

Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

ISSN 0716 - 2065
ISSN 0717 - 7348

www.scielo.cl
www.serchile.cl

INDIZADA EN SciELO, LATINDEX Y LILACS

VOLUMEN **40** - SUPLEMENTO

NOVIEMBRE 2024
SANTIAGO - CHILE

56° CONGRESO CHILENO DE
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Programa y Resúmenes de Comunicaciones Libres

Viña del Mar, 27 al 30 de noviembre de 2024



†
SER

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Resúmenes de Comunicaciones libres presentadas en el
56° Congreso Chileno de Enfermedades Respiratorias.
Viña del Mar, 27 al 30 de noviembre, 2024

Contents.....	i
BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR SARS-CoV-2.....	1
CL1- ELEMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, EXAMEN FÍSICO Y EXÁMENES DE LABORATORIO QUE PERMITEN PREDECIR EL RIESGO DE MUERTE EN EL ADULTO HOSPITALIZADO POR NEUMONÍA ASOCIADA A COVID-19.....	2
CL2 - EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD EN PACIENTES ADULTOS INMUNOCOMPETENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2.....	3
CL3- DESARROLLO DE UN NUEVO MODELO PRONÓSTICO PARA PREDECIR EL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO POR NEUMONÍA ASOCIADA A COVID-19 UTILIZANDO LA INFORMACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX.....	4
BLOQUE TEMÁTICO: TUBERCULOSIS 1	5
CL4 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN ADULTOS: EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO.....	6
CL5 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON TUBERCULOSIS PLEURAL ENTRE LOS AÑOS 2015-2024 EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO.....	7
CL6 - AUMENTO DE LA SEVERIDAD CLÍNICA DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL COMO RESULTADO DE LA PANDEMIA DE COVID-19.....	8
CL7 - CARACTERIZACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR ENTRE 2013-2022 EN UN HOSPITAL PROVINCIAL.....	9
BLOQUE TEMÁTICO: TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO.....	10
CL8 - TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA, ESTANCIA HOSPITALARIA, REINGRESOS Y MORTALIDAD.....	11
CL9 - ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: UN ESTUDIO PRELIMINAR A PARTIR DE GRUPOS RELACIONADOS POR DIAGNÓSTICO.....	12
CL10 - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.....	13
BLOQUE TEMÁTICO: ENFERMEDADES INTERSTICIALES 1.	14
CL11 - NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME DE SJÖGREN: REPORTE DE UN CASO.....	15
CL12 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS TORÁCICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL.....	16
CL13 - SÍNDROME COMBINADO FIBROSIS ENFISEMA. EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	17
BLOQUE TEMÁTICO: FUNCIÓN PULMONAR.	18
CL14 - INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL.....	19
CL15 - IDENTIFICACIÓN DE ERRORES EN INFORMES ESPIROMÉTRICOS CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL.....	20
CL16 - EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO MEDIANTE EL TEST DE CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN ADULTOS CON ALTERACIONES RESPIRATORIAS. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO.....	21

CL17 - COMPARACIÓN DE VALORES DE REFERENCIA DE CAPACIDAD DE DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, CHILE: CÓMO SE MODIFICA LA CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD.....	22
BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS 1	23
CL18 - IMPACTO DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS EN ADULTOS EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT.	24
CL19 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE ADULTOS HOSPITALIZADOS CON VIRUS RESPIRATORIOS.....	25
CL20 - PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LAVADOS BRONCOALVEOLARES Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN UN HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL DE ALTA COMPLEJIDAD.....	26
BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS 2	27
CL21 - EL PAPEL DE LA RELACIÓN NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS EN SANGRE EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19.....	28
CL22 - IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE PULMONAR. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	29
CL23 - MODELO DE CARGA DE VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL EN ADULTOS DE 50 - 59 AÑOS CON ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR CRÓNICA EN LOS ESTADOS UNIDOS.....	30
BLOQUE TEMÁTICO: TUBERCULOSIS 2	31
CL24 - TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN MIGRANTE Y NO MIGRANTE EN CHILE 2010-2020.....	32
CL25 - ASOCIACIÓN NEUMONÍA GRAVE Y MENINGITIS POR NEUMOCOCO Y TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA.....	33
CL26 - TUBERCULOSIS EN PERSONAS RESIDENTES DE LA REGIÓN DE TARAPACÁ, CHILE.....	34
BLOQUE TEMÁTICO: TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO 2	35
CL27 - APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO E INSOMNIO COMÓRBIDO EN MUJERES CHILENAS.....	36
CL28 - IMPACTO DE LOS FENOTIPOS DE EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA EN LA SALUD MENTAL DE PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.....	37
CL29 - ¿CUAN INOCUOS SON LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CRÓNICOS EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD? ANÁLISIS EN UN ESTUDIO POBLACIONAL, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2009-2010*.....	38
BLOQUE TEMÁTICO: ENFERMEDADES INTERSTICIALES 2.....	39
CL30 - CARACTERIZACIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA COMO PROXY DE LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ENTRE EL PERÍODO DEL 2002 Y 2019, CHILE.....	40
CL31 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL LINFOCÍTICA GRANULOMATOSA (GLILD) EN INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: CASO CLÍNICO.....	41
CL32 - ESTUDIOS NO INVASIVOS EN LA PREDICCIÓN DE HTP E HTP SEVERA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS.....	42
BLOQUE TEMÁTICO: CÁNCER 1.....	43
CL33 - IMPACTO DE LA INMUNOTERAPIA E INHIBIDORES DE LA TIROSIN-QUINASA EN LA SOBREVIVENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER PULMONAR NO CELULAS PEQUEÑAS ETAPA IV. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	44
CL34 - SCHWANNOMA TRAQUEAL, REPORTE DE CASO.....	45

CL35 - REACCIONES ADVERSAS INFRECIENTES POR EL USO DE INHIBIDORES DE TIROSINA QUINASA.....	46
BLOQUE TEMÁTICO: ASMA.....	47
CL36 - TRATAMIENTO DE ARTRITIS PSORIÁTICA Y ASMA SEVERA CON INHIBIDOR DE INTERLEUCINA 17: SECUKINUMAB.....	48
CL37 - COSTO-EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB VERSUS OTRAS TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-INTERLEUCINA-5/5R PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE DE FENOTIPO EOSINOFÍLICO EN CHILE.....	49
CL38 - INICIO DE MEPOLIZUMAB DURANTE CRISIS ASMÁTICA GRAVE: CASO CLÍNICO.....	50
BLOQUE TEMÁTICO: ASMA Y EPOC	51
CL39 - REMISIÓN Y RESPUESTA A TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE: REGISTRO A 12 MESES EN INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	52
CL40 - CASO CLÍNICO: PACIENTE ASMÁTICO GRAVE EOSINOFÍLICO NO CONTROLADO, DESCOMPENSADO POR INFECCIÓN POR STRONGYLOIDES.....	53
CL41 - EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA INHALATORIA DE INHALADORES DE DOSIS MEDIDA PRESURIZADOS, EN ESTUDIANTES DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	54
CL42 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EPOC EXACERBADO INGRESADOS A UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	55
CL43 - CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOPSIOSOCIALES E ÍNDICE DE BODE EN EL PRONÓSTICO DE USUARIOS BAJO CONTROL POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ETAPA B EN EL CESFAM DOCTOR ALBERTO ALLENDE JONES DE LA COMUNA DE TALAGANTE.....	56
BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR VIRUS Y BACTERIAS	57
CL44 - CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL EN 3 HOSPITALES DE SANTIAGO DE CHILE.....	58
CL45 - NEUMONÍA HEMORRÁGICA Y EMPIEMA POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> , REPORTE DE CASOS.....	59
CL46 - NEUMONÍA POR SALMONELLA SPP EN PACIENTE CON EPID, REPORTE DE UN CASO.....	60
BLOQUE TEMÁTICO: CÁNCER 2.....	61
CL47 - NÓDULO PULMONAR COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA.....	62
CL48 - TUMORES CARCINOIDES DE PULMÓN: ANÁLISIS DE UNA COHORTE EN UN CENTRO PRIVADO EN CHILE.....	63
CL49 - LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA EN MUJER JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	64
CL50 - NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CLAVE PARA SOSPECHA DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS.....	65
BLOQUE TEMÁTICO: OXIGENOTERAPIA Y VENTILACIÓN MECÁNICA	66
CL51 - USO DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DURANTE LA BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE EN PACIENTES DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO.....	67
CL52 - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESATURAR DURANTE BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE USANDO CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO.....	68
CL53 - VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA, ÚLTIMOS 20 AÑOS, INDICACIONES, MODOS VENTILATORIOS, INTERFACES Y ADHERENCIA.....	69

CL54 - IMPACTO DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS EN ADULTOS CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. PILOTO DE UN ENSAYO CLÍNICO <i>CROSSOVER</i> MODIFICADO.....	70
BLOQUE TEMÁTICO: CASOS CLÍNICOS.....	71
CL55 - MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	72
CL56 - ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER, UN DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO.....	73
CL57 - INFARTO PULMONAR CAVITADO SECUNDARIO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: REPORTE DE CASO.....	74
CL58 - ENFERMEDAD RELACIONADA A INMUNOGLOBULINA G4, EL GRAN SIMULADOR. REPORTE DE CASO.....	75
CL59 - COMPLICACIÓN INFRECUENTE Y GRAVE EN PACIENTE ANTICOAGULADA POR TEP: TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA.....	76
BLOQUE TEMÁTICO: SERIE DE CASOS CLÍNICOS	77
CL60 - SEGUIMIENTO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA EN TRATAMIENTO CON ELEXACAF TOR / TEZAXCAFTOR / IVACAF TOR (ETI).....	78
CL61 - ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, RESULTADOS DE UN POLICLÍNICO MULTIDISCIPLINARIO, CLÍNICA DÁVILA, CHILE.....	79
CL62 - REHABILITACIÓN PULMONAR INTRAHOSPITALARIA BASADA EN EJERCICIO EN ADULTOS CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO.....	80
CL63 - INICIO DE LA VERTICALIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO FÍSICO DE ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO.....	81
CL64 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO E HIPERTENSIÓN PULMONAR: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ENDARTERECTOMÍA PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX 2010-2024.....	82

BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR SARS-CoV-2

Facilitadores: Dr. Francisco Arancibia - Dr. Mauricio Ruiz

CL1- ELEMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, EXAMEN FÍSICO Y EXÁMENES DE LABORATORIO QUE PERMITEN PREDECIR EL RIESGO DE MUERTE EN EL ADULTO HOSPITALIZADO POR NEUMONÍA ASOCIADA A COVID-19.

Saldías F., Cahmi D., Guzmán A., Leiva I. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: La historia clínica, examen físico y algunos exámenes de laboratorio permiten estimar la gravedad en el paciente adulto hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Objetivos: Examinar los elementos de la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio que permiten predecir la gravedad en pacientes adultos hospitalizados por NAC asociada a coronavirus SARS-CoV-2. Materiales: Se evaluaron las variables clínicas, estudios de imágenes y exámenes de laboratorio solicitados en la admisión al hospital que permitieron predecir el riesgo de muerte en adultos inmunocompetentes hospitalizados por COVID-19 grave entre Abril de 2020 y Diciembre de 2021. Se midió el área bajo la curva receptor operador (AUC) de los principales predictores clínicos de gravedad. Resultados: Se evaluaron 1.251 pacientes adultos hospitalizados por NAC asociada a COVID-19 confirmados mediante PCR de hisopado nasofaríngeo de coronavirus SARS-CoV-2. La estadía media en el hospital fue dos semanas y la letalidad en el hospital: 11,8%. En la historia clínica, la edad (AUC: 0,80; $p < 0,001$), pérdida de la autonomía (AUC: 0,55; $p < 0,001$) y algunas comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes, EPOC, neoplasia, enfermedad cardiovascular, renal y neurológica crónica; AUC: entre 0,55 y 0,59; $p < 0,001$) se asociaron a mayor riesgo de muerte en el hospital. En el examen físico, el compromiso de conciencia (AUC: 0,70; $p < 0,001$), alteración de los signos vitales (hipotensión arterial y taquipnea; AUC: 0,61 y 0,59; $p < 0,001$) y la hipoxemia (AUC: 0,55; $p < 0,001$) se asociaron a mayor riesgo de muerte en el hospital. En el estudio de imágenes, la neumonía multilobar y derrame pleural (AUC: 0,53; $p < 0,05$) se asociaron a peor pronóstico. En los exámenes de laboratorio, la elevación de los parámetros inflamatorios (proteína C reactiva y procalcitonina séricas; AUC: 0,60 y 0,69; $p < 0,001$), disfunción renal (nitrógeno ureico sérico y creatininemia; AUC: 0,78 y 0,74; $p < 0,001$), alteraciones de la coagulación (recuento de plaquetas, dímero D, ferritina y protrombina séricas; AUC: entre 0,58 y 0,73; $p < 0,01$) y alteraciones metabólicas (pH y bicarbonato plasmáticos, lactacidemia, uricemia, albuminemia, glicemia y enzimas hepáticas séricas; AUC: entre 0,56 y 0,71; $p < 0,01$) se asociaron al riesgo de muerte en el hospital. La edad, confusión mental, hipoalbuminemia, BUN, creatinina y dímero D séricos elevados fueron los principales predictores de gravedad en el hospital (AUC $\geq 0,70$; $p < 0,001$). Conclusiones: Elementos de la historia clínica, examen físico y laboratorio permitieron predecir el riesgo de muerte en pacientes adultos hospitalizados por neumonía asociada a COVID-19.

CL2 - EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD EN PACIENTES ADULTOS INMUNOCOMPETENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2.

Saldías F., Cahmi D., Guzmán A., Leiva I. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: La evaluación de la gravedad en el paciente adulto con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) permite decidir el lugar de manejo, planificar el estudio diagnóstico y el tratamiento. **Objetivos:** Examinar el rendimiento de diez y siete índices predictores de gravedad (CRB65, CURB, CURB65, CORB, CARSI, SOAR, A-DROP, PSI, SCAP, SMART-COP, REA-ICU, criterios menores ATS/IDSA, qSOFA, CALL, COVID GRAM, 4 C, STSS) en pacientes adultos hospitalizados por NAC asociada a coronavirus SARS-CoV-2. **Materiales:** Estudio clínico prospectivo realizado entre el 1 de abril de 2020 y 30 de diciembre de 2021 en pacientes adultos hospitalizados por neumonía asociada a COVID-19 en la Red de Salud UC Christus. Los eventos adversos examinados fueron la admisión a la unidad de paciente crítico (UTIM/UCI), uso de ventilación mecánica (VM), estadía prolongada (≥ 21 días) y mortalidad en el hospital. Las reglas predictoras fueron comparadas en base a su sensibilidad, especificidad, valores predictivos y áreas bajo la curva receptor operador (AUC). **Resultados:** Se evaluaron 1.251 pacientes hospitalizados por NAC asociada a COVID-19, edad: 59 ± 17 años (rango: 18-100), 44,8% sexo masculino, 79% tenía enfermedades preexistentes, estadía en el hospital: $15,3 \pm 19,2$ días, 18,3% fueron manejados en UCI, 18,1% requirieron ventilación mecánica y 11,8% fallecieron en el hospital. Los eventos adversos fueron más frecuentes y la estadía en el hospital más prolongada en las categorías de alto riesgo de los diferentes índices pronósticos. El CURB-65, CARSI, A-DROP, PSI, COVID GRAM, 4 C y STSS permitieron predecir el riesgo de muerte con bastante precisión (AUC $\geq 0,80$). El PSI, SOAR, criterios ATS/IDSA, CALL y 4 C fueron bastante sensibles para predecir el riesgo de muerte en el hospital (S: $> 0,90$) con un elevado valor predictivo negativo (VPN: 0,98). El CURB, CORB, SCAP, SMART-COP, criterios ATS/IDSA y COVID-GRAM permitieron predecir el riesgo de admisión a UTIM/UCI y conexión a ventilación mecánica con moderada precisión (AUC $\geq 0,70$). El rendimiento de los índices pronósticos disminuyó significativamente en la predicción de la estadía prolongada en el hospital. **Conclusiones:** Los índices predictores de gravedad permiten predecir los eventos adversos con distinto grado de precisión en el adulto inmunocompetente hospitalizado por neumonía asociada a COVID-19.

CL3- DESARROLLO DE UN NUEVO MODELO PRONÓSTICO PARA PREDECIR EL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO POR NEUMONÍA ASOCIADA A COVID-19 UTILIZANDO LA INFORMACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX.

Saldías F., Leiva I., Bustamante A., Hevia J., Riquelme C. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los índices predictores de gravedad son empleados para decidir el lugar de manejo y planificar el tratamiento en los pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC). **Objetivos:** Desarrollar un modelo pronóstico simple empleando la cuantificación de la extensión de los infiltrados pulmonares en la tomografía computarizada de tórax (TAC) para predecir la gravedad de los pacientes adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad por coronavirus SARS-CoV-2. **Materiales:** Se evaluaron pacientes adultos hospitalizados por NAC asociado a COVID-19 entre abril de 2020 y agosto de 2021. Se midió la extensión de los infiltrados pulmonares en la tomografía computarizada de tórax empleando el método descrito por Yang y cols. Se diseñaron modelos predictores de gravedad, incluyendo la extensión de los infiltrados pulmonares en la TAC de tórax y la puntuación de CURB-65, índice de gravedad de la neumonía (PSI), índice de neumonía comunitaria grave (SCAP) y SMART-COP para predecir el riesgo de admisión a unidad de paciente crítico (UTIM-UCI), conexión a ventilación mecánica (VM), estadía prolongada y riesgo de muerte en el hospital. Las reglas predictoras fueron comparadas en base a su sensibilidad, especificidad, valores predictivos y áreas bajo la curva receptor operador (AUC). **Resultados:** Se evaluaron 316 pacientes adultos hospitalizados por NAC asociada a COVID-19, 30,1% fueron manejados en la UCI, 19,3% requirieron ventilación mecánica y 9,5% fallecieron en el hospital. La extensión de los infiltrados pulmonares en la TAC de tórax se correlacionó con el ingreso a UTIM-UCI (AUC: 0,70, IC95% 0,63-0,77), uso de ventilación mecánica (AUC: 0,74, IC95% 0,67-0,82), estancia hospitalaria prolongada (AUC: 0,72, IC95% 0,66-0,78) y la mortalidad en el hospital (AUC: 0,65, IC95% 0,54-0,76). Los modelos que combinaron las puntuaciones de consolidación en la TAC de tórax con las puntuaciones de CURB-65, PSI, SCAP y SMART-COP permitieron predecir el riesgo de admisión a UTIM-UCI, conexión a VM y estadía prolongada en el hospital con mayor precisión comparado con los índices predictores de gravedad tradicionales (AUC aumentó 3-5 puntos porcentuales, $p \leq 0,01$). El desempeño del CURB-65, SCAP y SMART-COP mejoró significativamente con la adición de la información de la TAC de tórax. **Conclusiones:** La cuantificación de la extensión de los infiltrados pulmonares en la TAC de tórax permitió mejorar el rendimiento de los índices predictores de gravedad tradicionales en pacientes adultos hospitalizados por NAC asociada a COVID-19.

BLOQUE TEMÁTICO: TUBERCULOSIS 1

Facilitadores: Dr. Carlos Peña - Dr. Mario Calvo

CL4 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN ADULTOS: EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO

Gallardo F.^{1,2}, Rivera S.¹, Calderón C.¹, Soto L.², Lancellotti D.², Maureira M.^{1,2}, ¹Hospital San Pablo de Coquimbo, ²Universidad Católica del Norte.

Introducción: En los últimos años ha aumentado la incidencia de tuberculosis (TBC), con el consiguiente aumento de sus formas extrapulmonares. No existen reportes publicados de incidencia o prevalencia en la región de Coquimbo. El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas, epidemiológicas y métodos diagnósticos implicados en los pacientes adultos con diagnóstico de TBC extrapulmonar en el Hospital San Pablo de Coquimbo (HSPC) entre los años 2015 y 2024. **Materiales:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se obtuvo el registro de los pacientes con diagnóstico de TBC en el HSPC entre enero del 2015 y julio del 2024 y se filtró por aquellos con diagnóstico de TBC extrapulmonar y edad mayor a 15 años. Se realizó base de datos que incluyó: género, edad, nacionalidad, ubicación extrapulmonar, método diagnóstico (Baciloscopia, biología molecular (BM), cultivo), adenosín deaminasa (ADA), asma, EPOC, tabaquismo, diabetes mellitus (DM), inmunocompromiso por VIH y no VIH, alcoholismo, consumo de drogas y situación calle. En el manejo de la información se usó el programa Excel y para los análisis el programa XLStat®, todos con un nivel de significancia del 5%. El análisis estadístico de las variables cuantitativas se realizó mediante prueba de la t de Student y para las variables cualitativas mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: Se obtuvieron 85 casos de TBC extrapulmonar, predominio sexo masculino (60%), nacionalidad chilena (85%). La media de edad en pacientes de nacionalidad chilena fue 48,2 años y en nacionalidad extranjera 31.4 años, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$). En relación con los grupos de riesgo, los más frecuentes fueron la edad mayor a 65 años (21,2%) y coinfección con VIH (11,8%). En relación con las ubicaciones más relevantes destacan: Pleural (40%) y Meníngea (17,6%). Los métodos definitorios de diagnóstico más frecuentes en TBC pleural fueron la BM (41,1%) y ADA (26,4%), en TBC meníngea fueron la BM (66%) y ADA (20%). **Conclusiones:** En el diagnóstico de la TBC extrapulmonar se utilizan múltiples técnicas, sin embargo, desde su implementación en nuestro medio en el año 2020, la BM se ha posicionado como el método predominante definitorio de diagnóstico de ésta, sin embargo, en el diagnóstico de TBC pleural y meníngea aún sigue siendo relevante el nivel de ADA. Se requiere de mayores estudios que caractericen poblaciones con diagnóstico de TBC extrapulmonar tanto a nivel regional y nacional.

CL5 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON TUBERCULOSIS PLEURAL ENTRE LOS AÑOS 2015-2024 EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO.

Gallardo F.^{1,2}, Rivera S.¹, Soto L.^{1,2}, Lancellotti D.², Maureira M.^{1,2}, Molina F.², Julio A.², Cortés N.², Herrera C.². ¹Hospital San Pablo de Coquimbo, ²Universidad Católica del Norte.

