

Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

INDIZADA EN SciELO, LATINDEX Y LILACS

ISSN 0716 - 2065
ISSN 0717 - 7348

www.scielo.cl
www.serchile.cl

VOLUMEN **38** - SUPLEMENTO

NOVIEMBRE 2022
SANTIAGO - CHILE

54° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- Programa.
- Resúmenes de Comunicaciones Libres.



†
SER

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

ISSN 0716 - 2065
ISSN 0717 - 7348

www.scielo.cl
www.serchile.cl

VOLUMEN 38 - SUPLEMENTO

NOVIEMBRE 2022



†
SER

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

(Rev Chil Enferm Respir)

EDITOR y DIRECTOR
Dr. Manuel Oyarzún G.

EDITOR ADJUNTO
Dr. Fernando Saldías P.

EDITORES ASOCIADOS DE SECCIONES		
Actualizaciones	Dr. Oscar Herrera G.	
Casos Fisiopatológicos	Dra. Carmen Lisboa B. y Marcela Linares P.	
Cirugía de Tórax	Drs. Raimundo Santolaya C. y José Miguel Clavero R.	
Educación Médica	Drs. Ximena Cea B. y Cecilia Álvarez G.	
Ética Médica	Drs. Alberto Rojas O. y Ricardo Pinto M.	
Medicina basada en evidencias	Drs. Rodrigo Gil D. y Carlos Ubilla P.	
Medicina Intensiva	Drs. Francisco Arancibia H. e Iván Caviedes S.	
Notas radiológicas adultos	Drs. Eduardo Sabbagh P. y Guillermo Ríos O.	
Notas radiológicas pediátricas	Drs. Cristián García B. y Karla Moenne B.	
Panorama	Dr. Mauricio Céspedes G.	
Salud Ocupacional	Drs. Gustavo Contreras T. y Bernardita Torrealba J.	
Tuberculosis	Dr. Carlos Peña M.	
COMITÉ EDITORIAL ASESOR		
Selim Abara E.	Patricio Jiménez P.	Arnoldo Quezada L.
Marisol Acuña A.	Gonzalo Labarca T.	Valentina Quiroga S.
Sergio Bello S.	Javier Mallol V.	Ignacio Sánchez D.
Gisella Borzone T.	Manuel Meneses C.	Ricardo Sepúlveda M.
Hernán Cabello A.	Aída Milinarsky T.	Alvaro Undurraga P.
Mario Calvo G.	Sylvia Palacios M.	Gonzalo Valdivia C.
Eliana Ceruti D.	María Angélica Palomino M.	María Teresa Valenzuela B.
Patricia Díaz A.	Julio Pertuzé R.	María Teresa Vicencio A.
Orlando Díaz P.		

Oficina de Redacción: ser@serchile.cl

Sede Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias
Santa Magdalena 75. Of 701 - Tel: 222316292 - secretaria@serchile.cl

Producción: Editorial IKU - Sra. María Cristina Illanes H.
Tel: 222126384 - mcristina@editorialiku.cl

Representante Legal: Sr. Enrique Mena I.

Fundada el 13 de marzo de 1930 con el nombre de Sociedad Chilena de Tisiología, por los doctores Héctor Orrego Puelma, Sótero del Río Gundián, Fernando Cruz, Rolando Castañón, Félix Bulnes Cerda, Arturo Espina, Max Vega, Manuel Sánchez del Pozo, Manuel Madrid, Salomón Margullis y Gonzalo Corbalán.

Maestros de la Especialidad

Dr. Héctor Orrego Puelma (Q.E.P.D)
Dr. Luis Herrera Malmsten
Dr. Victorino Farga Cuesta (Q.E.P.D.)
Dr. Edgardo Cruz Mena
Dra. Eliana Ceruti Danús
Dr. Edgardo Carrasco Calderón (Q.E.P.D.)
Dr. Manuel Oyarzún Gómez
Dr. Álvaro Undurraga Pereira
Dra. Carmen Lisboa Basualto

Miembros Honorarios

Dra. María Lina Boza Costagliola
Dr. Isidoro Busel Guendelman (Q.E.P.D)
Dr. Carlos Casar Collazo (Q.E.P.D)
Dr. Juan Céspedes Galleguillos
Dr. Carlos Deck Buhlmann (Q.E.P.D)
Dra. Patricia Díaz Amor
Dr. Armando Díaz Cruz
Dr. Ricardo Ferretti Daneri
Dr. Luis Godoy Belmar
Dr. Patricio González González (Q.E.P.D)
Dr. Fernando Martínez Gómez
Dr. Gladio Mena Salinas (Q.E.P.D)
Dr. Elías Motles Waisberg (Q.E.P.D)
Dr. Juan Pefaur Ojeda (Q.E.P.D)
Dr. Juan Sabbagh Dada (Q.E.P.D)
Dra. María Inés Sanhueza Bahamondes
Dr. Moisés Selman Lama
Dr. Ricardo Sepúlveda Moncayo
Dra. María Teresa Vicencio Aedo
Dr. Egidio Zúñiga Guerra (Q.E.P.D)

Directorio de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (2022 - 2023)

Presidente	:	Dr. Guillermo Zepeda Flores
Vicepresidente	:	Dr. Mauricio Salinas Fenero
Past-president	:	Dra. Laura Mendoza Inzunza
Secretario	:	Dr. Mauricio Céspedes Guzmán
Tesorera	:	Dra. Marietta Núñez Cámara
Directores	:	Dr. Felipe Astorga Contreras
		Dra. M. Evelyn Chala Calvo
		Dra. Pía Escobar Adaros
		Dr. Felipe Reyes Cartes
		Dra. Claudia Sepúlveda Landeros
		Dr. Francisco Suárez Vásquez

Presidentes de Filiales

Filial V Región

Valparaíso-Viña del Mar
Dr. Víctor Leiva Vásquez

Filial Bío-Bío - Ñuble

Dra. Claudia Azócar Barrera

Filial Sur

Valdivia - Osorno - Puerto Montt
Dr. Juan Grandjean Rettig

Coordinadores de Comisiones y Ramas

Comisiones

Trastornos respiratorios del sueño

Dr. Juan Carrillo A.

Asma en Adultos

Dra. Patricia Fernández V.

Asma Pediátrica

Dra. Ana María Herrera G.

Cáncer Pulmonar

Dr. Cristián Ibarra D.
Dra. M. Paz Saavedra

Científica e Investigación

Dra. Patricia Díaz A.

Circulación Pulmonar

Dra. Mónica Zagolín B.

Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas

Dr. Mauricio Salinas F.

EPOC

Dr. Jorge Dreyse D.

Función Pulmonar en Adultos

Dra. Patricia Schönffeldt G.

Función Pulmonar Pediátrica

Dra. Cecilia Álvarez G.
Dr. Raúl Corrales V.

Infecciones Respiratorias Adultos

Dr. Francisco Arancibia H.

Coordinadores Congreso Anual

Dr. Mauricio Salinas F. (General)
Dr. Francisco Suárez V. (Cirugía)
Dra. Gina Miranda S. (Medicina)
Dra. Marietta Núñez C. (Pediatria)
Dra. Patricia Schönffeldt G. (Ramas)

Relaciones Públicas

Dra. María Paz Corvalán B.

Broncoscopia y Neumología Intervencional

Dr. Alfredo Jalilie E.

Reglamentos y Estatutos

Dr. Juan Céspedes G.

Relaciones Internacionales

Dra. Juana Pavié G.
Dr. Francisco Arancibia H.

Representantes ante CONACEM

Dr. Raúl Corrales V.
Dr. Fernando Saldías P.
Dr. Jorge Yáñez V.

Fibrosis Quística Pediátrica-Adulto

Dra. María Lina Boza C.
Dra. M. Eugenia Pérez O.

Rehabilitación Respiratoria

Dra. Juana Pavié G.
Klga. Carola Valencia

Tabaco, Contaminación Ambiental y Salud Ocupacional

Dra. María Paz Corvalán B.
Dr. Manuel Oyarzún G.
Dr. Gustavo Contreras T.

Tuberculosis

Dr. Carlos Peña M.

Ventilación Mecánica Domiciliaria

Dra. María Paola Arellano M.

Ramas

Enfermería

EU. Cecilia Reyes G.
Coordinadora

Kinesiología

Klgo. Osvaldo Cabrera R.
Coordinador

Tecnología Médica

TM. Patricia Sandoval I.
Coordinadora

Médico Asesor de Ramas

Dra. Patricia Schönffeldt G.

CONTENIDO

54° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Programa S 13

Resúmenes de Comunicaciones Libres

- Tótems (CLT-1 a CLT-66) S 37

Índice de autores de resúmenes S 60

CONTENTS

54° CHILEAN MEETING ON RESPIRATORY DISEASES

Program..... S 13

Abstracts presented

- Totems (CLT-1 to CLT-66) S 37

Index of authors of abstracts S 60

54° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

23 al 26 de noviembre de 2022

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. Guillermo Zepeda

Coordinación General:

Dr. Mauricio Salinas

Coordinación Adultos:

Dra. Georgina Miranda

Coordinación Pediatría:

Dra. Marietta Núñez

Coordinación Cirugía:

Dr. Francisco Suárez

Coordinación Ramas:

Dra. Patricia Schönfeldt

Comité Científico:

Drs. Patricia Díaz (Coordinadora)

Mario Calvo

Matías Florenzano

Rodrigo Gil

Manuel Oyarzún

Mauricio Salinas

Gonzalo Valdivia

INSTITUCIONES PATROCINANTES

Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)

Conacem

Universidad Andrés Bello

Universidad Austral de Chile

Universidad Católica de Chile

Universidad de Chile

Universidad de Los Andes

Universidad de La Frontera

Universidad del Desarrollo

Sociedad Médica de Santiago

Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología

Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica

Sociedad Chilena de Pediatría

Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax

Servicio de Salud Metropolitano Norte

Servicio de Salud Metropolitano Occidente

INSTITUCIONES COLABORADORAS

Apneas Org Ltda.

AstraZeneca Commercial I Chile

Boehringer Ingelheim Ltda. / Chile

Equipos Médicos Dormir bien

Eurofarma

GlaxoSmithKline Chile

Laboratorio Chile S.A

Laboratorio D&M Pharma.

Laboratorio Pasteur S.A.

Laboratorio Pfizer

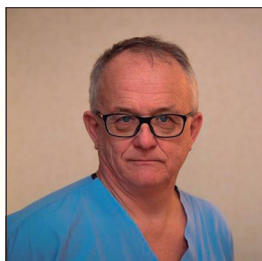
Laboratorio Sanofi

Laboratorio Saval

Remed

Resmed

INVITADOS INTERNACIONALES



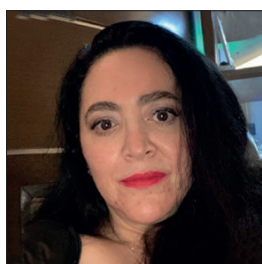
Dr. Piergiuseppe Agostoni (Italia)

Profesor de Cardiología. Universidad de Milán, Italia.
Jefe del laboratorio de fisiopatología cardiorrespiratoria del Centro Cardiológico Monzino de Milán.
Jefe de las unidades de Insuficiencia Cardíaca, Cardiología Clínica y Rehabilitación y Coordinador de la Unidad de Cuidados Críticos del Centro Cardiológico Monzino.



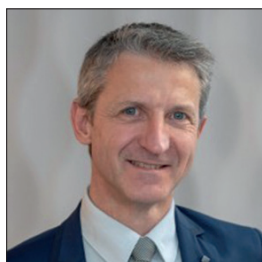
Dr. Guy Brusells (Bélgica)

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Departamento de Medicina Interna y Pediatría.
Hospital Universitario de Ghent, Bélgica.



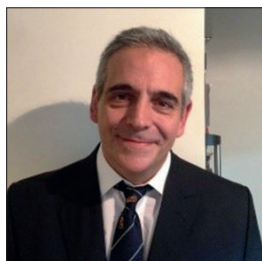
Dra. Catalina Casillas (México)

Neumóloga, egresada del Hospital General de México (HGM).
Jefe del servicio de Neumología HGM.
Gobernadora del capítulo Metropolitano de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía Torácica.
Profesor titular de Neumología de Facultad de Medicina, UNAM.
Profesor titular de la Especialidad de Neumología del HGM.
Maestría en Desarrollo Organizacional.
Doctorado en Alta Dirección.



Dr. Vincent Cottin (Francia)

Profesor de Medicina Respiratoria Universidad Claude Bernard Lyon 1, Lyon, Francia.
Director del centro nacional de referencia de enfermedades pulmonares raras en Francia y coordinador de OrphaLung (red de centros de enfermedades pulmonares intersticiales en Francia).
Exeditor de la sección de Enfermedades Intersticiales del European Respiratory Journal.



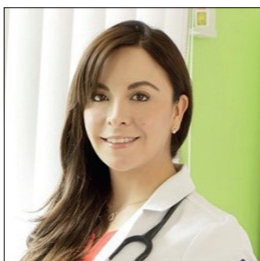
Dr. Carlos María Franceschini (Argentina)

Médico responsable de la Unidad de Sueño y Ventilación Mecánica Hospital Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina
Director del departamento de Sueño de la Asociación Latinoamericana del Tórax.



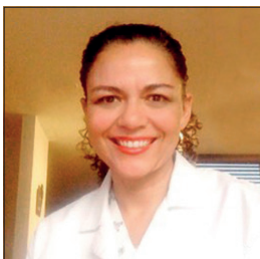
Prof. Dr. Guilherme A. F. Fregonezi (Brasil)

Fisioterapeuta, profesor e investigador. Licenciado en Fisioterapia.
Universidad Estatal de Londrina Especialización en Kinesioterapia Respiratoire et Cardiovasculaire.
Université Paris Descartes Especialización, Master y Doctorado en Neurociencias.
Universitat Autònoma de Barcelona.



Dra. Emma García (México)

Neumóloga pediatra con alta especialidad en medicina del sueño egresada del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)
Actualmente adscrita a la subdirección médica del INER y coordinadora de la Clínica de Sueño de la Ciudad de México.



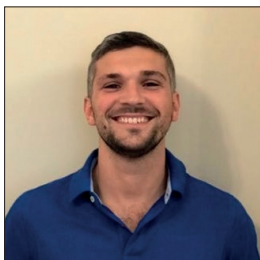
Dra. Laura Gochicoa (México)

Neumóloga Pediatra. Alta Especialidad en Fisiología Respiratoria. Doctora en Ciencias Médicas. Presidenta Fundadora de la Sociedad Latinoamericana de Fisiología Respiratoria.



Dr. Gabriel Gutiérrez (México)

Neumólogo Pediatra.
Presidente del Consejo de Certificación de Neumología Pediátrica.
Vicepresidente del Colegio de Neumólogos Pediatras de México.
Servicio de Neumología Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría.
Maestro en Educación en Ciencias de la Salud.



Kigo. Santiago Larrateguy (Argentina)

Licenciado en kinesiología y fisioterapia, coordinador de la sección de rehabilitación respiratoria de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria y director de rehabilitación en centro privado de medicina respiratoria.



Dr. Juan Fernando Masa (España)

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.
CIBERES Red Nacional de Investigación. ISCIII. Madrid. España.
Académico de número de la Real Academia de Medicina de la Universidad de Salamanca. Salamanca. España.
Miembro de la Sociedad Respiratoria Europea.



Dr. Parameswaran Nair (Canadá)

Profesor de Medicina, i Division de Respirología, Universidad de McMaster University.
Profesor adjunto de Medicina, Universidad de McGill.
Cátedra Teva de innovación Frederick E. Hargreave en enfermedades de las vías aéreas.
Neumólogo del Instituto Firestone de Salud Respiratoria en St. Joseph's Health care Hamilton.



Dr. J. Tod Olin, MScS (EUA)

Profesor Asociado

Director, Centro de Respiración de Ejercicio y Rendimiento

División de Medicina Pulmonar Pediátrica

Departamento de Pediatría

División de Neumología, Cuidados Críticos y Medicina del Sueño

Departamento de Medicina

National Jewish Health, Denver, Colorado, EUA.

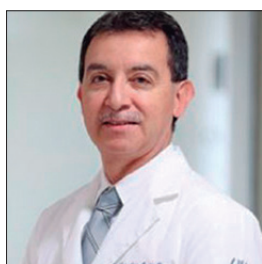


Dr. Tomás Pulido (México)

Sub-Director de Investigación Clínica

Instituto Nacional del Corazón Tlalpan,

Ciudad de México, México.

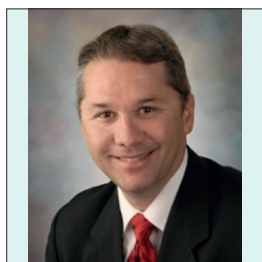


Dr. Luis Adrián Rendón (México)

Profesor de Neumología, Facultad de Medicina,

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Monterrey, Nuevo León. México.



Dr. Marcos Restrepo (USA)

División de Medicina Pulmonar y de Cuidados Críticos.

