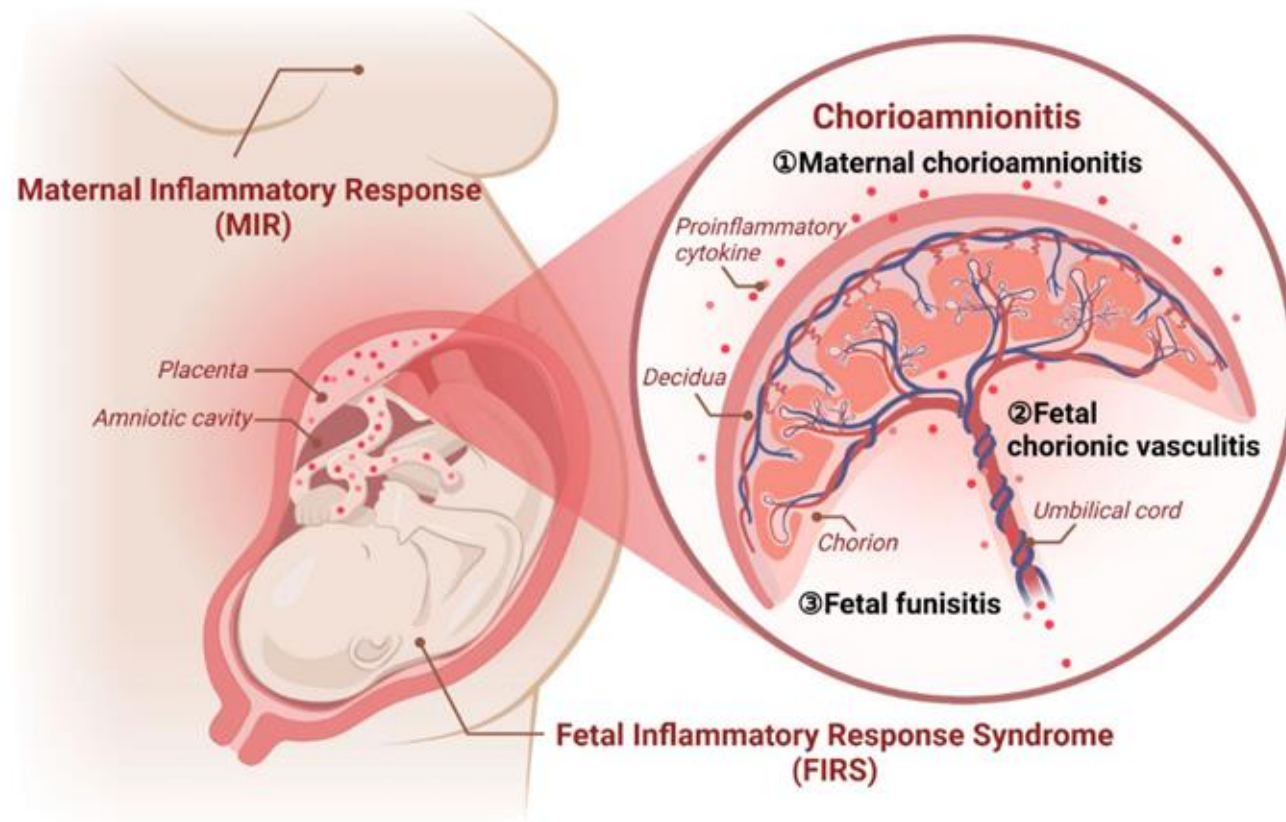
Fisiopatología





Fetal origin of bronchopulmonary dysplasia: contribution of intrauterine inflammation. Molecular Medicine (2024)