Introducción: La tuberculosis (TBC) pleural es una de las formas de TBC extrapulmonar más frecuente y es una importante causa de derrame pleural. En su diagnóstico se utilizan múltiples elementos, todos con sensibilidad y especificidad variable, dentro de los que destacan la biología molecular (BM), cultivo, niveles de adenosín deaminasa (ADA), baciloscopia y biopsia. El presente trabajo tiene como objetivo describir las variables clínicas, epidemiológicas y diagnósticas implicadas en los pacientes adultos con TBC pleural en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre los años 2015 y 2024. **Materiales:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se obtuvo el registro de todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de TBC en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre enero de 2015 y Julio de 2024 y se filtró por aquellos con diagnóstico de TBC extrapulmonar y luego TBC pleural. Se realizó base de datos que incluyó: género, edad, nacionalidad, coexistencia de TBC pulmonar, método diagnóstico (Baciloscopia, biología molecular, cultivo), ADA, comorbilidades respiratorias, tabaquismo, inmunocompromiso VIH y no VIH, drogadicción y situación de calle. **Resultados:** Se obtuvieron 34 casos de TBC pleural (40% del total de TBC extrapulmonares), la media de edad fue 40 años, predominio nacionalidad chilena (82,3%), el rango etario más frecuente fue de 25 a 29 años (20,5%), solo en 4 pacientes (11,7%) coexistía con el diagnóstico de TBC pulmonar, no hubo ningún caso de TBC pleural en asociación con otro sitio de TBC extrapulmonar. El método definitorio del diagnóstico más frecuente fue la BM (41,1%) seguido del nivel de ADA (29,4%) y cultivo (11,7%), la biopsia fue definitoria en 2 casos (5,8%). En los pacientes con diagnóstico definido por nivel de ADA, la media fue 64UI/. **Conclusiones:** El presente estudio corresponde a la primera caracterización de pacientes con TBC pleural en la región de Coquimbo. Actualmente no existen reportes epidemiológicos que caractericen dicha patología a nivel local. Desde la implementación de la BM en nuestro medio en el año 2020, se ha posicionado como el método definitorio de diagnóstico más relevante de la TBC pleural, sin embargo, aún otros exámenes complementarios como el ADA tienen importante rol diagnóstico complementario.

CL6 - AUMENTO DE LA SEVERIDAD CLÍNICA DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL COMO RESULTADO DE LA PANDEMIA DE COVID-19.

Queupán L.¹, Ramos MJ.¹, Kreft J.², Velozo L.³, Mondaca R.⁴, Palomino MA.⁵. ¹Universidad de Chile, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile, ²Hospital Roberto del Río, ³Referente Técnico de Tuberculosis Infantil, ⁴Servicio Metropolitano Norte de Salud, ⁵Departamento de Pediatría Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

La tuberculosis (TBC), previo a la pandemia COVID-19, era la principal causa de muerte por un agente infeccioso a nivel mundial. En Chile, durante la pandemia, la pesquisa por medio de baciloscopias en adultos disminuyó en un 74%, obstaculizando el tratamiento preventivo adecuado para los niños. No existen reportes en nuestro país sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la severidad de la TBC pediátrica. Este estudio comparó las formas graves de TBC infantil en dos períodos: pre y postpandemia COVID-19. **Método:** Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de niños diagnosticados con tuberculosis en un hospital de referencia en Chile. Previa autorización del Comité de Ética del SSMN, revisamos fichas obteniendo datos poblacionales y clínicos de pacientes menores de 15 años diagnosticados con TBC entre los años 2018-2022. Se clasificó como grave la tuberculosis diseminada y la tuberculosis pulmonar multilobar. **Resultados:** Se identificaron 26 pacientes con TBC, 11 prepandemia y 15 postpandemia. Del total, 11 tenían <5 años al diagnóstico, 11 eran mujeres, 21 casos eran extranjeros o hijos de migrantes. Prepandemia, se identificó el caso índice en el 82% de los casos, en comparación con un 47% postpandemia. Prepandemia el 73% de los casos se diagnosticaron por pesquisa activa el que cayó un 93% postpandemia. Prepandemia, el 36% de los casos fueron graves, en comparación con el 100% postpandemia. **Conclusiones:** Nuestro estudio confirma los hallazgos de la literatura internacional. La pandemia de COVID-19 significó un retroceso en la lucha contra la TBC, reflejado en un aumento de severidad clínica de la infección infantil, probablemente debido a la falta de pesquisa activa. **Palabras clave:** Tuberculosis, niños, severidad, COVID-19.

CL7 - CARACTERIZACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR ENTRE 2013-2022 EN UN HOSPITAL PROVINCIAL.

Vásquez J., Uribe G., Saavedra P., Tirapegui F. Hospital de Los Ángeles.

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud pública en el mundo, en Chile se ha observado un aumento del 33% de los fallecidos por esta causa en el 2021, probablemente por la emergencia del COVID 19. La tuberculosis afecta principalmente a los pulmones, pero también puede producir lesiones en otros sitios, a esto se le denomina extrapulmonar (TBE). Esta ha recibido menos atención debido a su baja transmisibilidad, no siendo considerada como un problema de salud pública. Sin embargo, algunas formas de TBE tienen mayor morbimortalidad que la localización pulmonar, produciendo secuelas y discapacidades. Este estudio intenta establecer el tiempo diagnóstico o el retraso que se presenta en los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. **Materiales:** Es un estudio descriptivo, retrospectivo, del hospital provincial de Los Ángeles, Bio Bío en Chile, entre enero del 2013 y diciembre de 2022. Los pacientes seleccionados fueron obtenidos a través de los registros del programa nacional de tuberculosis local y de los registros de laboratorio de este periodo. Se obtuvieron los datos demográficos de cada paciente. En cuanto a los datos clínicos, se obtuvo localización, forma de confirmación diagnóstica, factores de riesgo, reacciones adversas y resistencias a fármacos **Resultados:** Durante el periodo estudiado se informaron 482 pacientes como tuberculosis. De estas, 122 tenían una localización extrapulmonar (25,3%). Se analizaron 92 pacientes, encontrando una edad promedio de 48 años. El 54,3% eran mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica y daño hepático crónico. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: tener 65 años o más, seguido de otras inmunosupresiones, DM y tener nacionalidad extranjera en 5,4%. Todos latinoamericanos. La localización extrapulmonar fue pleural en 41,3% de los pacientes, ganglionar 17,4%, ósea 9,8%, meníngea 7,6%, peritoneal 5,4% y ocular 5,4% **Conclusiones:** Se observó que la TBE tiene varios factores de riesgo asociados, algunos preponderantes como ser adulto mayor y las inmunosupresiones, tanto por virus de la inmunodeficiencia, como otras inmunosupresiones no VIH. Además, destaca el largo periodo que puede pasar entre el inicio de síntomas y la confirmación diagnóstica, que lleva a un retraso en el inicio del tratamiento y las repercusiones en la morbilidad y la mortalidad.

BLOQUE TEMÁTICO: TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Facilitadores: 1. Dr. Gonzalo Valdivia - Dr. Martín Pazmiño

CL8 - TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA, ESTANCIA HOSPITALARIA, REINGRESOS Y MORTALIDAD.

Carrillo J.¹, Vargas C.², Figueroa M.³, Valencia C.⁴, Herrera P.⁵, Bastías I.⁶. ¹Hospital de Quilpué, ²Universidad de Santiago, ³Hospital Metropolitano, ⁴Departamento de Salud Municipal de Quillota, ⁵Instituto Nacional del Tórax, ⁶Hospital Félix Bulnes.

Introducción: Los trastornos respiratorios del sueño (TRS), que comprenden la apnea obstructiva del sueño (AOS), la apnea central del sueño (ACS) y la respiración de Cheyne-Stokes (RCS), son de alta prevalencia en la insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD), y su presencia constituye un factor pronóstico, cuyo tratamiento con presión positiva determina una mejor supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Este es un estudio exploratorio en una cohorte de pacientes hospitalizados por ICAD a nivel nacional. **Material y Método:** De los egresos hospitalarios por diagnóstico principal, basados en Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) del año 2022 publicados por FONASA, seleccionamos las categorías diagnósticas I42 (Cardiomiopatía) n = 392, e I50 (Insuficiencia cardíaca) n = 9.101, total = 9.493. Estimamos la frecuencia de TRS, a partir de los datos publicados en la literatura. Con la variable de estancia hospitalaria calculamos la media, percentil 25, percentil 75 y máxima. El análisis de duplicados, a partir del número de identificación encriptado, nos permitió identificar los registros con reingresos. También obtuvimos los datos estadísticos según destinos al alta, incluidos Domicilio, Fallecidos y Hospitalización domiciliaria. Se utilizó el SPSS v22. **Resultados:** Los trabajos recientes publicados informan una prevalencia general de TRS = 70%, AOS = 48% y ACS = 22% en pacientes hospitalizados por ICAD de diferentes etiologías. Basados en esos datos se podría estimar que hasta 6.645 (70%) podrían padecer un TRS, de los cuales 4.556 (48%) podrían ser AOS, y 2.088 (22%) podrían ser ACS. Por otro lado, las hospitalizaciones tuvieron una estancia media = 9,9 días ($\pm 11,4$), mediana = 7, p25 = 4, p75 = 12, máxima = 235 días, respectivamente. Los ingresos primarios fueron 6.391 (67,3%), los reingresos fueron 3.102 (32,7%). Para el Tipo de alta, Domicilio = 7.036 (74,1%), Fallecido = 836 (8,8%), Hospitalización domiciliaria = 922 (9,7%), Otro = 669 (7%). **Conclusiones:** La prevalencia de TRS en pacientes hospitalizados por ICAD en nuestro sistema de salud podría ser significativa, y podría ser más alta para AOS que para ACS. Esto plantea la necesidad de realizar estudios locales, dada su asociación conocida con una mayor estancia hospitalaria, reingresos y mortalidad intrahospitalaria.

CL9 - ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: UN ESTUDIO PRELIMINAR A PARTIR DE GRUPOS RELACIONADOS POR DIAGNÓSTICO.

Carrillo J.¹, Vargas C.², Figueroa M.³, Valencia C.⁴, Herrera P.⁵, Bastías I.⁵. ¹Hospital de Quilpué, ²Universidad de Santiago, ³Hospital Metropolitano, ⁴Departamento de Salud Municipal de Quillota, ⁵Hospital Félix Bulnes, ⁶Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Los trastornos respiratorios del sueño (TRS) son de alta prevalencia (P) en las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, metabólicas y renales. Son, además, un factor asociado a estancias prolongadas, mayores tasas de complicaciones, mortalidad y reingresos en los pacientes hospitalizados. A partir de los datos de la literatura estimamos su prevalencia en diferentes perfiles de pacientes hospitalizados, a partir de los egresos por diagnóstico principal de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD). **Material y Método:** Con los datos de egresos hospitalarios por diagnóstico principal del año 2022 publicados por FONASA, codificados por 65 hospitales públicos de la red del sistema nacional de salud, procedimos a agruparlos según la categoría del CIE-10 (CIE-v2013), con lo cual se obtuvieron los siguientes perfiles: Respiratorio (RESP = I26, I27, J15, J18, J44, J45, J46, J47, J80, J81, J82, J84, J96); Insuficiencia cardiaca aguda descompensada (ICAD = I42, I50); Síndrome coronario agudo (SCA = I20, I21, I22); Trastornos del ritmo (TR = I48, I49); Diabetes Tipo 2 (DT2 = E11, E12, E13, E14); Insuficiencia renal aguda (IRA = N17); e Insuficiencia renal crónica (IRC = N18, N19). Al número de egresos por cada categoría del perfil se aplicó la prevalencia publicada en la literatura. **Resultados:** De un total de 929.891 egresos, 466.281 (50,1%) ingresaron por urgencia, de los cuales 65.674 eran adultos ≥ 18 años, con número de identificación único encriptado, y hospitalizado por causa no quirúrgica. Los resultados de prevalencia por categoría fueron: RESP = 22052 (33,6%), I26 = 2.707 egresos, Prevalencia publicada = 47%; I27 = 76, P = 68%; J15+J18 = 8.590, P = 76,8%; J44 = 5120, P = 65%; J45+J46 = 878, P=49,5%; J47 = 144, P = 50%; J80 = 80, P = Sin información; J81 = 1.070, P = 61%; J82 = 6, P=S/I; J84 = 1.265, P = 64,7%; J96 = 2114, P = S/I. ICAD = 9.493 (14,5%), I42 = 392, P=61,8%; I50 = 9.101, P = 70%. SCA = 15.969 (24,3%), I20 = 3.399, P = 52,6%; I21+I22 = 12.570, P = 78,8%. TR = 3.055 (4,7%), I48 = 2.190, P = 62%; I49 = 865, P = S/I. DMT2 = 9.630 (14,7%), E11+E12+E13 = 9.522, P = 60-73%. IRA = 2.906 (4,4%), N17 = 2.905, P = S/I. IRC = 2.569 (3,9%), N18+N19 = 2.569, P = 41%. **Conclusiones:** Es posible agrupar los diagnósticos principales de egreso hospitalario por categoría, y de ahí obtener una frecuencia estimada de TRS en los pacientes hospitalizados. Esto puede permitir planificar una estrategia de abordaje diferenciado para reducir estancias hospitalarias, complicaciones, mortalidad y reingresos.

CL10 - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Cavada I., Antivilo C., Fernández MB., Lolas M., Florestano MC., Ramos D., Salinas M., Urbano C., Carrasco O., Cisternas A. Universidad de Chile, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Se describe una alta prevalencia de apnea obstructiva del sueño (AOS) en pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI), con frecuencias entre el 70 y 80%. Esta asociación suele ser subdiagnosticada por presentar características diferentes al resto de los pacientes con AOS. Este estudio busca identificar y describir los pacientes con AOS y EPI concomitante del Instituto Nacional del Tórax (INT). **Materiales:** Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico concomitante de AOS y EPI atendidos en el INT entre 2011 y 2023. Se utilizó registro clínico de ficha electrónica, recopilando características demográficas, comorbilidades, encuestas de salud asociadas (STOP-bang y Epworth), y datos clínicos relacionados con la AOS (índice de apneas e hipopneas [IAH evento/hora], porcentaje del tiempo con saturación de oxígeno por debajo del 90% [CT90%]), oxígeno domiciliario, uso y adherencia a CPAP). **Resultados:** Se identificaron 5381 pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar, 65 pacientes (1,2%) presentaron diagnóstico de AOS por poligrafía respiratoria. La edad media fue de 66,6 años. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 35 kg/m² y la circunferencia de cuello promedio 42,3 cm. De comorbilidades, 64,6% tenía hipertensión arterial, 35,4% diabetes mellitus, 29,2% dislipidemia y 30,8% tabaquismo. Del diagnóstico de EPI 9 tenían fibrosis pulmonar idiopática (FPI), 44 EPI fibrótica no FPI y 12 EPI no fibrótica. La mediana de STOP-bang fue de 6 y la mediana de la escala de Epworth fue de 9. El IAH medio fue de 33,3 y el CT90% medio fue de 46,9 %. Veinti-tres pacientes recibieron CPAP, de estos, 14 se encuentran con vida de los cuales 7 mantiene buena adherencia (83,8% promedio de uso). **Conclusiones:** Este estudio sugiere un subdiagnóstico de AOS en los pacientes con EPI. La muestra descrita es similar a la población obesa con alto riesgo de AOS y distinto a lo descrito en pacientes con EPI. Se requieren estudios prospectivos para evaluar la real prevalencia de AOS en pacientes con EPI en nuestro medio y el impacto del tratamiento del AOS con presión positiva en esta población.

BLOQUE TEMÁTICO: ENFERMEDADES INTERSTICIALES 1.

Facilitadores: Dra. Georgina Miranda - Dra. Claudia Azócar

CL11 - NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME DE SJÖGREN: REPORTE DE UN CASO

Vásquez J., Vega C., Carrasco D., Weldt J., Tirapegui F., Schmidt A. Hospital de Los Ángeles.

Introducción: La neumonía intersticial linfocítica es una rara enfermedad pulmonar intersticial (NIL), del grupo de enfermedades pulmonares intersticiales, se ha descrito asociación a patologías autoinmune. El patrón tomográfico se caracteriza por infiltrado intersticial denso de células linfoplasmocitarias policlonales, con característica esencial de presencia de quistes. Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, en donde más de un 50% experimenta a lo menos una manifestación pulmonar, lo cual aumenta la mortalidad de estos pacientes. En especial en mujeres jóvenes en un 78% de los casos de NIL en que se asocia a LES. El Síndrome de Sjögren (SS) puede tener manifestación pulmonar diversa pero el NIL se considera un patrón tomográfico más específico. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 31 años, con antecedentes de LES y SS, refiere fatiga y disnea de alrededor de 1 mes de evolución, que progresa con tos y fiebre de 2 días. En urgencias, ingresa hipotensa, taquicardia y desaturando. En exámenes destaca lactato 25,9 mg/dL, creatinina: 1,81 mg/dL, PCR: 246 mg/L, Leucocitos 14.100 por μ L. En contexto de shock séptico de foco pulmonar se decide ingreso a cuidados críticos. Durante hospitalización, se rescata panel de neumonía positivo para *Pseudomonas aeruginosa* y *Stenotrophomonas maltophilia* se realiza manejo con piperacilina/tazobactam. En tomografía de tórax se describen múltiples lesiones quísticas que miden hasta 35 mm, de pared fina, de contenido aéreo asociado a un patrón de vidrio esmerilado difuso y engrosamiento de los septos interlobulillares, y compromiso de los lóbulos inferiores, coexiste con una consolidación alveolar derecho que compromete los segmentos basales del lóbulo superior. Por lo anterior, se define neumonía intersticial linfocítica, por lo que se inicia estudio y se postula para trasplante pulmonar. **Diagnóstico:** Neumonía intersticial linfocítica. **Discusión:** En particular, los anticuerpos anti-RO y anti-LA se relacionan con neumopatía, anticuerpos positivos en nuestra paciente. A diferencia del caso en nuestro centro, el resto de los reportes de casos fue confirmado por biopsia pulmonar, aunque no siempre es necesaria la biopsia pulmonar para el diagnóstico. En la literatura internacional, se evidencian reportes de casos aislados como asociación infrecuente pero no inexistente por lo cual es de especial relevancia la búsqueda activa de este compromiso pulmonar en pacientes con LES, en especial en mujeres jóvenes que tienen oportunidad de trasplante pulmonar.

CL12 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS TORÁCICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL.

Ramos D., Rozas F., Torres D., Iglesias P., Escobar C., Saravia O. Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Chile, Universidad Diego Portales.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica con un curso clínico variable. Existen múltiples reportes de las características clínicas de esta enfermedad en el hemisferio norte, sin embargo, en Latinoamérica y Chile existe una escasa información. El objetivo del estudio es caracterizar a los pacientes diagnosticados con sarcoidosis torácica en un centro de referencia nacional. **Materiales:** Estudio observacional analítico retrospectivo. Se identificaron desde el registro hospitalario del Instituto Nacional del Tórax los pacientes con diagnóstico de sarcoidosis torácica entre enero de 2016 y diciembre de 2023. Desde la ficha clínica se obtuvieron datos demográficos, clínicos, terapias y mortalidad. Se realizó análisis estadístico descriptivo con los datos obtenidos. **Resultados:** Se analizaron 135 pacientes. 97 (71,9%) de los casos fueron mujeres, con una edad promedio al diagnóstico de 51,6 años. 127 (94,1%) de los pacientes son nacidos en Chile. 44 (36,4%) eran tabáquicos activos al diagnóstico. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, con 44 (32,6%) casos. 92 (69,2%) pacientes fueron sintomáticos al diagnóstico; los síntomas más frecuentes fueron la tos, disnea y eritema nodoso. El compromiso extratorácico más frecuente fue el adenopático con 20 (27%) casos, seguido por el cutáneo con 17 (12,6%) casos y ocular con 11 (8,1%) casos. El estadio de Scadding más frecuente fue el I con 45 (33,6%) casos y el II con 42 (31,3%) casos. En 63 (47%) de los pacientes se utilizó esteroides y en 26 (19,4%) otro tipo de inmunosupresión. La mortalidad por todas las causas durante el periodo evaluado fue de 11 (8,1%) pacientes. **Conclusiones:** Reportamos el primer estudio de sarcoidosis torácica en Chile. Existe una alta proporción de casos de sarcoidosis torácica autóctonos. Las manifestaciones clínicas y pronósticas son semejantes a lo reportado en la literatura.

CL13 - SÍNDROME COMBINADO FIBROSIS ENFISEMA. EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Obregón J., Jalón M, Florenzano M., Valenzuela H., Gutiérrez-Arias R., Arancibia F., Soler-Cataluña J. Instituto Nacional del Tórax (Chile), Hospital Arnau de Vilanova (Valencia, España).

Introducción: El enfisema es habitual en enfermedades pulmonares intersticiales (EPI), especialmente en fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Su coexistencia se denomina “combinación fibrosis-enfisema” (CFPE), presente entre 8-67% en pacientes con FPI. Existe controversia si corresponde a un síndrome o un endotipo clínico en sí. Se caracteriza por enfisema en lóbulos superiores, fibrosis predominante en lóbulos inferiores, preservación relativa de la capacidad vital forzada (CVF) y una difusión de monóxido de carbono corregida por hemoglobina (DLCOc) desproporcionadamente reducida. Además, comparado a enfisema y FPI por separado, CPFE presenta mayor incidencia de cáncer de pulmón (CP) e hipertensión pulmonar (HP) grupo 3, así como enfermedad coronaria (CC), enfermedad vascular periférica y diabetes mellitus. Estos desenlaces pueden asociarse a un peor pronóstico, con sobrevida a los 5 años entre el 35-80%. En Chile son prevalentes las EPI y el enfisema; sin embargo, no disponemos de estudios acerca del CPFE. Nuestro objetivo es describir el panorama clínico de la CFPE en el Instituto Nacional del Tórax (INT). **Materiales:** Estudio retrospectivo de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI), atendidos en policlínico de neumología del INT entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. Los casos contaron con tomografía de tórax (TCtx) y cumplieron criterios para CPFE (enfisema en zonas superiores y fibrosis en zonas inferiores). Desde la ficha clínica se obtuvieron datos epidemiológicos, clínicos, función pulmonar (PFP) y ecocardiografía (ETT). Se expone una serie de casos. **Resultados:** De una muestra de 100 casos con FPI, 12 (12%) cumplieron criterios para CPFE. Edad $69,3 \pm 10,7$, la mayoría hombres (75%), fumadores (91,6%), con IPA (índice paquete año) $30,6 \pm 24,9$. Portadores de hipertensión arterial en 2 casos (16,7%), 1 (8,3%) diabético y 1 (8,3%) con CC. 12 (100%) presentaron disnea, tos en 8 casos (66,7%), 5 pacientes (41,6%) usaban oxígeno domiciliario y 3 (25%) cursaron con exacerbación de FPI. En las PFP: VEF1/CVFX100: $73,7\% \pm 9,1$; CVF $77,7\% \pm 19,4$; VEF1 $77,2\% \pm 16,5$; DLCO corregida $36,46\% \pm 9,82$. En 5 casos (62,5%) la ETT informó Velocidad de Regurgitación Tricúspidea (TRV) mayor a 3 m/s, sugerente de HP. Ningún paciente fue reportado con CP. **Conclusiones:** Los hallazgos descritos son similares a las principales series de CPFE, respecto a clínica y potenciales complicaciones. Es necesario extender nuestros registros, apuntando a un mejor conocimiento de la entidad.

BLOQUE TEMÁTICO: FUNCIÓN PULMONAR.

Facilitadores: Dra. Patricia Schonffeldt - Dr. Felipe Astorga

CL14 - INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL.

Alvear G., Reyes S., Rivas F., Ramírez V., Santibáñez L., Salinas M., Gallardo B. Integramédica.