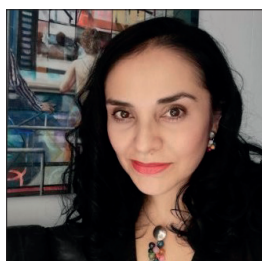
Departamento de Medicina Salud de la Universidad de Texas San Antonio.

Director Asociado del Programa Salud de la Universidad de Texas San

Antonio. Director Médico, Unidad de Cuidados Intensivos Médicos

Sistema de Atención Médica para Veteranos del Sur de Texas División Audie

L. Murphy, Director de la Red INSPIRE (*Innovation Science in Pulmonary Infections REsearch Network*)



Dra. Leslie Vargas-Ramírez (Colombia)

Internista-Neumóloga.

Líder Médico Clínica de sueño y Centro de investigación.

Instituto Neumológico del Oriente.

Bucaramanga, Colombia.



Dr. Alejandro Videla (Argentina)

Médico Neumólogo, experto en tabaquismo

Hospital Universitario Austral,

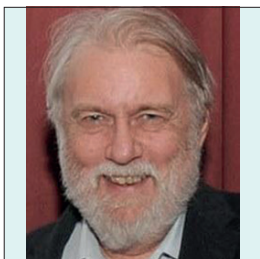
Universidad Austral University

República Argentina.



Dra. Erika Von Muihuis (Alemania)

Jefe, Departamento de Asma y Alergias, Hospital Dr. Von Hauner Children, Universidad de Munich, Alemania.



Prof. Athol Wells (UK)

Profesor de Medicina Respiratoria.
Faculty of Medicine, National Heart & Lung Institute.
Royal Brompton Hospital, Londres, Inglaterra.



Dr. Craig Williams

Profesor de Fisiología y Salud Pediátrica.
Director of the Children's Health and Exercise Research Centre.
Universidad de Exeter, Devon, Inglaterra.

54° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

23 al 26 de noviembre de 2022

PROGRAMA CIENTÍFICO

Miércoles 23 de noviembre

CURSO POSTGRADO: “EVIDENCIA CIENTÍFICA EN KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA E INSTRUMENTAL ADULTOS”

Salón Pacífico

MÓDULO I: KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA Y REHABILITACIÓN

Coordinadora: Klga. Carola Valencia

09:00-09:10	Bienvenida
09:10-09:30	Evidencia científica de técnicas kinésicas en patología restrictivas. Klgo. Ruvistay Gutiérrez
09:30-09:50	Herramientas para el aumento de adherencia y mantenimiento de resultados de rehabilitación respiratoria: Circuitos urbanos. Klgo. Santiago Larrateguy (Argentina)
09:50-10:10	Evidencia científica de técnicas kinésicas en patologías obstructivas. Klgo. Ruvistay Gutiérrez
10:10-11:30	Mesa redonda
10:30-11:00	Café

MÓDULO II: KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA INSTRUMENTAL

Coordinador: Klgo. Cristian Ríos

11:00-11:20	Evidencia científica en: Kinesiología instrumental en entrenamiento de músculos respiratorios. Klgo. Gregory Villarroel
11:20-11:40	Evidencia científica en: Kinesiología instrumental en higiene bronquial. Klgo. Rodrigo Torres
11:40-12:00	Rol del kinesiólogo en apnea del sueño. Klgo. Matías Otto
12:00-12:45	Mesa redonda

- 13:00-14:00 **SIMPOSIO**
Rol de terapias dirigidas en pacientes con cáncer de pulmón en etapas temprana.
 Dr. Alex Renner

 Salón Esmeralda
 Gentileza Laboratorio AstraZeneca
- 13:00-14:00 **SIMPOSIO**
Asma severa: ¿Es posible cambiar el curso?
 Dr. Gabriel García (Argentina)

 Salón Pacífico
 Gentileza Laboratorio GS

MÓDULO III: TALLERES PRÁCTICOS

Coordinador: Klgo. Cristian Ríos

- 14:30-15:15 **Taller 1: Rol del kinesiólogo en apnea del sueño**
 Klgo. Matías Otto
 Klgo. Diego Zúñiga
- 15:15-16:00 **Taller 2: Kinesiología instrumental: Higiene bronquial**
 Klgo. Rodrigo Torres
- 16:00-16:30 Café
- 16:30-17:15 **Taller 3: Kinesiología instrumental: Entrenamiento muscular respiratorio**
 Klgo. Gregorio Villarroel
- 17:15-18:00 Evaluación

CURSO POSTGRADO KINESIOLOGÍA PEDIÁTRICA
Salón Estrella 2-3

08:30-08:35	Inauguración
08:35-09:05	Kinesiología respiratoria en pandemia y post pandemia: Desafíos para la atención primaria. Klgo. Rodrigo Torres
09:05-09:35	Efectos antiinflamatorios del ejercicio físico en enfermedades respiratorias crónicas. Klgo. Daniel Ponce
09:35-10:05	¿Cuáles son los aspectos educativos que debe tener en cuenta el Klgo (A) para el manejo integral de una enfermedad respiratoria crónica? Klga. M. Ignacia Grossi
10:05-10:30	Mesa redonda
10:30-11:00	Café
11:00-11:30	¿Es el puntaje de Tal la única forma de evaluar la obstrucción bronquial en lactantes? (Puntaje de Tal: Evolución de la escala) Klgo. Daniel Ciudad
11:30-12:00	Evidencia de la kinesiología respiratoria en bronquiolitis aguda. Klgo. Humero Puppo
12:00-12:30	Mesa redonda
13:00-14:00	SIMPOSIO Rol de terapias dirigidas en pacientes con cáncer de pulmón en etapas temprana. Dr. Alex Renner Salón Esmeralda Gentileza Laboratorio AstraZeneca
13:00-14:00	SIMPOSIO Asma severa: ¿Es posible cambiar el curso? Dr. Gabriel García (Argentina) Salón Pacífico Gentileza Laboratorio GSK
14:00-14:30	Cánula nasal de alto flujo de oxígeno: de la urgencia a los cuidados críticos. Klgo. Juan Eduardo Romero
14:30-15:00	Fonación en niños traqueostomizados ¿Cuándo, cómo y por qué? Klga. Javiera Rosales
15:00-15:30	Mesa redonda
16:00-16:30	Café
16:30-17:00	Nuevas tecnologías en la evaluación de los pacientes respiratorios crónicos. Klgo. Guilherme Fregonezzi (Brasil)
17:00-17:30	Mesa redonda
17:30-18:00	Evaluación

CURSO POSTGRADO PATOLOGÍA DEL SUEÑO

Salón Palma

Bloque Teórico

08:50-09:00	Introducción y bienvenida Dr. Guillermo Zepeda Dr. Juan Carrillo
09:00-09:40	Conferencia inaugural: “Ejercicio como medicina en la salud y la enfermedad”. Dra. Sandra Mahecha-Matsudo
09:40-10:00	Epidemiología, clínica y abordaje: Diagnóstico de los trastornos respiratorios del sueño. Dra. Leslie Vargas-Ramírez (Colombia)
10:00-10:20	Métodos simplificados para el diagnóstico y manejo de la apnea obstructiva del sueño. Dr. Martín Pazmiño
10:20-10:30	Mesa redonda Dr. Juan Carrillo
10:30-11:00	Café
11:00-11:20	La polisomnografía en el diagnóstico de trastornos respiratorios del sueño. Dra. Eva Retamal
11:20-11:40	Tratamiento con presión positiva de los trastornos respiratorios del sueño. Dr. Carlos María Franceschini
11:40-12:00	Manejo integral de los trastornos respiratorios del sueño: Más allá de la presión positiva. Dr. Juan Carrillo
12:00-12:30	Mesa redonda Mod. Dra. Leslie Vargas-Ramírez
13:00-14:00	SIMPOSIO Rol de terapias dirigidas en pacientes con cáncer de pulmón en etapas temprana. Dr. Alex Renner Salón Esmeralda Gentileza Laboratorio AstraZeneca
13:00-14:00	SIMPOSIO Asma severa: ¿Es posible cambiar el curso? Dr. Gabriel García (Argentina) Salón Pacífico Gentileza Laboratorios GSK

Taller 1

14:00-15:00 **Métodos diagnóstico en trastornos respiratorios del sueño.**

Coordinador: Dr. Martín Pazmiño

Dra. Eva Retamal

Klgo. Joaquín Nieto

EU. Natascha Araya

Taller 2

15:00-16:00 **Terapia de trastornos respiratorios del sueño TRS con presión positiva.**

Coordinador: Dr. Martín Pazmiño

EU. Carolina Urbano

Klga. Paula Herrera

EU. Claudia Bustamante

16:00-16:30 Café

16:30-17:30 **Simposio especial: “Plataformas de monitoreo diagnóstico y de terapia con presión positiva”**

Dr. Juan Carrillo

CURSO POSTGRADO CÁNCER
Salón Esmeralda

08:50-09:00	Bienvenida Dr. Francisco Suárez
09:00-09:20	Histología y estudio molecular, la importancia de la muestra. Dra. Cristina Fernández
09:20-09:40	Etapificación Clínica - ¿Siempre PET-CT? Dr. Felipe Sánchez
09:40-10:00	Rol de la neumología intervencional en el cáncer pulmonar. Dr. Alfredo Jalilie
10:00-10:30	Mesa Redonda
10:30-11:00	Café
11:00-11:20	Cribado en cáncer pulmonar - Lo ideal <i>versus</i> la realidad Dra. M. Paz Saavedra
11:20-11:40	Terapias no quirúrgicas en estadíos precoces. Dr. Claudio Solé
11:40-12:00	Alternativas de localización intraoperatoria de nódulos. Dr. Raúl Berríos
12:00-12:20	Cirugía en estadíos precoces ¿menos es más? Dr. Mauricio Fica
12:20-12:40	Manejo del derrame pleural neoplásico. Dra. Nicole Carriel
12:40-13:00	Mesa redonda
13:00-14:00	SIMPOSIO Rol de terapias dirigidas en pacientes con cáncer de pulmón en etapas temprana. Dr. Alex Renner Salón Esmeralda Gentileza Laboratorio AstraZeneca
13:00-14:00	SIMPOSIO Asma severa: ¿Es posible cambiar el curso? Dr. Gabriel García (Argentina) Salón Pacífico Gentileza Laboratorio GSK
14:00-14:20	Inmunooncología para el no especialista. Dra. Elisa Pereira

14:20-14:40	Tratamiento sistémicos para el cáncer pulmonar - Una historia en evolución. Dr. Carlos Rojas
14:40-15:00	Tratamiento oncológico en el paciente con daño pulmonar. Dr. Cristian Ibarra
15:00-15:30	Mesa redonda
16:00-16:30	Café
16:30-17:10	Daño pulmonar por tratamiento sistémico. Dr. Vincent Cottin (Francia)
17:10-17:50	Enfrentamiento de la disnea en el paciente oncológico. Dr. Mauricio Salinas
17:50-18:10	Mesa redonda
18:10-18:30	Cierre

INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

- 19:00-19:20 **DISCURSO INAUGURAL**
Dr. Guillermo Zepeda
Presidente
- Dr. Mauricio Salinas
Vicepresidente
- 19:20-19:40 **CEREMONIA DE PREMIACIÓN**
Dra. Patricia Díaz A.
Coordinadora Comisión Científica SER
- 19:40-20:40 **CONFERENCIA PLENARIA INAUGURAL**
Prevención de Asma
Dra. Erika Von Mutius (Alemania)
- Salón: Pacífico

08:30 - 10:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “INFECCIONES RESPIRATORIAS/CONSENSO CHILENO DE NEUMONÍA 2022” Coordinadores: Dr. Fernando Saldías - Dr. Mauricio Ruíz Salón: Pacífico
08:30 - 08:50	Epidemiología y etiología de la neumonía. Dr. Francisco Arancibia
08:50 - 09:10	Tratamiento de la neumonía. Dr. Carlos Pérez
09:10 - 09:30	Prevención de la neumonía. Dra. Karina Muñoz
08:30 - 10:00	Bloque Temático Pediátrico: “Asma y alergología” Coordinadora: Dra. Viviana Lezana Salón: Estrella 2-3
08:30 - 08:50	Microbiota y enfermedades alérgicas. Dra. Erika Von Mutius (Alemania)
08:50 - 09:10	Manejo del asma del niño y adolescente. Dra. Ana María Herrera
09:10 - 09:30	Fenotipos de asma en la niñez. Dra. Erika Von Mutius (Alemania)
09:30 - 10:00	Discusión
08:30 - 10:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “EPOC” Coordinador: Dr. Sebastián Ahumada Salón: Palma
08:30 - 08:50	El subdiagnóstico de EPOC. Dra. Catalina Casillas (México)
08:50 - 09:10	Potencial rol de la inteligencia artificial en la EPOC. Dra. Laura Mendoza
09:10 - 09:30	Terapia inhalatoria triple. ¿Dónde estamos? Dra. Catalina Casillas (México)
09:30 - 10:00	Discusión
10:00-10:30	Café
10:30-12:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “PULMÓN EN INMUNOSUPRIMIDO” Coordinador: Dr. Joel Melo Salón: Pacífico
10:30-10:50	Cuando considerar infección fúngica pulmonar. Dra. Claudia Cortés
10:50-11:10	Enfrentamiento del paciente inmunosuprimido no VIH con fiebre y disnea. Dr. Mauricio Ruíz

11:10-11:30	Infecciones en trasplantados de pulmón. Experiencia en Chile. Dra. Claudia Sepúlveda
11:30-12:00	Discusión
10:30-12:00	BLOQUE PEDIÁTRICO: “MALFORMACIONES CONGÉNITAS PULMONARES (MPC)” Coordinadora: Dra. M. Teresita Henríquez Salón: Estrella 2-3
10:30-10:50	MCP. Lo que el neumólogo debe saber. Dr. Gabriel Gutiérrez (México)
10:50-11:10	MCP. Diagnóstico radiológico. Dra. Ximena Ortega
11:10-11:30	MCP. Aspectos quirúrgicos. Dra. Margarita Aldunate
11:30-12:00	Discusión
10:30-12:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA” Coordinadora: Dra. Mónica Antolini Salón: Palma
10:30-10:50	Síndrome de hipoventilación obesidad: CPAP versus VNI. Dr. Juan Fernando Masa (España)
10:50-11:10	Entrenamiento músculos respiratorios y ejercicio en pacientes VNI crónica. ¿A quién?, ¿cómo y por cuánto tiempo? Ilg. Rodrigo Torres
11:10-11:30	Discusión
12:00-13:15	Sesión de comunicaciones libres (Totems) Salón Estrella 1 - Salón Book&Cigars
Sesión Facilitador Salón Totem	Trasplante Dra. Claudia Sepúlveda - Dr. Joel Melo Estrella 1 1
CL1	PREVALENCIA DE SARCOPENIA Y ASOCIACIÓN ENTRE DÉFICIT MUSCULAR CON FUNCIÓN PULMONAR EN CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. Andrade C. ¹ , Salinas M. ¹ , Valdés S. ² , Caniulaf C. ³ , Provoste D. ¹ , Adasme R. ² , Linacre V. ¹ . Instituto Nacional del Tórax, Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile.
CL2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA CON ENFERMEDAD PULMONAR AVANZADA. EXPERIENCIA EN 10 AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Gutiérrez J., Pinochet V., Irazoqui P., Benavides G., Andrade C., Orellana M., Melo J. Clínica Alemana de Santiago, Hospital Clínico Regional de Concepción, Instituto Nacional del Tórax.