Microbioma



Microbioma desequilibrado



Ruptura del epitelio alveolar



No diferenciación de las células
epiteliales pulmonares



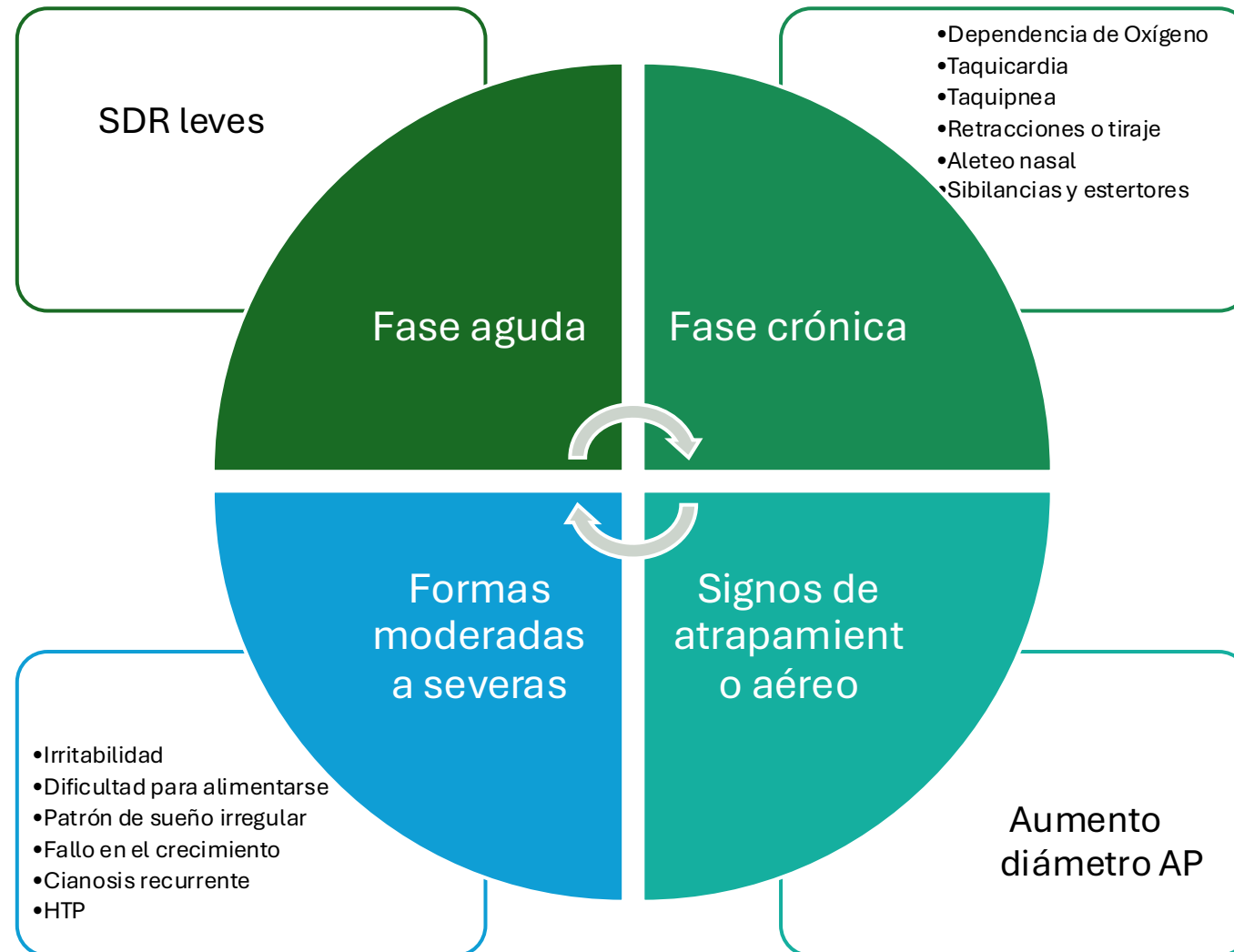
Falla alveolarization

PREVENCIÓN



***Enfoque preventivo
supera el terapéutico.***

Manifestaciones Clínicas



OXYGEN DEPENDENCY AT 36 PMA



Parenchymal phenotype



Vascular phenotype



Interstitial phenotype



Congestive Phenotype

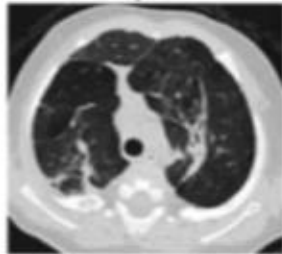


Central airways phenotype



Peripheral airways phenotype

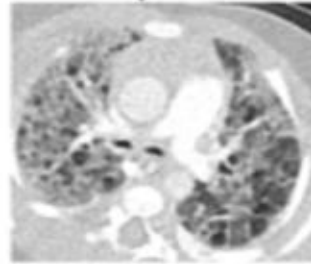
Diagnostic tools



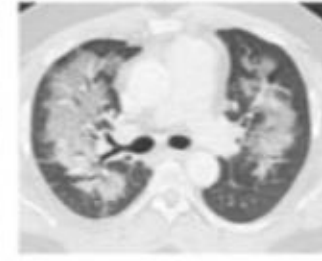
CT scan



Echo/Catheterism



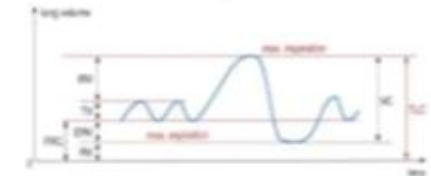
CT



CT/ echo



Endoscopy



Lung function tests

Potential therapies

?

Pulmonary Vasodilators

Steroids

Diuretics/
Cardiac
managment

Multidispliplinary
team approach

Bronchodilators
Inhaled steroids

Fenotipo Alveolar

Descripción

- **Fisiopatología**
 - Disrupción crecimiento pulmonar distal
 - Alveolarización alterada
 - ↓superficie intercambio gaseoso.
- **Manifestaciones clínicas**
 - ↑ Trabajo respiratorio
 - ↑ Requerimientos de O₂ o VPP.
 - Rayos con ↓volume pulmonar o hiperinsuflación
- **Precipitante**
 - Enfermedad parénquima aguda.

Consideración en manejo

- **Vía aérea/ventilación** objetivo mejorar reclutamiento y oxigenación de pulmones heterogeneos