Introducción: La espirometría es una prueba funcional básica que permite la identificación, diagnóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias. Para su informe se deben seguir una serie de reglas que están muy bien definidas. La inteligencia artificial (IA) se está integrando cada vez más en la práctica diaria, especialmente en la ayuda de exámenes diagnósticos. El objetivo principal del estudio fue investigar la capacidad de un modelo de lenguaje basado en IA (ChatGPT 4o) para generar informes de espirometrías. **Materiales:** Se seleccionaron retrospectivamente en forma aleatoria 200 espirometrías realizadas en 3 laboratorios de función pulmonar de la Red Integramédica, las que fueron informadas, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias publicadas en 2018, por 2 especialistas broncopulmonares (experto 1 y experto 2) y por Chat-GPT 4o, utilizando el informe original como referencia. Se realizó un análisis ANOVA con prueba de Tukey para comparar las tasas de aciertos (objetivo principal) y la prueba de Kruskal-Wallis con prueba de Dunn para comparar los tiempos que se tomaron para realizar los informes entre los expertos y la IA. **Resultados:** La tasa de aciertos para el experto 1 fue 0,79 (159/200; IC 95%: 0,74-0,85), para el experto 2 fue 0,72 (145/200; IC 95%: 0,66-0,79) y para GPT fue 0,99 (198/200; IC 95%: 0,94-1,0). La tasa de aciertos de GPT fue significativamente más alta que la de ambos expertos (diferencia contra ambos $p=0,05$). Los tiempos totales que demoraron los 2 expertos y GPT en informar las 200 espirometrías fueron 66,56 minutos (experto 1), 163,33 minutos (experto 2) y 19,06 minutos (GPT), lo que resultó en tiempos promedios por espirometrías de 19,97 segundos, 49 segundos y 5,72 segundos, respectivamente, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=599,0$, $p<0,001$). **Conclusiones:** El uso de Chat GPT-4o para generar informes de espirometrías mostró significativamente tasas más altas de aciertos y significativamente menor tiempo para completar la tarea, al compararse con 2 expertos. Su aplicación a la práctica diaria requerirá de futuros estudios prospectivos y de mayor tamaño.

CL15 - IDENTIFICACIÓN DE ERRORES EN INFORMES ESPIROMÉTRICOS CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL.

Alvear G., Reyes S., Ramírez V., Rivas F., Santibáñez L., Salinas M., Gallardo B. Integramédica.

Introducción: La espirometría es una prueba diagnóstica fundamental en la medicina respiratoria, cuyo informe sigue un proceso basado en reglas bien definidas. Sin embargo, este proceso no está exento de errores involuntarios que pueden tener implicancias significativas en el diagnóstico. La inteligencia artificial (IA) está integrándose cada vez más en la práctica médica, especialmente en la interpretación de exámenes. El objetivo principal de este estudio fue evaluar la capacidad de ChatGPT-4, un modelo de lenguaje basado en IA, para identificar errores en informes de espirometrías. **Materiales:** Se seleccionaron retrospectivamente 200 espirometrías con sus respectivos informes, realizados según las recomendaciones de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias publicadas en 2018, en tres laboratorios de función pulmonar de la red Integramédica. En 100 de estos informes, se introdujeron errores de forma aleatoria. Se solicitó a un broncopulmonar experto y a ChatGPT-4 que identificaran dichos errores, para lo cual previamente debían generar un informe para cada espirometría. Se evaluaron la tasa de aciertos en la generación de informes correctos, la tasa de concordancia en la detección de errores introducidos (objetivo principal) y el tiempo requerido para cada tarea. Se utilizó la prueba Z para proporciones con el fin de evaluar las diferencias en las tasas de aciertos y detección de errores. **Resultados:** La tasa de aciertos en la generación de informes correctos fue del 89,5% (179/200) para el experto y del 96% (192/200) para ChatGPT-4 ($Z=-2,51$; IC 95%: 0,11 a 0,01; $p=0,012$). El tiempo promedio para completar esta tarea fue de 47,5 minutos para el experto y 13,23 minutos para ChatGPT-4. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de detección de errores entre el experto y ChatGPT-4 (97,8% [89/91 informes con errores] frente a 96,8% [91/94], respectivamente, $Z=0,12$; IC 95%: -0,03 a 0,05; $p=0,97$). El tiempo promedio para la detección de errores fue de 11,14 minutos para el experto y 42 segundos para ChatGPT-4. **Conclusiones:** No se observaron diferencias significativas entre ChatGPT-4 y un experto en la detección de errores en informes de espirometrías, aunque ChatGPT-4 completó la tarea en un tiempo considerablemente menor. Estos resultados sugieren que, si se replican en estudios prospectivos más grandes, el uso de modelos de lenguaje basados en IA podría optimizar los tiempos de revisión de informes espirométricos.

CL16 - EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO MEDIANTE EL TEST DE CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN ADULTOS CON ALTERACIONES RESPIRATORIAS. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO.

Lastra A., Olave C., Cabrera O., Guajardo-Latorre N., Moreno A., Rivas-Gálvez V., Castañeda-Ayala G., Keppeler S., Gutiérrez-Arias R. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: El test de caminata de 6 minutos (TC6min) es una de las pruebas más utilizadas para evaluar la aptitud cardiorrespiratoria en personas con alteraciones del sistema respiratorio. Nuestro objetivo fue describir la capacidad funcional de realizar ejercicio mediante el TC6min en adultos con alteraciones respiratorias. Además, estimamos el porcentaje predicho de la distancia recorrida (DR6min) mediante tres ecuaciones de referencia. **Materiales:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo. Incluimos adultos (≥ 15 años) con enfermedad respiratoria y que se hayan sometido a un TC6min en el Instituto Nacional del Tórax. El test fue realizado según las recomendaciones de la ATS. Todas las pruebas fueron realizadas por al menos 2 kinesiólogos(as). Registramos la DR6min, frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación periférica de oxígeno (SpO₂), presión arterial (PA) y disnea medida con la escala modificada de Borg, ya sea al inicio (min 0) y final (min 6) de la prueba, así como al minuto 1 (1 min post) y 5 (5 min post) después. El porcentaje predicho de la DR6min fue estimado a partir de las ecuaciones de Troosters, Enright, y Osses. **Resultados:** Incluimos 40 pacientes, 55% mujeres, con una mediana de 65 años (RIQ 55-71,5). El promedio del IMC fue de 27,8 (DE 4,3), con un 65% de pacientes con sobrepeso/obesidad. Los diagnósticos más frecuentes fueron hipertensión pulmonar primaria (23%) y fibrosis pulmonar idiopática (13%). El 88% de los pacientes realizó el TC6min sin aporte de O₂ adicional. La mediana de la DR6min fue de 427 metros (RIQ 330-487,3); el 75% no necesitó detenerse durante la prueba. La FC aumentó de 79,2 lpm (DE 10,5) en el min 0 a 111,9 lpm (DE 22,5) en el min 6. La FR, PA, SpO₂, y disnea tuvieron un comportamiento similar, aumentando de 21 rpm (DE 5), 133/76 mmHg (DE 18/12), 96% (RIQ 95-98), y 0 (RIQ 0-2), a 30 rpm (DE 13), 148/79 mmHg (DE 21/13), 90% (RIQ 85,5-96), y 4 (RIQ 3-7), respectivamente. Según las ecuaciones de Troosters, Enright, y Osses, la mediana de la DR6min fue de 75,8% (RIQ 56,2-84,2), 86,7% (RIQ 62,7-99,7), y 75,5% (RIQ 59,1-83), respectivamente. **Conclusiones:** La mitad de los pacientes analizados recorrieron hasta un tercio menos de lo esperado durante el TC6min. La respuesta cardiorrespiratoria durante la prueba fue similar a lo reportado en la literatura. Además, al menos un 25% de la muestra presentó desaturación de esfuerzo por debajo de 85%. Es necesario reclutar más pacientes para evaluar en nuestra población la capacidad del TC6min en predecir desenlaces a largo plazo.

CL17 - COMPARACIÓN DE VALORES DE REFERENCIA DE CAPACIDAD DE DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, CHILE: CÓMO SE MODIFICA LA CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD.

Figuroa M., Orrego C., Florenzano M., Cortes A. Clínica Universidad de los Andes, Chile.

Introducción: La DLCO, como prueba de función pulmonar, tiene una alta utilidad clínica. Para su interpretación se requieren valores de referencia basados en sexo, edad, altura y/o etnia. Y entre las ecuaciones más utilizadas hasta 2021 están Roca y Crapo, año en que la American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) recomiendan a la Global Lung Function Initiative (GLI). El objetivo de este trabajo es evaluar si las diferencias obtenidas entre los valores predictivos, límites inferiores de normalidad (LIN) y z-scores de Roca y Crapo con GLI, implican una modificación en el grado de severidad de los exámenes realizados a los adultos asistentes al laboratorio de función pulmonar de Clínica Universidad de los Andes. **Materiales:** Se aplicó un diseño retrospectivo comparativo de DLCOs realizados con un VyntusMR ONE (método simple *breath*). Se estudió a todo sujeto adulto asistente al laboratorio de función pulmonar de Clínica Universidad de los Andes, desde julio a noviembre de 2023, con y sin patologías respiratorias diagnosticadas al momento de la evaluación. Se utilizó estadística no paramétrica (Kolmogórov-Smirnov), y la muestra se caracterizó a través de la mediana (variables numéricas) y porcentajes (variables escalares y dicotómicas). Las variables se correlacionaron usando Rho Spearman y, para posibles diferencias, se usó la prueba de Wilcoxon. El nivel de confianza se estableció en 95% y la significancia $<0,05$. **Resultados:** La muestra fue de 207 participantes, 99 (48%) hombres y 108 (52%) mujeres, con edades entre 18 y 85 años (mediana 68 años). Se analizaron 119 (57%) exámenes de DLCO con Roca y 88 (42%) con Crapo. Todos se analizaron con GLI. Se observó una alta y significativa correlación entre los %DLCO de Roca y Crapo con GLI (Rho = 0,993). La diferencia de las medianas del %DLCO entre Roca (67%) versus GLI (78%) y de Crapo (46%) versus GLI (55%), fue estadísticamente significativa (Wilcoxon); $p = 0,001$. Roca mostró valores bajo el LIN en 73,1% de los casos, versus GLI que fue de 51,3%; y en Crapo fue de 98,9%, versus GLI que fue de 92,0%. Los valores de Roca que modifican su grado de severidad al pasar a GLI, corresponden a un 36,2%; mientras que de Crapo a GLI fue de un 40,9%. **Conclusiones:** Los valores de referencia y z-score de GLI son significativamente menores que los de Roca y Crapo ($p=0,001$), lo que aumenta el %DLCO de los resultados en GLI, causando una migración de datos tal, que GLI entrega más pacientes “normales” que Roca y Crapo.

BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS 1

Facilitadores: Dr. Rodrigo Gil - Dra. Marietta Núñez

CL18 - IMPACTO DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS EN ADULTOS EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT.

Gallardo D., Silva C., Guerra B., Riadi S., Vergara I., Faundez D., Riquelme Y., Guarache M., Herrera E., Gómez R. Universidad San Sebastián, Sede Patagonia.

Introducción: Los virus respiratorios (VR) son causa frecuente de consulta y la incorporación de la PCR como método diagnóstico ha mejorado su detección. Buscamos estudiar el impacto de los VR en la atención clínica de adultos en el Hospital de Puerto Montt (HPM). **Materiales:** Previa autorización del CEC se identificaron y estudiaron los pacientes adultos (≥ 18 años) con uno o más VR confirmados por PCR y hospitalizados en el HPM entre el 01 de junio y 21 de agosto de 2024. Casos mixtos fueron aquellos con ≥ 2 virus simultáneos. **Resultados:** De un total de 528 paneles moleculares virales positivos del periodo, 345 fueron de niños y 183 de adultos que se hospitalizaron. Este grupo estuvo compuesto por 92 (50,3%) mujeres y 91 hombres (49,7%), con edad media $66,4 \pm 17,5$ (rango 19 - 94 años). Los virus más frecuentemente identificados fueron rinovirus/enterovirus ($n= 61$; 30%), influenza (A y B) ($n=38$;21%), metapneumovirus ($n=30$;16%), VRS A y B ($n= 28$;15%) y coronavirus (229E, NL63, HKU1, SARS-Co-2 ($n=24$, 13%). Hubo 14 casos mixtos y las combinaciones más frecuentes fueron metapneumovirus + rinovirus/enterovirus ($n=3$) y VRS B + metapneumovirus ($n=3$). Requirieron UCI 26 (14%), UTI 57 (31%), VMI 24 (13%), VMNI 56 (31%) y CNAF 31 (17%). Fallecieron 17 pacientes (9%) y la mortalidad fue atribuible al virus en 53% (9) y el resto a comorbilidades diversas. Los virus que más frecuentemente se asociaron al fallecimiento fueron rinovirus/enterovirus 29% (5/17), IA H3N2 29% y Coronavirus HKU1 18% (3/17). **Conclusiones:** Los VR son causa común de consulta de adultos en invierno y hay un grupo de pacientes que cursan con mayor gravedad y letalidad, que requiere hospitalización y apoyo médico de alta complejidad. La disponibilidad de métodos moleculares ha permitido ampliar el conocimiento del impacto de las infecciones virales en los adultos

CL19 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE ADULTOS HOSPITALIZADOS CON VIRUS RESPIRATORIOS.

Silva C., Robles C., Guerra B., Riadi S., Vergara I., Herrera E., Gómez R., Gallardo D., Riquelme J., Rioseco ML. Universidad San Sebastián, Sede Patagonia.

Introducción: Los virus respiratorios (VR) pueden causar infecciones asociadas a bacterias, neumonía viral primaria y también descompensar comorbilidades (CM) como única manifestación. Caracterizamos la expresión clínica y epidemiológica de los VR en adultos (≥ 18 años) hospitalizados en el Hospital de Puerto Montt (HPM) **Materiales:** Casos con VR confirmado por PCR hospitalizados entre el 01 junio y 21 agosto 2024. **Resultados:** ingresaron al estudio 66 pacientes adultos con VR confirmado, 55% mujeres y edad 65 ± 18 . Se encontraron 71 VR (5 infecciones mixtas) siendo los más frecuentes (%) rinovirus/enterovirus: 30, influenza A: 26 y metapneumovirus 15. El 95% tenía ≥ 1 CM, las más frecuentes hipertensiones 73%, diabetes mellitus 42%, insuficiencia cardíaca (IC) 33%, insuficiencia renal crónica 20%, EPOC 18,2% y asma 12%. El Índice de Charlson fue $4,5 \pm 2,8$. Síntomas (%): tos 77, disnea 72, decaimiento 67, fiebre 42, cefalea 42 y coriza 39. El 26% consultó previamente 1 a 4 veces. Al ingreso, la temperatura era $36,9^{\circ}\text{C} \pm 0,9$, frecuencia respiratoria $23,6 \pm 8$, frecuencia cardíaca 95 ± 23 lpm, leucocitos 11.202 ± 6.515 por μL y PCR $14,6 \pm 35$ mg/L. Presentaron crépitos 57,6% y sibilancias 45,5%. Hubo hiperreactividad bronquial inducida por virus en 21%. Las imágenes pulmonares fueron compatibles con neumonía en 47 casos y el tipo de opacidad fue (%): alveolar 38, intersticial 26 y mixto 36. Hubo bronquiolitis en 30%. El compromiso fue bilateral en 81% y en 62% afectaban 5 lóbulos. Había condensaciones focales o mosaico en 57%. Hubo derrame pleural en 12 (26%) y en 5 congestión pulmonar. Tenían Fine \geq IV 65% y CURB ≥ 3 32%. Hubo descompensación de una CM en 33% las más frecuentes IC congestiva, EPOC y asma. Requirieron UCI 8 casos, VMI 6, VMNI 8 y CNAF 13. Recibieron Osetamivir 16 casos. Estuvieron hospitalizados 14 ± 12 días. Fallecieron 4 pacientes (6%) y solo un caso fue atribuible al virus. **Conclusiones:** Un amplio espectro viral produce compromiso pulmonar en adultos, afectando principalmente a ancianos con CM. La sintomatología es variada pero la fiebre es poco frecuente. La afectación pulmonar habitualmente es extensa y bilateral. El estudio de VR debe ser sistemático en adultos con neumonía.

CL20 - PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LAVADOS BRONCOALVEOLARES Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN UN HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL DE ALTA COMPLEJIDAD.

Mondaca R.^{1,2}, Prado D.², Colima R.^{1,2}, Abud R.², Kattan E.¹, Aravena C.².

¹Departamento de Medicina Intensiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile,

²Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: En Chile, existe escasa información sobre hallazgos microbiológicos en lavados broncoalveolares (LBA). Debido a su relevancia epidemiológica, nuestro objetivo es determinar el perfil microbiológico de los LBA realizados en un hospital docente asistencial de alta complejidad y sus factores asociados. **Materiales:** Estudio analítico, descriptivo y transversal de fuente secundaria realizado entre abril de 2023 y abril de 2024. La estadística descriptiva utilizó medidas de tendencia central para variables numéricas y distribución de frecuencias para variables categóricas. Para determinar factores asociados a los LBA y al cambio de conducta se utilizó regresión logística multivariada con el software SPSS versión 25. **Resultados:** De los 158 LBA el 50,6% fueron en mujeres y en 94,9% se presentaba al menos una comorbilidad (Charlson promedio 3,41). El 57,6% de los pacientes tenían inmunosupresión y 53% presentó insuficiencia respiratoria previa al procedimiento. El 14,6% fueron ambulatorios, 29,7% hospitalizados en unidades no críticas y el 55,7% en unidad de paciente crítico. El principal diagnóstico fue neumonía en inmunosuprimido y el motivo principal para solicitar LBA fue búsqueda etiológica en una neumopatía aguda. Se aislaron microorganismos en 50,6% de los casos, siendo más frecuentes los virus (15,9%), luego infecciones mixtas (15,8%) y bacterias (12%). Los patrones imagenológicos agudos más observados fueron condensación multifocal (27,8%), vidrio esmerilado (27,2%), y bronquiolitis celular (14,6%), sin encontrarse asociación significativa entre imagenología y aislamiento de microorganismo. Hubo cambio de conducta en el 62,7% de los casos (n=99) siendo el factor más asociado la ausencia de aislamiento microbiológico (p=0,003, IC 95% 0,164-0,687). La mortalidad a 28 días de la serie fue 13,3% (n=21). **Conclusiones:** En esta descripción se observó que la realización de LBA se efectuó en pacientes de gran complejidad, la mayoría adultos con comorbilidades, inmunosupresión e insuficiencia respiratoria, hospitalizados en unidades de paciente crítico. Hubo tendencia al aislamiento viral y mixto sin poder asociarse a un patrón imagenológico específico que permita predecir la causa de la neumopatía aguda. Es importante destacar la importancia de realizar LBA, ya que la mayoría genera un cambio de conducta clínica que podrá beneficiar principalmente a pacientes con insuficiencia respiratoria hospitalizados en unidades críticas.

BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS 2

Facilitadores: Dr. Mauricio Céspedes - Dr. Miguel Aguayo

CL21 - EL PAPEL DE LA RELACIÓN NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS EN SANGRE EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19.

Saldías F., Cahmi D., Guzmán A., Leiva I. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En la evaluación de la gravedad de los pacientes adultos con COVID-19 se han empleado variables clínicas, exámenes de laboratorio y estudio de imágenes. **Objetivos:** Examinar el valor pronóstico de la relación neutrófilos/linfocitos en sangre (NLR) en pacientes adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) asociada a coronavirus SARS-CoV-2. **Materiales:** Estudio clínico prospectivo realizado entre el 1 de abril de 2020 y 30 de diciembre de 2021 en pacientes adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad asociada a COVID-19 en la Red de Salud UC Christus. Se midió la NLR en sangre en la admisión al hospital y se correlacionó con los siguientes desenlaces clínicos: desarrollo de hipoxemia, neumonía multilobar, uso de pronó vigil y cánula nasal de alto flujo de oxígeno (CNAF), admisión a la unidad de paciente crítico (UTIM/UCI), uso de ventilación mecánica invasiva (VM) y no invasiva (VNI), estadía prolongada (≥ 21 días) y mortalidad en el hospital. Se midió el área bajo la curva receptor operador (AUC) e intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** Se evaluaron 1.249 pacientes adultos hospitalizados por NAC asociada a COVID-19, 55% sexo masculino, 79% tenía comorbilidades, especialmente enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas crónicas, la estadía media en el hospital fue 15 días (rango: 1-196), 48,6% fueron manejados en UTIM/UCI, uso de CNAF: 38%, conexión a ventilación mecánica: 18,2% y 11,8% fallecieron en el hospital. La relación neutrófilos/linfocitos en sangre se correlacionó con los diferentes desenlaces clínicos ($p < 0,001$): Hipoxemia (AUC: 0,70, IC95% 0,68-0,73), NAC multilobar (AUC: 0,64, IC95% 0,61-0,66), pronó vigil (AUC: 0,63, IC95% 0,60-0,65), CNAF (AUC: 0,66, IC95% 0,63-0,68), admisión a UTIM/UCI (AUC: 0,70, IC95% 0,67-0,73), VNI (AUC: 0,70, IC95% 0,68-0,73), VM (AUC: 0,65, IC95% 0,62-0,67), estadía prolongada en el hospital (AUC: 0,60, IC95% 0,57-0,63) y mortalidad en el hospital (AUC: 0,63, IC95% 0,61-0,66). La sensibilidad y especificidad de NLR en sangre fueron moderadas para predecir los diferentes desenlaces clínicos (S: 60 a 80% y E: 40 a 70%). El valor predictivo de NLR en sangre fue superior al recuento de neutrófilos y linfocitos en los siguientes desenlaces clínicos: admisión a UTIM/UCI, uso de CNAF, conexión a ventilación mecánica y estadía prolongada en el hospital. **Conclusiones:** La relación neutrófilos/linfocitos en sangre permitió predecir la gravedad, uso de recursos sanitarios y riesgo de muerte en el adulto hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad asociada a COVID-19.