- CL3 CAUSAS DE MUERTE EN TRASPLANTE PULMONAR. ANÁLISIS A 12 AÑOS DEL PROGRAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.** Florestano M.C, Linacre V., Sepúlveda C., Donoso E., Gajardo F., Melo J. Instituto Nacional del Tórax.
- CL4 COMPLICACIONES EN PULMÓN NATIVO EN TRASPLANTE MONO PULMONAR: EXPERIENCIA DE 11 AÑOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.** Allende I.¹, Gutiérrez J.¹, Melo J.², Linacre V.², Gajardo F.², Donoso E.², Sepúlveda C.². Universidad del Desarrollo, Instituto Nacional del Tórax.
- Sesión **EPOC**
 Facilitador Dra. Laura Mendoza - Dr. Rafael Silva
 Salón Estrella 1
 Totem 2
- CL5 FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA A REHABILITACIÓN PULMONAR DE PACIENTES CON EPOC EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR Y HOSPITALES DE CHILE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES: ESTUDIO TRANSVERSAL.** Zapata J.¹, Díaz M.¹, Muñoz S.¹, Osorio F.¹, Nieto C.¹, Hidalgo G.^{1,2}, Méndez A.¹. ¹Universidad de las Américas; ²Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
- CL6 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ASOCIADA A DEFICIENCIA DE ALFA 1 ANTITRIPSINA.** Abud R., Saldías F. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- CL7 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL EN LA CESACIÓN TABÁQUICA EN USUARIOS DEL CENTRO AMBULATORIO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX ENTRE LOS AÑOS 2014 A 2019.** Aguila C.¹, Benavides G.², Corrales D.², Balboa T.³. ¹CESFAM Carmela Carvajal, Puerto Montt; ²Instituto Nacional del Tórax, Santiago; ³Universidad de La Frontera, Temuco.
- CL8 PREVALENCIA DE DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (DA1AT) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN CHILE.** Czischke K., Silva R., Jalón M., Saldías F., Pavié J., Gutierrez M., San Martin B., Mendoza L., Cea X., Barros M. Hospital Padre Hurtado, Hospital Regional de Talca, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Hospital San Martín de Quillota, Hospital Naval de Viña del Mar, Hospital de Punta Arenas, Hospital Clínico Universidad de Chile JJA, Hospital Regional de Temuco, Hospital Carlos Van Buren.
- CL9 EFECTOS AGUDOS DE LA PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA DURANTE EL EJERCICIO SOBRE LOS VOLÚMENES DE LA PARED TORÁCICA EN SUJETOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.** Saturnino L., Resqueti V., Fagundes M., Rezende P., Alves H., Franco V., Aliverti A., Fregonezi G. PneumoCardiovascular LAB - Hospital Universitário Onofre Lopes & Departamento De Fisioterapia - Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Natal, RN Brasil, Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria, Politecnico di Milano, Milan, Italia.
- Sesión **Cáncer**
 Facilitador Dr. Cristián Ibarra - Dra. M. Paz Saavedra
 Salón Estrella 1
 Totem 3
- CL10 ENFERMEDAD CAVITARIA PULMONAR COMO DEBÚT DE LEUCEMIA-LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Berenguer B.¹, Leiva V.², Reyes M.², Kral A.³, Riquelme N.⁴ ¹Becado Medicina Interna Universidad de Valparaíso; ²Broncopulmonar Hospital Carlos Van Buren; ³Infectólogo Hospital Carlos Van Buren; ⁴Enfermera unidad de respiratorio de Hospital Carlos Van Buren.

- CL11** **SÍNDROME DE LISIS TUMORAL ESPONTÁNEO SECUNDARIO A CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS PEQUEÑAS.** Abud R.¹, Zoroquiain P.², Saldías F.¹, Aravena C.¹. ¹Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- CL12** **RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PERCUTANEA BAJO TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN PACIENTES CON LESIONES PULMONARES CON ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA.** Jara J.L., Ramos D., Florestano C., Oyonarte M., Chernilo S., Sabbagh E. Instituto Nacional del Tórax.
- CL13** **EXPERIENCIA EN LA ETAPIFICACIÓN MEDIASTINICA DEL CÁNCER PULMONAR Y DIAGNÓSTICO DE OTRAS LESIONES PULMONARES/MEDIASTINICAS UTILIZANDO ULTRASONIDO ENDOBRONQUIAL POR ACCESO ESOFÁGICO.** Ramos D., Jallil A. Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Chile.
- CL14** **REVELANDO EL ROL DE MICROBIOTA PULMONAR EN LA PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN.** Riquelme E., Valdés I., Aravena C., Valencia I., Martín A. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital San Juan de Dios, Universidad San Sebastián.
- Sesión **COVID-19**
Facilitador Dr. Felipe Astorga - Dr. Fernando Saldías
Salón Estrella 1
Totem 4
- CL 15** **SOBREVIDA A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2.** Saldías F., Guzmán A., Camhi D., Abud R., Leiva I. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- CL16** **UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX EN LA PREDICCIÓN DE LA GRAVEDAD EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2.** Saldías F., Hevia J., Riquelme C., Bustamante A., Choloux G., Leiva I. Departamentos de Enfermedades Respiratorias y Radiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- CL17** **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS ATENDIDOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2.** Saldías F., Guzmán A., Camhi D., Choloux G., Abud R., Leiva I. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- CL18** **MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A 1 AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.** Ramírez A.¹, Cayupi F.¹, Arancibia F.¹, Galdames M.², Ramírez G.², Kauffmann M.¹, Lovera C.³, Vargas A.¹. ¹Instituto Nacional del Tórax; ²Becado Medicina Intensiva, Universidad de Chile; ³Hospital Eduardo Pereira.
- CL19** **RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES DE LA TC DE TÓRAX EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA COVID-19 Y LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA A LOS 3 MESES DEL ALTA.** Boisier D., Gutiérrez M., Santamarina M., Martínez F., Lomakin., Reyes C., Silva T. Hospital Naval Almirante Nef.

Sesión **Inmunización - SAHOS**
 Facilitador Dra. Rosa María Feijoó - Dra. Mónica Antolini
 Salón Book&Cigars
 Totem 1

CL20 ADHERENCIA EN LA INMUNIZACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 POSTERIOR A HOSPITALIZACIÓN POR NEUMONÍA COVID-19 EN POBLACIÓN NO VACUNADA. Cayupí F.¹, González P.², Tamblay C.³, Ramírez K.³, Venegas J.³, Cheg J.³, González G.³, Chahuan E.³, Camp C.³. ¹Instituto Nacional del Tórax, ²Pontificia Universidad Católica de Chile, ³Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani.

CL21 DETECCIÓN DE SARS-COV-2 EN PLASMA DE PACIENTES ADULTOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN. Loreto Fuenzalida L.¹, Toro-Ascuy D.¹, Rojas V.¹, Cifuentes-Muñoz N.¹, García-Díaz D.², Munizaga G.³, Tapia C.⁴, Maquilón C.⁵. Grupo de Virología, Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile, Departamento de Nutrición, Universidad de Chile, Santiago, Chile, Servicio Urgencia, Clínica Dávila, Santiago, Chile, Dirección Médica, Clínica Dávila, Santiago, Unidad Broncopulmonar adulto, Clínica Dávila, Santiago, Chile.

CL22 RESPUESTA SEROLÓGICA FRENTE A LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2 SEGÚN INFECCIÓN Y REINFECCIÓN PREVIA EN PERSONAL DE LA SALUD DE LA ZONA METROPOLITANA NORTE DE BARCELONA. Molina X.¹, Carrasco-Ribelles L.², Costa A.², Violán C.². ¹Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Universidad del Desarrollo; ²Fundació Institut Universitari Per A La Recerca A L'Atenció Primària De Salut Jordi Gol I Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España.

CL23 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EVALUADA POR SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO PRE Y POSTPANDEMIA. Retamal-Riquelme E., Nieto-Pino J. Unidad de Sueño Adulto, Hospital Clínico La Florida.

CL24 FACTORES ASOCIADOS A PEOR SOBREVIVENCIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN Y OBESIDAD VENTILADOS EN DOMICILIO. Antolini M., Maquilón C., Valdés N., Canales K., Andrade M., Carrillo J. Ministerio de Salud y Clínica Dávila, Hospital San José, Universidad De Santiago, Instituto Nacional Del Tórax, Pontificia Universidad Católica.

Sesión **Función pulmonar**
 Facilitador Dra. Mónica Gutiérrez - Dr. Manuel Oyarzún
 Salón Book&Cigars
 Totem 2

CL25 INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA SEGÚN VALORES DE REFERENCIA GLI VERSUS KNUDSON. Reyes S., Alvear G, Santibáñez L. Ramírez V., Martínez B. Integramédica Maipú, Universidad Mayor.

CL26 CORRELACIÓN ENTRE LA ESPIROMETRÍA Y LA PLETISMOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATRÓN RESTRICTIVO, SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL. Riquelme J., Fernández MB., Kauffmann M., Collao C., Sáez J., Lizama L., Arancibia F., Céspedes J., Schönfeldt P. Instituto Nacional del Tórax (INT), Santiago, Chile.

CL27 DIAGNÓSTICO DE RESTRICCIÓN UTILIZANDO CAPACIDAD VITAL PLETISMOGRÁFICA EN COMPARACIÓN CON LA TLC. Fernández M.B., Riquelme J., Kauffmann M., Collao C., Sáez J., Sáez C., Arancibia F., Céspedes C., Schönfeldt P. Instituto Nacional del Tórax (INT), Santiago, Chile.

- CL28 RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ESPIROMETRÍA EN PACIENTES CON ALTERACIONES RESTRICTIVAS, SEGÚN GÉNERO Y EDAD, UTILIZANDO LA PLETISMOGRAFÍA CORPORAL COMO ESTÁNDAR DE ORO.** Kauffmann M.¹, Fernández MB.¹, Riquelme J.¹, Collao C.¹, Sáez J.¹, Ponce I.¹, Arancibia², Céspedes J.², Schönfeldt P.². ¹Becados Subespecialidad Enfermedades Respiratorias; ²Instituto Nacional del Tórax (INT).
- CL29 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA PRUEBA SIT-TO-STAND PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.** Vanessa Regiane Resqueti Fregonezi, Lopes N., Ferezini J., Nascimento L., Endes L., Bruno S., Torres-Castro R., Fregonezi G. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal-Brazil. Universidad de Chile, Santiago-Chile.
- 13:15-14:15 SIMPOSIO**
¿Podemos adelantarnos a la agudización de EPOC en un paciente de alto riesgo? Novedades de GOLD 2023
 Dr. Alejandro Casas (Colombia)
 Dr. Guy Levy (Venezuela)
 Salón Pacífico
 Gentileza Laboratorio GSK
- 13:15-14:15 SIMPOSIO**
 Coord:
 Salón Esmeralda
 Gentileza Laboratorios TEVA
- 14:30-16:00 BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “CONTAMINACIÓN AMBIENTAL”.**
 Coordinador: Dr. Manuel Oyarzún
 Salón: Palma
- 14:30-14:50 Efectos de la contaminación atmosférica. Más allá del sistema respiratorio.**
 Dra. Estela Blanco
- 14:50-15:10 La ética ante la contaminación ambiental.**
 Sra. Paulina Ramos
- 15:10-15:30 Instalación de la salud en la agencia climática global.**
 Dr. Mauricio Ilabaca
- 15:30-16:00 Discusión**
- 14:30-16:00 BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “VÍA AÉREA PEDIÁTRICA”**
 Coordinador: Dr. Juan Carlos Arancibia
 Salón: Estrella 2-3
- 14:30-14:50 Decanulación traqueal en pediatría. ¿Cuándo y cómo?**
 Dr. Alvaro Pacheco
- 14:50-15:10 Fibrobroncoscopia en paciente crítico pediátrico.**
 Dr. Jorge Mackenney

15:10-15:30	Lesiones de vía aérea post extubación. Dr. Alvaro Pacheco
15:30-16:00	Discusión
14:30-16:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “CUIDADOS RESPIRATORIOS EN UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO” Coordinadores: Dr. Francisco Arancibia Dr. Raúl Riquelme Salón: Pacífico
14:30-14:50	Actualización en neumonía grave. Videoconferencia. Dr. Marcos Restrepo (USA)
14:50-15:10	Posición prono en insuficiencia respiratoria ¿Cuándo y Cómo? Dr. Daniel Ramos
15:10-15:30	Resiliencia inmunológica y sobrevida al COVID-19. Videoconferencia. Dr. Marcos Restrepo (USA)
15:30-16:00	Discusión
16:00-16:30	Café
16:30-18:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “NEUMOLOGÍA INTERVENCIONAL EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA” Coordinador: Dr. Arturo Morales Salón: Pacífico
16:30-16:50	Derrame pleural maligno, cuando, a quién y cómo intervenir. Estrategias y nomogramas de manejo. Dr. Felipe Aliaga
16:50-17:10	Etapificación cáncer: pulmón, cuándo, a quién y cómo. Errores frecuentes. Dr. Arturo Morales
17:10-17:30	Tumores con compromiso vía aérea central. Broncoscopia rígida Dr. Carlos Aravena
17:30-18:00	Discusión
16:30-18:00	BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “PATOLOGÍA DE SUEÑO” Coordinador: Dr. Nicolas Johnson Salón: Estrella 2-3
16:30-16:50	Trastornos respiratorios del sueño. Lo que el neumólogo debe saber. Dra. Emma García (México)
16:50-17:10	Patología del sueño, Visión del otorrinolaringólogo. Dr. Cristian Bachelet
17:10-17:30	Laboratorio de sueño en pediatría Dra. Emma García (México)
17:30-18:00	Discusión

- 16:30-18:00 **BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “TABACO”**
Coordinadores: Dr. Sergio Bello
Salón: Palma
- 16:30-16:50 **Tratamiento farmacológico: El tabaco en urgencia y cuidados intensivos.**
Dr. Alejandro Videla (Argentina)
- 16:50-17:10 **Tabaco y enfermedad autoinmune.**
Dra. Ximena Cea
- 17:10-17:30 **Tabaco y Cáncer.**
EU. Carla Campaña
- 17:30-18:00 Discusión
- 18:00-19:00 **SIMPOSIO**
Coordinadora: Dra. Eva Chong
Salón: Pacífico
- Innovación en el tratamiento del asma bronquial:**
Combinación Fluticasona-Formoterol.
Dr. Alvaro Cruz (Brasil)
- Gentileza Laboratorio Eurofarma

08:30-10:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES” Coordinadoras: Dra. Catalina Briceño - Dra. Gina Miranda Salón: Pacífico
08:30-08:50	Nuevas tendencias en enfermedad pulmonar difusa fibrótica. Dr. Athol Wells (Reino Unido)
08:50-09:10	Síndrome de enfisema pulmonar combinado con fibrosis. Dr. Vincent Cottin
09:10-09:30	Enfermedad Pulmonar fibrosante progresiva. ¿Qué sabemos? Dr. Athol Wells (Reino Unido)
09:30-10:00	Discusión
08:30-10:00	BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “EJERCICIO, REHABILITACIÓN CARDIOPULMONAR Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS I” Coordinadora: Dra. Aida Milinarsky Salón: Estrela 2-3
08:30-08:50	Evaluación del paciente pediátrico para inicio de rehabilitación cardiopulmonar. Dra. Marietta Núñez
08:50-09:10	Test de ejercicio cardiopulmonar en pediatría. Una mirada clínica y fisiológica. Dr. Rodrigo Bozzo
09:10-09:30	Test de ejercicio cardiopulmonar en el niño con enfermedad respiratoria crónica. Dr. Craig Williams (Reino Unido)
09:30-10:00	Discusión
08:30-10:00	BLOQUE TEMÁTICO VENTILANDO IDEAS - RAMAS: “TEST CARDIOPULMONAR I” Coordinadora: Dra. Patricia Schönfeldt Salón: Palma
08:30-09:00	Fisiología del test cardiopulmonar. Dr. Iván Caviedes
09:00-09:30	Variables fisiología del test cardiopulmonar, ¿Cuáles debemos graficar? Dra. Laura Gochicoa (México)
09:10-09:30	¿Cuáles son los datos mínimos y obligatorios que debemos evaluar? Dr. Piergiuseppe Agostoni (Italia)
09:30-10:00	Discusión
08:30-10:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “CIRCULACIÓN PULMONAR” Coordinador: Dr. Ricardo Fritz Salón: Esmeralda
08:30-09:00	Puesta al día en diagnóstico y tratamiento de hipertensión pulmonar. (Videoconferencia) Dr. Tomás Pulido (México)

09:00-09:30	Estratificación de riesgo. Dra. Mónica Zagolin
09:10-09:30	Terapia actual combinada. (Videoconferencia) Dr. Tomás Pulido (México)
09:30-10:00	Discusión
10:00-10:30	Café
10:30-12:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “PULMÓN REUMATOLÓGICO” Coordinadores: Dr. Felipe Reyes - Dr. Mauricio Salinas Salón: Pacífico
10:30-11:00	Actualización en el manejo de enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedad del tejido conectivo. Dr. Vincent Cottin (Francia)
11:00-11:30	Terapia antifibrótica en EPID/ETC, ¿debemos usarla, solo cuando existe progresión? Dr. Athol Wells (Reino Unido)
11:30-12:00	Discusión
10:30-12:00	BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “EJERCICIO, REHABILITACIÓN CARDIOPULMONAR Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS II” Coordinadora: Dra. Marietta Núñez Salón: Estrela 2-3
10:30-10:50	Beneficios y consideraciones clínicas del ejercicio y actividad física en la fibrosis quística. Dr. Craig Williams (Reino Unido)
10:50-11:10	Broncoconstricción y asma inducida por ejercicio. Dr. Tod Olin (EUA)
11:10-11:30	Ejercicio en niños con necesidades especiales. Dra. Claudia Astudillo
11:30-12:00	Discusión
10:30-12:00	BLOQUE TEMÁTICO VENTILANDO IDEAS - RAMAS: “TEST CARDIOPULMONAR II” Coordinadora: Dra. Patricia Schönfeldt Salón: Palma
10:30-11:00	Protocolos de test cardiopulmonar ¿Cuál elegir? Dr. Piergiuseppe Agostoni (Italia)
11:00-11:20	Control de calidad. Dr. Cristóbal Collao
11:20-11:50	Ejecución del test cardiopulmonar. Dr. Mauricio Ruiz
11:50-12:00	Discusión

10:30-12:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “ASMA I” Coordinadora: Dra. Patricia Fernández - Dra. Carmen Paz Venegas Salón: Esmeralda
10:30-10:50	Asma en Latinoamérica, Guías de Asma ALAT. Dr. Miguel Antúnez
10:50-11:10	Monitoreando la respuesta a terapias biológicas en asma. Dr. Parameswaran Nair (Canadá)
11:10-11:30	Inmunología y tratamiento de asma severa. (Videoconferencia) Dr. Guy Bruselle (Bélgica)
11:30-12:00	Discusión
12:00-13:15	Sesión de comunicaciones libres (Totems) Salón Estrella 1 - Salón Book&Cigars
Sesión Facilitador Salón Totem	COVID-19 Dr. Francisco Arancibia - Dr. Jorge Dreyse Estrella 1 1
CL30	LESIONES TARDÍAS DE VÍA AÉREA SUPERIOR EN EL SEGUIMIENTO ALEJADO DE PACIENTES SOMETIDOS A TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PERÍODO DE PANDEMIA POR COVID-19. Lora P., Osses F., Melo P., Vega G., Andino P., Lora P. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Hospital San José, Instituto Nacional del Tórax.
CL31	MORTALIDAD POSEGRESO HOSPITALARIO POR COVID-19: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO. Carrillo J., Pazmiño M., San Martín L., Hernández G., Quezada P., Fernández V., Carvajal C., Díaz V., Carrasco P. Hospital de Quilpué, Hospital Clínico Regional De Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Universidad De Concepción.
CL32	MORTALIDAD DE PACIENTES CON COVID-19 MANEJADOS EN UCI CON Y SIN ECMO. Fernández M.B., Carrillo J., Fritzsche N., Ramírez A., Zambrano J., Guerra C., Gavilán J., Arancibia F., Vargas C. Instituto Nacional del Tórax, Hospital de Quilpué, Universidad De Santiago.
CL33	RESPUESTA DE OXIGENACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTES POST-COVID-19 DURANTE EVALUACIÓN DE CAPACIDAD DE EJERCICIO - RESULTADOS PRELIMINARES. Resqueti V., Poquiviqui E., Nascimento L., Cavalcanti V., Bandeira E., Bezerra T., Otto M., Fregonezi G. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brazil. Universidad Autónoma De Chile, Santiago, Chile.
CL34	MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE LA HIPOXEMIA SILENTE EN COVID-19. Duhalde S. ¹ , Espinoza B. ¹ , Sáez V. ¹ , Reyes T., Oyarzún M. Programa de Fisiopatología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Alumnos Escuela de Medicina, Universidad de Chile.