 - ↑ Volumen tidal
 - ↑ Tiempo inspiración
 - ↓ Frecuencia respiratoria
- **Circulación**
 - Vigilancia hiperinsuflación que afecte retorno venoso y postcarga.

Medicamentos/otros

- Sedación si asincronías
- Manejo secreciones

Fenotipo Vía Aérea Grande

Descripción

- **Fisiopatología**
 - Alteración estructura pulmonar – Traqueobroncomalacia.
 - Alteraciones adquiridas – Estenosis subglótica
- **Manifestaciones clínicas**
 - Requerimientos ↑ de PEEP
 - Rayos con hiperinsuflación y atrapamiento aéreo.
 - Dependientes de traqueostomía
- **Precipitante**
 - Obstrucción de vía aérea

Consideración en manejo

- Vía aérea/ventilación
 - Manejo de emergencias traqueostomías
 - ↑ PEEP para evitar atrapamiento aéreo

Medicamentos/otros

- ↓ Colapso VA: Sedación y relajantes musculares.

Fenotipo Vía Aérea Pequeña

Descripción

- **Fisiopatología**
 - Alteración arquitectura pulmonar.
 - Musculatura VA pequeña anormal.
 - Obstrucción reactiva o ↑ inflamación.
- **Manifestaciones clínicas**
 - Respuesta a broncodilatadores, manejo de secreciones y corticoids.
- **Precipitante**
 - Obstrucción VA o enfermedad pulmonar parenquimatosa.

Consideración en manejo

- **Vía aérea/ventilación**
 - PEEP Adecuado con tiempo espiratorio adecuado para evitar atrapamiento aéreo.