CL22 - IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE PULMONAR. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Rozas F., Lolas M., Cayupi F., Melo J., Sepúlveda C., Linacre V., Donoso E. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Debido a la inmunosupresión, los receptores de trasplante de órgano sólido tienen un alto riesgo de infección grave por SARS-Cov-2 y pacientes trasplantados de pulmón (TP) tienen mayor morbimortalidad asociada a la enfermedad por Coronavirus. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto clínico y espirométrico de la infección por SARS-Cov-2 en TP en el Instituto Nacional del Tórax. **Materiales:** Estudio retrospectivo con análisis de registros clínicos de pacientes TP con infección confirmada por SARS-CoV-2 entre marzo de 2020 y diciembre de 2023. Se recopilaron datos demográficos, enfermedad de base, tiempo a la infección, necesidad de hospitalización, seguimientos espirométricos entre los 6 y 30 meses post infección, y mortalidad. **Resultados:** De 111 pacientes TP, 33 (29,7%) tuvieron infección por SARS-CoV-2. La mediana de edad al momento de la infección fue de 58 años; con un 54,5% de sexo femenino. Un 63,3% de pacientes había sido TP por fibrosis pulmonar idiopática y un 15,2% por fibrosis quística. El 54,5% recibió un trasplante bipulmonar. La media de seguimiento post infección fue de 621 días. Desde un punto de vista clínico, un 84,8% presentó síntomas, el 45,5% desarrolló neumonía, el 51,5% requirió hospitalización y el 24,2% ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La mortalidad intrahospitalaria fue de 21,2%, falleciendo el 87,5% de los pacientes ingresados a UCI. El 87,5% de pacientes fallecidos había recibido trasplante monopulmonar. Un 19,2% de los sobrevivientes desarrolló rechazo crónico (RC) post infección, con una mediana de 18 (6-30) meses. En los pacientes que no desarrollaron RC post infección, no hubo diferencias significativas en la CVF ni en el VEF₁ al comparar los valores pre y post infección, incluso en aquellos con infección sintomática. **Conclusiones:** Los pacientes TP hospitalizados por infección por SARS-CoV-2 presentaron una elevada mortalidad, especialmente aquellos con trasplante monopulmonar y necesidad de UCI. En pacientes sin RC en el seguimiento, no observamos deterioro significativo de la función pulmonar.

CL23 - MODELO DE CARGA DE VIRUS RESPIRATORIO SINCIAL EN ADULTOS DE 50 - 59 AÑOS CON ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR CRÓNICA EN LOS ESTADOS UNIDOS.

Singer D., La E., Graham J., Grace M., Poston S., Molnar D. GSK, Philadelphia, PA., GSK, Philadelphia, PA, USA., RTI Health Solutions, Research Triangle Park, NC, USA., GSK, Wavre, Belgium.

Introducción: Los adultos con enfermedades cardiopulmonares crónicas tienen un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave por el virus respiratorio sincial (VRS). Este estudio estimó la carga del VRS en adultos de 50-59 años con enfermedades cardiopulmonares crónicas en los EE. UU. **Materiales:** Se utilizó un modelo de Markov de cohortes múltiples para estimar la carga anual de VRS en adultos de 50-59 años en EE. UU. con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (n=3.299.241), Falla Cardíaca (FC)(n=712.959), enfermedad arterial coronaria (EAC) (n=2.865.359) y asma (n=3.439.066). Se estimó los años de vida (AV) y años de vida ajustados por calidad (AVAC) descontados perdidos debido a la muerte relacionada con el VRS. Los datos de entrada incluían la epidemiología del VRS y de uso de recursos sanitarios (URS), obtenidos desde literatura científica y datos públicos. Los resultados incluyeron enfermedades respiratorias agudas (ERA) por VRS, las enfermedades del tracto respiratorio inferior (ETRI), el URS, muertes, los AV y los AVAC perdidos. **Resultados:** El modelo estimó 184.459 casos anuales de VRS-ERA (EPOC), 39.740 (IC), 159.926 (EAC) y 192.385 (asma), con un 57% de casos de ETRI. Se estimó que estos casos de VRS-ERA provocaban 10.281 (EPOC), 3.842 (IC), 6.947 (EAC) y 5.191 (asma) hospitalizaciones anuales. Las muertes relacionadas a VRS oscilaron entre 296 (IC) y 723 (EPOC). Las pérdidas de AVAC descontadas oscilaron entre 4.129 (IC) y 12.106 (EPOC) debido a la morbilidad y mortalidad relacionadas a VRS. **Conclusiones:** Los adultos de 50-59 años con enfermedades cardiopulmonares experimentan una carga significativa de VRS y esta población puede beneficiarse de las medidas de prevención del VRS. Financiamiento: GSK (VEO-000556). ENCORE de RSVVW'24.

BLOQUE TEMÁTICO: TUBERCULOSIS 2

Facilitadores: Dr. Carlos Peña - Dr. Felipe Rivera

CL24 - TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN MIGRANTE Y NO MIGRANTE EN CHILE 2010-2020.

Horna-Campos O.¹, Erices C.², Flores S.², Gacitúa S.², Góngora G.², Cid J.², Letelier J.³, Villegas R.¹. ¹Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, ²Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, ³Programa de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública.

Introducción: En Chile, en los últimos años, la incidencia de TB ha sufrido un leve incremento y los inmigrantes son el primer grupo de riesgo. Por otro lado, Chile es el principal foco de atracción migratoria sur-sur. Este estudio describe los casos de Tuberculosis en Población migrante y no migrante en el periodo 2010-2020. **Materiales:** Diseño descriptivo. Se analizó el total de registros de diagnósticos de TB reportados entre el 2010-2020. Los datos se obtuvieron mediante solicitud por ley de transparencia al Instituto de Salud Pública (ISP). Las variables fueron sexo, factores de riesgo, migrante, comuna y servicio de salud. Se consideró "población migrante" a toda persona con país de nacimiento distinto a Chile. Se calculó las tasas de morbilidad para cada año en población migrante y no migrante por 100.000 habitantes. Los denominadores se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE) y Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). La descripción por sexo y factores de riesgo se realizó en números y porcentajes. La independencia entre la variable migrante/no migrante y cada una de las variables de análisis se evaluó con chi cuadrado. Los análisis se realizaron con Excel y stata V.18. **Resultados:** En el periodo se reportaron 28.275 casos de TB y el 64,1% fueron hombres. El 13,3% fueron migrantes. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre migrantes y no migrantes en las variables sexo, diabetes mellitus, inmunosupresión, contacto de TB, consumo de drogas y alcohol, antecedentes de prisión, residente de hogar, situación de calle y VIH ($p < 0,001$). En migrantes, fueron factores de riesgo haber tenido contacto TB y VIH (OR:1,4 IC95%1,1-1,6 y OR 1,5; 1,4-1,7 respectivamente). La tasa de morbilidad en migrantes fue 2,5 a 4,3 veces la tasa en población no migrante. **Conclusiones:** Los hallazgos muestran, características diferenciales en migrantes y no migrantes y una tasa de morbilidad mayor en migrantes respecto a la no migrante que se mantiene estable en el periodo. Esta situación, es similar a lo observado en países de altos recursos y con bajas prevalencias de TB.

CL25 - ASOCIACIÓN NEUMONÍA GRAVE Y MENINGITIS POR NEUMOCOCO Y TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA.

Riquelme C., Yáñez J., Aguayo L., Vidal D., Piderit C. Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.

Introducción: La asociación de meningitis y neumonía por *Streptococcus pneumoniae* y tuberculosis pulmonar activa es infrecuente, y esta asociación está directamente relacionada con factores de riesgo biológico y/o socioeconómicos como la adicción al alcohol y drogas, senilidad y bajo nivel socioeconómico. **Descripción del caso:** Varón de 60 años, con antecedentes de consumo perjudicial de alcohol de larga data. Ingresó a Hospital de Lota por cuadros de compromiso del estado general, sudoración nocturna de 2 semanas de evolución, destaca hipotensión, mal perfundido, taquipneico, desaturando. Se intubó en hospital de origen y se derivó a Hospital Guillermo Grant Benavente. Durante hospitalización en UCI se rescató hemocultivos periféricos y PCR de líquido cefalorraquídeo positivos a *Streptococcus pneumoniae*, PCR *GeneXpert* de aspirado traqueal positivo a *Mycobacterium tuberculosis*. En TAC de tórax destaca extensas opacidades de predominio condensantes en lóbulo superior derecho y ambos lóbulos inferiores, lesión cavitada a nivel del segmento posterior del lóbulo superior derecho y segunda lesión cavitada en el segmento apical del lóbulo superior derecho. Se maneja con ceftriaxona en dosis meníngeas e inicia esquema antituberculosis en UCI, con buena evolución clínica y de laboratorio. **Diagnóstico:** Neumonía multifocal grave por *Streptococcus pneumoniae*, meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, tuberculosis pulmonar activa. **Discusión:** La asociación de factores de riesgo como la adicción al alcohol y drogas y el bajo nivel socioeconómico aumentan la susceptibilidad a las infecciones bacterianas graves y a la coinfección de múltiples microorganismos. La identificación y consideración de estos factores de riesgo son fundamentales para el proceso diagnóstico y el manejo interdisciplinario de los pacientes, considerando también la presentación atípica y manteniendo la búsqueda activa de patologías reemergentes como la Tuberculosis.

CL26 - TUBERCULOSIS EN PERSONAS RESIDENTES DE LA REGIÓN DE TARAPACÁ, CHILE.

Horna-Campos O.¹, Puga A., Rojas C.³, Pol H.³, Gacitúa S.⁴, Flores S.⁴, Erices C.⁴, Letelier J.⁵, Cavada G.¹. ¹Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, ²Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Valdivia, Chile, ³Servicio de Salud de Tarapacá, ⁴Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, ⁵Programa de Magister en Salud Publica,

Introducción: La migración por motivos económicos en países con alta migración es considerado un factor de incremento de tasas de tuberculosis (TB) en países de acogida. Según la OMS el 40% de los casos anuales no son detectados por los sistemas de salud, concentrándose principalmente en poblaciones más vulnerables como los migrantes. Determinar características del diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en personas atendidas en el programa de la región de Tarapacá, período 2024-2025. **Materiales:** Cohorte retrospectiva. Se entrevistaron a 56 personas con TB que ingresaron al programa entre enero y marzo de 2024. El cuestionario indagó en características clínicas, sociodemográficas, país de origen y fechas desde la llegada y desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico. Se excluyeron personas por micobacterias no tuberculosas y que no residan en la Región al momento del estudio. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Chile (ACTA 095; Proyecto: N° 114-2023). **Resultados:** Del total, fueron hombres 62,5%, los signos y síntomas más predominantes fueron tos con flema (64,3%), baja de peso (64,3%) y fiebre (50%) y La mediana de días de retraso diagnóstico fue 39 días (mín3; máx504días). El 46,4% fueron migrantes, de ellos, el 57% era de Bolivia, el 61,5% se encuentra en situación irregular y el 38,5% ingreso por vía terrestre informal. La mediana en meses desde que llegan a Chile hasta el diagnóstico de TB fue 18 meses. El antecedente de prisión fue un factor protector en migrantes respecto a los no migrantes (OR:0,09 IC95%:0,01-0,84) $p<0,03$). **Conclusiones:** Los resultados preliminares del estudio muestran que los signos y síntomas concuerdan con la literatura. La mediana de retraso diagnóstico es menor a otro estudio realizado en Arica y es próximo al tiempo deseable 30 días. En los migrantes la mediana en meses desde que llegan a Chile hasta el diagnóstico fue menor al reportado en otro estudio, lo que da cuenta de las condiciones de vulnerabilidad social a la que están expuestos. Respecto a la prisión, se ha observado que el riesgo de TB en prisiones en Latinoamérica es 26 veces mayor el riesgo que en la población general y que el riesgo no es solo durante el encarcelamiento, sino varios meses después de ser liberados.

BLOQUE TEMÁTICO: TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO 2

Facilitadores: Dr. Juan Carrillo - Dr. Martín Pazmiño

CL27 - APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO E INSOMNIO COMÓRBIDO EN MUJERES CHILENAS.

Retamal E.¹, Nieto J.¹, Henríquez M.², Labarca G.³. ¹Hospital Clínico La Florida, ²Universidad Santo Tomás, ³Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) es una condición muy prevalente en adultos y se asocia con una alta carga de comorbilidades. Nuestro objetivo fue determinar las características de mujeres con AOS con y sin insomnio comórbido (COMISA, *Co-Morbid Insomnia and Sleep Apnea*). Conocer la relación que existe entre ambos sería de ayuda para la práctica clínica dado la falta de información en la población chilena. **Materiales:** Estudio observacional prospectivo, realizado entre abril de 2023 y marzo de 2024 en un centro terciario del sistema público de salud. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años con AOS diagnosticada mediante poligrafía respiratoria (índice de apnea-hipopnea ≥ 5), y se consideraron insomnes aquellos casos con puntajes ≥ 8 en el Índice de Severidad de Insomnio (ISI). Se emplearon como medidas resumen la mediana y el [rango intercuartílico]. Las variables numéricas se compararon con test de Wilcoxon, y las variables categóricas con test Chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. El trabajo contó con la aprobación del Comité Ético Científico local. **Resultados:** En un total de 103 mujeres incluidas, la mediana de edad fue 56 [46-64] años. La gran mayoría (86%) tenía insomnio comórbido (grupo COMISA); la mediana de puntaje de ISI en este grupo fue 16 [12-20]. Globalmente, 59% de las mujeres tenía somnolencia excesiva, con una mediana de 11 [6-17,5] puntos en la escala de somnolencia de Epworth (ESS); y 57% tenía síntomas depresivos significativos según escala de Beck, con mediana de 15 [10-21] puntos. Adicionalmente, 45% de las mujeres tenía síntomas compatibles con síndrome de piernas inquietas. Al comparar ambos grupos, el grupo COMISA tenía más somnolencia (ESS 13 [8-18] vs 5 [3-8] puntos, valor $p < 0,001$) y mayor intensidad de síntomas depresivos (escala de depresión de Beck: 17 [12-22] vs 9 [3-11] puntos, valor $p < 0,001$). **Conclusiones:** El insomnio comórbido es muy frecuente en mujeres con AOS, así como la presencia de somnolencia diurna excesiva y de síntomas depresivos significativos. Considerando que muy probablemente la somnolencia en este grupo es multifactorial, esto reafirma la importancia de no limitar la terapia únicamente al tratamiento específico de la AOS, sino de pesquisar y tratar adecuadamente estas comorbilidades para lograr una mejoría clínica.

CL28 - IMPACTO DE LOS FENOTIPOS DE EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA EN LA SALUD MENTAL DE PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

Labarca G., Henríquez M., Solomons D., Dreyse J., Sánchez M., Jorquera J. Pontificia Universidad Católica de Chile, IRB Lleida, Clínica Las Condes.

Introducción: Dentro de los principales síntomas de la apnea obstructiva del sueño (AOS) se encuentra el impacto en la salud mental y la calidad de vida, lo que puede ir asociado a distinta severidad de la enfermedad. En los últimos años, hemos identificado distintos fenotipos de la AOS, donde destacan los perfiles de pacientes basados en sus síntomas. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre los fenotipos de la AOS basados en síntomas con depresión. **Materiales:** incluidos en la cohorte SantOSA con diagnóstico de AOS basado en una índice apnea hipopnea (IAH) ≥ 5 eventos hora. Se extrajo datos de síntomas de sueño mediante cuestionario de somnolencia de Epworth (ESS), perfil de síntomas; Índice de eventos respiratorios [IER], y salud mental mediante inventario de depresión de Beck. El análisis de los datos fue mediante un análisis de conglomerados definiendo tres conglomerados (no somnoliento [NS], somnoliento leve [SL] y excesiva somnolencia diurna [ESD]). Se construyeron modelos de regresión logística ajustados por covariables: edad, género, tabaco, índice de masa corporal, IER, tiempo total de sueño (TTS). En análisis de sensibilidad, se correlacionó el puntaje de ESS y TTS con el puntaje de depresión de BECK usando correlación de Spearman. Los análisis fueron realizados en el software R (R Project Versión 2024.04.2). **Resultados:** Se incluyeron 1.083 participantes. Mediana de edad (rango Intercuartil [RIQ]): 54 años (RIQ: 43 - 63). El IER fue 21,6 eventos/hora [RIQ:12,4 - 38,1]; puntaje ESS 8,0 puntos [RIQ: 5,0 - 12,0]. Se identificaron un total de 431(39,8%) participantes como NS; mientras 485 (44,7%) fueron SL, y 167 (14,4%) ESD, mientras que el puntaje de depresión de Beck fue 12 puntos [RIQ: 6,0 - 53,1]. Al analizar los fenotipos, los puntajes de Beck fueron 8 puntos [RIQ: 4,0 - 18,0], 15 puntos [RIQ: 7,0 - 63,0] y 27 puntos [RIQ: 10,0 - 85,0] puntos para NS, SL y ESD, respectivamente. Mientras que el análisis de regresión logística mostró mayores síntomas de depresión en los grupos SL y ESD, con un coeficiente de 13,2 puntos [RIQ: 10,0 - 16,4] para somnolencia leve y 25 puntos [RIQ: 20,6 - 29,6] respectivamente. El Rho de Spearman para puntaje de Beck con ESS fue 0,39; Mientras que para TTS fue 0,6. Conclusiones: **Discusión:** En nuestra población, los pacientes con fenotipo de excesiva somnolencia diurna y AOS presentaron un riesgo más elevado de presentar depresión y peor salud mental. Registro de estudio: ISRCTN62293645, Código CEC 1653, Financiado por Proyecto Fondecyt # 11240972.

CL29 - ¿CUAN INOCUOS SON LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CRÓNICOS EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD? ANÁLISIS EN UN ESTUDIO POBLACIONAL, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2009-2010*.

Piña C. Hospital Félix Bulnes Cerda, [†]Tesis de Magister en Epidemiología, PUC.

Introducción: Las enfermedades respiratorias crónicas se caracterizan por deterioro en la función pulmonar y síntomas respiratorios crónicos (SRC), junto con manifestaciones extrapulmonares como pérdida de masa muscular y depresión. Entre el 7,39% y 49,8% de las personas con estas enfermedades informan limitaciones en actividades diarias, con una discapacidad global del 14,7% al 36%. El objetivo fue cuantificar la contribución de los SRC sobre la discapacidad. **Materiales:** Se analizó la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-10, representativa a nivel nacional, regional y por zona (rural/urbana) en personas de 15 años y más. El cuestionario de SRC identificó cuatro SRC primarios: tos/expectoración crónica, sibilancias recurrentes y disnea. Los síntomas se agruparon en fenotipos y se categorizaron según sospecha de depresión. La discapacidad se midió en una escala de 0 (sin discapacidad) a 100 (máxima discapacidad). Se realizaron modelos de regresión lineal ajustando variables confundentes. **Resultados:** La prevalencia de disnea fue del 17,72% (IC 95%: 16,7%-18,8%), seguida de sibilancias recurrentes (10%; IC 95%: 9,2%-10,8%) y tos crónica (7,34%; IC 95%: 6,6%-8,0%). El 21% (IC 95%: 19,8%-22%) de la muestra presentó al menos un SRC y el 0,8% (IC 95%: 0,5%-1,0%) reportó los cuatro SRC simultáneamente. Se identificó una asociación positiva entre todos los fenotipos de SRC con discapacidad. Los individuos con cuatro SRC tuvieron una puntuación ajustada de 9,45 (IC 95%: 4,93-13,96, R²: 40%) puntos más alta que aquellos sin SRC. Personas con disnea presentaron una puntuación ajustada de 7,22 (IC 95%: 6,10-8,34; R²: 42%), destacando su contribución individual a la discapacidad. Aquellos con los cuatro SRC y depresión, así como los que reportaron disnea con depresión, presentaron las puntuaciones ajustadas más altas: 16,20 (IC: 14,28-18,11, R²: 31%) y 20,04 (IC: 12,12-27,95, R²: 27%) respectivamente. Adicionalmente, se encontró una interacción significativa entre el fenotipo de bronquitis crónica y nivel de actividad física. Individuos con este fenotipo que reportaron un alto nivel de actividad física mostraron una disminución en la puntuación predicha de discapacidad. **Conclusiones:** Este estudio resalta la importancia clínica de los SRC en el contexto de discapacidad y contribuye a una mejor ponderación de este componente para futuros estudios de carga de enfermedad. Estudios poblacionales con mediciones objetivas de función pulmonar son relevantes para una mejor comprensión.

BLOQUE TEMÁTICO: ENFERMEDADES INTERSTICIALES 2

Facilitadores: Dra. Valeria Pozo - Dr. Felipe Reyes

CL30 - CARACTERIZACIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA COMO PROXY DE LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ENTRE EL PERÍODO DEL 2002 Y 2019, CHILE.

Piña C.¹, Ortuzar I.², Florenzano M.³, Guarda M.³, Undurraga A.³, Ibarra C.³, Valenzuela H.³, González A.³, Celis L.³.

¹Hospital Félix Bulnes, ³Instituto Salud Publica, ³Fundación Aire.

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) se caracteriza por un deterioro irreversible de la función pulmonar con una sobrevida de 3-5 años, afectando la calidad de vida de las personas. En Chile, la evidencia sobre la carga de esta enfermedad es limitada. Mendoza y colaboradores (2021) estimaron una tendencia creciente en la mortalidad a nivel nacional, pero más estudios son requeridos para poder mostrar una inclinación clara. El objetivo de este trabajo fue proporcionar estimaciones nacionales actualizadas sobre las tendencias de hospitalización por FPI en población general chilena. **Materiales:** Se realizó un estudio descriptivo de los egresos hospitalarios por FPI a nivel nacional y regional entre los años 2002 y 2019, utilizando los códigos CIE-10: J84.0, J84.1, J84.8 y J84.9 según la información disponible en las bases de datos públicas del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Las tasas se ajustaron por edad mediante método directo y se utilizó el *software Jointpoint* para calcular los porcentajes anuales de cambio (APC) y detectar variaciones en las tendencias en periodos específicos. **Resultados:** Se identificaron 34.795 egresos, de los cuales el 69% correspondió al código J84.1. El 55% de los pacientes fueron mujeres, el 79% pertenecían a FONASA, y el 11,8% tuvo condición de egreso fallecido. A nivel nacional, durante el período 2002-2004, se observó un APC del 23,48% (4,6%;42,6%), mientras que entre 2004-2019 el APC fue de -1,38% (-2,6%; -0,6%). Las regiones Metropolitana, O'Higgins, Ñuble y Los Lagos mostraron una tendencia similar a la nacional, mientras que Tarapacá y Maule presentaron una tendencia al alza en el período, con APC del 6,34% (2,6%;13,2%) y 3,95% (2,5%;5,8%), respectivamente. Arica y Parinacota y Valparaíso presentaron dos puntos de variación en las tendencias, caracterizados por un aumento en los casos en los últimos años: 22,11% (3,6%;98,5%) en Arica y Parinacota durante el período 2013-2019, y 3,75% (0,6%;14,2%) en Valparaíso durante el período 2012-2019. **Conclusiones:** Los egresos hospitalarios por FPI revelan una tendencia nacional a la disminución, con algunas excepciones regionales. Estos hallazgos deben ser analizados con precaución dada la dificultad de la vigilancia de esta enfermedad y los condicionantes del uso de egresos para la investigación, que pudiesen subestimar la prevalencia. Se subraya la importancia de una vigilancia nacional y regional específica para abordar las disparidades en la carga de la enfermedad y los registros de esta.

CL31 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL LINFOCÍTICA GRANULOMATOSA (GLILD) EN INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: CASO CLÍNICO.