Sesión **Intersticiales**
 Facilitador Dra. Valeria Pozo - Dr. Alvaro Undurraga
 Salón Estrella 1
 Totem 2

CL35 **CONTRIBUCIÓN DE LA CAPILAROSCOPIA DEL LECHO UNGUEAL (CLU) EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES (EPI).** Reyes F.^{1,4}, Saavedra S.^{2,4}, Vergara K.^{3,4}, Palavecino T.². Unidad de patología intersticial Instituto Nacional del Tórax, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Sección de Reumatología, Hospital el Salvador, Departamento de Medicina Interna Clínica Las Condes.

CL36 **NEUMONÍA INTERSTICIAL AGUDA SECUNDARIA A INYECCIÓN DE BIOPOLÍMEROS.** Oliva R.¹, Victor Leiva V.², Gajardo C.³, Villagrán F.¹. Médico internista, Unidad de cuidados intensivos - Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Broncopulmonar adulto, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Becado medicina interna, Universidad de Valparaíso.

CL37 **CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE PACIENTES CON PANEL DE MIOSITIS POSITIVO ENTRE LOS AÑOS 2016 A 2022, EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE.** Osses F., Andino P. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse.

CL38 **USO DE PIRFENIDONA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.** Salinas M., Reyes R., Florenzano M., López J., Tapia M., Rodríguez J.C., Valenzuela H., Undurraga A. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Instituto Nacional del Tórax.

Sesión **Asma**
 Facilitador Dra. Patricia Fernández - Dra. Patricia Díaz
 Salón Estrella 1
 Totem 3

CL39 **TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB CONDUCE A LA REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ASMA SEVERA EOSINOFÍLICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE MUNDO REAL REDES.** Christian Domingo-Ribas M.D. PhD¹, Ian Pavord FMedSci D.M.², Robert G. Price MSc³, Peter Howarth D.M.⁴, John Oppenheimer M.D.⁵, Liam Heaney M.D.⁶, Hiroyuki Nagase M.D. PhD⁷, Sandoval-Astudillo N.⁸, Frances Gardiner MPhil⁴. ¹Servei de Pneumologia, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Spain; ²Respiratory Medicine Unit and Oxford Respiratory National Institute for Health Research Biomedical Research Centre, Nuffield Department of Medicine, Oxford, UK; ³Biostatistics, GSK, Stevenage, Hertfordshire, UK; ⁴Global Medical, Global Specialty & Primary Care TA, GSK House, Brentford, Middlesex, UK; ⁵Rutgers New Jersey Medical School, Newark, NJ, USA; ⁶Wellcome Wolfson Institute for Experimental Medicine, Queen's University Belfast, Belfast, UK; ⁷Division of Respiratory Medicine and Allergology, Department of Medicine, Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan; ⁸GSK Chile.

CL40 **SERIE DE CASOS DE PACIENTES CHILENOS EN UN ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTINACIONAL DE LA EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB EN EL MANEJO DEL ASMA SEVERA (SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO NEST).** Moraes F.¹, Fernandez P.², Trujillo P.², Escrig D.¹, Poblete V.², Rodríguez C.¹, Sandoval N.¹, Romero J.¹. ¹Departamento Médico, GSK, Santiago, Chile; ²Instituto Nacional del Tórax, Santiago, Chile.

CL41 **TRAYECTORIAS DE FUNCIÓN PULMONAR EN ASMA PERSISTENTE: DEL PREESCOLAR AL ESCOLAR.** Alberto Vidal A., González R., Abara S., Saavedra M., Fielbaum O., Palomino M.A. Clínica Las Condes.

CL42 TOXOCARIASIS COMO CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTE ADULTO CON ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA NO CONTROLADA. Jara J., Trujillo P., Fernández P., Poblete V., Salinas P. Instituto Nacional del Tórax.

CL43 RESPUESTA OPTIMA A RESLIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICO: LA IMPORTANCIA DE LA ENDOTIPIFICACIÓN. Romina Abud Benítez¹, Gabriela Santana Cardemil², Carmen Venegas Garrido¹. ¹Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Clínica Alemana De Valdivia

Sesión **Tuberculosis - Infecciones**
Facilitador Dr. Carlos Peña - Dr.
Salón Estrella 1
Totem 4

CL44 TUBERCULOSIS DISEMINADA CON PRESENTACIÓN RADIOLÓGICA ATÍPICA EN PACIENTE VIH. Espinoza C.¹, Osses F.², Rouret F.³, Melo P.⁴, Cifuentes M.J.⁵, Andino P.A.⁶. Hospital San Borja de Arriarán, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

CL45 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 17 CASOS ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2022. Osses F., Vera L., Vega G., Andino P., Lora P. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse., Instituto Nacional del Tórax, Univ. Diego Portales, Clínica Las Condes, Depto. Médico. GlaxoSmithKline Chile, Hospital Clínico de Magallanes, Regional Matrix Team, GlaxoSmithKline Brasil.

CL46 ANÁLISIS ESPACIAL DE LA TBC PULMONAR: UN ANÁLISIS ECOLÓGICO PARA EL PERÍODO 2016-2020 EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE. Ayala S.¹, Escobar N.², Canals M.³. Programa de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Chile y Agencia Nacional de Dispositivos Médicos, Innovación y Desarrollo, Instituto de Salud Pública de Chile, Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis, Ministerio de Salud de Chile, Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública y Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CL47 TUBERCULOSIS PULMONAR ¿CUÁNTO SABEN Y QUÉ MEDIDAS IMPLEMENTAN LOS CONTACTOS INTRADOMICILIARIOS PARA PREVENIR EL CONTAGIO DENTRO DEL HOGAR? Seguel R.¹, Ruiz-Tagle C.¹, Vargas S.¹, Bernales M.¹, Villarroel L.¹, Pizarro A.¹, Peña C.², Hernández V.², Neira V.³, Dinamarca E.³, Balcells M.E.¹. Pontificia Universidad Católica de Chile, Servicio de Salud Metropolitano Central, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

CL48 LINFADENITIS GRANULOMATOSA NECROTIZANTE COMO PRESENTACIÓN DE MICOBACTERIUM AVIUM COMPLEX EN PACIENTE VIH: UNA PRESENTACIÓN MUY INFRECIENTE. Lux S., Ramos D., Salinas M. Instituto Nacional del Tórax.

Sesión **Casos Infrecuentes**
Facilitador Dra. Paulette Andino - Dr.
Salón Book&Cigars
Totem 1

CL49 EFECTOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POR DÉFICIT DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA-1 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REPORTE DE CASO. Soto-Rodríguez S.¹, Saban-Gaete E.¹, Martínez-Matus C.¹, Peñaloza-Garrido C.¹. ¹CES-FAM Cóncores de Chile, El Bosque, Santiago, Chile.

- CL50** **NEMATODIASIS DISEMINADA O SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR *STRONGYLOIDES STERCORALIS*, EN PACIENTE DE ORIGEN BOLIVIANO: REPORTE DE UN CASO.** Riquelme J.¹, Urarte E.², Escobar J.¹, Kauffmann M.¹, Fernández C.³, Matias J.¹, Godoy J.⁴, Guerra C.¹, Arancibia F.¹. Instituto Nacional del Tórax, Departamento Parasitología Universidad de Chile, Hospital San Juan, Hospital Barros Luco Trudeau.
- CL51** **IMPORTANCIA DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL DOLOR ABDOMINAL.** Antivilo C.¹, Maturana J.¹, Corrales M.¹, Bello M.¹, Núñez P.¹, Correa G.¹. ¹Hospital San Juan de Dios.
- CL52** **REPORTE DE CASO: POLIARTRITIS REACTIVA POR TUBERCULOSIS, UNA CAUSA POCO RECORDADA DE ARTRITIS.** Lagos M., Rincón L. Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz.
- 13:15-14:15** **SIMPOSIO**
Coordinadora: Dra. Carmen Paz Venegas
Salón: Esmeralda
- Asma grave en Chile: Desafíos y oportunidades.**
Dra. Carmen Paz Venegas
- Benralizumab: de los estudios a la evidencia en el mundo real.**
Dr. Parameswaran Nair (Canadá)
- Gentileza Laboratorio AstraZeneca
- 13:15-14:15** **SIMPOSIO**
Salón: Pacífico
- Estrategias de vacunación contra el Neumococo para adultos con co-morbilidades.**
Dr. Carlos Pérez
- Gentileza Laboratorio Pfizer
- 14:30-16:00** **BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “SUEÑO”**
Coordinador: Dr. Juan Carrillo
Salón: Pacífico
- 14:30-14:50** **Apnea obstructiva del sueño. Evolución clínica y fenotipos.**
Dr. Fernando Saldías
- 14:50-15:20** **Medición del riesgo en SAHOS: más allá del índice apnea-hipopnea.**
(Videoconferencia)
Dr. Gonzalo Labarca
- 15:20-15:40** **Apnea obstructiva del sueño e insuficiencia cardíaca.**
Dra. Leslie Vargas-Ramírez (Colombia)
- 15:40-16:00** **Síndrome de hipoventilación - obesidad: Estado del arte.**
Dr. Juan Fernando Masa (España)
- 16:00-16:20** **Discusión**
Dr. César Maquilón

14:30-16:00	BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “EJERCICIO, REHABILITACIÓN CARDIOPULMONAR Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS III” Coordinador: Dr. Guillermo Zepeda Salón: Estrela 2-3
14:30-14:50	Obstrucción Laríngea inducida por ejercicio (EILO): Enfrentamiento diagnóstico. Dr. Tod Olin (EUA)
14:50-15:10	Enfermedades respiratorias en niños y adolescentes deportistas de élite. Dr. Craig Williams (Reino Unido)
15:10-15:30	EILO: Manejo. Dr. Tod Olin (EUA)
15:30-16:00	Discusión
14:30-16:00	BLOQUE TEMÁTICO VENTILANDO IDEAS - RAMAS: “TEST CARDIOPULMONAR III” Coordinadora: Dra. Patricia Schönfeldt Salón: Palma
14:30-15:00	Correcta determinación del umbral anaeróbico, curva Watts/VE/Tiempo, UA por RER. Dr. Rodrigo Soto F.
15:00-15:40	Ventilación y ejercicio VE/Vcos Slope, HR y VO₂/HR. Dr. Piergiuseppe Agostoni (Italia)
15:40-16:00	Discusión
14:30-16:00	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “ASMA II” Coordinador: Dr. Gabriel García Salón: Esmeralda
14:30-16:00	Coloquios de Asma. Dr. Miguel Aguayo Dra. Marcia Aguirre Dra. Patricia Fernández Dra. Maite Oyonarte
16:00-16:30	Café
16:30-17:30	REUNIÓN DE COMISIONES SER Salón Esmeralda
16:30-17:30	BLOQUE TEMÁTICO VENTILANDO IDEAS.RAMAS: “TEST CARDIOPULMONAR IV” Coordinadora: Dra. Patricia Schönfeldt Salón: Palma
16:30-16:45	Patrones de informe: Introducción. Dra. Laura Gochicoa (México)
16:45-17:30	Informe e interpretación (casos clínicos). Dr. Piergiuseppe Agostoni (Italia)

17:30-18:15

SIMPOSIO

Coordinadora: Dra. Patricia Fernández

Salón: Esmeralda

¿Que hacemos frente al paciente con asma grave no controlada?

Una charla entre colegas

Dra. Ana Stock

Gentileza Laboratorio Sanofi

17:30-18:15

SIMPOSIO

Salón: Palma

Conversando sobre vacunación en el adulto.

Dra. Tamara Rosales

Gentileza Laboratorio GSK

09:00-10:30	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “TUBERCULOSIS” Coordinador: Dr. Carlos Peña Salón Pacífico
09:00-09:20	Prevención de la tuberculosis activa mediante el tratamiento de la tuberculosis latente. Dra. Elvira Balcells
09:20-09:40	Nuevas opciones para el tratamiento de la tuberculosis resistente a rifampicina y/o fluoroquinolonas. Dr. Luis Adrián Rendón (México)
09:40-10:00	Las nuevas normas chilenas de tuberculosis. Dra. Nadia Escobar
10:00-10:30	Discusión
09:00-10:30	BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “AÑO EN REVISIÓN” Coordinador: Dr. Rodrigo Gil Salón Palma
09:00-09:20	EPOC. Dr. Rodrigo Gil
09:20-09:40	Tromboembolismo pulmonar. Dr. Sebastián Lux
09:40-10:00	COVID-19. Dr. Felipe Astorga
10:00-10:30	Discusión
09:00-10:30	BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “MISCELÁNEO” Coordinador: Dr. Carlos Ubilla Salón Estrella 2-3
09:00-09:20	Enfrentamiento del niño con neumopatía crónica. Dr. Gabriel Gutiérrez (México)
09:20-09:40	Aplicaciones clínicas de laboratorio función pulmonar en niños. Dra. Laura Gochicoa (México)
09:40-10:00	Déficit de alfa 1 antitripsina. De lo teórico a lo práctico. Dr. Guillermo Zepeda
10:00-10:30	Discusión
10:30-11:00	Café

- 11:00-12:10 **CONTROVERSIAS DR. PATRICIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**
Coordinadores: Dr. Raúl Berríos - Dra. Claudia Sepúlveda
Salón: Pacífico
- 11:00-11:20 **Controversias Pediátrica:**
Biomarcadores en asma y utilidad en manejo.
Pro: Dra. Gema Pérez
Con: Dra. Francisca Córdova
- 11:20-11:40 **Controversias Adultos:**
ACOS (pro) o CAOS (con)
Pro: Dr. Pablo González
Con: Dr. Gino Fuentes
- 12:00-12:10 **Resultados de votaciones de contraversias**
- 12:30-13:10 **CONFERENCIA HISTORICO CULTURAL**
Coordinador: Dr. Guillermo Zepeda
Salón Pacífico

Imágenes del Desierto Florido
Dra. Margarita Aldunate
- 13:10-13:50 **REUNIÓN DE SOCIOS.**
- 13:50-14:00 Cierre

RESÚMENES DE COMUNICACIONES LIBRES

CL1 A CL52

CL1

PREVALENCIA DE SARCOPENIA Y ASOCIACIÓN ENTRE DÉFICIT MUSCULAR CON FUNCIÓN PULMONAR EN CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR.