Medicamentos/otros

- Broncodilatadores- Corticoides sistémicos
- Manejo de secreciones

Fenotipo HTP crónica/enfermedad vascular

Descripción

•Fisiopatología

- ↓vascularización pulmonar, detención Desarrollo vascular y remodelacion vascular obliterative.
- HTP del DBP diferente a otras. Puede tener estenosis de vena pulmonar que empeora la HTP.

•Manifestaciones clínicas

- Requerimientos de O2 bajos con deterioro rápido ante crisis hipertensivas pulmonares.

•Precipitantes

- Crisis hipertensivas pulmonares.

Consideración en manejo

•Vía aérea/ventilación

- Evitar hypoxemia → uso de O2
- Ventilación adecuada evitar acidosis.

•Circulacion

- Asegurar precarga adecuada.
- DVA para ↓ hipotensión sistémica y mejorar perfusion coronaria.

Medicamentos/otros

- Sedación y bloqueo neuro muscular.
- Vasodilatadores pulmonares (óxido nítrico inhalado, análogos de prostaciclina, sildenafil)

Fenotipo Infeccioso

Descripción

- **Fisiopatología**
 - Función immune alterada
 - Alteración colonización con bacterias patogénicas
- **Manifestaciones clínicas**
 - Traqueítis o neumonías a repetición

Consideración en manejo

- **Vía aérea/ventilación**
 - Manejo de secreciones y estrategias de reclutamiento

Medicamentos/otros

- Antibióticos empíricos de acuerdo a historia previa

Fenotipo Congestivo

Descripción

- **Fisiopatología**
 - Asociado a alteración linfática
- **Manifestaciones clínicas**
 - Dificultad euvoemia.
 - Edema o edema leve en prematuros.

Consideración en manejo

- **Vía aérea/ventilación**
 - Edema tórax (alteración restrictiva)
- **Circulación**
 - Evaluar requerimiento de coloides o cristaloides

Medicamentos/otros

- Diuresis estricta

Descripción

- **Fisiopatología**
 - Depende de la causa primaria.
 - EDS congénitas
- **Manifestaciones clínicas**
 - Presentación neonatal o niñez.
 - Enfermedad pulmonar crónica fuera de proporci´pn a la EG

Consideración en manejo

- Vía aérea/ventilación
 - Depende de patología pulmonar subyacente.
 - Suelen ser más restrictivos, homogeneous y con baja compliance.
 - ↓Ti y ↑FR.

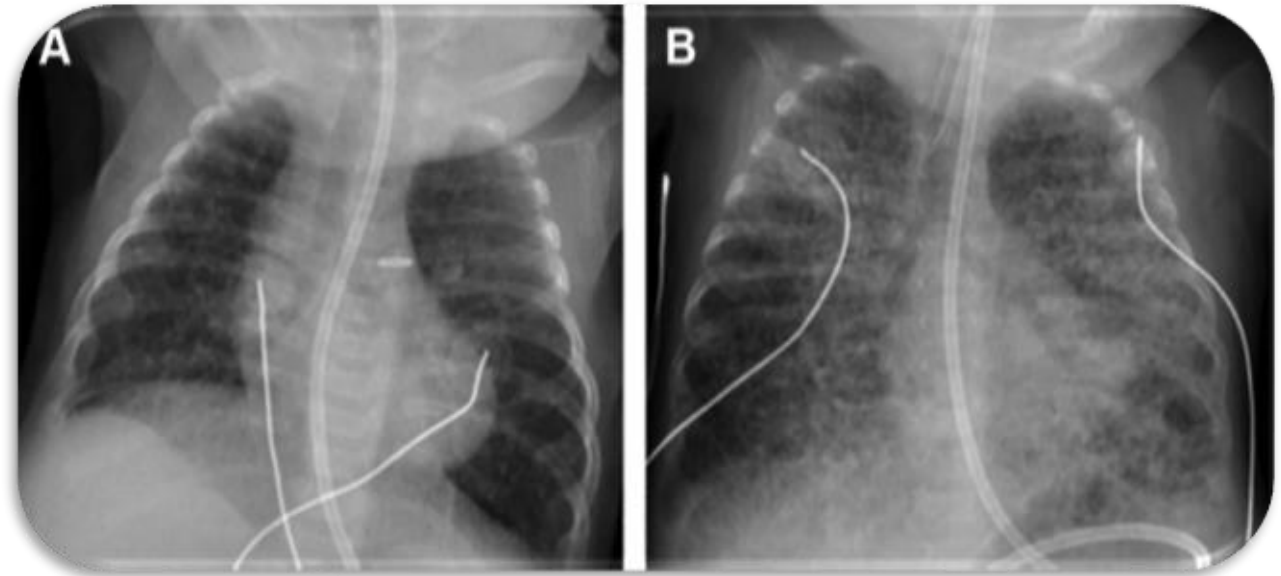
Fenotipo Enfermedad Intersticial Pulmonar