Poloni D., Zegpi B., Pavié J. Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial linfocítica granulomatosa (GLILD) es una complicación rara de inmunodeficiencia común variable (IDCV). Su diagnóstico da complejidad al manejo y su pronóstico. **Descripción del caso:** Hombre, 35 años. Sin mórbidos. Nunca fumó, sin exposiciones. Deportista a finales de marzo de 2023, presenta tos no productiva y disnea progresiva hasta llegar a MRC: 4. En mayo ingresa a UTI con falla respiratoria moderada, requiriendo apoyo con CNAF. Dentro del laboratorio destacaba anemia leve, recuento leucocitos $9.600 \times 10^9 \mu$, PCR 170 mg/L. Se realiza TC de tórax, la cual demuestra compromiso pulmonar difuso caracterizado por patrón micro nodular centrolobulillar y linfonodos aumentados de tamaño a nivel cervical, axilar, mediastínico, retroperitoneal e inguinal. Se solicita estudio etiológico (hemocultivo, cultivo expectoración, VIH, PCR SARS-CoV-2, Panel viral por PCR, galactomanano) resultando negativo. Se realiza FBC, obteniéndose PCR TB (geneXpert) y cultivo corriente negativos. Es manejado con antibióticos y terapia de soporte, se da de alta con mejoría parcial de síntomas MRC:1 Reingresa en julio de 2023 con mayor disnea. Nuevo TC muestra similares lesiones a las previas Se obtiene con nueva FBC un recuento diferencial LBA: S51/M19/L30/E0 y se toma BTB, la cual demuestra parénquima pulmonar engrosado con acentuado infiltrado inflamatorio linfoide, junto con algunos alvéolos ocupados por cuerpos de Masson. Se inicia tratamiento con corticoides sistémicos (Bolos MTPD seguido se prednisona 0,5 mg/kg), sin lograrse disminución de corticoides bajo 20 mg día por reaparición de síntomas respiratorios (disnea MRC: 2). Se realiza espirometría demostrándose alteración restrictiva moderada con CVF 2.720 ml (abril de 2024). Se amplió estudio con serología autoinmune (FR, anti CCP, ANA, ANCA, perfil ENA) y se encuentra disminución de los niveles de inmunoglobulinas (IgA). Se discute caso con histología disponible en reunión del tórax y se justifica inicio de terapia como GLILD, presentando mejora clínica tanto en espirometría como en suspensión de corticoides. **Diagnóstico:** Enfermedad pulmonar intersticial linfocítica granulomatosa (GLILD). **Discusión:** El GLILD en IDCV es una complicación rara pero bien documentada; su presencia se asocia a mortalidad temprana. IGEV es parte esencial del tratamiento, pero hay controversias sobre manejo de la progresión de EPD.

CL32 - ESTUDIOS NO INVASIVOS EN LA PREDICCIÓN DE HTP E HTP SEVERA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS.

Cayupi F., Antivilo C., Aravena A., Arancibia F. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HTP) es una complicación frecuente en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), asociándose a una mayor morbimortalidad. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de la HTP en EPID, evaluar la utilidad del estudio no invasivo en el diagnóstico de HTP y determinar la mortalidad. **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con EPID sometidos a cateterismo cardíaco derecho (CCD) en el Instituto Nacional del Tórax entre los años 2018 y 2022. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, pruebas de función pulmonar, ecocardiografía, parámetros del CCD, mortalidad y causas de defunción. Se definió HTP si la presión media de la arteria pulmonar fue > 20 mmHg y severa con una resistencia vascular pulmonar > 5 UW. **Resultados:** Se incluyeron 77 pacientes. La media de edad fue de $58 \pm 8,8$ años, siendo el 51,9% mujeres. Las etiologías más frecuentes fueron EPID asociada a enfermedad del tejido conectivo (ETC) (39%) y fibrosis pulmonar idiopática (FPI) (33,8%). Entre las ETC destaca la esclerosis sistémica (53,3%) y miopatías inflamatorias (20%). La principal indicación de CCD fue estudio pretrasplante (70,1%). La prevalencia de HTP fue de un 67,5%, siendo severa en un 20,8%, sin diferencias según etiología ($p=0,81$). Al comparar los grupos sin HTP, con HTP no severa y severa, se encontraron diferencias significativas en la DLCOc%, velocidad máxima de regurgitación tricúspidea ecocardiográfica (IT Vmax), presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), excursión sistólica del anillo tricúspide (TAPSE) y la relación TAPSE/PSAP. La DLCOc presentó la mayor área bajo la curva (AUC) ROC (0,765; IC 95% 0,61 – 0,92) para predecir HTP con una sensibilidad del 76% y especificidad del 69% para una DLCOc del 34%, mientras que la IT Vmax presentó la mayor AUC para predecir HTP severa (AUC 0,872; IC 95% 0,774 – 0,969), con una sensibilidad del 82% y especificidad del 80% para una IT Vmax de 358 cm/s. La supervivencia a 1 año en el grupo sin HTP, con HTP no severa e HTP severa fue de un 87,8%, 78,7% y 50%, respectivamente. La principal causa de muerte fue insuficiencia respiratoria (67,4%) e infecciones (10,9%). **Conclusiones:** La HTP es una condición prevalente en los pacientes con EPID. Parámetros de estudios no invasivos como DLCOc e IT VMax de la ecocardiografía se correlacionan mejor con HTP e HTP severa, respectivamente. Los pacientes con HTP severa presentan una mayor mortalidad al año de seguimiento.

BLOQUE TEMÁTICO: CÁNCER 1

Facilitadores: Dr. Raúl Berríos - Dr. Francisco Suárez

CL33 - IMPACTO DE LA INMUNOTERAPIA E INHIBIDORES DE LA TIROSIN-QUINASA EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER PULMONAR NO CELULAS PEQUEÑAS ETAPA IV. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Saavedra MP.¹, Arancibia F.¹, Cisterna L.¹, Orlandi F.¹, Ibarra C.¹, Zapata S.¹, Letelier R.². ¹Instituto Nacional del Tórax; ²Universidad Finis Terrae.

Introducción: El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo y Chile. Datos previos del Instituto Nacional del Tórax (INT) reportan en pacientes con cáncer de pulmón no células pequeñas (CPNCP) etapa IV una mediana de sobrevida de 10 meses y solo el 7% está vivo a los 36 meses. A partir de marzo 2021, en Chile los pacientes con CPNCP avanzado pueden acceder, además de quimioterapia tradicional paliativa, a inmunoterapia e inhibidores de la tirosin-quinasa (ITQ). El objetivo de este estudio es evaluar la sobrevida a 36 meses de los pacientes con CPNCP avanzado y que recibieron inmunoterapia o ITQ. **Método:** Estudio retrospectivo observacional, realizado en la unidad de cáncer de pulmón del INT. Se incluyeron a todos los pacientes >18 años con CPNCP estadio IV y ECOG 0-2, en el período marzo de 2021 a junio de 2024, que recibieron inmunoterapias o ITQ. Se registraron datos demográficos, de laboratorio, radiológicos, histología, mutaciones, PDL1, estadio, hábito tabáquico, escala ECOG, IMC y el tiempo de sobrevida. Se considera tiempo 0 a la fecha de toma de la biopsia para el diagnóstico histológico, incluida biopsia líquida. Para el análisis de sobrevida se utiliza la curva de Kaplan Meier. **Resultados:** Un total de 64 pacientes con CPNCP avanzado fueron incluidos en el estudio. La edad promedio fue de 64,2 (rango 18-92) años y el 62,5% eran mujeres. La histología más frecuente fue adenocarcinoma (78,1%), y carcinoma escamoso (20,3%). Un total de 37 pacientes recibieron inmunoterapia intravenosa: 30 pembrolizumab y 7 nivolumab, y 27 pacientes recibieron ITQ: 20 Alectinib, 6 Osimertinib y 1 Crizotinib. La sobrevida global de los pacientes que recibieron inmunoterapia e ITQ fue de 88% a los 36 meses. La mejor sobrevida a los 36 meses la tuvieron los pacientes que recibieron Alectinib con 95%, Osimertinib y pembrolizumab con 83% y nivolumab con 71%. No hubo diferencias significativas en la sobrevida entre las distintas terapias ($p = 0,48$ *log rank test*). **Conclusiones:** El uso de ITQ o inmunoterapia en pacientes con CPNCP avanzado aumento significativamente la sobrevida a los 36 meses comparado con datos de sobrevida previos. Nuestros resultados confirman datos internacionales (Front. Oncol. 2022; 12:945102.), donde las nuevas terapias dirigidas pueden mejorar la sobrevida de estos pacientes.

CL34 - SCHWANNOMA TRAQUEAL, REPORTE DE CASO.

Orrego C., Ibar M., Vega F. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco.

Introducción: Los schwannomas traqueales son extremadamente raros. Dado que existen pocos reportes de casos al respecto, no existe consenso sobre el enfoque correcto del tratamiento. No hay muchos informes sobre el uso de técnicas broncoscópicas en el manejo de dichos tumores y, en general, parecen haberse adoptado opciones quirúrgicas con mayor frecuencia, con intención curativa. Presentamos un caso de schwannoma traqueal, el cual fue resecado completamente mediante técnica broncoscópica. **Descripción del caso:** Mujer de 47 años, fumadora activa (IPA 8), sin antecedentes médicos. Con historia de disnea MMRC 1 desde el año 2018, hace 1 año con hemoptisis asociado a cuadros infecciosos respiratorios. En abril/2024 consulta por disnea MMRC 3-4, manejada con terapia broncodilatadora sin respuesta. Se realiza Tc de tórax que evidencia Tumor de tráquea a nivel subglótico. Evoluciona con estridor e insuficiencia ventilatoria por lo que se decide manejo avanzado de vía aérea con TOT N°6,5 y FiO₂ 0,60. Broncoscopía: Se observa tumor bajo cuerdas vocales en pared latero-posterior de tráquea, que ocluye el 80% del lumen. Evaluada por equipo broncopulmonar se decide realizar traqueostomía (TQT) percutánea por proximidad a cuerdas vocales e insuficiencia respiratoria y posteriormente se realiza resección completa del tumor con argón plasma (APC) y monopolar, queda lecho que se coagula con APC. Tras buena evolución, se decanula de TQT. Biopsia compatible Schwannoma celular Se realiza seguimiento por broncoscopía al mes de la resección sin evidencia de recidiva local. **Diagnóstico:** Schwannoma traqueal. **Discusión:** Los tumores traqueales primarios son raros y representan sólo el 1% de todas las neoplasias. Entre ellos, sólo una cuarta parte son benignos. El schwannoma es un tumor traqueal benigno muy poco común. Con muy pocos reportes de casos a nivel mundial. Dado que los schwannomas son tumores de la tráquea de crecimiento lento, producen síntomas solo cuando son lo suficientemente grandes como para causar síntomas obstructivos. Como se presentan con tos y disnea, a menudo se los trata incorrectamente durante años como asma o EPOC, hasta que se sospecha una lesión endotraqueal debido a la falta de respuesta a los medicamentos inhalados o por la aparición del bucle de volumen de flujo o cuando los síntomas progresan a estridor. La biopsia por broncoscopía dará el diagnóstico, también da la oportunidad de realizar el tratamiento definitivo para la resección tumoral y seguimiento para evaluar recidiva tumoral.

CL35 - REACCIONES ADVERSAS INFRECIENTES POR EL USO DE INHIBIDORES DE TIROSINA QUINASA.

Cavada I., Salinas M., Ramos D. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Los inhibidores de tirosina quinasa han cambiado drásticamente el tratamiento de la Leucemia Mieloide Crónica (LMC), mostrando alta efectividad y buen perfil de seguridad. Sin embargo, en la literatura se han descrito efectos adversos, dentro de los cuales se ha reportado el derrame pleural y pericárdico. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de un hombre de 33 años con antecedentes de Sarcoma Granulocítico de columna cervical y LMC. Se encontraba en tratamiento con Dasatinib (70 mg/d) desde el 2021. En diciembre de 2023 debuta con insuficiencia respiratoria, asociado a derrame pleural bilateral y derrame pericárdico. Estudio inicial informó exudado mononuclear con *Genexpert* negativo y ADA 5,9 U/L. Se suspendió Dasatinib y se inició Bosutinib. Paciente fue dado de alta con mejoría transitoria, pero presenta dos meses después nuevamente disnea, edema de extremidades inferiores. Se realizó TAC de tórax que reveló derrame pleural bilateral, derrame pericárdico moderado. Estudio de líquido pleural mostró: exudado mononuclear, ADA de 8,9 U/L, sin microorganismos. Ecocardiograma mostró derrame pericárdico sin signos de taponamiento, presión sistólica de arteria pulmonar de 110 mmHg y dilatación severa de ventrículo derecho. Se decidió suspender Bosutinib. Recibió corticoides e inició sildenafil. Paciente evolucionó favorablemente, sin requerimientos de oxígeno, con mejoría progresiva de derrame pleural. En su evolución se cambió a imatinib sin presentar problemas respiratorios nuevamente y la hipertensión pulmonar regresó, suspendiéndose posteriormente el sildenafil. **Diagnóstico:** Reacción adversa por el uso de inhibidores de tirosina quinasa en un paciente con LMC. **Discusión:** En este caso se muestra en un solo paciente, dos reacciones adversas simultáneas a inhibidores de tirosina quinasa: derrame pleural y pericárdico e hipertensión pulmonar. Además, se documenta como las reacciones pueden continuar con el cambio a moléculas de espectro similar (bosutinib). Por último, es destacable la mejoría completa al retiro del medicamento, lo cual refuerza la importancia de pensar en reacciones pulmonares a fármacos.

BLOQUE TEMÁTICO: ASMA

Facilitadores: Dra. Patricia Fernández - Dr. Miguel Antúnez

CL36 - TRATAMIENTO DE ARTRITIS PSORIÁTICA Y ASMA SEVERA CON INHIBIDOR DE INTERLEUCINA 17: SECUKINUMAB.

Piderit C., Vidal D., Aguayo M. Universidad de Concepción.

Introducción: Las enfermedades inflamatorias crónicas corresponden a un amplio abanico de patologías cuya fisiopatología involucra células del sistema inmune de tipo T, responsables de mantener y promover la inflamación. Conocido es el rol de los linfocitos Th17 y sus citocinas (IL-17, IL-22 y TNF α) en enfermedad de Crohn, artritis reumatoide y psoriasis, como causa de activación persistente de células epiteliales y neutrófilos (NF). En condiciones alérgicas como el asma, la inflamación es inducida vía IgE y dirigida por linfocitos Th2. También se ha demostrado presencia de linfocitos Th17, sus citocinas y NF en la vía aérea asmáticos. Esto se relacionaría con asma severa y corticorresistencia. Esta vía ha sido poco estudiada como *target* de biológicos en asma. Presentamos el caso de una paciente con psoriasis y asma que recibió inhibidor de IL-17 y mejoró control de ambas. **Descripción del caso:** Mujer, 63 años, asma diagnosticada en la infancia, rinitis, obesidad, reflujo gastroesofágico y artropatía psoriática en tratamiento con anti TNF. Controles en policlínico de asma, con fluticasona/vilanterol, tiotropio y montelukast. Crisis frecuentes con consultas en urgencia, una hospitalización el último año. ACT 16. Espirometría: limitación obstructiva leve sin modificación significativa con broncodilatador. TC de tórax sin hallazgos patológicos. Rinitis y reflujo controlados. Activación cutánea de psoriasis, atribuida a efecto adverso de anti TNF. En comité se definió cambio a anti IL-17. Mantuvo psoriasis activa a la espera de administración de anti IL-17. Nueva hospitalización por crisis con requerimientos de ventilación mecánica invasiva. Un mes después inició anti IL-17, logró remisión de artritis y desaparición de lesiones. Tampoco tuvo nuevas crisis de asma y su función pulmonar mejoró. **Diagnóstico:** Asma. **Discusión:** Los inhibidores de IL-17 se utilizan en enfermedades con mecanismo Th17. En este caso la indicación fue por psoriasis, y hubo un efecto no esperado al mejorar el asma con disminución de exacerbaciones y de la obstrucción. Esto podría explicarse porque en asma la inflamación no es exclusivamente Th2, sino también hay influencia Th17. IL-17 induce expresión de IL-6 y factor estimulante de colonias granulocito macrófagos por células epiteliales y endoteliales y factores quimioatrayentes de NF por fibroblastos. Incluso, es capaz de activar eosinófilos para que secreten IL-6. No se ha estudiado la efectividad de anti IL-17 en asma, por lo que permanece como una vía pendiente de explorar.

CL37 - COSTO-EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB VERSUS OTRAS TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-INTERLEUQUINA-5/5R PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE DE FENOTIPO EOSINOFÍLICO EN CHILE.

Moraes F.¹, Rodríguez C.¹, Giovini V.¹, Espinoza M.^{2,3}, Balmaceda C.^{2,3}, Romero J.¹. ¹Departamento Médico, GSK, Santiago, Chile, ²Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, ³Epsilon Research, Santiago, Chile.

Introducción: El asma grave de fenotipo eosinofílico (AGFE) afecta la calidad y esperanza de vida de los pacientes, y se asocia a una elevada utilización de recursos sanitarios. En la actualidad, existen terapias biológicas (txB) que son efectivas en el tratamiento de esos pacientes, sin embargo, los pacientes chilenos, no se cuenta con acceso ellas. El objetivo de estudio fue evaluar la costo-efectividad de mepolizumab [MEP] versus otras txB anti-interleucina (IL)5/5R (benralizumab [BEN] y reslizumab [RES]) como tratamiento adicional al estándar cubierto por el sistema público chileno - corticoide inhalado, agonista beta2 de acción prolongada y corticoide oral). **Materiales:** El análisis consideró 3 subgrupos de pacientes adultos con AGFE, definidos según el recuento de eosinófilos: 1) ≥ 150 células/ μL (MEP, BEN; 2) ≥ 300 células/ μL (MEP, BEN; 2); y 3) ≥ 400 células/ μL (MEP, BEN, RES; 3). La costo-efectividad fue estimada mediante un modelo de Markov en un horizonte de tiempo de vida. La ocurrencia de exacerbaciones y la mortalidad por asma también fueron evaluadas. Los parámetros clínicos y de calidad de vida fueron extraídos desde la literatura, mientras que los parámetros de costos fueron obtenidos y/o estimados a partir de fuentes locales y expresados en pesos chilenos 2023. Se expresó los desenlaces en años de vida ajustado por calidad [AVAC] y costos. Se consideró una tasa de descuento del 3% según recomendado por las guías chilenas. **Resultados:** Para el subgrupo ≥ 150 células/ μL , se evidenció que, a lo largo del tiempo horizonte modelado, MEP vs BEN generó 0,47 AVAC adicionales, a un menor costo (-\$35.021.547), siendo por tanto la opción más costo-efectiva. Para los otros subgrupos evaluados, MEP sigue siendo la alternativa más costo-efectiva, generando mayor salud a un menor costo. Adicionalmente, MEP se asoció una menor ocurrencia de exacerbaciones y mortalidad por asma independiente del subgrupo evaluado. **Conclusiones:** Entre los 3 txB analizados, MEP fue identificado como la opción más costo-efectiva, obteniendo mayores beneficios en salud a un menor costo. Financiamiento: GSK [221788]

CL38 - INICIO DE MEPOLIZUMAB DURANTE CRISIS ASMÁTICA GRAVE: CASO CLÍNICO.

Poloni D., Zegpi B., Pavié J. Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El uso de biológicos en asma grave ha permitido controlar la enfermedad, limitar crisis y reducir morbilidad. Sin embargo, existe poca evidencia sobre su inicio durante una crisis asmática grave. **Descripción del caso:** Mujer, 35 años. Antecedentes de asma grave, poliposis nasal. Además, presentó crisis de asma grave en relación al uso de AINES. Sin hábito tabáquico, THC ocasional Diagnóstico de asma a los 30 años usando salmeterol/fluticasona 25/250 µg a dosis plena. Desde el diagnóstico mal control síntomas con crisis moderadas cada 4 semanas y necesidad de hospitalización por crisis de asma graves en febrero 2020 (con necesidad de ingreso a UCI para VMI), julio de 2023 y diciembre de 2023, requiriendo corticoides orales por largos periodos En abril de 2024 se realiza resección de pólipos nasales tras lo cual se indica prednisona 60 mg al día. Con esa dosis se mantiene asintomática y se deriva a policlínico de broncopulmonar. En primera consulta se indica triterapia inhalatoria y montelukast y retiro gradual de corticoides Durante el retiro, al momento de llegar a prednisona de 20 mg/día, comienza nuevamente con síntomas, requiriendo hospitalización por disnea importante. Al ingreso presenta altos requerimientos de oxígeno sin soporte ventilatorio. Se aumenta corticoterapia con prednisona 60 mg. día, asociado a nebulizaciones frecuentes. Tras 24 horas, se mantiene estable pero muy sintomática, taquipnea, taquicardia, requiriendo incluso rescate con Mg⁺² EV y ketamina, con altos requerimientos de oxígeno y signología obstructiva persistente. Dentro de los estudios de imagen y laboratorio realizados destaca: Eosinófilos en sangre 1.550 cel/mm³, resto del hemograma normal, IgE 36 (VN), se solicitó ANCA, PR3 y MPO que resultaron negativos **Diagnóstico:** Uso de biológicos en crisis de asma grave. **Discusión:** Cada vez hay más evidencia del uso de biológicos en asma grave, pero existen pocos casos reportados sobre inicio de biológicos durante crisis asmática. Este caso permite dar una buena experiencia en el escenario agudo.

BLOQUE TEMÁTICO: ASMA Y EPOC

Facilitadoras: Dra. Paulina Barría - Dra. Laura Mendoza

CL39 - REMISIÓN Y RESPUESTA A TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE: REGISTRO A 12 MESES EN INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Osses F., Trujillo P., Andino P., Fernández P., Arancibia F. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: En Asma Grave No Controlada (AGNC), la terapia biológica con anticuerpos monoclonales (mAb) son una gran opción terapéutica. Los consensos coinciden en evaluar respuesta a terapia mediante: Control de síntomas, disminución de exacerbaciones, reducción o suspensión de corticoides orales (CO) y mejoría o estabilidad de función pulmonar. Nuestro objetivo fue evaluar % de remisión y respuesta a 12 meses de seguimiento con mAb en AGNC.

Materiales: Pacientes con AGNC que iniciaron alguno de los mAb disponibles en Chile: Omalizumab, Mepolizumab, Reslizumab, Dupilumab o Benralizumab, y que completaron 1 año de mAb entre junio de 2018 y agosto de 2024. Se revisaron datos demográficos, clínicos, espirométricos y de laboratorio basal y al año. Se definió "Remisión" al documentar buen control de síntomas ($ACT \geq 20$), ausencia de exacerbaciones, sin necesidad de uso de CO y VEF_1 post-BD $\geq 80\%$. Se evaluó respuesta a mAb según criterios BARS y se calculó score FEOS. Se realizó análisis descriptivo, y se evaluó significancia estadística. Estudio autorizado por comité ética del SSMO. **Resultados:** Fueron incluidos 36 pacientes, edad promedio 50,8 años (rango 20-68), mayoría mujeres (77,8%), IMC promedio 28. Existían antecedentes de rinosinusitis (RS) en 30 (83,3%) pacientes; RGE en 17 (47%); Pólipos nasales (PN) en 10 (27,8%); atopia en 14 (38,9%) y obesidad en 11 (32%). Un 38,9% tenía historia de tabaquismo detenido, IPA promedio 11,2. Los fenotipos de Asma identificados fueron alérgico eosinofílico (55,6%; $n=20$), y eosinofílico no alérgico (38,9%; $n=14$). A 12 meses, 27,8% de ellos cumple criterios de Remisión Clínica ($ACT \geq 20$, ausencia de exacerbaciones y sin CO), y 19,4% cumple con Remisión Completa al incorporar VEF_1 post-BD. No hubo diferencias significativas en remisión con 3 o 4 criterios, al comparar a pacientes >50 años, mujeres, obesos, tabáquicos, alérgicos, con RGE, PN o RS, con aquellos que no tenían estos factores. El puntaje FEOS fue significativamente más alto en pacientes con Remisión Clínica y Remisión Completa ($90,8 \pm 9,2$ vs $71,0 \pm 16,9$; $p=0,001$; y $90,9 \pm 11,1$ vs $72,9 \pm 17,4$; $p=0,015$). Según criterios BARS, 47,2% presenta buena respuesta ($n=17$); 50% respuesta intermedia ($n=18$); y 2,8% respuesta insuficiente ($n=1$). **Conclusiones:** En este registro de vida real en pacientes con AGNC se objetiva que la mAb puede conducir a una respuesta favorable en su mayoría, y en un grupo lograr remisión. Estos resultados son consistentes con publicaciones internacionales. La remisión con mAb en AGNC es una meta alcanzable.