Andrade C.¹, Salinas M.¹, Valdés S.², Caniulaf C.³, Provoste D.¹, Adasme R.², Linacre V.¹. Instituto Nacional del Tórax, Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El trasplante de pulmón (TP) es un procedimiento que se realiza cada vez más a pacientes seleccionados, cuya característica común es que cursan con enfermedades pulmonares en etapa terminal. Estos pacientes presentan en su mayoría, disfunción del músculo esquelético, disminución de la función respiratoria, condición que se ha asociado con un aumento de la morbilidad y mortalidad en pacientes con trasplante de órganos sólidos. Se desconoce la asociación entre esta pérdida muscular y el empeoramiento de la función pulmonar de la persona. **Objetivo:** Explorar asociación entre sarcopenia, déficit muscular y función pulmonar en pacientes candidatos a trasplante pulmonar, en el Instituto Nacional del Tórax de Santiago de Chile. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, transversal en candidatos a trasplante pulmonar del Instituto Nacional del Tórax (INT) de Santiago de Chile, atendidos entre marzo y noviembre del año 2021, en dicho periodo se realizó estimación de la masa muscular a través del índice de masa muscular (IME) mediante la medición tomográfica computarizada del área de superficie transversal (SA) de los músculos esqueléticos abdominales a nivel de la tercera vertebra lumbar (L3), la fuerza de prensión fue medida a través de dinamometría. Para evaluar la función pulmonar se utilizó espirometría forzada. Se utilizó estadística descriptiva, la asociación entre variables, se realizó mediante modelos de regresión lineal o logística univariada, según naturaleza de variable. **Resultados:** Se registro la información del total de candidatos a TP que fueron 40, con una prevalencia de sarcopenia de 16 (40%) pacientes con dicho diagnóstico. Edad mediana de 50 (40; 61) años, 50% sexo femenino. La asociación de sarcopenia con la función pulmonar, el valor predicho del volumen espirado a 1 segundo fue de OR = 0,99 [IC95 0,96; 1,02] y con la capacidad vital forzada (CVF) de OR = 0,99 [IC95% 0,95; 1,03]. Se encontraron asociaciones significativas de sarcopenia con estatura (OR = 8,26 [IC95% 1,24; 5,46], índice de masa corporal (IMC) (OR = 0,89 [IC95% 0,79; 0,99], bajo peso por IMC (OR = 6,6 [IC95% 1,13; 38,6], y presencia de diabetes mellitus (OR = 0,93 [IC95% 0,01; 0,83], se evaluó la asociación entre IME con IMC, circunferencia de pantorrilla ajustada por IMC, dinamometría y valores de función pulmonar. Se encontró correlación positiva débil entre IME ($r = 0,34$; $p\text{-value} = 0,028$) y circunferencia de pantorrilla corregida por IMC ($r = 0,31$; $p\text{-value} = 0,048$). **Conclusiones:** La prevalencia de sarcopenia fue de 40% en nuestra población de estudio. No hay asociación con significación estadística entre sarcopenia y parámetros de función pulmonar evaluados con espirometría forzada (VEF₁ y CVF). Se asociaron a sarcopenia como variable de riesgo el bajo peso y la estatura, al igual que se pudo asociar de forma débil el IME medido por TAC con la circunferencia de pantorrilla corregido por índice de masa corporal. Se requieren más estudios para confirmar estas observaciones, además de relacionar con otras mediciones de función pulmonar la asociación con sarcopenia.

CL2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA CON ENFERMEDAD PULMONAR AVANZADA. EXPERIENCIA EN 10 AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Gutiérrez J., Pinochet V., Irazoqui P., Benavides G., Andrade C., Orellana M., Melo J. Clínica Alemana de Santiago, Hospital Clínico Regional de Concepción, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La enfermedad pulmonar avanzada (EPAV) sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con Fibrosis Quística (FQ). El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de pacientes con FQ con EPAV y mortalidad en el seguimiento. **Materiales:** Estudio descriptivo, retrospectivo desde enero del año 2012 a junio del año 2022, con revisión de registros clínicos de pacientes con FQ con EPAV: VEF₁ < 40%, oxígeno dependiente, y/o enviados a programa de trasplante pulmonar. Se recolectaron características demográficas, clínicas y de estudio microbiológico, funcional y molecular. **Resultados:** De 129 pacientes controlados a junio del año 2022, un 34% ($n = 44$) tenía criterios de EPAV. Un 52% son hombres, el IMC promedio fue de 19,9 kg/m² un 72% eran portadores de insuficiencia pancreática, un 25% DM relacionada a FQ y 9% daño hepático crónico. Un 87% tenía estudio genético, siendo la mutación DF508 la más frecuente (67%). La edad promedio de diagnóstico fue de 11,2 años ($DS \pm 13$ años), siendo en un 56% tardío (> 4 años de vida). Un 75% presentaba infección crónica por pseudomonas y un 50% por SAMR. Un 54% ingresó al programa con enfermedad avanzada, un 68% requirió oxígeno domiciliario, un 18% VMNI, 9% ha tenido neumotórax y un 25% presentó hemoptisis que requirió embolización en un 27% de los casos. El 70% tuvo 2 o más hospitalizaciones el último año de seguimiento. De 27 pacientes que han sido derivados a trasplante, 7 se trasplantaron, 3 fallecieron en lista para trasplante, 9 presentaron contraindicación: 4 de ellos por desnutrición y 5 por mala adherencia y escasa red de apoyo. Un 32% ($n = 4$) ha fallecido, siendo un 93% por causa respiratoria. **Conclusiones:** Un tercio de los pacientes evaluados en el INT tienen EPAV cuyo diagnóstico se realizó tardíamente en la mitad de los casos. Las principales barreras de ingreso a lista para trasplante son la desnutrición, mala adherencia y falta de red de apoyo. Es una población con una elevada mortalidad, siendo la causa respiratoria la principal.

CL3

CAUSAS DE MUERTE EN TRASPLANTE PULMONAR. ANÁLISIS A 12 AÑOS DEL PROGRAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Florestano M.C., Linacre V., Sepúlveda C., Donoso E., Gajardo F., Melo J. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: El trasplante pulmonar es una opción en pacientes seleccionados con enfermedad pulmonar avanzada. Según datos internacionales las principales causas de muerte en el primer años post trasplante son las infecciones y la falla del injerto pulmonar, mientras que la disfunción crónica de injerto (CLAD) es la principal causa de mortalidad tardía post trasplante. **Objetivo:** Describir las causas de mortalidad en pacientes trasplantados de pulmón en el Instituto Nacional del Tórax. **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo

con revisión de registros clínicos de pacientes trasplantados en el Instituto Nacional del Tórax entre agosto del 2010 a agosto del 2022, se consignaron datos demográficos al momento de fallecimiento, fecha de trasplante, enfermedad de base, tipo de trasplante (mono o bipulmonar), data de muerte post trasplante, y se clasificaron las causas de muerte en: infecciosas, por CLAD, neoplasia, cardiovascular, quirúrgicas y otras. **Resultados:** Durante este periodo se han trasplantado 105 pacientes, de los cuales han fallecido 49 (46,6%). La edad promedio fue de 49 años ($r = 20-68$). Un 55% son hombres. Las indicaciones de trasplante fueron: 82% por EPD, 16% por Bronquiectasias y 2% por EPOC. Un 73% fue técnica mono pulmonar. A nivel global, las principales causas de muerte fueron por CLAD (38,7%) y las infecciones (28,5%), siendo 64% de estas de origen viral ($n=9$), donde lo más frecuente fue COVID ($n = 7$), Influenza A ($n=1$) y varicela ($n = 1$). Otras causas de muerte fueron: 6 pacientes por neoplasias (3 neoplasias pulmonares de pulmón nativo, 2 hematológicas y 1 sarcoma), 2 de causa cardiovascular, 2 por hemorragia cerebral, 2 por disfunción primaria de injerto, 2 por complicaciones quirúrgicas y 2 por falla multiorgánica. Un 32,6% de los pacientes ($n = 16$) falleció durante el primer año, siendo un 25% ($n = 4$) de origen infeccioso, donde lo más frecuente fue infecciones por pseudomona ($n = 3$). Entre el primer y tercer año, un 28,6% falleció ($n=14$), siendo por CLAD en un 35% y por infecciones un 35%. Después del tercer año, 19 pacientes fallecieron, siendo por CLAD un 58% ($n = 11$) y por infecciones un 26% ($n = 5$). **Conclusiones:** Las principales causas de mortalidad en nuestros pacientes fueron la disfunción crónica del injerto pulmonar y las infecciones. Durante los primeros 3 años predomina la mortalidad por infecciones, luego de los 3 años lo más frecuente fue CLAD, similar a lo reportado a nivel internacional.

CL4

COMPLICACIONES EN PULMÓN NATIVO EN TRASPLANTE MONO PULMONAR: EXPERIENCIA DE 11 AÑOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Allende I.¹, Gutiérrez J.¹, Melo J.², Linacre V.², Gajardo F.², Donoso E.², Sepúlveda C.². Universidad del Desarrollo, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: El trasplante mono pulmonar es una alternativa en pacientes con enfermedades pulmonares avanzadas no suprativas. Hay centros que han reportado mayor morbilidad asociada a este procedimiento. El objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia de complicaciones en el pulmón nativo de pacientes trasplantados con técnica mono pulmonar y evaluar su influencia en sobrevida. **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo y retrospectivo. Se realizó revisión de los registros clínicos e imagenológicos de todos los pacientes trasplantados por técnica mono pulmonar entre agosto del año 2010 y febrero del año 2022. Se consignaron datos demográficos y clínicos, como complicaciones en el pulmón nativo infecciosas, neoplásicas, entre otras y se evaluó su impacto en la sobrevida global. **Resultados:** Durante este periodo se realizaron 102 trasplantes de pulmón, siendo un 58% mono pulmonar ($n = 60$). La edad promedio fue de 53 años (rango: 18-68), 55% fue de género masculino. Los diagnósticos de los pacientes sometidos a trasplante monopulmonar fueron: Fibrosis Pulmonar con 56 casos (93%); Bronquiolitis obliterante por ADV 2 casos, EPOC 1 caso y Bronquiectasia 1 caso. Un 22% ($n = 13$) presentó complicaciones en el pulmón nativo. La más frecuente fue la complicación infecciosa reportada en 10 pacientes (77%), siendo 5 neumonías, 5 casos de aspergilomas y un empiema por *Aspergillus*. Hubo 3 casos de neumotórax, 2 de cáncer pulmonar y un caso de hiperinsuflación del pulmón nativo. La gran mayoría de las complicaciones (85%) se presentaron después del décimo mes post-trasplante. Registramos 2 muertes directas asociadas a estas complicaciones: un neumotórax y un carcinoma pulmonar, a los 43 y 65 meses postrasplante respectivamente.

te. El promedio de sobrevida de pacientes con complicaciones en el pulmón nativo y de pacientes sin esta complicación fue de 6,4 años y 4,9 años respectivamente. **Conclusiones:** 22% de los pacientes con trasplante monopulmonar presentó complicaciones en el pulmón nativo. La principal complicación fue la infecciosa siendo la neumonía y el aspergiloma las predominantes. Si bien la incidencia de complicaciones fue alta en nuestra población, no tuvo impacto en la sobrevida global de estos pacientes.

CL5

FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA A REHABILITACIÓN PULMONAR DE PACIENTES CON EPOC EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR Y HOSPITALES DE CHILE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES: ESTUDIO TRANSVERSAL. Zapata J.¹, Díaz M.¹, Muñoz S.¹, Osorio F.¹, Nieto C.¹, Hidalgo G.^{1,2}, Méndez A.¹. ¹Universidad de las Américas; ²Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La Rehabilitación pulmonar (RP) es un componente central en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), aunque no es ampliamente utilizada y entre 40%-60% de pacientes no adhiere. La baja adherencia se ha asociado a factores clínicos y sociodemográficos, sin embargo, en Chile no se han descrito factores asociados a adherencia. Por lo tanto, nos propusimos determinar factores asociados con adherencia a rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC en centros de salud familiar y hospitales en Chile. **Material y Método:** Se diseñó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal considerando la población de programas de RP de centros de salud familiar y hospitales de todo Chile realizados en 2019. El estudio fue aprobado por el Comité de Ético-Científico de Universidad de las Américas con el código CEC_FP_2020006. Se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia desde un marco muestral compuesto por centros donde se contaba con email, el cual fue obtenido por Ley de Transparencia. Se determinaron las características de los centros, la percepción de influencia de variables clínicas/sociodemográficas en la adherencia a RP y, posteriormente, se determinó el valor estimado de edad, disnea, VEF₁, capacidad cardiorrespiratoria, frecuencia de pacientes fumadores y frecuencia de exacerbaciones en adherentes y no adherentes a RP por centro, usando un cuestionario diseñado, validado en este estudio y enviado por email. **Resultados:** Se obtuvieron 29 respuestas (8,7%) de distintas regiones. Los profesionales señalaron que un 45% de pacientes adhiere a RP y, desde su perspectiva, la edad, disnea, capacidad cardiorrespiratoria, consumo de tabaco, exacerbaciones, tiempo de viaje, acceso a transporte y escolaridad son factores que influyen en la adherencia. Al analizar los valores de variables clínicas estimados por los profesionales en los grupos de pacientes adherentes y no adherentes, la frecuencia de fumadores fue el único factor que se asoció a adherencia a RP (OR 0,96, 95% CI 0,93-0,99). Conclusiones: Los factores encontrados por el presente estudio pueden resultar útiles en la elaboración de estrategias orientadas a mejorar la adherencia de pacientes a RP, por ejemplo, mediante el apoyo al abandono del hábito tabáquico. (Financiado por Universidad de las Américas, proyecto PI202012 a AM).

CL6

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ASOCIADA A DEFICIENCIA DE ALFA 1 ANTITRIPSINA. Abud R., Saldías F. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La deficiencia de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una afección hereditaria rara que conduce a una disminución de los niveles circulantes de alfa-1 antitripsina (AAT), lo que aumenta significativamente el riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar y/o hepática crónica. La DAAT sigue siendo subdiagnosticada,

a pesar de la recomendación de las guías ATS/ERS de determinar los niveles séricos de AAT en los pacientes con EPOC. Dado que el diagnóstico temprano podría impulsar intervenciones específicas que disminuyan la progresión de la enfermedad y mejoren el pronóstico de los enfermos, se necesitan programas de detección para identificar a los pacientes afectados. **Caso Clínico:** Mujer de 60 años, ex-fumadora de 15 paq/año, no fuma desde el 2018, fumaba 5-6 cig/día entre los 16 y 57 años, antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva de magnitud leve diagnosticada el 2018, péngfo vulgar en la cavidad oral sin tratamiento específico, tuberculosis pulmonar diagnosticada y tratada a los 18 años en el Hospital del Tórax durante seis meses, neumonía asociada a COVID-19 en Mayo de 2020 manejada con oxigenoterapia y broncodilatadores inhalados, refiere disnea de esfuerzos progresiva desde hace cuatro años, actualmente se cansa al caminar dos cuadras en plano, evita subir escaleras y llevar carga, sin ortopnea, DPN, tos ni expectoración crónica. **Antecedentes familiares:** dos hermanos fumadores con EPOC, tiene dos hijos sanos de 29 y 36 años. La tomografía computarizada de tórax evidencia enfisema centroacinar difuso de predominio basal. La espirometría evidencia obstrucción bronquial leve (VEF₁/CVF post BD: 42%), reducción leve de la DLCO, aumento del volumen residual y capacidad pulmonar total. La distancia recorrida en seis minutos es normal con desaturación y disnea moderada al final de la prueba. La fuerza de los músculos respiratorios es normal. AAT sérica: 24 mg/dL. El estudio genético mediante técnica de PCR de alfa 1 antitripsina reveló déficit grave homocigoto variante ZZ. La paciente no aceptó la terapia de reemplazo de la enzima, se mantiene en tratamiento con broncodilatadores inhalados de acción prolongada y no ha presentado deterioro clínico y funcional en los últimos tres años. **Conclusión:** La EPOC asociada a DAAT es una enfermedad hereditaria subdiagnosticada y potencialmente mortal cuya prevalencia aún no ha sido establecida en nuestro país.

CL7

EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL EN LA CESACIÓN TABÁQUICA EN USUARIOS DEL CENTRO AMBULATORIO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX ENTRE LOS AÑOS 2014 A 2019. Aguila C.¹, Benavides G.², Corrales D.², Balboa T.³. ¹CESFAM Carmela Carvajal, Puerto Montt; ²Instituto Nacional del Tórax, Santiago; ³Universidad de La Frontera, Temuco.