Evaluación Imagenológica

Congestión difusa o el clásico aspecto de vidrio esmerilado asociado con el SDR.

Patrón más heterogéneo con áreas alternas de atelectasia, atrapamiento de gas y densidades intersticiales gruesas.

En las formas más graves: hiperinsuflación generalizada, formación de quistes pequeños y / o grandes y densidades lineales engrosadas.



Tratamiento Primera Fase

1. Mantener saturaciones entre 90 – 95 %

2. Estrategia ventilatoria

- Idealmente no ventilación
- Si IOT – surfactante temprano
- Si ventilación mecánica : Tiempos inspiratorios cortos 0.34 – 0.4 s) FR (40 – 60) y PIP bajo (14 -20 cmH₂O), Volumen Tidal (3-6 ml/kg) PEEP moderados
- Rápidamente extubación temprana a VNI
- Equilibrio acido base
- Fallo en ventilación convencional -- VAFO

3. Metilxantinas – cafeína

4. Restricción hídrica

5. Nutrición

Tratamiento Segunda Fase

Corticoides – Retiro de ventilación mecánica

- Reducción del 23 % de DBP
- Minimizar dosis de medicamento y duración de medicamento
- Esquema DART – Dexametasona 0.15 – 0.2 mg/kg/día (7-10 días)

Diuréticos - disminuir requerimientos de oxígeno

- Indicado en pacientes con DBP hipoxémica – edema pulmonar, DBP severa, HTP o edema pulmonar
- Dosis: Furosemida, Hidroclorotiazida, Espironolactona
- Furosemida. Esquema corto de máximo 3 días. Monitorización metabólica e hidroelectrolítica. Recomendación moderada
- A quienes: Niños con DBP establecida, que tienen al menos 4 semanas de VMI, CPAP, CNAF >2 L/min FiO₂ >30%

Tratamiento Tercera Fase

Prednisolona oral

- Para el descenso progresivo de la fracción inspirada de oxígeno

B2 agonistas

- Fenotipo de broncoespasmo

Inmunización

- Palivizumab – VSR

Antibiótico - azitromicina

- U. Urealyticum ---Madres colonizadas tiene 2.39 hasta 3.3 veces mas riesgo de desarrollar DBP
- Uso de azitromicina – dos metaanálisis – 10 mg/kg/día 1 semana, seguida de 5 mg/kg/ día por 5 semanas.
----- 10 mg/kg/día de 7 a 14 días seguido de 5 mg/kg/día por 15 a 21 días (si hay reducción de DBP)