CL40 - CASO CLÍNICO: PACIENTE ASMÁTICO GRAVE EOSINOFILICO NO CONTROLADO, DESCOMPENSADO POR INFECCION POR STRONGYLOIDES.

Jara JL., Fuentes R., Bello MA., Rumie H. Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El Asma Grave representa de 5 a 10 % de la población con asma, solo el 3,6% persiste descontrolado a pesar de la adherencia al tratamiento; en este último grupo, la terapia biológica es una alternativa terapéutica. La Strongyloidiasis es causada por el nematodo *Strongyloides stercoralis*. Los síntomas más comunes son: erupción cutánea asociada de prurito (16%-90%); dolor abdominal con distensión, náuseas y diarrea (41%-74%); tos con hemoptisis, disnea y espasmo bronquial (~25%). Las pruebas de laboratorio revelan eosinofilia (a menudo es el único síntoma). Las pruebas serológicas, muestran alta sensibilidad y especificidad, son la primera elección. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 60 años, con Asma bronquial Eosinofílica grave, ERGE, Obesidad, DM2IR. En tratamiento con Budesonida/Formoterol, Bromuro ipratropio y Prednisona 20 mg. Previo al inicio de biológicos, presenta descompensación de su asma, sin agente etiológico aislado; caracterizado por dolor abdominal, náuseas, tos con hemoptisis y 2 episodios de espasmos bronquiales. En los exámenes destaca un alza de los eosinófilos. Estudio serológico de parásitos con resultado positivo para *Strongyloides* (Método ELISA IgG), con estudio de parásitos previo del año 2022 negativo, al igual que deposiciones; en la TAC de Tórax destaca engrosamiento parietal difuso de los bronquios, con escasas bandas de atelectasia bilaterales en relación a tapón mucoso. En la FBC se observa lesión nodular mamelonada a nivel de Carina principal (la que se biopsia, frotis y bloque celular inflamatorio con abundantes eosinófilos). En el LBA destaca un recuento Leucocitos (mm^3): 270 (Eosinófilos (%): 1, Neutrófilos (%): 53, Linfocitos (%): 43, Macrófagos (%): 3). Se trata con Albendazol, dado quiebre de stock en el país de Ivermectina. **Diagnóstico:** Strongyloidiasis. **Discusión:** Esta infección es común en áreas tropicales, subtropicales y esporádicamente en lugares con un clima templado, el cambio climático y la migración han incidido en el curso de la enfermedad. En Chile, hay información epidemiológica limitada sobre la infección por Strongyloides, en reportes de casos se observaba relación de la transmisión con centros psiquiátricos. Si bien puede presentar un curso asintomático, también puede presentar un curso severo; especialmente en pacientes con alteraciones de la inmunidad o que presenten terapia crónica de esteroides.

CL41 - EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA INHALATORIA DE INHALADORES DE DOSIS MEDIDA PRESURIZADOS, EN ESTUDIANTES DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Lagos M., Cabrera C., Corrales MJ., Lastra A., Salinas J. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La administración inhalatoria es común en el manejo de neumopatías obstructivas y pese a su amplio uso, los errores en la técnica inhalatoria (TI) son frecuentes en pacientes y profesionales de la salud, lo que destaca la necesidad de intervención. La educación ha demostrado ser efectiva en mejorar estas habilidades. Para los estudiantes del área de la salud, la práctica clínica es crucial para desarrollar habilidades en su administración, ya que requiere conocimientos técnicos y habilidades comunicacionales. El objetivo de este estudio fue evaluar la TI en inhaladores de dosis medida presurizados (IDMp) en estudiantes de carreras de la salud en práctica en el Instituto Nacional del Tórax (INT). **Materiales:** Estudio descriptivo observacional. Población de estudio corresponde a estudiantes de: medicina interna, internos de medicina, enfermería, kinesiología y TENS en práctica clínica en el INT. El instrumento fue la aplicación de escala de evaluación de TI previamente validada (ESTI), con puntajes que clasifican en: muy mala técnica. **Resultados:** Se incluyeron a 73 participantes. De ellos 31 (42%) eran residentes de medicina interna, internos de: medicina 3 (4%), kinesiología 16 (22%), enfermería 10 (14%) y practicantes de TENS 13 (18%). La media de estadía en al momento de evaluación fue 34,7 días (DS 25). Del total, el 60% realizaban la TI mal o muy mal, seguido de un 27% regular y solo un 12% bien o muy bien. La mayoría había recibido instrucción en su centro formador (63%) y algunos habían sido instruidos en su práctica en INT (21%). Un 60% percibía su TI como regular y de este subgrupo, un 68% lo realizaba mal o muy mal. Entre aquellos que percibían su TI como buena (30%), solo un 13% lo realizaba correctamente. El error más frecuente fue no esperar el tiempo adecuado para repetir la 2da dosis, seguido de no agitar correctamente el dispositivo previo a la inhalación. **Conclusiones:** Una de las causas de falla a terapia inhalatoria es su incorrecto uso, por lo que su adecuada administración es crucial. La formación de estudiantes clínicos es crítica para entregar educación y correcta indicación a los pacientes. En nuestro estudio la mayoría de los estudiantes realizaba incorrectamente la TI, incluso habiendo recibido formación previa, lo que el supervisor y mantener una educación continua es una intervención necesaria.

CL42 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EPOC EXACERBADO INGRESADOS A UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Fuentes R.¹, Fritzsche N.², Cayupi F.², Arancibia F.². ¹Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ²Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La EPOC es la enfermedad respiratoria crónica con la carga más importante para la salud pública en términos de morbilidad, mortalidad y costos de salud. El objetivo de este trabajo es describir las características y la evolución de los pacientes con EPOC hospitalizados en Unidad de Paciente Crítico (UPC). **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo realizado en el Instituto Nacional del Tórax. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EPOC exacerbado ingresados a UPC entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2023. Se registraron variables demográficas, clínicas y terapéuticas, datos de mortalidad intrahospitalaria y en el seguimiento a 6 meses obtenidos desde el registro civil de identificación. **Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron 24 pacientes con diagnóstico de EPOC exacerbado, siendo un 62,5% de sexo femenino con una edad promedio de 74 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (70,8%), insuficiencia cardíaca (33,3%) y cardiopatía coronaria (20,8%). Un cuarto mantenía un hábito tabáquico activo. Con relación a la terapia crónica, la mayoría utilizaba LABA/ICS (7 pacientes). Siete pacientes utilizaban oxígeno domiciliario. La media de tiempo entre el inicio de los síntomas y el ingreso fue de 10,5 días. Los síntomas más frecuentes fueron disnea (91,7%) y aumento de la expectoración (37,5%). En 23 se identificó el gatillante, destacando la neumonía como el principal (17 pacientes). La proporción de pacientes que requirió CNAF, VMNI y VMI fue de un 33,3%, 54,2% y 29,2%, respectivamente. La media de la estadía hospitalaria fue de 24,5 días, con una mortalidad intrahospitalaria del 25%, la que ascendió a un 33,3% entre los hospitalizados por neumonía y un 42,9% entre quienes requirieron VMI. La mortalidad general a 180 días fue de 32,5%. Una de las limitaciones fue que solo se contaba con espirometría basal en 4 pacientes, dado que la mayoría de los pacientes eran derivados de otros centros. **Conclusiones:** La principal causa de hospitalización en pacientes con EPOC son las infecciones respiratorias bajas; la estadía hospitalaria es prolongada; la mortalidad intrahospitalaria es de 25%, siendo mayor en pacientes en VMI o en el seguimiento de 6 meses.

CL43 - CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOPSIOSOCIALES E ÍNDICE DE BODE EN EL PRONÓSTICO DE USUARIOS BAJO CONTROL POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ETAPA B EN EL CESFAM DOCTOR ALBERTO ALLENDE JONES DE LA COMUNA DE TALAGANTE.

Moscoso C., Lobos Y., Sarabia N., Campos A., Jadue L. Estudiante Kinesiología Usach, Cesfam Alberto Allende Jones.

Introducción: Para un manejo más completo y adecuado para cada paciente con EPOC se deben tener en consideración las variables sociales que lo afectan tales como su nivel de escolaridad, su nivel socioeconómico, sus redes de apoyo y sus hábitos tabáquicos. Por otro lado, también se presentan variables psicológicas con las que se puede encontrar atravesando el paciente con EPOC tales como su estado emocional, trastornos de ansiedad y/o depresión que son los más frecuentes. Además, las variables biológicas propias del paciente como la capacidad física funcional y la tolerancia de este ante el ejercicio, todo esto con el fin de esclarecer el cómo se ve afectada su calidad de vida. Al utilizar un enfoque biopsicosocial, se reconocen y abordan aspectos más amplios que podrían influir en el curso de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento en los pacientes con EPOC. Es por lo que la falta de este enfoque integral actualmente podría llevar a pasar por alto factores importantes que afectan al paciente y limitan la efectividad de las intervenciones a las que es sometido. El índice de BODE es una herramienta que intenta abordar aspectos más allá de los puramente biomédicos, debido a que aborda 4 dimensiones que son el índice de masa corporal, obstrucción del flujo aéreo, disnea y capacidad de ejercicio. Es por lo cual este índice puede proporcionar una evaluación más completa de la gravedad y el pronóstico a 4 años de la EPOC a partir de los datos recopilados. **Materiales:** Se evaluaron los pacientes EPOC B del Cesfam Alberto Allende Jones de Talagante, se tomaron diversas medidas biopsicosociales, entre las que destaca; escolaridad, nivel socioeconómico, comorbilidades, test de 6 minutos, STS, Handgrip, índice de Bode entre otros, y se evaluó si existía correlación entre los factores biopsicosociales y el índice de bode. **Resultados:** Se realizó una caracterización de la muestra, la correlación entre las variables y el índice Bode que demuestran el tipo de correlación entre estas variables. Conclusiones: Hacen falta más trabajos que aborden este tipo de variables y que orienten hacia la toma de medidas diversificadas para un abordaje comprehensivo de los pacientes con EPOC B, como así también ampliar la búsqueda de evidencia a pacientes con EPOC A y otras enfermedades crónicas respiratorias.

BLOQUE TEMÁTICO: INFECCIONES POR VIRUS Y BACTERIAS

Facilitadores: Dra. Patricia Díaz - Dr. Ricardo Fritz

CL44 - CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL EN 3 HOSPITALES DE SANTIAGO DE CHILE.

Cayupi F.¹, Arancibia F.¹, Osses F.^{1,3}, Haro S.², Collao C.^{1,2}, Andino P.³. ¹Instituto Nacional del Tórax, ²Hospital del Salvador, ³Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

Introducción: El virus respiratorio sincicial (VRS) es una causa habitual de infecciones respiratorias en menores de 4 años durante el periodo otoño-invierno. Hay evidencia que también el VRS causa infecciones respiratorias y hospitalización en adultos mayores. En Chile y Latinoamérica existe escasos datos sobre epidemiología de pacientes adultos con infección por VRS. El objetivo de este estudio es conocer las características de las infecciones por VRS en una cohorte de pacientes adultos hospitalizados en 3 hospitales de Santiago de Chile. **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes hospitalizados con infección respiratoria y panel viral (RT-PCR) de muestra respiratoria entre enero y octubre de 2023, en 3 hospitales públicos del SSMO Oriente. Se registraron variables demográficas, clínicas, mortalidad intrahospitalaria y a 12 meses. El estudio fue autorizado por el comité de ética local. **Resultados:** Se evaluaron 1.699 estudios, destacando: SARS-CoV2 (39,3%), rinovirus (16,5%), metapneumovirus humano (MPVh) (15,4%), influenza (13,7%) y VRS (5,7%). Se hospitalizaron 45 pacientes con RT-PCR VRS (+). La edad promedio fue de 69 ± 18 años, con un 77,8% de 60 años o más y un 57,8% de sexo femenino. El 84,4% tenía al menos 2 comorbilidades, destacando ICC (35,5%), EPOC (31,1%) y DM2 (28,8%). La coinfección más frecuente fue MPVh (20%), COVID-19 (2,2%) y neumococo (2,2%). Los síntomas más comunes fueron tos (77,8%) y disnea (66,7%), y la duración de los síntomas de $4,7 \pm 3,3$ días previo al ingreso. Un 68,8% ingresó con insuficiencia respiratoria aguda. El cuadro clínico se catalogó como neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en un 60% y enfermedad crónica descompensada en un 29%, destacando el EPOC exacerbado (20%). El requerimiento de ventilación mecánica no invasiva e invasiva fue de 22,2% y 11,1%, respectivamente. La mediana de la estadía fue de 8 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,4%, aumentando a 20% al año de seguimiento. **Conclusiones:** Los pacientes hospitalizados por VRS fueron principalmente a adultos mayores con comorbilidades. La principal manifestación clínica fue NAC. Se encontró un 25% de coinfección por otros virus. La mortalidad intrahospitalaria asociada al VRS fue baja, pero tuvo un aumento significativo al año. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar al VRS como un patógeno relevante en infecciones respiratorias del adulto mayor y las nuevas vacunas contra el VRS podrían impactar en la hospitalización y mortalidad de estos pacientes.

CL45 - NEUMONÍA HEMORRÁGICA Y EMPIEMA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*, REPORTE DE CASOS.

Vidal D., Vega C., Piderit C., Pavez N., Fernández P., Yáñez J., Aguayo L., Aguayo M. Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción.

Introducción: *Streptococcus pyogenes* es una bacteria cocácea Gram(+), capaz de generar infecciones con gran morbilidad y mortalidad. El 2022, la OMS alertó sobre un aumento de infección invasora por este microorganismo, especialmente en niños. Siendo capaz de desencadenar un *shock* tóxico, con alta mortalidad, e infrecuentemente se asocia a neumonía hemorrágica. Descripción del caso: Paciente mujer 63 años, sin antecedentes mórbidos. Inicia con cuadro de cefalea, mialgias, fiebre y rinorrea de 9 días de evolución, manejada ambulatoriamente con azitromicina por 3 días. Consultando posteriormente en urgencias, por disnea de reposo y hemoptisis, desaturando 82%, febril, con mala mecánica ventilatoria, se procede a intubación en urgencias, visualizando sangre proveniente de vía aérea. Inicia manejo con ceftriaxona y fluidos (bolos), aproximadamente 2 L. Laboratorio sin leucocitosis, sin citopenias, coagulación y función renal conservadas, gases arteriales con acidosis mixta, PO₂: 91 mmHg, FiO₂: 0,77, orina completa con hematuria microscópica y cilindros granulosos. Ingres a UCI médica, a los pocos minutos presenta paro cardiorrespiratorio en ritmo de asistolia. Inicia maniobras de reanimación avanzadas, con salida a ritmo sinusal (5 ciclos). A los pocos minutos vuelve a presentar un nuevo paro cardio-respiratorio, falleciendo. Se recuperan 2 hemocultivos (+) *Streptococcus pyogenes* multisensible y panel viral (-). **Segundo caso** paciente masculino 35 años, con antecedentes de asma y rinitis alérgica, consulta por cuadro de mialgias, tos, astenia, fiebre y dolor costal derecho de 4 días de evolución. Radiografía de tórax: condensación lóbulo inferior derecho, con parámetros inflamatorios elevados. Angiotac de tórax sin embolia pulmonar, con foco de condensación lóbulo inferior derecho y derrame pleural laminar ipsilateral. Hemocultivos (+) *Streptococcus pyogenes*. TC de tórax de control, con derrame loculado derecho. Se realizó pleurostomía con líquido pleural compatible con empiema, y posterior decorticación por toracotomía, completando 6 semanas con antibióticos. **Diagnóstico:** Neumonía hemorrágica y Empiema por *Streptococcus pyogenes*. **Discusión:** *Streptococcus pyogenes* suele generar infecciones faríngeas y de piel, poco común como causante de neumonía y empiema. La fuente de bacteremia suele ser piel y tejidos blandos. Por lo que, otros diagnósticos diferenciales se plantearon en el primer caso como hemorragia alveolar y vasculitis, con una evolución fatal al *shock* tóxico y muerte. Por lo anterior se debe considerar este agente en neumonía grave.

CL46 - NEUMONÍA POR SALMONELLA SPP EN PACIENTE CON EPID, REPORTE DE UN CASO.

Ramírez A.¹, Millos L.², Haro S.³, Arancibia F.¹ ¹Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, ³Hospital del Salvador.

Introducción: Las causas de exacerbación de las EPID son múltiples. En muchos casos, no se logra objetivar un agente causal, catalogando como progresión de enfermedad. Sin embargo, de aquellos casos que se logra esclarecer el origen, la causa infecciosa sigue siendo la más frecuente, con agentes etiológicos similares a aquellos pacientes sin EPID. A continuación, presentamos un paciente con una neumonía, con un agente infeccioso poco habitual de Neumonía. **Descripción del caso:** Paciente de sexo masculino, de 76 años de edad con antecedente de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) secundario a Artritis reumatoide (AR) en tratamiento y seguimiento, hipotiroidismo y artrosis. Ingres a unidad de paciente crítico de nuestro centro en malas condiciones generales, con oxígeno 3 l/min, saturando 84% por cuadro de una semana de evolución caracterizado por disnea progresiva hasta mMRC 4 asociado a sensación febril y tos con expectoración mucopurulenta, sin otros síntomas asociados. A la auscultación pulmonar destaca murmullo pulmonar disminuido globalmente asociado a graznidos y crépitos difusos. Estudio complementario objetivo: elevación de fórmula leucocitaria (Leucocitos 27.470 K/ μ L 95% segmentados) y reactantes de fase aguda (PCR 243 mg/dL), gasometría arterial: acidosis respiratoria compensada, cultivo corriente de expectoración y hemocultivo periférico aeróbico I: *Salmonella spp* MS. AngioTC de tórax evidenció enfermedad intersticial crónica fibrosante progresiva, sobre infectada con focos de neumonía. Se interpreta cuadro de neumonía adquirida en la comunidad en paciente inmunosuprimido con EPID. Se inicia tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino, mejorando la clínica y parámetros inflamatorios a la baja. **Diagnóstico:** Neumonía por *Salmonella*. **Discusión:** El compromiso pulmonar por *Salmonella* es raro y excepcional. Su forma clínica focal se define por cualquier muestra distinta de heces positiva más datos clínicos o radiológicos. De los pacientes infectados con *Salmonella*, sólo un 2-5% desarrollan formas focales extradigestivas. Estas pueden ser bacteriemias o no. De los casos reportados en la literatura, la mayoría presentaban lesiones pulmonares preexistentes e inmunosupresión importante, la cual cumplía nuestro paciente (corticoides). Es fundamental profundizar la historia clínica, de exposición dirigida, con una anamnesis detallada donde incluya factores de inmunosupresión, infecciones de otros sistemas y hábitos.

BLOQUE TEMÁTICO: CÁNCER 2

Facilitadores: Dra. Virginia Linacre - Dr. Cristian Ibarra

CL47 - NÓDULO PULMONAR COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA.

Berríos R., Massé C., Berríos N., Descalzi F., Descalzi S. Clínica Alemana Santiago, Clínica Alemana Santiago, Hospital Padre Hurtado.

Introducción: Un nódulo pulmonar es una opacidad redondeada menor de 3 cm, y su diagnóstico diferencial es amplio. Aunque el adenocarcinoma es la causa maligna más común, los linfomas también pueden presentarse como nódulos pulmonares, ya sea como una lesión primaria o secundaria. El linfoma pulmonar primario (LPP) es una entidad rara que representa solo el 0.3% de los tumores pulmonares malignos, lo que lo convierte en un desafío diagnóstico. **Descripción del caso 1:** Paciente masculino de 70 años, exfumador, se realizó una radiografía de tórax como parte de un chequeo rutinario, que reveló un nódulo pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo. La TAC confirmó un nódulo de 15 mm con bordes espiculados y compromiso cisural. Un PET-CT mostró que el nódulo era discretamente hipermetabólico, lo que generó sospechas de neoplasia primaria. Se realizó una resección quirúrgica, y la biopsia reveló un linfoma MALT. **Caso 2:** Paciente masculino de 78 años, hipertenso y exfumador, en seguimiento por un nódulo en el lóbulo superior derecho. Una nueva TAC mostró un nódulo sólido de 12 mm en el lóbulo superior izquierdo. El PET-CT reveló un crecimiento a 16 mm y actividad hipermetabólica. Debido al crecimiento y sospecha de malignidad, se realizó una resección quirúrgica. La biopsia confirmó el diagnóstico de un linfoma difuso de células B grandes. **Caso 3:** Paciente masculino de 45 años, con antecedentes de linfoma no Hodgkin ocular y linfoma MALT gástrico. Como estudio cuenta con PETCT sin evidencia de SLP, pero con alteraciones parenquimatosas pulmonares bilaterales obs infecciosas o inflamatorias, y una biopsia de médula ósea que confirma un síndrome linfoproliferativo de estirpe B de bajo grado. Más tarde, una nueva TAC evidencia una lesión en el lóbulo superior derecho, por lo que se plantea el diagnóstico diferencial entre compromiso primario conocido versus neoplasia primaria pulmonar. Ante esto, se realizó una resección segmentaria atípica del lóbulo superior derecho. La biopsia confirmó la presencia de linfoma MALT. **Diagnóstico:** Linfoma pulmonar primario. **Discusión:** A pesar de ser una manifestación infrecuente, los linfomas pueden presentarse como nódulos pulmonares, y su reconocimiento es esencial para evitar retrasos en el diagnóstico. La TAC y el PET-CT juegan un rol clave en la caracterización inicial, pero sus hallazgos radiológicos pueden confundirse con infecciones o neoplasias más comunes, por lo que la biopsia es fundamental para el diagnóstico definitivo.

CL48 - TUMORES CARCINOIDES DE PULMÓN: ANÁLISIS DE UNA COHORTE EN UN CENTRO PRIVADO EN CHILE.