Introducción: Solo el 30% de la población mundial accede a tratamientos de cesación tabáquica y en Chile el Instituto Nacional del Tórax (INT) es un centro de referencia en esta área. El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de la intervención terapéutica grupal en la cesación tabáquica en usuarios del centro ambulatorio del Instituto Nacional del Tórax entre los años 2014 a 2019. **Materiales:** Diseño cuantitativo cuasi experimental, del universo de fumadores que ingresaron a la intervención en el INT entre 2014 y 2019. La intervención consiste en terapia multicomponente, con fármaco Vareniclinia y tratamiento cognitivo conductual, sesiones grupales 1 vez por semana, durante 8 semanas consecutivas; y acompañamiento telefónico entre sesiones; seguimiento al mes 1,3 y 6 siguientes a la intervención. Posterior al tratamiento se evaluó: Abstinencia (ingesta cero de consumo de tabaco), Cesación Tabáquica (abstinencia durante 6 meses continuos), y Adherencia al tratamiento (asistir a 5 o más sesiones). También, se consideró: edad, sexo, comorbilidades, Índice paquete/año (IPA), dependencia física a nicotina (Test Fagerström), motivación para dejar de fumar (Test Richmond), Etapa de cambio según Prochaska y DiClemente, y escala de depresión (Goldberg). Se realizaron análisis descriptivos y análisis de regresión lineal y logística multivariada, utilizando el software estadístico STATA V15. **Resultados:** 61% de los participantes fueron mujeres, edad media 58 años, IPA media 36, alta motivación para dejar de fumar 79%, Etapa de cambio 71% contemplación, 78% con estado psi-

coemocional sin patología, 41% con EPOC. La cesación tabáquica en quienes adhirieron a la intervención mostró un OR 1,56 (IC 95%: 0,5-4,6). Además, el cese tabáquico fue de 52,6% a los 6 meses posterior al tratamiento. La relación entre adherencia a la intervención y cesación tabáquica según sexo es de OR 2,7 (IC 95%: 1,2-6,3) p 0,02 para hombres. La relación entre adherencia a la intervención y abstinencia tabáquica a lo largo del seguimiento, ajustado por edad y sexo es de OR 34,4 (IC 95%: 5,9-199) p 0,000 para las mujeres. **Conclusiones:** El programa de cesación tabáquica tiene una efectividad adecuada, inclusive más alta que el promedio. Quienes adhieren a la terapia tienen mayor probabilidad de lograr cesación tabáquica, pero esta relación está fuertemente influenciada por el sexo; siendo la única variable que modifica el efecto. Resultando en que los hombres tienen mayor cesación tabáquica y se pierden menos en el seguimiento.

CL8

PREVALENCIA DE DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (DA1AT) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN CHILE. Czischke K., Silva R., Jalón M., Saldías F., Pavié J., Gutierrez M., San Martín B., Mendoza L., Cea X., Barros M. Hospital Padre Hurtado, Hospital Regional de Talca, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Hospital San Martín de Quillota, Hospital Naval de Viña del Mar, Hospital de Punta Arenas, Hospital Clínico Universidad de Chile JJA, Hospital Regional de Temuco, Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: La EPOC es una enfermedad heterogénea con varios fenotipos. Se han identificado algunos genes que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad. El déficit A1AD es una condición codominante autosómica rara, que se ha reportado en 1 a 4% de los pacientes con EPOC. La presencia de este trastorno se asocia con el desarrollo de EPOC a una edad más temprana y más grave. Se describe la prevalencia de A1AD en Chile, ya que anteriormente sólo se han reportado casos clínicos aislados. **Materiales:** Estudio transversal multicéntrico con muestreo secuencial por conveniencia en pacientes que cumplieran el diagnóstico de EPOC definido por guías GOLD versión 2018. En 18 centros de Chile se solicitó a especialistas en enfermedades respiratorias del adulto que reclutaran a los 20 primeros pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión (Inclusión: EPOC moderada o avanzada, ie: VEF₁/CVF < 70% y VEF₁ < 80% de valor teórico; edad al diagnóstico $\geq$ 35 y < 65 años; sin exacerbación en 12 semanas previas. Exclusión: Neumonía u otros procesos inflamatorios activos en 12 semanas previas, cáncer pulmonar, enfermedad sistémica no controlada). Se estimó un tamaño muestral de 500 pacientes. Se registraron los datos demográficos, clínicos, índice de paquetes año (IPA), y espirometría basal y post broncodilatador. Posterior a la firma del consentimiento informado se tomó la muestra en gota de sangre seca para la medición de niveles de la enzima alfa-1-antitripsina y genotipado. Estas fueron enviadas al laboratorio Progenika (Bizkaia, España) en sobres especiales proporcionados por Grifols. La cuantificación fue realizada por nefelometría y genotipado, que analiza 14 alelos asociados a A1AD. **Resultados:** Este informe incluye 469 muestras, de estas hasta el momento se han analizado las características demográficas de 262. El reclutamiento según centro fue variable: varones 171 (65%) edad promedio 68,2; tabaco IPA 45 $\pm$ 24, el 25% tenían exposición a biomasa. El FEV₁ post br 1,3 $\pm$ 0,6 L (48,1 $\pm$ 19,1%) y la FVC de 2,7 $\pm$ 0,9 L (74,5 $\pm$ 19,9%). FEV₁/FVC fue 47,4 $\pm$ 11,5. Disnea mMRC 2,0 $\pm$ 1,1, CAT 18,3 $\pm$ 8,4 y COTE 1,6 $\pm$ 2,7. El 68% habían tenido al menos una exacerbación en el año anterior. De las 469 muestras se analizaron 453 por pérdida de datos. Se encontró DA1A en el 16% de los sujetos, 14% tenían la presencia de mutaciones asociadas. De los 58 pacientes portadores de mutaciones 14 de ellos tenían niveles de actividad de la enzima > 110, considerada como normal. **Conclusio-**

nes: La prevalencia de alteraciones genéticas asociadas al DA1AT es de 16% en una población de pacientes chilenos con EPOC atendidos por médicos especialistas (ajustar puntuaciones). Llama la atención que 14 de ellos tenían valores de niveles de la enzima considerados normales. Las alteraciones más frecuentes fueron MZ en 15 y MS en 37 pacientes. Ningún paciente tenía la variante ZZ. Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética y es auspiciado por la Sociedad chilena de enfermedades respiratorias.

CL9

EFFECTOS AGUDOS DE LA PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA DURANTE EL EJERCICIO SOBRE LOS VOLÚMENES DE LA PARED TORÁCICA EN SUJETOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. Saturnino L., Resqueti V., Fagundes M., Rezende P., Alves H., Franco V., Aliverti A., Fregonezi G. PneumoCardiovascular LAB - Hospital Universitário Onofre Lopes & Departamento De Fisioterapia - Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Natal, RN Brasil, Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria, Politecnico di Milano, Milan, Italia.

Introducción: El efecto de la Presión Espiratoria Positiva en las Vías Aéreas (EPAP - Espiratory Positive Airway Pressure) durante el ejercicio en pacientes con EPOC es controvertido. Los EPAP parecen cambiar el patrón de respiración que induce cambios en el tiempo de ejercicio y la sensación de disnea. **Materiales:** Se trata de un estudio observacional transversal de 14 pacientes con EPOC y obstrucción al flujo aéreo de moderada a severa (II y III) - GOLD. Se evaluó la espirometría pre y post broncodilatador, la fuerza muscular respiratoria, el ISWT (Incremental Shuttle Walk Test), el nivel de actividad física (cuestionario PAH) y la disnea (escala MRC). El protocolo de ejercicio en bicicleta estacionaria fue realizado con carga constante, utilizando EPAP (7,5 cmH₂O) y sin ella (SHAM), concomitantemente con la evaluación de los volúmenes de la pared torácica (OEP), con orden de ejecución aleatorio de los protocolos. Se analizaron los siguientes periodos: descanso, descarga, al 50% y 100% de carga y recuperación. El trabajo fue aprobado en el comité de Ética en aprobado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL/UFRN (CAAE: 52599315.1.1001.5292). **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 7 hombres y 7 mujeres, edad promedio (63,3 ± 6,3 años), con VEF₁ (59,9 ± 15% del teórico). Durante el ejercicio con EPAP o SHAM, se observaron aumentos similares en los volúmenes de la pared torácica. En el grupo EPAP, el ejercicio indujo cambios en el patrón respiratorio, especialmente en el tiempo inspiratorio y tiempo total del ciclo respiratorio (50% y 100% del ejercicio), tiempo espiratorio (50% del ejercicio) y en el índice de velocidad de acortamiento del músculo diafragma. Estos cambios afectaron significativamente el tiempo de ejercicio (EPAP: 90,9 ± 37,4 vs. SHAM: 144,5 ± 67,6 s) y la disnea (EPAP: 7 ± 1,6 vs. SHAM 5 ± 2,3), que fueron peores en el grupo EPAP en comparación con el SHAM. Los resultados sugieren que la EPAP limita el patrón respiratorio al imponer un patrón menos eficiente durante el ejercicio. **Conclusiones:** El uso de EPAP a 7,5 cmH₂O de sobrecarga durante ejercicio no mejora la capacidad de ejercicio y, además, empeora el síntoma de disnea.

CL10

ENFERMEDAD CAVITARIA PULMONAR COMO DEBÚT DE LEUCEMIA-LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO: A PROPOSITO DE UN CASO. Berenguer B.¹, Leiva V.², Reyes M.², Kral A.³, Riquelme N.⁴ ¹Becado Medicina Interna Universidad de Valparaíso; ²Broncopulmonar Hospital Carlos Van Buren; ³Infectólogo Hospital Carlos Van Buren; ⁴Enfermera unidad de respiratorio de Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: El *Pneumocystis jirovecii* (PJ) es un hongo atípico conocido por causar neumonía en pacientes inmuno-

deprimidos. En el grupo de paciente no VIH generalmente se encuentran pacientes post trasplante de órganos sólidos o precusores hematopoyéticos, pacientes con neoplasias, pacientes en quimioterapia y/o tratamiento con glucocorticoides. **Caso Clínico:** Femenina de 34 años, sin mórbidos de importancia, consulta por 4 meses de evolución de tos seca y disnea de leves esfuerzos. Ingresó hemodinámicamente estable, taquipneica, saturando 97% a FiO₂ ambiental y afebril. Al laboratorio destaca anemia leve, leucocitosis, elevación leve de PCR, VHS 86 mm/h, panel de virus respiratorios negativo y VIH negativo. Tomografía de tórax evidencia extenso compromiso quístico pulmonar bilateral de predominio en ápices con imágenes sugerentes de condensaciones cavitadas. Fibrobroncoscopia con PCR y tinción para *P. jirovecii* resultan positivas, resto negativo, por lo que se inicia tratamiento con cotrimoxazol forte y corticoides sistémicos. Se amplía estudio de inmunosupresión donde destaca Virus HTLV-1 positivo y subpoblación linfocitaria que sugiere estudio de Síndrome linfoproliferativo. Citometría de flujo de sangre periférica que confirma Leucemia-Linfoma de células T del adulto. Tras 5 meses del alta, acude a control con equipo de broncopulmonar mostrando buena evolución clínica, ya sin necesidad de oxígeno suplementario domiciliario: dice q llegó saturando 97% a FiO₂ ambiental, después se agravó? y con remisión casi completa de lesiones quísticas pulmonares. **Diagnóstico:** Enfermedad cavitaria pulmonar secundaria a Infección por *P. jirovecii* en debut de Leucemia-Linfoma de células T del adulto, clasificación de Shimoyama tipo indolente HTLV-1 (+). **Exámenes:** TAC de tórax extenso compromiso quístico pulmonar bilateral de predominio en ápices con imágenes sugerentes de condensaciones cavitadas, lavado broncoalveolar positivo para infección por PJ, resto de microbiológico negativo, Subpoblación linfocítica sugerente de Sd linfoproliferativo y citometría de flujo compatible con LLTA, HTLV1 positivo. **Discusión:** La infección por HTLV-1 se asocia a Leucemia-linfoma de células T del adulto (LLTA), estimándose en solo un 5%. Cerca de un 30,1% de pacientes infectados tienen hallazgos anormales en TC de tórax. En pacientes que desarrollan LLTA la afectación pulmonar se caracteriza por un estado de inmunodepresión que favorece la aparición en infecciones oportunistas como *pneumocystis*, *strongyloidiasis*, tuberculosis y la aparición de infiltrados pulmonares leucémicos.

CL11

SÍNDROME DE LISIS TUMORAL ESPONTÁNEO SECUNDARIO A CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS PEQUEÑAS. Abud R.¹, Zoroquiain P.², Saldías F.¹, Aravena C.¹. ¹Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El síndrome de lisis tumoral (SLT) es una urgencia oncológica potencialmente letal provocada por la liberación masiva de ácidos nucleicos, potasio y fosfato hacia la circulación sistémica, ocasionando insuficiencia renal aguda, arritmias y convulsiones. Aunque se presenta habitualmente al inicio de la quimioterapia, hasta un tercio de los pacientes lo desarrollan en ausencia de tratamiento citotóxico, distinguiéndose entre SLT inducido y SLT espontáneo (SLTE). El SLTE es una complicación relativamente frecuente en neoplasias hematológicas con alto índice proliferativo y menos habitual en neoplasias sólidas. Son escasos los estudios de SLTE en cáncer de pulmón. **Diagnóstico:** Hombre de 71 años, ex fumador de 20 paq/año, no fuma hace 35 años, antecedente de hipertensión arterial, consultó por compromiso del estado general, baja de peso, sudoración nocturna y dolor dorsal desde hace un mes. El estudio de imágenes evidenció adenopatías toracoabdominales sugerentes de síndrome linfoproliferativo, lesiones sólidas hepáticas y óseas. En los exámenes destacaba: Uricemia: 12 mg/dL, calcemia: 9,6 mg/dL, fosfemia: 5,7 mg/dL, LDH: 5.518 U/L, creatinemia: 1,01 mg/

dL, BUN: 36 mg/dL, electrolitos plasmáticos normales. Se hospitalizó para manejo de síndrome de lisis tumoral y estudio etiológico. Evaluado por equipo de hematología se realizó mielograma y biopsia de médula ósea que mostró infiltración de aspecto neoplásico. En la citometría de flujo se observó expresión intensa de CD56 que no pertenece a estirpe hematopoyética. Se solicitó evaluación por equipo de neumología intervencional y se realizó biopsia de adenopatías mediastínicas mediante aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA). Se realizó EBUS-TBNA de estación 7, la citología in situ de la lesión mostró células neoplásicas y el estudio histopatológico describió células pequeñas, redondas, azules y focalmente atrionadas de cromatina y fondo necrótico con abundantes linfocitos. El estudio de expresión inmunofenotípico fue positivo para citoqueratinas, cromogranina, CD56 y TTF1. Hallazgos citológicos compatibles con carcinoma de células pequeñas. Evaluado en el servicio de oncología se inició quimioterapia con etopósido y cisplatino. **Conclusiones:** El SLTE es una complicación que se observa en diferentes neoplasias, pero poco frecuente en neoplasias sólidas. Los tumores sólidos sensibles a la quimioterapia, como el neuroblastoma, tumores de células germinales y cáncer de pulmón de células pequeñas, se clasifican como de riesgo intermedio para SLTE.

	Pre-QMT			Post- QMT
	31/07/2021	02/08/2021	07/08/2021	
LDH	5.518	5.807	7.290	3.200
Ácido úrico	12	8,1	6,3	3,2
Fósforo	5,54	3,94	2,8	2,95
K	4,8	4,3	3,9	

CL12

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PERCUTÁNEA BAJO TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN PACIENTES CON LESIONES PULMONARES CON ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA. Jara J.L., Ramos D., Florestano C., Oyonarte M., Chernilo S., Sabbagh E. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La biopsia percutánea core y con aguja trucut guiada por tomografía axial computada (TAC) es una técnica ampliamente validada para lesiones pulmonares. Existe escasa evidencia a nivel nacional respecto a la utilidad de esta técnica en pacientes con lesiones pulmonares con enfermedad pulmonar difusa (EPD). **Descripción:** Esta técnica se realiza en la camilla de escáner en decúbito dorsal o supino, con anestesia local, ajustando la punción de la aguja core o trucut a la fase espiratoria para poder realizar el procedimiento. **Objetivo:** Determinar rendimiento diagnóstico y seguridad de la biopsia percutánea guiada bajo TAC en pacientes con lesiones pulmonares con EPD. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se extrajeron casos de base de datos de unidad de broncoscopia del Instituto Nacional del Tórax de enero 2018 a junio 2022. Se incluyeron pacientes con enfermedad pulmonar difusa y lesión pulmonar sospechosa que fueron sometidos a biopsia percutánea bajo TAC. Se extrajeron de ficha electrónica características clínicas, diagnósticos histológicos y complicaciones. Se realizó análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** 17 pacientes con EPD fueron sometidos a biopsia bajo TAC. Ocho (47%) hombres, edad promedio de $65,9 \pm 10,9$ años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial en 4 casos (24%); 14 (82%) tienen hábito tabáquico. Los patrones radiológicos de EPD fueron en 13 casos (76%) de neumonía intersticial usual definitiva y 4 casos (24%) como neumonía intersticial no específica. La mediana de tamaño de las lesiones fue de 4 cm, 11 (64%) eran masas sólidas. La mayoría de las lesiones se encontraba a menos de 1 cm de la pared (88%). El rendimiento diagnóstico fue de un 94%. En 12 (70%) se realizó diagnóstico de neoplasia, siendo la histología más frecuente el carcinoma escamoso (33%). La complicación más frecuente

reportada fue el neumotórax laminar, en 3 casos presentando resolución espontánea. Solo un paciente se hospitalizó post procedimiento, por neumotórax con necesidad de pleurostomía. No se reportó mortalidad posterior al procedimiento. **Conclusión:** La biopsia percutánea bajo TAC en pacientes con lesiones pulmonares sospechosas, con EPD es segura, logrando un excelente rendimiento diagnóstico. **Palabras claves:** Punción percutánea, enfermedad pulmonar difusa, biopsia pulmonar.