Consolidado del Manejo

Uso rutinario de cafeína en todos los niños menores de 30 semanas

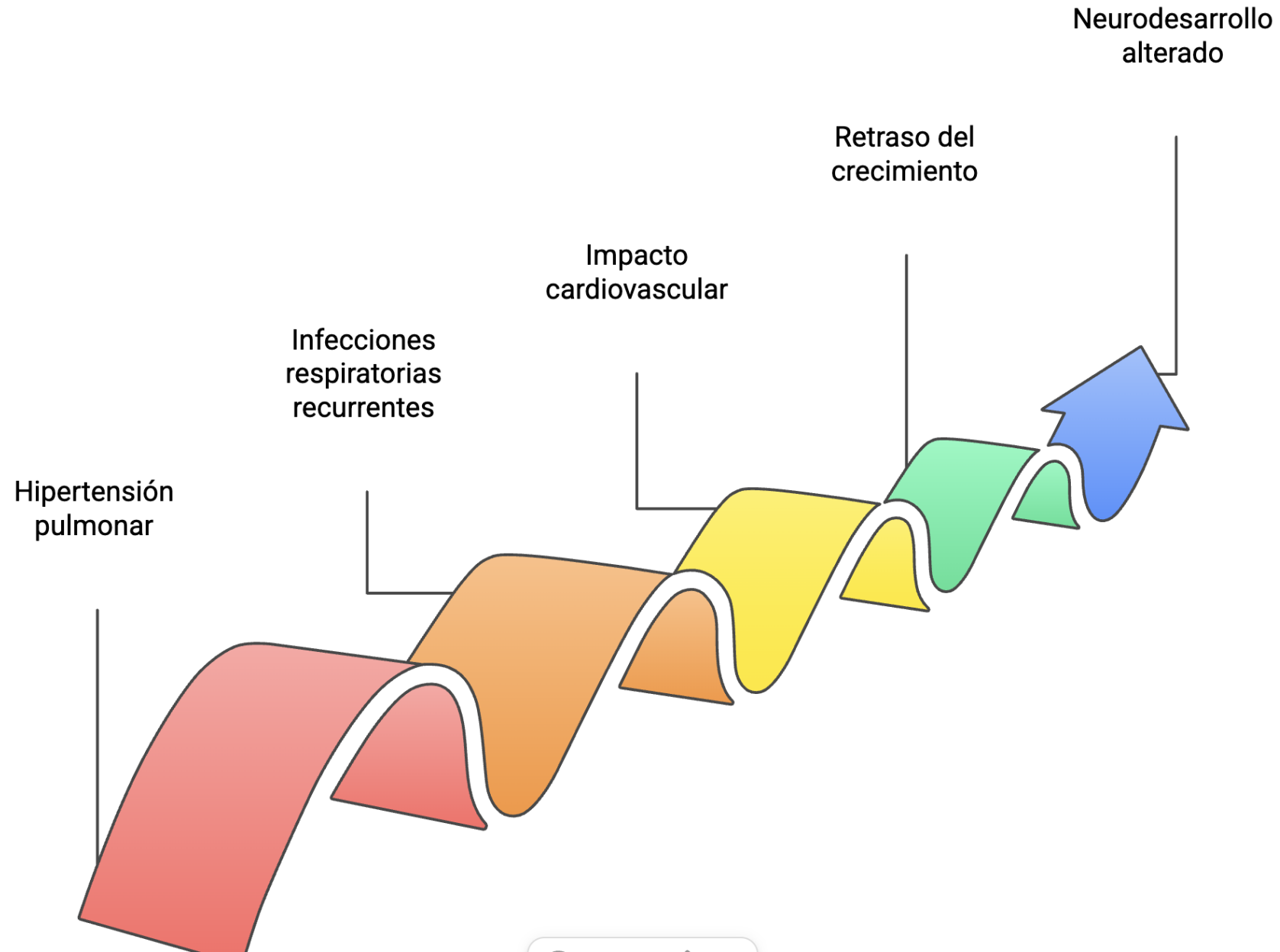
Corticoide tardío podría ser utilizado en algunos niños. Riesgo beneficio

Diuréticos: edema pulmonar, empeoramiento respiratorio y DBP severa

Broncodilatadores: si aumente la resistencia de la vía aérea.