Buck M., Suárez F., Fica M., Villaroel R., Meneses M. Clínica Santa María.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos pulmonares corresponden al 30% de todos los tumores neuroendocrinos del organismo. Estas neoplasias constituyen alrededor del 20% de todos los tumores primarios del pulmón, siendo aproximadamente un 2% tumores carcinoides. La OMS los subdivide en típicos o atípicos, basándose principalmente en el recuento de mitosis por 2 mm² y la presencia de necrosis. Suelen tener crecimiento lento y son asintomáticos. Este trabajo busca presentar la experiencia de un centro en una cohorte de pacientes, mostrando el abordaje terapéutico, resultados quirúrgicos y seguimiento. **Pacientes y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes tratados por tumores carcinoides pulmonares desde enero de 2018 a diciembre de 2023, en un centro privado en Chile. Los datos se extrajeron de los registros médicos. La clasificación tumoral se basó en la biopsia/pieza quirúrgica, representativa en el 100% de los casos. Se analizaron variables clínicas, terapéuticas y demográficas para evaluar supervivencia y resultados. **Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes diagnosticados con tumor carcinoide. Veinte mujeres y catorce hombres. La edad promedio de los pacientes fue 58 años, con una mediana de 64 años. El 64% de los pacientes presentó localización derecha del tumor. Dieciséis pacientes presentaron componente endobronquial. El tipo de resección se eligió según tamaño y localización, realizándose con mayor frecuencia resecciones segmentarias. El abordaje principal fue videotoracosopia y la causa de conversión más frecuente se relacionó con adherencias pleuroparenquimatosas. La estancia hospitalaria fue en promedio de cinco días y la morbilidad estuvo presente en un 31%; siendo grado I de Clavien-Dindo en la mayoría de los casos. En esta serie la supervivencia fue de un 100%. **Conclusión:** Los tumores carcinoides pulmonares son relativamente poco frecuente, pero parece haber una tendencia al aumento en las últimas décadas. Los carcinoides típicos corresponden aproximadamente al 80% de los tumores carcinoides pulmonares y la edad de presentación tiende a ser más temprana en comparación a los atípicos, además de no tener relación con la exposición a tabaco. La mayoría tiene un comportamiento indolente, con evolución favorable y supervivencia sobre el 90% a cinco años, con tratamiento adecuado. Los síndromes clínicos secundarios a la producción de péptidos, como el síndrome carcinoide, son poco frecuentes. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para este tipo de neoplasias.

CL49 - LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA EN MUJER JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vidal D.², Vega C.¹, Carrasco D.¹, Piderit C.², Yáñez J.², Grbic M.², Andrade S.², Pozo V.², Riquelme C.². ¹Hospital Víctor Ríos Ruiz, ²Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad pulmonar quística poco frecuente. Su prevalencia real está subestimada, descrita en 3,4-7,8 casos por millón de mujeres, edad promedio 35 años. Se asocia a destrucción quística pulmonar y tumores abdominales. Considerada una neoplasia de bajo grado de origen poco claro. Existen 2 teorías, un origen vascular o de las vías respiratorias, y la segunda como una leucemia mieloide aguda que se disemina al pulmón. La disnea es la manifestación más frecuente (70%), seguida del neumotórax (40%). Se presenta asociada a esclerosis tuberosa o puede ser de presentación esporádica en un 85%, con mutaciones somáticas a nivel del gen TSC2 asociada a la activación de las vías de traducción, proliferación de proteínas y disminución de autofagia. Su manejo es con inhibidores de mTOR. A continuación, el caso descrito en nuestro centro. **Descripción del caso:** Paciente de 41 años, operada de endometrioma el 2016, fumadora de marihuana por 20 años, vendedora de alimentos de mascotas, sin antecedentes relevantes, ni consumo de fármacos. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución de disnea progresiva exacerbada en las últimas 3 semanas, hemodinamia estable. Radiografía de tórax muestra neumotórax izquierdo. Niega trauma reciente. Se instala pleurostomía, sin complicaciones. Tomografía de tórax, muestra neumotórax moderado izquierdo, con enfermedad pulmonar quística bilateral, considerar LAM. Se realiza biopsia pleural y pleurodesis por videotoracoscopia, protocolo describe pulmón con antracosis y múltiples bulas pequeñas. Estudio con ANA y anti DNA negativos. Biopsia espacios quísticos con nódulos murales de células usadas inmunorreactivas para SMA, HMB45, RE y RP compatible con LAM. Se programa control ambulatorio y evaluar inicio de tratamiento. **Diagnóstico:** Linfangioleiomiomatosis. **Discusión:** La LAM presenta importante morbimortalidad, requiriendo múltiples intervenciones. Se asocia a angiomiolipomas, linfadenopatías, ascitis y quilótorax. El gold estándar del diagnóstico es la biopsia pulmonar, con hallazgos presentes en esta paciente, sin embargo, es clave la sospecha con las imágenes de lesiones quísticas bilaterales. El avance en el conocimiento del mecanismo de acción de las mutaciones ha permitido mejoras en el tratamiento y búsqueda de biomarcadores. El tratamiento se basa en inhibidores de mTOR, y el trasplante pulmonar, con una sobrevida de 94% al año, 73% y 55% a los 5 y 10 años respectivamente.

CL50 - NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CLAVE PARA SOSPECHA DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

Vásquez J., Vega C., Carrasco D., Weldt J., Tirapegui F. Hospital de Los Ángeles.

Introducción: Los quistes pulmonares son comúnmente evidenciadas en imágenes radiológicas del tórax (2), hay una variedad de diagnósticos diferenciales, la linfangioleiomiomatosis (LAM) es uno de ellos. Es una enfermedad neoplásica sistémica poco frecuente, caracterizada por proliferación excesiva de células musculares lisas a partir de vasos linfáticos, sanguíneos y vías aéreas, que afecta casi exclusivamente a mujeres, asociada a compromiso pulmonar quístico, tumores abdominales y complicaciones linfáticas. Se estima una prevalencia de 5/1.000.000 de mujeres. La presentación más frecuente de esta enfermedad rara es el neumotórax, hasta en un 50%. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 39 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en el servicio de urgencias por dolor tipo pleurítico de 1 semana de evolución, que el día de la consulta se asocia a disnea súbita. Se realiza radiografía de tórax que evidencia neumotórax derecho por lo que se realiza pleurostomía y se realiza control con TAC con pulmón completamente expandido y lesiones quísticas múltiples bilaterales. Por lo anterior, se decide hospitalizar. Durante hospitalización, se discute caso con TAC de tórax categórico de LAM con múltiples quistes pulmonares bilaterales hasta 15 mm y nódulos, por lo que se descarta biopsia pulmonar, pero se decide pleurodesis quirúrgica y estudio para trasplante pulmonar. Posterior a procedimiento, evolución favorable, se decide alta y control con estudio de función pulmonar. En policlínico de broncopulmonar se evalúa espirometría y DLCO dentro de parámetros normales, asintomática desde el punto de vista respiratorio en los últimos controles, por lo que se decide presentar al Instituto Nacional del Tórax para eventual trasplante pulmonar. **Diagnóstico:** Linfangioleiomiomatosis. **Discusión:** Los pacientes con LAM pueden ser asintomáticos o cursar con disnea de larga data, en este caso, la paciente fue diagnosticada a partir de un neumotórax espontáneo. Si bien el dolor pleurítico no es característico de esta enfermedad, se ha descrito previamente en la literatura en casos clínicos como sintomatología de presentación. En el contexto de la alta tasa de recurrencias, se recomienda videotoracosopia con pleurodesis abrasiva al primer episodio. El trasplante pulmonar es una opción terapéutica con sobrevida importante, se describe una tasa de sobrevivencia de un 94% al año, por lo cual se realizó el estudio correspondiente y se presentó para trasplante pulmonar.

BLOQUE TEMÁTICO: OXIGENOTERAPIA Y VENTILACIÓN MECÁNICA

Facilitadores: Dr. Mauricio Riquelme - Dr. Víctor Leiva

CL51 - USO DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN PACIENTES DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO.

Lux S.^{1,2}, Donoso C.¹, Mosqueira L.¹, Pérez F.^{1,2}, Garat G.^{1,2}. ¹Unidad de Tratamiento Intermedio, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. ²Facultad de Medicina, Campus Sur, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La broncoscopia flexible en general es un procedimiento seguro. En pacientes de una unidad de tratamiento intermedio (UTI) puede aumentar el riesgo de complicaciones entre ellas la hipoxemia. El uso de la cánula nasal de alto flujo (CNAF) en pacientes de UTI podría reducir el riesgo de hipoxemia. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva donde se incluyeron pacientes ingresados en UTI a los que se les realizó una broncoscopia flexible y que se utilizó CNAF u otro dispositivo para el procedimiento entre enero de 2023 y mayo de 2024 en el Hospital Barros Luco Trudeau de Santiago de Chile. Se revisó registro clínico, laboratorio general e imágenes. Se revisó indicación de broncoscopia, técnica utilizada, dispositivo de oxigenación utilizado y complicaciones del procedimiento. Se excluyeron los pacientes que utilizaron VMNI o que portaban traqueostomía. A partir de estos datos se generaron dos grupos: los que utilizaron CNAF y los que no utilizaron CNAF durante la broncoscopia flexible y se comparó las complicaciones respiratorias y se calculó el riesgo de desaturar no utilizando CNAF. Aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio Metropolitano Sur de Santiago de Chile código 66-05072024. **Resultados:** Los pacientes que usaron CNAF (n=47) desaturaron ($SpO_2 < 90\%$) menos (23,4% vs. 53,8%, $p = 0,034$) y presentaron una saturación mínima promedio mayor (93,3% vs. 85,9%, $p = 0,014$) comparado con el grupo que no usó CNAF (n=13). Se observó que el grupo que no utilizó CNAF tuvo un riesgo mayor de desaturación (OR 3.81; 1,03-11,14; $p = 0,045$). **Conclusiones:** El uso de CNAF en broncoscopia permite un buen perfil de oxigenación y disminuye el riesgo de saturación $< 90\%$.

CL52 - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESATURAR DURANTE BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE USANDO CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES DE UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO.

Lux S., Donoso C., Mosqueira L., Pérez F., Garat G. Hospital Barros Luco.

Introducción: La broncoscopia flexible en general es un procedimiento seguro. En pacientes de una unidad de tratamiento intermedio (UTI) uno de los riesgos es la hipoxemia. El uso de la cánula nasal de alto flujo (CNAF) en pacientes de UTI podría reducir el riesgo de hipoxemia; sin embargo, parece relevante determinar cuáles son los pacientes que a pesar de este dispositivo podrían desaturar. **Materiales:** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva donde se incluyeron pacientes ingresados en unidades de cuidados intermedios a los que se les realizó una broncoscopia flexible y que se utilizó CNAF para el procedimiento entre enero de 2023 y mayo de 2024 en el Hospital Barros Luco Trudeau de Santiago de Chile. Se revisó registro clínico, laboratorio general e imágenes. Se revisó indicación de broncoscopia, técnica utilizada, dispositivo de oxigenación utilizado y complicaciones del procedimiento. Se analizó cuales eran los factores de riesgo que predisponían a desaturar ($SpO_2 < 90\%$). **Resultados:** De los pacientes que usaron CNAF ($n = 47$) desaturaron 11 (23,4%) y presentaron una saturación mínima promedio de 93,3%. La PaO_2/FiO_2 promedio previo a la broncoscopia fue de 242,2 mmHg y 12 pacientes estaban conectados a CNAF previo al procedimiento. Se analizó cuales eran los factores de riesgo que predisponían a desaturar a pesar de utilizar CNAF. Estos eran: tabaquismo (OR = 8,0; IC 1.007-91,70; $p = 0,038$), la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) (OR = 14; IC 3.056-66,40; $p = 0,001$) y la $SaO_2/FiO_2 < 250$ mmHg (OR = 10,11; 2,21-41,27; $p = 0,038$). **Conclusiones:** El uso de CNAF en broncoscopia permite un buen perfil de oxigenación y un poco menos de un cuarto de los pacientes que utilizaron CNAF desaturaron. El tabaquismo, la EPID y la $SaO_2/FiO_2 < 250$ mmHg eran factores de riesgo para desaturar.

CL53 - VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA, ÚLTIMOS 20 AÑOS, INDICACIONES, MODOS VENTILATORIOS, INTERFACES Y ADHERENCIA.

Maquilón C., Antolini M. Clínica Dávila.

Introducción: La prevalencia de pacientes ventilados en domicilio (VMD) varía entre 2,2/100.000 hab. (Polonia) hasta 38/100.000 hab. (Suiza), esto depende de la organización de los sistemas de salud y de las coberturas entregadas por los seguros estatales o privados. Nuestro objetivo es describir algunas variables de la VMD en diferentes países o regiones. **Materiales:** Se analizaron 11 publicaciones de varios países, sobre VMD y 4 revisiones sobre gestión o consensos, se describen los diagnósticos más frecuentes, los niveles de PaCO₂ al ingreso, los modos ventilatorios, las presiones usadas y las frecuencias de respaldo programadas. Se muestran las horas promedio de uso (adherencia). **Resultados:** La proporción de pacientes con EPOC, enfermedades neuromusculares (NM) y Síndrome hipoventilación Obesidad (SHO) que iniciaron VMD varió según los países y la década en que se realizó el estudio. En Alemania la EPOC representó el 31,8%, en Suiza el 39% y en Chile el 35%, la frecuencia de los pacientes con SHO en Chile fue de 23,9%, en Suecia del 28%, en Suiza el 34% y en Australia y Nueva Zelandia del 31%. El Dr. J P Janssens hace 20 años reportó que un 31% de sus pacientes usaron ventiladores ciclados por volumen, mientras que un 62% empezaron con equipos *Bilevel* (equipos gatillados por flujo y limitados por presión), en años recientes Cantero y Maquilón, usaron principalmente ventiladores Bilevel y solo reportaron uso de ventiladores volumétricos para los pocos pacientes ventilados por TQT, el 94% de los pacientes que se manejaron en forma no invasiva (VNI) lo hicieron con equipos Bilevel y el 83% de ellos en modalidad S/T. Las presiones inspiratorias usadas (IPAP) fueron entre 16 y 26 cmH₂O, las presiones espiratorias (EPAP) entre 2 y 10 cmH₂O. En Alemania se usaron las presiones inspiratorias más altas de todas las series y lograron los descensos más significativos de la PaCO₂. La interface más usada fue la Oro Nasal y su frecuencia varió entre 62% a 94,8% de los pacientes en VNI, el grupo del Dr. Windisch uso regularmente mascarera nasal. La adherencia fue de 7 horas en promedio en todas las series independiente de los diagnósticos de base. **Conclusiones:** El éxito en el desarrollo de un programa de VMD, depende de: 1. Políticas de reembolso adecuadas; 2. El trabajo en red entre prestadores de salud (privados o estatales), médicos, enfermeras, cuidadores y aseguradores; 3. Centralización de la valoración, ingreso y seguimiento de los pacientes en pocos centros; 4. Los equipos *bilevel* en modo S/T con frecuencia de respaldo son los más usados; 5. Programar las IPAP más altas toleradas sin sacrificar la adherencia.

CL54 - IMPACTO DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS EN ADULTOS CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. PILOTO DE UN ENSAYO CLÍNICO CROSSOVER MODIFICADO.

Ramírez I., Moreno A., Jiménez I., Muñoz V., Acevedo C., Melo J., Sepúlveda C., Linacre V., Gutiérrez-Arias R. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La utilización de la cánula nasal de alto flujo (CNAF) mejora la tolerancia al esfuerzo físico en personas con patologías respiratorias crónicas. Sin embargo, se desconoce su efecto en adultos candidatos a trasplante pulmonar (LTx) que se encuentran hospitalizados. Nuestro objetivo fue describir el impacto de la CNAF en la capacidad funcional de realizar ejercicio en adultos hospitalizados candidatos a LTx. **Materiales:** Piloto de un ensayo clínico *crossover* modificado realizado entre agosto-septiembre de 2024 en la unidad de rehabilitación intrahospitalaria pre-trasplante del Instituto Nacional del Tórax. Incluimos adultos candidatos a LTx hospitalizados por deterioro clínico para mejorar su función física y nutricional previo a la cirugía. Aplicamos 4 pruebas de caminata de 6 minutos (PC6M), uno con aporte de 15 lpm de O₂ mediante mascarilla con reservorio, y 3 con CNAF a 40, 50 y 60 lpm de flujo. El orden de las PC6M fue aleatorio y realizados cada 3 días. Registramos la distancia caminada, respuesta cardiorrespiratoria, disnea, fatiga de extremidades inferiores (EEII), y el tiempo de vuelta a su condición de reposo. Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (#060824). **Resultados:** Incluimos 4 pacientes en espera de trasplante pulmonar, 50% mujeres. La paciente con hipertensión pulmonar (HTP) idiopática, y las tres con enfermedad pulmonar difusa e HTP secundaria, ingresaron a la lista de espera a mediados del año 2023. Su presión sistólica de arteria pulmonar medida con ecocardiografía al momento del estudio fue de 100 y 63 mmHg, respectivamente. Todos los pacientes tendieron a caminar más con el uso de CNAF, aumentando entre 81 y 174 metros con respecto al basal. El número de detenciones fue menor con la CNAF. Esto se tradujo en un aumento de 40% de tiempo caminado. La disnea fue menor con CNAF a 60 lpm, disminuyendo 2 y 5 niveles con respecto a la PC6M basal, hasta un Borg de 6 y 2, respectivamente. No detectamos cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria, fatiga de EEII, ni saturación periférica de oxígeno, durante y hasta 10 minutos después de las pruebas. No existieron eventos adversos durante el estudio. **Conclusiones:** La utilización de CNAF podría mejorar la capacidad funcional de realizar ejercicio en adultos hospitalizados candidatos a LTx. Es necesario reclutar más pacientes para evaluar confiablemente el impacto de la CNAF en esta población

BLOQUE TEMÁTICO: CASOS CLÍNICOS

Facilitadores: Dra. Claudia Sepúlveda - Dr. Matías Florenzano

CL55 - MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ibar MP., Orrego C., Vega F. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco.

Introducción: La malformación arteriovenosa pulmonar (MAVP) es la comunicación anómala entre ramas de la arteria y vena pulmonar, sin paso de sangre por el lecho capilar pulmonar y con el consiguiente cortocircuito. Las MAVP son infrecuentes y más frecuentes en el género femenino (2:1). La mayoría son de origen congénito. Entre las formas secundarias se encuentran: post traumática, infecciosa, cirrosis hepática, cirugía torácica y en cardiopatías congénitas complejas. Pueden ser únicas, múltiples, bilaterales o unilaterales, su ubicación más frecuente es en los lóbulos inferiores. De tamaño variable. En el 95% de los casos el aporte vascular va a depender de la circulación pulmonar. Hasta el 50% son asintomáticos. Cuando hay sintomatología es secundaria al shunt derecha-izquierda que se crea en el interior de la MAV, siendo la disnea durante el ejercicio el síntoma más frecuente. **Descripción del caso:** Paciente femenina, de nacionalidad filipina, de 42 años que presenta desde la infancia disnea progresiva, acentuada el último año hasta mMRC III, asociado a epistaxis frecuentes, cefalea holocraneana y mareos. En 2022 tuvo cuadro de disnea e insuficiencia respiratoria por COVID; en el cual se realiza TC de tórax donde se evidencia MAVP. Se realizó angioRNM cerebral: Normal. Ecocardiograma: normal. Función pulmonar: DLCO: 13,96 ml/min/mmHg (62%), Espirometría: CVF: 1,88 L (53%) VEF₁: 1,64 L (57%). AngioTAC tórax: Gran ovillo de malformación con al menos 3 ramas venosas susceptibles de embolización. Embolización: Se logra oclusión 85% de MAV con PLUG AVP2, sin incidentes. Post procedimiento se apoyó con CNAF, se logró retiro precozmente. Sin déficit neurológico ni otras complicaciones posteriores. Evoluciono en buenas condiciones generales, sin requerimientos de oxígeno adicional, sin disnea. **Diagnóstico:** malformación arteriovenosa pulmonar. **Discusión:** Las MAVP son comunicaciones directas anómalas entre las arterias y venas pulmonares, sin presencia de lecho capilar entre ellas, que condicionan el desarrollo de un shunt derecha-izquierda. Aunque habitualmente son asintomáticas, en su desarrollo pueden provocar cuadros hemorrágicos o embólicos potencialmente mortales. El objetivo principal del tratamiento es reducir el shunt vascular y disminuir la tasa de morbimortalidad global. El tratamiento se indica en todas las MAVP sintomáticas o con fenómenos de embolización paradójica, cuando hay un aumento progresivo de su tamaño, y también en aquellas que, aunque asintomáticas, tengan arterias nutricias con diámetro mayor o igual a 3 mm.

CL56 - ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER, UN DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO.

Vidal D., Piderit C., Yáñez J., Mora F., Aguayo M., Salazar F., Andrade S., Grbic M. Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción.

Introducción: La Enfermedad de Erdheim Chester es un trastorno mielóide clonal, con una frecuencia baja, clasificada dentro del grupo L junto con Histiocitosis de Langerhans. Se presenta en hombres, entre 40 y 70 años. Con una clínica variable, desde formas asintomáticas hasta mortales. El compromiso óseo es lo más frecuente, y el pulmonar está en el 13% de los casos (engrosamiento pleural, nódulos centrolobulillares). El pronóstico y tratamiento dependen del órgano comprometido, y de las mutaciones presentes al diagnóstico. **Descripción del caso:** Paciente masculino 72 años, antecedentes de cáncer testicular operado. Consulta por disnea mMRC:2, desde octubre de 2019. Evaluado por médico particular, indicó prednisona. 2 semanas post suspensión reinicia con mayor disnea, astenia. Radiografía de tórax, sugerente de fibrosis pulmonar. Se deriva a broncopulmonar en hospital. En evaluación impresiona aumento de disnea mMRC3, sin tos, expectoración, fiebre, ni síndrome consuntivo. TC de tórax muestra signos de enfermedad pulmonar intersticial difusa, fibrosis en lóbulos superiores, engrosamiento pleural bilateral difuso. Se toma imagen con contraste, muestra colección pleural derecha con empiema y engrosamiento pleural difuso. Nefropatía bilateral difusa, engrosamiento de glándulas suprarrenales. Espirometría alteración ventilatoria restrictiva severa. Ecocardiograma hipertrofia ventricular izquierda, función sistólica normal, insuficiencia leve aórtica, mitral y tricúspidea. Se toma biopsia pleural y pulmonar, que describe tejido pleural con inflamación crónica fibrosante inespecífica. Tejido pulmonar con engrosamiento de los tabiques. Fibrosis subpleural y paraseptal en pleura visceral. Macrófagos alveolares pigmentados. En control de imagen destaca hallazgos consistentes con enfermedad de Erdheim-Chester, afectación perirrenal, aórtica, pleural y pulmonar. Se reevalúan biopsias. Inmunohistoquímica CD68 (+), Factor XIIIa (+), S100 y CD1a (-). Paciente fallece de sobreinfección pulmonar 2022. **Diagnóstico:** Enfermedad Erdheim-Chester. **Discusión:** Esta afección rara e infrecuente, debe considerarse en adultos con enfermedad crónica multisistémica, como el caso clínico. Las manifestaciones cardinales; lesiones óseas múltiples, xantelasma, compromiso retroorbitario, fibrosis periaórtica y retroperitoneal, infiltración pericárdica y diabetes insípida. Un 10% pueden tener una neoplasia mielóide. El diagnóstico se realiza con biopsia, mutaciones de genes (BRAFV600E) e imágenes. El tratamiento son anticitocinas e inhibidores de MAPK. JI.