CL13

EXPERIENCIA EN LA ETAPIFICACIÓN MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER PULMONAR Y DIAGNÓSTICO DE OTRAS LESIONES PULMONARES/MEDIASTÍNICAS UTILIZANDO ULTRASONIDO ENDOBRONQUIAL POR ACCESO ESOFÁGICO. Ramos D., Jallil A. Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Chile.

Introducción: El diagnóstico y etapificación del cáncer pulmonar es crucial en su terapia y pronóstico. El ultrasonido endobronquial y esofágico son procedimientos fundamentales para la etapificación completa del mediastino. **Objetivo:** Describir características clínicas y rendimiento diagnóstico del estudio histológico mediante ultrasonido endobronquial por acceso esofágico para etapificación mediastínica completa o diagnóstico de otras lesiones pulmonares/mediastínicas por acceso esofágico. **Materiales:** Estudio de serie de casos. Se extrajo información de registros de unidad de broncoscopia del Instituto Nacional del Tórax. Se consignaron datos demográficos, clínicos, procedimientos, biopsias, sedación, estación ganglionar o lesión biopsiada y complicaciones. Se realizó análisis descriptivo. Estudio aprobado por el comité de ética local. **Resultados:** 18 casos analizados. 11 (61%) mujeres, edad promedio de $70 \pm 11,5$ años. Todos los procedimientos fueron ambulatorios y realizados con sedación superficial (Midazolam 3 a 5 mg y Fentanyl 30 a 50 mcg EV). En 7 casos se realizó estudio exclusivo por esófago para biopsia de lesiones pulmonares/mediastínicas, y en 11 se realizó etapificación mediastínica completa a través de vía aérea y esófago, con la misma sonda ultrasonográfica y por el mismo operador. Todas las muestras obtenidas fueron adecuadas para estudio histológico. En 7 casos el diagnóstico fue neoplasia: 4 adenocarcinomas, 2 carcinomas escamosos y 1 carcinoma neuroendocrino. En los casos diagnosticados como carcinoma de células no pequeñas, las muestras fueron suficientes para realizar estudio de biomarcadores. No se reportaron complicaciones. **Conclusiones:** El ultrasonido endobronquial por acceso esofágico es una técnica diagnóstica útil, que permite biopsiar lesiones poco accesibles por otros métodos y realiza la etapificación completa del mediastino. El procedimiento es ambulatorio, realizado con la misma sonda ultrasonográfica y operador y con baja tasa de complicaciones.

CL14

REVELANDO EL ROL DE MICROBIOTA PULMONAR EN LA PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN. Riquelme E., Valdés I., Aravena C., Valencia I., Martín A. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital San Juan de Dios, Universidad San Sebastián.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) se mantiene como la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. En Chile, el CP es la segunda causa de muerte por cáncer. Recientemente, estudios en pacientes con melanoma y CP han destacado el papel de la microbiota intestinal como un factor importante del huésped en la mediación de las respuestas/resistencia a la inmunoterapia, lo que sugiere que las bacterias presentes en el intestino pueden modular la respuesta inmune antitumoral. Recientemente se ha demostrado que los tumores sólidos están habitados por diversas comunidades microbianas distintas a su correspondiente tejido normal. Sin

embargo, el papel de la microbiota extraintestinal en la patogénesis del CP no ha sido determinada. En este estudio caracterizamos la composición de la microbiota intratumoral de CP y buscamos establecer una relación funcional entre ella con la composición del microambiente inmune y características clínico-patológicas de los pacientes con CP. **Materiales:** Colectamos retrospectivamente 157 muestras de biopsias fijados en formalina e incluidos en parafina de las cuales extrajimos ADN el cual fue sometido a análisis de secuenciación 16S. Mediante secuenciación del gen 16S rRNA, evaluamos la composición del microbioma tumoral en distintos subtipos histológicos de CP. **Resultados:** Los resultados revelaron la presencia de grandes números de comunidades bacterianas en las muestras de CP. Detectamos diferencias en la diversidad microbiana en los distintos subtipos histológicos estudiados. Aún más interesante, hemos detectado diferencias significativas en las relaciones filogenéticas de las comunidades encontradas dentro del mismo subtipo histológico. Tanto adenocarcinoma como carcinoma escamoso muestran un enriquecimiento diferencial de diferentes comunidades microbianas. En adenocarcinoma de pulmón observamos que con la pérdida de diferenciación aumenta la diversidad microbiana modificando las comunidades que habitan en este tipo histológico. **Conclusiones:** Nuestros resultados revelan la presencia de un gran número de comunidades bacterianas en las muestras de cáncer de pulmón en los diferentes subtipos histológicos analizados. Sugiriendo que estas comunidades podrían jugar rol clave en la diferenciación y progresión tumoral.

CL 15

SOBREVIDA A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2. Saldías F., Guzmán A., Camhi D., Abud R., Leiva I. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se ha reportado una reducción en la supervivencia a largo plazo en pacientes adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad por coronavirus SARS-CoV-2 (NAC/COVID-19). **Objetivos:** Examinar las variables clínicas asociadas al riesgo de muerte a los 12 meses de pacientes adultos hospitalizados por NAC/COVID-19 comparado con un grupo control de COVID-19 de manejo ambulatorio pareado por edad, sexo y fecha de diagnóstico. **Métodos:** Estudio clínico prospectivo descriptivo de 2.156 pacientes adultos atendidos entre el 1 de abril y 30 de septiembre de 2020 por COVID-19 de manejo ambulatorio u hospitalario en la Red de Salud UC Christus. Se examinaron las variables clínicas asociadas al riesgo de muerte a los doce meses en ambos grupos. La mortalidad a los 12 meses se obtuvo de los certificados de defunción. **Resultados:** La edad media de la cohorte examinada fue 47 ± 17 años (rango: 18-100); 51,3% varones; 12% eran fumadores; 43,3% tenía comorbilidades, especialmente hipertensión, diabetes, dislipidemia y asma; un tercio fueron hospitalizados, 15,7% en la unidad de cuidados intermedio o intensivo, la estadía media en el hospital fue 15 días (rango: 1-183), 5,6% requirió ventilación mecánica invasiva, 3,8% falleció en el hospital y 5,9% en el seguimiento a doce meses. La supervivencia a doce meses fue inferior en la cohorte de adultos hospitalizados con NAC/COVID-19 comparado con el grupo control (mortalidad a un año: 16,2% vs 0,22%, $p < 0,001$). En el análisis multivariado, las variables clínicas asociadas a mayor riesgo de morir en el seguimiento a un año fueron la edad (OR: 1,10 IC95% 1,07-1,12), enfermedad cardiovascular crónica (OR: 3,0 IC95% 1,6-5,3), enfermedad pulmonar difusa (OR: 6,6 IC95% 1,7-25,0) y neoplasias (OR: 4,7 IC95% 2,2-10,1), la admisión al hospital (OR: 22,3 IC95% 5,3-94), uso de ventilación mecánica invasiva (OR: 5,1 IC95% 2,9-9,0) y no invasiva (OR: 4,5 IC95% 1,1-17,7). **Conclusiones:** La edad avanzada, algunas comorbilidades específicas, el antecedente de hospitalización y conexión a ventilador

mecánico se asociaron a mayor riesgo de morir en el seguimiento a largo plazo en pacientes adultos atendidos con infección respiratoria aguda por coronavirus SARS-CoV-2 durante la etapa inicial de la pandemia, antes de implementar el programa de vacunación masiva en la población.

CL16

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX EN LA PREDICCIÓN DE LA GRAVEDAD EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2. Saldías F., Hevia J., Riquelme C., Bustamante A., Choloux G., Leiva I. Departamentos de Enfermedades Respiratorias y Radiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La evaluación de la gravedad en pacientes adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) por coronavirus SARS-CoV-2 permite decidir el lugar de manejo y planificar el tratamiento. **Objetivos:** Describir las alteraciones de las imágenes de la tomografía computarizada de tórax y su asociación con la gravedad clínica en la NAC asociada a COVID-19. **Métodos:** Estudio clínico prospectivo realizado en pacientes adultos hospitalizados entre el 1 de abril y 30 de septiembre de 2022 por NAC asociada a COVID-19 en la Red de Salud UC Christus. Dos médicos radiólogos midieron la extensión de los infiltrados pulmonares en la TAC de tórax y su asociación a los eventos adversos: admisión a UCI, uso de ventilación mecánica (VM), estancia prolongada y mortalidad hospitalaria. **Resultados:** Se evaluaron 316 pacientes adultos hospitalizados por NAC asociada a COVID-19, edad: 58 ± 16 años, 76% tenía comorbilidades, especialmente hipertensión, diabetes, dislipidemia e hipotiroidismo, las principales manifestaciones reportadas fueron malestar general (68%), fatigabilidad (46%), fiebre (66%), mialgias (46%), tos (65%) y disnea (70%). Los hallazgos más comunes en la TAC de tórax fueron opacidades en vidrio deslustrado (98%), consolidación (86%), broncograma aéreo (35%), bronquiectasias (45%) y dilataciones vasculares (57%). La extensión de los infiltrados pulmonares en la TAC de tórax varió entre 3 y 100%, con una media de $60 \pm 24\%$, en dos tercios de los pacientes los infiltrados pulmonares comprometieron más de la mitad de los campos pulmonares. La edad, sexo masculino, comorbilidades, índices pronósticos (CURB-65, PSI y SCAP), disfunción renal, elevación de los parámetros inflamatorios y alteraciones de la coagulación se asociaron a la extensión de los infiltrados pulmonares medidos en la TAC de tórax. La extensión de los infiltrados pulmonares en la TAC de tórax se correlacionó con el ingreso a UCI, uso de ventilación mecánica, estancia hospitalaria prolongada y la mortalidad en el hospital. **Conclusión:** Los hallazgos de la tomografía computarizada del tórax permitieron predecir la gravedad y el uso de recursos sanitarios de los enfermos hospitalizados por neumonía por coronavirus SARS-CoV-2.

CL17

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS ATENDIDOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2. Saldías F., Guzmán A., Camhi D., Choloux G., Abud R., Leiva I. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La edad avanzada y algunas comorbilidades se han asociado a mayor riesgo de hospitalización y eventos adversos en los pacientes adultos atendidos por infección respiratoria aguda por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). **Objetivos:** Describir las características clínicas y la evolución de los pacientes adultos portadores de enfermedades respiratorias crónicas (asma bronquial, EPOC y enfermedad pulmonar difusa-EPD) atendidos por COVID-19 comparado con un grupo control (CT) ($n = 1.174$ casos) sin comorbilidades. **Métodos:**

Estudio clínico descriptivo de 1.328 pacientes adultos atendidos entre el 1 de abril y 30 de septiembre de 2020 por COVID-19 en la consulta ambulatoria (consultorio y servicio de urgencia) de la Red de Salud UC Christus. Se examinaron las variables clínicas asociadas al uso de recursos sanitarios y el riesgo de muerte a los doce meses. La mortalidad a los 12 meses se obtuvo de los certificados de defunción. **Resultados:** Se evaluaron 107 pacientes asmáticos, 30 pacientes con EPOC y 17 pacientes con EPD atendidos por COVID-19. La edad media de la cohorte fue 42 ± 16 años (rango: 18-98), 52,5% sexo masculino, 14% eran fumadores, 24,2% fueron manejados en el hospital, 10,7% en la unidad de cuidados intermedio o intensivo, 3% requirió conexión a ventilador mecánico (VM) y 4,4% falleció en el seguimiento a un año. Los pacientes adultos portadores de enfermedades respiratorias crónicas tuvieron mayor riesgo de hospitalización por disnea e insuficiencia respiratoria aguda (asma: 36,4%, EPOC: 83,3%, EPD: 70,6%, CT: 16,4%, $p < 0,001$). Los pacientes con EPOC tuvieron mayor riesgo de conexión a VM y estadía prolongada en el hospital ($p < 0,001$). Los pacientes con EPOC y EPD tuvieron estadísticamente mayor riesgo de muerte en el seguimiento a un año comparado con el grupo control (mortalidad a un año: 36,6% y 29,4% versus 0,9%, $p < 0,001$). Los pacientes asmáticos con COVID-19 no tuvieron mayor riesgo de morir en el seguimiento a un año. En el análisis multivariado, las variables clínicas asociadas al riesgo de muerte en el seguimiento a un año fueron la edad (OR: 1,13 IC95% 1,10-1,17), admisión al hospital (OR: 46,1 IC95% 6,1-347,7) y asma bronquial (OR: 0,21 IC95% 0,05-0,83). **Conclusiones:** La edad avanzada, antecedente de EPOC y EPD se asociaron a mayor uso de recursos sanitarios y riesgo de morir en el seguimiento a un año en pacientes adultos atendidos por infección respiratoria aguda por coronavirus SARS-CoV-2.

CL18

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A 1 AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. Ramírez A.¹, Cayupi F.¹, Arancibia F.¹, Galdames M.², Ramírez G.², Kauffmann M.¹, Lovera C.³, Vargas A.¹. ¹Instituto Nacional del Tórax; ²Becado Medicina Intensiva, Universidad de Chile; ³Hospital Eduardo Pereira.

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 ha causado millones de muertes a nivel mundial, siendo Latinoamérica una de las regiones más afectadas. La enfermedad por este virus, también conocida como COVID-19, afecta principalmente el sistema respiratorio causando desde cuadros leves hasta insuficiencia respiratoria y muerte. Se han descrito factores asociados a peores desenlaces, tales como edad avanzada, patología pulmonar crónica, necesidad de ventilación mecánica invasiva, entre otras. La mortalidad intrahospitalaria alcanza un 34%, describiéndose en los sobrevivientes una mortalidad de un 1% al año de seguimiento. No existen reportes nacionales que evalúen la mortalidad a mediano y largo plazo. El objetivo de este estudio es describir la población hospitalizada infectada por SARS-CoV-2 grave, evaluando mortalidad intrahospitalaria y a 1 año de seguimiento. **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo. Realizado en el Instituto Nacional del Tórax. Se evaluaron los pacientes ingresados entre febrero de 2020 y Julio de 2021 con diagnóstico de COVID-19 por PCR. Se obtuvieron variables demográficas y clínicas (edad, sexo, tabaquismo, comorbilidades, lugar de ingreso, días de estadía, dispositivos de soporte ventilatorio). Se evaluó la mortalidad intrahospitalaria y a 1 año, mediante la obtención de los certificados de defunción desde el Registro Civil. Se compararon variables categóricas mediante test de chi cuadrado. Se utilizó el software estadístico Prism 9. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética. **Resultados:** Ingresaron 738 pacientes durante el

periodo. Un 59,07% eran hombres, con edad promedio de 54 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (43,2%), obesidad (37,26%) y diabetes mellitus (24,9%). La unidad de ingreso fue UCI en el 50% y UTI en el 37,8%. El soporte ventilatorio fue CNAF en el 55,4% y VMI en el 53,5%. La estadía hospitalaria promedio fue de 21 días. La mortalidad intrahospitalaria fue de un 17,5%, ascendiendo a 20% al año de seguimiento. En el análisis bivariado, los factores de riesgo asociados a mayor mortalidad a un año fueron: edad mayor a 65 años, hipertensión arterial, patología pulmonar crónica, cardiopatías congénitas, requerimiento de ventilación mecánica y ECMO. **Conclusiones:** La mayor mortalidad en este grupo de pacientes se produjo durante la hospitalización, similar a lo reportado en la literatura. La mortalidad a 1 año en los sobrevivientes fue de un 3,1%, muy por debajo del 15,8% observado en el seguimiento de la neumonía comunitaria. Según los factores de riesgo, se observa una mayor mortalidad en el seguimiento en aquellos pacientes con mayor carga de enfermedad y cuadros más graves.