Sildenafil en caso de fenotipo HTP

Complicaciones y Secuelas



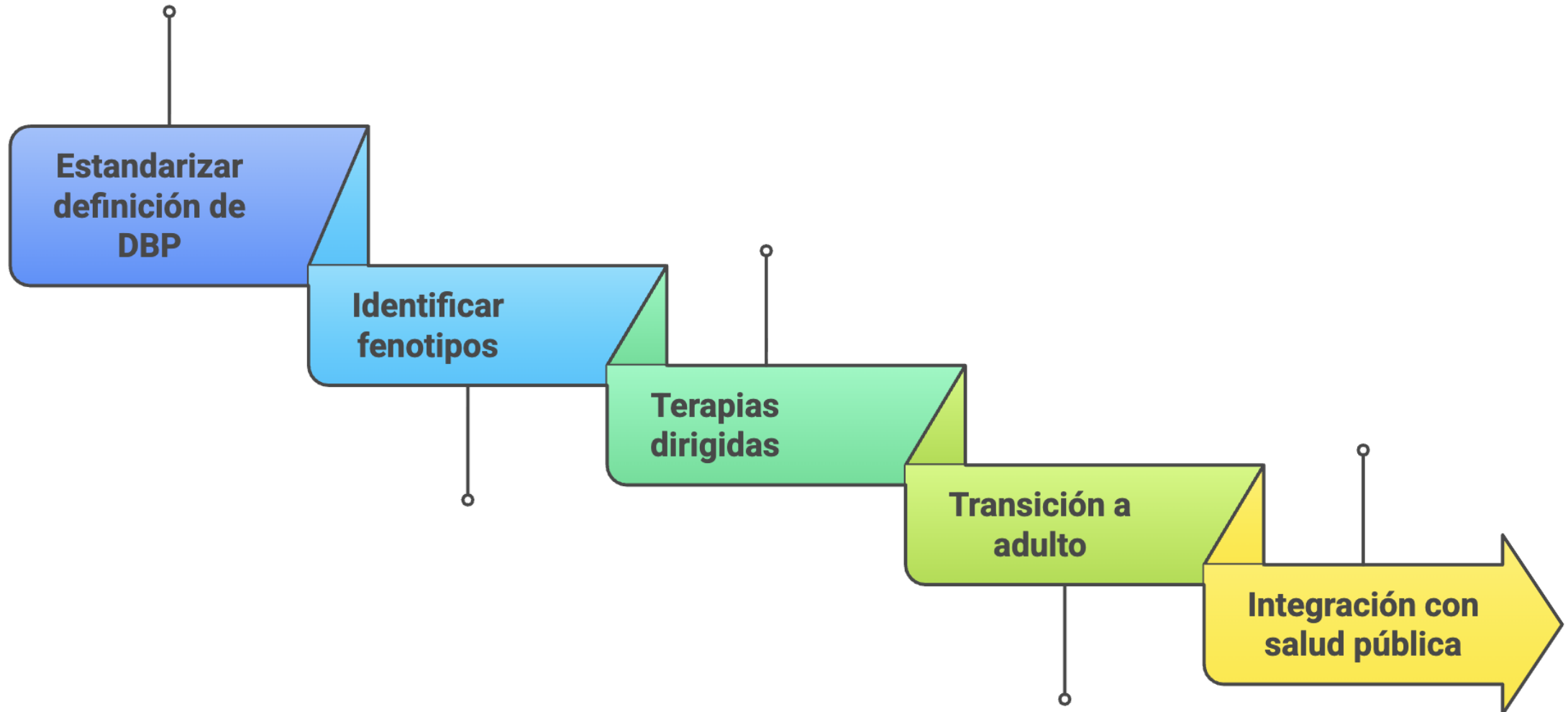
Manejo y Seguimiento multidisciplinario




DBP como enfermedad de curso de vida.



Retos Actuales



A solid blue horizontal bar spanning the width of the slide, with a vertical blue bar extending downwards from its right end.

La displasia broncopulmonar no es solo una secuela de la prematuridad, es una enfermedad del desarrollo pulmonar con impacto a lo largo de la vida, cuya verdadera intervención empieza antes del nacimiento y continúa hasta la adultez.

GRACiAS