CL57 - INFARTO PULMONAR CAVITADO SECUNDARIO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: REPORTE DE CASO.

Gallardo F., Araya R., Soto L., Maureira M., Ugarte H., Tapia J. Hospital San Pablo de Coquimbo.

Introducción: El infarto pulmonar (IP) es el resultado de la oclusión vascular de la circulación arterial pulmonar, que conlleva a la necrosis del parénquima. El IP se puede encontrar en el 10 a 50% de los casos de tromboembolismo pulmonar (TEP). La cavitación pulmonar asociada al infarto pulmonar es un evento muy poco frecuente, descrito principalmente en serie de autopsias con reporte de 4-5% de los IP. Se pueden presentar tanto como cavitaciones asépticas, como cavitaciones sobre infectadas. **Descripción del caso:** Paciente sexo femenino de 78 años. Consultó por 48 horas de evolución de disnea de mínimos esfuerzos y tos productiva. Al examen físico crépitos en campo pulmonar derecho y aumento de volumen doloroso en extremidad inferior izquierda. Se obtuvo panel molecular respiratorio positivo para Influenza A. En angio tomografía computada (TC) de tórax se visualizó defecto de llene endoluminal en rama arterial segmentaria apical del lóbulo superior derecho compatible con TEP asociado a gran lesión de 8 cm en diámetro máximo con signo del halo reverso, compatible con un IP. Se realiza ecotomografía Doppler de extremidades y se constata trombosis venosa profunda (TVP) femoral común izquierda. Se inició soporte respiratorio inicialmente con oxigenoterapia de bajo flujo, antimicrobianos y anticoagulación. A las 72 horas de ingreso presenta mayor apremio ventilatorio requiriendo conexión a cánula nasal de alto flujo hasta FiO₂ 0,70, polipnea 30 por minuto y mala mecánica ventilatoria, se decide intubación orotraqueal e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos. **Diagnóstico:** Se realiza nuevo angioTC y evidenció el TEP ya conocido y extensa lesión cavitada asociada. Evolucionó con shock séptico refractario, requiriendo dosis altas de noradrenalina y vasopresina. Se inició bloqueo neuromuscular y prono, sin embargo, pese a las medidas posteriormente fallece. **Discusión:** La etiología inicial del cuadro clínico del paciente, orienta su origen a una TVP, seguida de un TEP, luego de un IP secundario, finalizando en una cavitación pulmonar sobre infectada. La infección de la cavitación se sospechó dado el tamaño de la cavidad, la presencia de condensación peri cavidad y la presencia de contenido denso dentro de la cavidad, sumado a la clínica de la paciente con shock progresivo y necesidad creciente de vasoactivos y aumento del soporte ventilatorio. Se requiere de mayores reportes de casos considerando la literatura respecto a esta complicación es limitada, y el IP es apenas abordado o referido en las guías de TEP.

CL58 - ENFERMEDAD RELACIONADA A INMUNOGLOBULINA G4, EL GRAN SIMULADOR. REPORTE DE CASO.

Núñez M., Schmidt A., Maturana J., Riquelme C., Vidal D., Piderit C., Yáñez J., Aguayo M. Hospital Guillermo Grant Benavente y Hospital Víctor Ríos Ruiz. Concepción.

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4, es inmunomediada fibroinflamatoria multisistémica. Su incidencia y prevalencia global es de 3,1 casos por 100.000 personas, frecuente en hombres con edad promedio de 50 a 60 años y el único factor de riesgo modificable es el tabaco. Un estímulo desconocido desencadenaría una respuesta inmune, activando las células B y los fibroblastos, generando fibrosis. Presentación subaguda, con compromiso multisistémico con pseudo-tumores fibrosos en páncreas, retroperitoneo, glándulas salivales y ganglios linfáticos. Los pacientes presentan baja de peso, xerostomía (37%), aumento de volumen de glándulas salivales (16 -79%), dolor abdominal y linfadenopatías (19-76%). El diagnóstico se basa en hallazgos imagenológicos, elevación de IgG4 sérica y la biopsia que muestra un infiltrado linfoplasmocitario denso, fibrosis estoriforme, flebitis obliterante e infiltrados de células plasmáticas IgG4 (+). El tratamiento son los corticoides y el uso de inmunosupresores reduce las recaídas. **Descripción del caso:** Varón 61 años, chileno, camionero, oriundo de Concepción, con tabaquismo suspendido e historia de disnea de 2 años de evolución, que progresa hasta mínimos esfuerzos el último mes, asociado a tos productiva, cefalea y compromiso de estado general. Sin baja de peso, afebril, sin otros síntomas. TC de tórax: múltiples focos de condensación bilaterales, árbol en brote y compromiso intersticial peribronquial. Laboratorio: leucocitosis, trombocitosis. *Genexpert* MTB/RIF tuberculosis, panel viral y cultivo de secreción bronquial, (-). IgG alta, VIH, VDRL, estudio inmunológico (-). Lavado broncoalveolar con microbiología (-). Biopsia: mucosa bronquial con fibrosis e inflamación crónica activa, con componente histiocitario. TC de abdomen y pelvis: tejido con densidad de partes blandas perirrenal bilateral y periaórtico. Biopsia tejido perirrenal: tejido fibroso, inflamación crónica linfoplasmocitaria, fibrosis colágena densa y proliferación de vasos de pared delgada. Gran cantidad de células plasmáticas con IgG4 citoplasmática. Se confirma ER-IgG4 inicia tratamiento con prednisona, evolucionando favorablemente. **Diagnóstico:** Enfermedad relacionada a IGG4. **Discusión:** El diagnóstico de ER-IgG4 es de descarte. El compromiso pulmonar (consolidaciones pulmonares) es difícil de diferenciar de otras causas, y su compromiso aislado es muy infrecuente (1 a 9%). El análisis debe ser multidisciplinario, y la biopsia ayuda al diagnóstico, pero no se puede confirmar sin evidenciar una mejoría clínica e imagenológica, tras el tratamiento.

CL59 - COMPLICACIÓN INFRECUENTE Y GRAVE EN PACIENTE ANTICOAGULADA POR TEP: TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA.

Piderit C., Vidal D., Nahuelpán B., Yáñez J. Universidad de Concepción, Hospital Regional Concepción.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología frecuente cuyo manejo depende del riesgo del paciente. La base es la anticoagulación, usualmente iniciada con heparina. Esta terapia es ampliamente utilizada en el ámbito hospitalario y, en general, es segura; sin embargo, no está exenta de complicaciones que pueden ser graves, principalmente hemorrágicas. Existe también trombocitopenia y trombosis como complicación infrecuente. Presentamos un caso clínico de una paciente que recibió heparina no fraccionada (HNF) y desarrolló una complicación poco frecuente y grave: trombocitopenia inducida por heparina (HIT). **Descripción del caso:** Mujer, 41 años, doble anticoncepción por metrorragia. Una semana de disnea y dolor torácico. Taquicárdica, en insuficiencia respiratoria. Hemoglobina 10,8 g/dL, dímero D 6.377 µg/L, lactato 26 mg/dL, troponina 0,1 ng/L. AngioTC de tórax: TEP agudo bilateral, sobrecarga derecha. Trombectomía mecánica ese mismo día. Luego infusión continua de HNF. Descarte trombosis venosa con ecodoppler de extremidades inferiores. Evolución favorable. Octavo día de tratamiento mayor insuficiencia respiratoria y dolor de extremidad inferiores, plaquetas 50.000/µL. Además, aumento de carga trombótica en arterias pulmonares, nuevos trombos arteriales y venosos en extremidades inferiores. Cambio de terapia a fondaparinux. Anticuerpo (Ac) anti factor plaquetario 4 (FP4) positivo fuerte. Cambio terapia a dabigatrán. Mejoría clínica y normalización de plaquetas. Ecocardiograma test de burbujas positivo, cierre de foramen oval endovascular. Instalación de filtro de vena cava, trombectomía y embolectomía. Evoluciona en buenas condiciones generales y alta. **Diagnóstico:** Trombocitopenia inducida por heparina. **Discusión:** El HIT es una enfermedad inmunomediada con alta mortalidad. Incidencia 0,2% en hospitalizados. Su forma leve es la más común. Forma grave se asocia a trombosis arterial y/o venosa y elevada mortalidad. Es importante un alto nivel de sospecha, especialmente en pacientes con factores de riesgo, para suspensión inmediata de heparina. Probabilidad clínica debe evaluarse rápidamente con puntaje de 4T: trombocitopenia, tiempo, trombosis y otras causas de trombocitopenia. En este caso la suspensión apenas se sospechó el cuadro fue crucial para el resultado favorable. Lamentablemente las terapias de elección son de alto costo y poco disponibles. Alternativas aceptadas, pero "off label" son el fondaparinux y los anticoagulantes directos.

BLOQUE TEMÁTICO: SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Facilitadores: Dr. Fernando Saldías - Dra. Vivianne Agar

CL60 - SEGUIMIENTO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA EN TRATAMIENTO CON ELEXACAFITOR / TEZAXCAFTOR / IVACAFITOR (ETI).

Osses F., Melo J., Irazoqui P., Correa MT., Benavides G., Fritzsche N. Instituto Nacional del Tórax, Clínica Universidad de Los Andes.

Introducción: ETI es una terapia para pacientes con Fibrosis Quística (FQ), que tienen al menos una mutación DF508 del gen regulador de conductancia transmembrana, y que se asocia a mejoría en Índice de Masa Corporal (IMC), función pulmonar y reducción significativa de exacerbaciones pulmonares. **Materiales:** Análisis retrospectivo de registros clínicos de pacientes adultos que han recibido ETI en 3 centros hospitalarios. Se incluyeron edad, sexo, IMC, tipo de mutación, severidad, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF_1) en ml y porcentaje del predicho (%), soporte ventilatorio, exacerbaciones ambulatorias y hospitalarias previo al inicio de ETI y se siguieron dichas variables a 3, 6 y 12 meses de terapia, y se documentaron los efectos adversos. Se realizó estadística descriptiva y evaluación de significancia. **Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes en tratamiento con ETI de febrero de 2022 a agosto de 2024. Un 57,6% fueron mujeres y la edad promedio fue de 26,4 años (rango 17-71). 40,6% tenía enfermedad pulmonar avanzada y 86,6% insuficiencia pancreática. Un 97% tenía al menos una mutación DF508. Peso basal $53,3 \pm 10,9$ kg, con mediana (MED) 49,3 kg e IMC promedio 20,7. Con ETI hubo mejoría significativa de parámetros nutricionales, observándose un peso de $57,6 \pm 10,7$ kg a 3 meses ($p=0,018$), de $57,0 \pm 12,9$ kg a 6 meses ($p=0,001$), y de $59,4 \pm 11,5$ kg a 12 meses (p). **Conclusiones:** Pacientes adultos con fibrosis quística tratados con ETI mostraron beneficios clínicos con mejoría significativa en parámetros nutricionales y función pulmonar, además de disminuir las exacerbaciones y hospitalizaciones de causa respiratoria. Los efectos adversos fueron leves y transitorios.

CL61 - ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, RESULTADOS DE UN POLI-CLÍNICO MULTIDISCIPLINARIO, CLÍNICA DÁVILA, CHILE.

Earle N., Maquilón C., Urtubia V., Gutiérrez CH., Fajre M., Antolini M., Paredes E., Capel F., Mac - Clure C. Clínica Dávila.

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad incurable de los adultos, caracterizada por una selectiva degeneración de la neurona motora en el lóbulo fronto-temporal, tronco cerebral y cordón espinal, causa una atrofia progresiva y debilidad de los músculos de todo el cuerpo, la incidencia reportada es de 2,2 / 100.000 y la prevalencia estimada es de 9,9 / 100.000, Su manejo clínico es complejo por el retardo frecuente en el diagnóstico, la dificultad para la movilización de los pacientes y los diferentes especialistas que deben evaluarlos. **Materiales:** Entre mayo de 2018 y abril del año 2023, los pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico confirmado de ELA y derivados al poli de ELA, fueron evaluados en forma consecutiva y después controlados trimestralmente. En cada control, neurólogo, fisiatra, neumólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogo y nutricionista, evaluaban durante 30 minutos a cada paciente, al final en una sesión conjunta, se realizaba la discusión de cada caso y la confección del informe que era enviado al paciente y o su tratante, en esta reunión participaban además la asistente social y la neuro psicóloga. Se registraba el ALSFRS 1, el MoCA, Presión inspiratoria máxima (PIM), Flujo máximo de la tos, espirometría, y capacitación para uso de VNI y del equipo Tobii Dynavox. **Resultados:** Se evaluaron y controlaron 148 pacientes, los hombres fueron un 57%, la edad promedio 59,7 (\pm 11,8) años, 54% de los pacientes tenían seguro de salud estatal. La forma Bulbar de debut representa el 33% y tienen un promedio de edad mayor que los no bulbares ($p=0,0045$) y es más frecuente en mujeres. Un 54,5% usó VNI, un 28% se realizó gastrostomía (GTT) y un 14% traqueotomía (TQT) electiva más ventilación domiciliaria. El ALSFRS1 no mostró diferencias entre el grupo no bulbar y bulbar al momento de la primera consulta y su valor fue $31,4 \pm 9,6$ y $30,4 \pm 9,1$ respectivamente. La Capacidad Vital forzada (CVF) como porcentaje del teórico y la Presión Inspiratoria máxima (PIM) como valor absoluto fueron significativamente menores en pacientes con debut bulbar, $p= 0.0123$ y $p=0.0265$, respectivamente **Conclusiones:** El 33% de nuestros pacientes tienen un debut Bulbar, no hubo diferencias en los valores del ALSFRS 1, entre las dos formas clínicas, pero la CVF y la PIM fueron significativamente menores en el debut Bulbar. La CVF y PIM permiten una evaluación funcional respiratoria inicial más objetiva que el puntaje ALSFRS 1.

CL62 - REHABILITACIÓN PULMONAR INTRAHOSPITALARIA BASADA EN EJERCICIO EN ADULTOS CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO.

Gutiérrez-Arias R.¹, Guajardo-Latorre N.¹, Ramírez I.¹, Abuel F.², Moreno A.¹, Donoso E.¹, Melo J.¹, Sepúlveda C.¹, Linacre V.¹. ¹Instituto Nacional del Tórax, ²Universidad del Desarrollo.

Introducción: Los candidatos a trasplante pulmonar (LTx) tienen una menor capacidad de ejercicio. La rehabilitación pulmonar (RP), que habitualmente se realiza en el ambulatorio, es crucial para mantener y mejorar su función neuromusculoesquelética y cardiorrespiratoria. Nuestro objetivo fue evaluar la factibilidad de implementar un programa de RP intrahospitalaria en adultos candidatos a LTx. **Materiales:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo, el cual fue aprobado por el CEC-SSMOriente (# 3011024-4). Incluimos adultos candidatos a LTx que ingresaron a la unidad de rehabilitación intrahospitalaria pretrasplante del Instituto Nacional del Tórax entre septiembre de 2022 y marzo de 2024. Consideramos pacientes ingresados a la lista de espera de LTx o que fueron hospitalizados para completar su estudio pretrasplante y mejorar su función física y nutricional. Rescatamos información de variables sociodemográficas, condición previa a la hospitalización, programa de RP, duración de la estancia hospitalaria, desenlaces clínicos, y valoración de la función física. **Resultados:** Incluimos 14 pacientes, 57% mujeres, con una mediana de 61,5 años (min-máx 36-64). Un 86% tenían enfermedad pulmonar difusa con una media de CVF de 45% (DE:12%). La mediana del DLCO y flujo de O₂ domiciliario fue de 33% (RIQ 30-39) y 4 lpm (RIQ 3-4), respectivamente. Los pacientes caminaron en promedio 263 m (DE: 147 m) en el test de marcha de 6 minutos antes de ser hospitalizados. Al ingreso, la mitad de los pacientes tuvo una fuerza muscular medida por MRC-SS igual o menor a 48 puntos (RIQ 46-58) y un test pararse-sentarse en 1 minuto igual o menor a 10 repeticiones (RIQ 5 - 13). Todos los pacientes realizaron ejercicio aeróbico y de fuerza usando cánula nasal de alto flujo. El 86% realizó 40-60 minutos de ejercicio interválico en bicicleta estática 2-3 días a la semana, y ejercicio de fuerza 1-2 días a la semana. El ejercicio fue limitado por disnea, con un nivel 2-3 en la escala de Borg modificada como el umbral más frecuente (71%). No se reportaron eventos adversos durante las sesiones de ejercicio. El 50% de los pacientes estuvo hospitalizada por 134 días o más (min-máx 28-549), y tres pacientes (21%) recibieron LTx bipulmonar. **Conclusiones:** Los pacientes hospitalizados candidatos a LTx con enfermedad pulmonar avanzada del Instituto Nacional del Tórax logran realizar un programa de rehabilitación pulmonar intrahospitalaria en la etapa pretrasplante. Este programa incluyó ejercicio aeróbico interválico y de fuerza, ambos dosificados individualmente según el nivel de disnea.

CL63 - INICIO DE LA VERTICALIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO FÍSICO DE ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO.

Guajardo-Latorre N., Moreno A., Rivas-Gálvez V., Castañeda-Ayala G., Ibacache-Huerta D., Salinas-Barahona F., Linacre V., Gutiérrez-Arias R. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Los pacientes sometidos a cirugía de resección pulmonar (CxRP) pueden presentar complicaciones postoperatorias. Los protocolos actuales recomiendan la movilización precoz para acelerar su recuperación. Nuestro objetivo fue describir el momento de la verticalización, el nivel de movilidad (NM) alcanzado, y el funcionamiento físico postoperatorio en adultos sometidos a CxRP. Además, reportamos la incidencia de complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria, y otros desenlaces clínicos. **Materiales:** Estudio observacional prospectivo basado en el registro clínico "INTRRehab" del Instituto Nacional del Tórax. El estudio fue aprobado por el comité de ética del SSMOriente (# 060824). Incluimos adultos sometidos a CxRP por videotoracoscopia (VTC) o toracotomía (TCT). Definimos el momento de la verticalización como el tiempo desde el ingreso a la unidad de tratamiento intermedio (UTI) hasta la primera movilización fuera de la cama con una prueba de tolerancia ortostática (PTO) negativa. El NM y funcionamiento físico fueron evaluados con la escala IMS y la prueba pararse-sentarse en 1 minuto (PS1min), respectivamente. **Resultados:** Incluimos 24 pacientes, en su mayoría mujeres (63%), con una mediana de 64,5 años (min-máx 23-85). El 54% tenía al menos 2 comorbilidades y el 64% reportó haber fumado. La CVF y el VEF₁ previo a la CxRP fue de 102% (RIQ 92-116) y 101% (RIQ 79-116), respectivamente. El 83% de los pacientes se sometió a VTC, siendo la segmentectomía (29%) y lobectomía (29%) las CxRP más frecuentes. El 50% de los pacientes se verticalizó antes de las 4 h (RIQ 3-5), y el 100% antes de las 24 h. El 50% de los pacientes tuvo un IMS 10 (deambulación autónoma), siendo la marcha en el lugar (IMS 6) el NM alcanzado más bajo en las primeras 24 h postoperatorias. La mediana de repeticiones en la PS1min fue de 17 (min-máx 14-21). Dos pacientes (8%) presentaron atelectasia, y uno (4%), neumonía. El O₂ adicional se suspendió el mismo día de la CxRP, o durante el siguiente, en todos los pacientes. La mediana de estadía en la UTI y hospitalaria total fue de 1 (RIQ 1-3) y 2 días (RIQ 1-4), respectivamente. Ningún paciente falleció durante su estadía ni se rehospitalizó. **Conclusiones:** La verticalización de pacientes sometidos a CxRP en el Instituto Nacional del Tórax se realiza de manera precoz, cumpliendo las recomendaciones actuales. El NM alcanzado durante la primera verticalización fue alto, pero, el funcionamiento físico fue bajo, hallazgo que debe ser analizado con cautela considerando el contexto del estudio.

CL64 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO E HIPERTENSIÓN PULMONAR: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ENDARTERECTOMÍA PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX 2010-2024.

Zagolin M., Fritz R., Kursbaum A., Iturra S., Olivares G., Villavicencio M., Uriarte P., Sandoval J., Concha M., Reyes A. Instituto nacional del Tórax, Santiago, Chile.

Introducción: La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) debida a Tromboembolismo Pulmonar Crónico (CTEPH) es una entidad infrecuente, subdiagnosticada, de curso progresivo y potencialmente letal. Un 4-9% de los sobrevivientes a un episodio agudo de tromboembolismo pulmonar (TEP) pueden desarrollar CTEPH sin embargo 1/3 no refiere el antecedente de TEP. La endarterectomía pulmonar (EP) es la única opción curativa; sin embargo, en el registro internacional, un 40% son inoperables y la sobrevida reportada a 3 años entre operados y no operados es de 90 v/s 70% respectivamente. Un 10-40% post EP puede presentar edema de reperfusión (ER) y un 30% puede quedar con HAP residual. Se presenta la experiencia en el Instituto del Tórax, único centro público con desarrollo de un programa multidisciplinario de CTEPH. **Materiales:** Análisis retrospectivo del registro incidente de pacientes con CTEPH tratados con EP entre 2010-2024 en INT. Se reportan variables clínicas, funcionales y hemodinámicas en el pre y post EP y las complicaciones. Variables cuantitativas son expresadas como promedio y desviación standard y se usó prueba t-student pareado para variables cuantitativas de distribución normal. **Resultados:** EP en 42 pacientes, 55% hombres, de 46±15 años, en clase funcional preoperatoria (CF) II, III y IV un 2%, 60% y 38% respectivamente. Pre-EP: la distancia recorrida (DR) en el test de caminata de 6 min (TC6min) fue de 349±123m, el proBNP de 1949±1554 pg/mL y la DLCO de 61±18%. El cateterismo derecho mostró una presión de arteria pulmonar media (PAPM) de 53.4±11 mmHg, un Gasto cardíaco (Gc) de 4,2±1 l/min y una Resistencia Vasculat Pulmonar (RVP) de 11,1±4 UW. Un 12% presenta trombofilia. Más del 90% de las piezas operatorias correspondían a nivel I o II de la clasificación de San Diego. Los tiempos de CEC y paro fueron de 194,8 y 36 min respectivamente. El 57% fueron extubados el 50% se ha reincorporado al trabajo en el primer año post EP. Entre las complicaciones; muerte en 3, ER en 8, neumonía en 8 pacientes y 28% con HAP residual requiriendo sildenafil o riociguat. Todos reciben anticoagulación. **Conclusiones:** Los resultados son satisfactorios del punto de vista clínico, funcional y hemodinámico con una reducción significativa de la RVP que se asocia a una mejoría en la calidad de vida de los pacientes operados.