CL19

RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES DE LA TC DE TÓRAX EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA COVID-19 Y LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA A LOS 3 MESES DEL ALTA. Boisier D., Gutiérrez M., Santamarina M., Martínez F., Lomakin., Reyes C., Silva T. Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción: La neumonía a SARS-CoV-2 es una enfermedad nueva, por lo que las secuelas a largo plazo siguen siendo poco claras y los reportes respecto a esto escasos. El presente estudio buscó describir los hallazgos tomográficos (TC) al ingreso hospitalario y luego de 3 meses de neumonía COVID-19 y correlacionarlos con la alteración de las pruebas de función pulmonar a los 3 meses de la hospitalización. **Materiales:** Estudio de cohorte prospectivo que evaluó las secuelas funcionales pulmonares y la evolución del compromiso imagenológico a los 3 meses de hospitalización por neumonía COVID-19. Todos los exámenes fueron revisados por un radiólogo experto. Se identificó patrón tomográfico predominante y se estableció la extensión de las alteraciones mediante un puntaje, previamente validado. En las TC de seguimiento, se evaluó la extensión del compromiso imagenológico, el porcentaje de reducción del compromiso del espacio aéreo y presencia de otras alteraciones. Estos hallazgos se relacionaron con las pruebas de función pulmonar (PFP) a los 3 meses (espirometría, DLCO y TC6M). Para estos análisis los pacientes se agruparon según la oxigenoterapia utilizada en la hospitalización: oxigenación estándar (O2), cánula nasal de alto flujo (CNAF) o ventilación mecánica invasiva (VMI). Para el análisis estadístico se utilizó prueba exacta de Fisher y T de Student. **Resultados:** Se evaluaron un total de 116 pacientes, de los cuales 75 eran hombres, edad promedio fue 60,6 años. Los pacientes fueron seguidos en promedio 100 días; Setenta pacientes recibieron oxígeno estándar, 25 CNAF y 21 VMI. La TC control a los 3 meses mostró que 78 pacientes presentaron recuperación tomográfica mayor a 50%. El promedio del puntaje de extensión del compromiso tomográfico fue significativamente mayor en el grupo con PFP alterada, comparado con el grupo con PFP normal (espirometría 6,8 vs. 4,6, $p = 0,03$; DLCO 5,7 vs. 4,1, $p = 0,04$, TC6M 7,0 vs. 4,2, $p = 0,002$). La presencia de signos de atrapamiento aéreo fue el hallazgo más frecuente en pacientes con TC6M alterado (90% vs. 52,5%, $p = 0,001$). El grupo CNAF tuvo un OR de 5,9 (IC95% 1,8-18,9, $p = 0,003$) de tener una DLCO alterada, mientras que el grupo con VMI tuvo un OR de 3,6 (IC95% 1,2-10,9, $p = 0,024$) de tener una DLCO alterada. **Conclusiones:** tres meses luego del alta hospitalaria por neumonía COVID-19, los pacientes con mayor extensión del compromiso imagenológico pulmonar fueron los que presentaron alteraciones funcionales pulmonares significativas.

CL20

ADHERENCIA EN LA INMUNIZACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 POSTERIOR A HOSPITALIZACIÓN POR NEUMONÍA COVID-19 EN POBLACION NO VACUNADA.

Cayupí F.¹, González P.², Tamblay C.³, Ramírez K.³, Venegas J.³, Cheg J.³, González G.³, Chahuan E.³, Camp C.³.
¹Instituto Nacional del Tórax, ²Pontificia Universidad Católica de Chile, ³Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani.

Introducción: El COVID-19, enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, ha generado a la fecha más de 6.400.000 de muertes a nivel mundial. Entre las principales herramientas para disminuir la mortalidad por COVID-19 destacan las vacunas. Se ha descrito la reticencia a las vacunas ("vaccine hesitancy") como un obstáculo relevante en la ejecución de los programas de inmunización. Nuestro país destaca por una alta adherencia a las inmunizaciones, y una baja reticencia. No existen datos que evalúen la adherencia en pacientes no vacunados posterior a una hospitalización por neumonía por COVID-19. El objetivo del presente estudio es evaluar la adherencia a la vacunación contra SARS-CoV 2 al alta en pacientes hospitalizados por neumonía COVID-19. **Materiales:** Estudio observacional, retrospectivo. Realizado en el Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de Arica. Se revisaron los egresos hospitalarios por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por SARS-CoV-2 entre el 30/03/2021 y el 01/07/2021. Se seleccionaron aquellos pacientes egresados vivos, no vacunados, que tuviesen indicación de inmunización por criterio etario de acuerdo a las circulares ministeriales del periodo. Se obtuvieron variables epidemiológicas y clínicas. Se revisó el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) para obtener fechas de vacunación. Se analizaron variables continuas con t de student y Mann-Whitney, y categóricas con chi cuadrado. Se utilizó el programa estadístico Prism 9. **Resultados:** Durante el periodo egresaron 551 pacientes. Se encontraban vivos al alta 432 (78,4%). De los egresados vivos, 362 (83,8%) pacientes tenían criterio de inmunización por edad. De estos, 103 (28,5%) tenían al menos una dosis de vacuna, 16 (4,4%) no tenían información en RNI y 3 (0,8%) fueron eliminados por información incompleta. Se analizaron las variables de los 240 (66,3%) pacientes restantes. Se observó una edad promedio de 50,12 ± 14,53 años, con 132 (55%) de sexo masculino y un score de Charlson no ajustado por edad promedio de 0,52 ± 1,12. Se encontró que 62 (25,8%) había recibido al menos una dosis de vacuna a los 30 días post alta, lo que aumenta a 172 (71,7%) a los 90 días. Se observa que el grupo de pacientes no vacunados a los 90 días presenta significativamente una mayor edad (p < 0,001), mayor score de Charlson (p 0,015) y una estadía hospitalaria más prolongada (p 0,021) (Tabla 1). **Conclusiones:** Se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre grupos vacunado y no vacunado, mostrando la población no inmunizada un perfil de mayor riesgo. Falta información que explique este fenómeno, siendo necesario considerar variables psicosociales, así como las recomendaciones del personal de salud en este grupo.

CL21

DETECCIÓN DE SARS-COV-2 EN PLASMA DE PACIENTES ADULTOS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN. Loreto Fuenzalida L.¹, Toro-Ascuy D.¹, Rojas V.¹, Cifuentes-Muñoz N.¹, García-Díaz D.², Munizaga G.³, Tapia C.⁴, Maquilon C.⁵.

Grupo de Virología, Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile, Departamento de Nutrición, Universidad de Chile, Santiago, Chile, Servicio Urgencia, Clínica Dávila, Santiago, Chile, Dirección Médica, Clínica Dávila, Santiago, Unidad Broncopulmonar adulto, Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Introducción: Estudios recientes han evaluado la detección de ARN de SARS-CoV-2 en plasma de pacientes con

COVID-19. Sin embargo, no está claro si existe una relación entre el estado nutricional del paciente y la presencia de ARN de SARS-CoV-2 en plasma. El objetivo del estudio es establecer la posible relación entre el estado nutricional, presencia de ARN de SARS-CoV-2 en plasma y gravedad de la infección en adultos. **Pacientes y Método:** Estudio observacional de tipo transversal. Se incluyeron 54 adultos que asistieron a urgencia de Clínica Dávila, con diagnóstico SARS-CoV-2 positivo en muestra respiratoria, entre enero y marzo de 2022. Se obtuvo una muestra sanguínea para determinación de SARS-CoV-2 mediante RT-PCR. Se recogieron datos clínicos como sexo, peso y estatura, así como días de hospitalización, días de requerimiento de oxígeno, necesidad de ventilación mecánica y condición al alta (vivo o fallecido). Se realizó análisis multivariado para estudiar la asociación entre malnutrición por exceso (MNE), que incluye sobrepeso y obesidad, y presencia de ARN de SARS-CoV-2 en plasma. Además, se analizó la severidad de la infección y la presencia de ARN de SARS-CoV-2. Se consideró un nivel de significancia de p < 0,05. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 63 años (rango: 18-92), con un 54% de hombres. Se detectó ARN plasmático de SARS-CoV-2 en el 41% (22/54) de los voluntarios incluidos en el estudio. El análisis multivariado indica que MNE no está asociado con la detección de ARN de SARS-CoV-2 en plasma (p = 0,09), pero si la presencia de ARN en plasma se asoció a un número mayor de días de hospitalización (p < 0,001) mayor número de días de oxígeno (p < 0,001) y requerimiento de ventilación mecánica (p = 0,006). **Conclusiones:** La presencia de ARN de SARS-CoV-2 se asocia a la gravedad del curso clínico del paciente.

CL22

RESPUESTA SEROLÓGICA FRENTE A LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2 SEGÚN INFECCIÓN Y REINFECCIÓN PREVIA EN PERSONAL DE LA SALUD DE LA ZONA METROPOLITANA NORTE DE BARCELONA. Molina X.¹, Carrasco-Ribelles L.², Costa A.², Violán C.².

¹Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Universidad del Desarrollo; ²Fundació Institut Universitari Per A La Recerca A L'Atenció Primària De Salut Jordi Gol I Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España.

Introducción: Para mejorar el seguimiento y aplicación de las pautas de revacunación contra el SARS-CoV-2, es recomendable medir la respuesta inmune serológica de los niveles de IgG(S), IgG(N) e IgM(N) frente a vacunación e infección natural. **Objetivo:** Describir la evolución temporal de los niveles de anticuerpos tras la vacunación según el antecedente de infección natural, o sin reinfección y según sexo en la cohorte ProHEPiC-19 de trabajadores de salud del Norte de Barcelona Metropolitana. **Materiales:** Se determinó la cinética de IgG e IgM contra la nucleocápside (N) e IgG contra la proteína Spike (S) SARS-CoV-2 en una cohorte de 511 trabajadores de salud (no infectados e infectados). Se comparó la evolución de la cinética de IgG(S) en 6 puntos de tiempo durante 270 días desde la vacunación, e IgG e IgM en 8 puntos de tiempo durante 14 meses desde la infección según dosis de vacuna y sexo. La evolución longitudinal de los niveles de anticuerpos (IgG(S) para el primer análisis e IgM(N) e IgG(N) para el segundo análisis) se describió por punto de tiempo a través de diagramas de caja y se comparó usando las pruebas de Kruskal-Wallis y de Dunn ajustada. **Resultados:** 511 profesionales de la salud fueron reclutados, la media de seguimiento fue de 453 ± 124,4 días. 82,6% (n = 422) se infectó y 14,0% (n = 71) se reinfectó. En cuanto a vacunación, 97,7% (n = 499), 89,8% (n = 459) y 68,8% (n = 353) recibieron una, dos y tres dosis de vacuna, respectivamente. La vacuna más administrada en todos los grupos fue de tipo ARNm. El grupo con infección previa alcanzó niveles estadísticamente mayores de IgG(S) post vacunación que el grupo sin infección previa (medianas 2922 vs. 1.257 UI/mL); el grupo sin reinfección mostró niveles significativa-

mente mayores de IgM(N) e IgG(N) ($p < 0,05$) que después de la primera infección en comparación con los reinfectados. Los niveles de IgG(N) después de la infección fueron significativamente más altos para los hombres que para las mujeres. **Conclusiones:** Se encontró una mayor respuesta serológica en los trabajadores vacunados con infección previa, en los previamente infectados sin reinfección y en los hombres. Esto puede contribuir al conocimiento de la respuesta inmunitaria después de la infección y la vacunación por SARS-CoV-2 en ambiente de atención sanitaria, además de ser útil para la adecuación de esquemas de vacunación según antecedente de infección o reinfección y seguimiento de la población en riesgo. (Financiamiento Fundació IDIAPJGol, Barcelona, España).

CL23

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EVALUADA POR SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO PRE Y POSTPANDEMIA. Retamal-Riquelme E., Nieto-Pino J. Unidad de Sueño Adulto, Hospital Clínico La Florida.

Introducción: Se ha descrito aumento de peso en la población relacionado al confinamiento durante la pandemia de SARS-CoV-2. El objetivo es comparar las características clínicas, antropométricas y nivel de actividad física (NAF) de usuarios evaluados por sospecha de apnea del sueño (AOS) en nuestro centro previo a (PRE) y luego (POST) del inicio de la pandemia. **Material y Método:** Los datos PRE se obtuvieron entre febrero 2018 y febrero 2020 ($n = 336$); el grupo POST, entre diciembre 2021 y agosto 2022 ($n = 75$). El diagnóstico de AOS fue con poligrafía respiratoria de 5 canales, según índice de apnea-hipopnea (IAH). El índice de masa corporal (IMC) fue calculado según la OMS. El NAF se evaluó con el cuestionario IPAQ. Las variables categóricas se analizaron mediante test Chi-cuadrado, y las variables continuas con test de t de Student para muestras independientes. El trabajo contó con la aprobación del Comité Ético Científico de nuestro centro. **Resultados:** Globalmente, 50% correspondió a mujeres. Un 46% tenía AOS grave, 27% moderada, 20% leve, 7,3% IAH bajo 5. El promedio de IAH fue $34,8 \pm 27,7$ eventos/h, con desaturación hasta $75,3 \pm 11,7\%$, y CT90 $33,9 \pm 32,1\%$. No hubo diferencias en género ni en gravedad de AOS entre ambos grupos. El grupo POST tenía menor edad ($50,3 \pm 12,7$ vs. $57,9 \pm 13,3$, valor $p < 0,001$), mayor IMC ($37,6 \pm 9,5$ vs. $34,7 \pm 8,2$, $p = 0,018$), mayores perímetros de cintura ($115,6$ vs. $110,9$ cm, valor $p = 0,037$), y cervical ($44,12 \pm 5,4$ vs. $42,2 \pm 5,1$ cm, valor $p = 0,008$), y tenía un menor NAF: el nivel Alto bajó de 20% a 6,8%, el Moderado subió de 24 a 30% y, el Bajo subió de 56 a 64%. **Conclusiones:** Si bien no hubo cambios en la gravedad de la AOS según IAH, CT90 ni desaturación, el grupo POST tuvo aumento de peso (13 kg), IMC ($2,9 \text{ kg/m}^2$), perímetros de cintura (4,7 cm) y cervical (1,9 cm). Además, hubo una disminución del NAF en nuestra población. Posiblemente las restricciones de desplazamiento y el temor al contagio explican en parte la disminución de NAF, conllevando al aumento de peso.

CL24

FACTORES ASOCIADOS A PEOR SOBREVIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN Y OBESIDAD VENTILADOS EN DOMICILIO. Antolini M., Maquilon C., Valdés N., Canales K., Andrade M., Carrillo J. Ministerio de Salud y Clínica Dávila, Hospital San José, Universidad De Santiago, Instituto Nacional Del Tórax, Pontificia Universidad Católica.

Introducción: El síndrome de hipoventilación y obesidad (SHO), se define por la presencia diurna de una $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg, asociada a obesidad y síntomas de hipoventilación, descartándose cualquier otra causa que la explique. En

Chile según la ENS del año 2017, el 31,2% de la población adulta tiene obesidad grado I y II, y el 3,4% de la población tiene obesidad grado III ($\text{IMC} > 40 \text{ kg/m}^2$). El presente análisis pretende describir los factores asociados a peor supervivencia en una cohorte de pacientes chilenos portadores de SHO que recibían soporte ventilatorio en domicilio. **Materiales:** Estudio de cohorte prospectivo de 264 adultos de ambos sexos, mayores de 20 años, portadores de SHO, con insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica, que ingresaron al programa estatal de pacientes ventilados en domicilio, distribuidos en diez regiones de Chile. Todos los pacientes cumplieron los criterios de inclusión del programa, eran controlados en su domicilio en forma semanal y cada tres meses en el hospital base asignado. Los pacientes recibieron ventilación no invasiva (VNI) mediante un equipo generador de flujo de dos niveles de presión y una interfase nasal u oronasal. Se registraron datos clínicos, función pulmonar, gases arteriales y cuestionario de calidad de vida al ingreso y luego cada 6 meses. Se realizó un análisis de curvas de supervivencia mediante regresión de Cox, para estudiar la asociación entre el resultado muerte y los datos al ingreso al programa como: edad, nivel socio económico, índice de masa corporal (IMC), nivel de CO_2 al ingreso, modo de ingreso al programa (agudo o crónico estable) y la presencia de una relación $\text{VEF}_1/\text{CVF} < 0,7$. Se consideró un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** La edad promedio (DE) de los pacientes fue 56,8 años (18,4), con un 59,5% de mujeres. El índice de masa corporal (IMC) fue 47,3 (9,6), la PaCO_2 promedio al ingreso fue 59,2 (10,9) mmHg, el tiempo promedio en VNI fue 43,2 (32,4) meses, la presión inspiratoria (IPAP) usada fue 17,7 (3) cm H_2O . Los factores presentes al ingreso que se asociaron a peor supervivencia fueron: edad mayor de 70 años, relación $\text{VEF}_1/\text{CVF} < 0,7$ y haber iniciado la VNI en forma aguda. **Conclusiones:** En los pacientes adultos con SHO, ventilados en su domicilio, los factores que se asociaron a peor supervivencia fueron la edad avanzada, patrón espirométrico obstructivo y el ingreso al programa después de un episodio agudo de falla ventilatoria hipercápnica.

CL25

INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA SEGÚN VALORES DE REFERENCIA GLI VERSUS KNUDSON. Reyes S., Alvear G., Santibáñez L., Ramírez V., Martínez B. Integramédica Maipú, Universidad Mayor.

Introducción: En Chile existen escasos estudios que hayan investigado el grado de concordancia en la interpretación del patrón espirométrico según los valores GLI (Iniciativa Global del Pulmón), recomendados por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER) versus los de Knudson, los más usados aún en nuestro país. El objetivo de este estudio, fue analizar el grado de concordancia de las interpretaciones entre ambos patrones, en sujetos adultos con indicación médica de espirometría. **Materiales:** Analizamos retrospectivamente todas las espirometrías postbroncodilatador solicitadas por médicos, realizadas en un laboratorio de función pulmonar privado entre noviembre del 2021 y junio del 2022, a adultos ≥ 15 años que cumplieron con los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad recomendados por la SER. El equipo utilizado fue Medgraphics, modelo CPFS/D USB. Después de anonimizar las espirometrías, se extrajeron los datos demográficos y valores de la CVF y VEF_1 . La interpretación de los patrones espirométricos se realizó según las recomendaciones de la SER con los valores de Knudson y GLI, analizándose la correlación según el índice de kappa de Cohen. Se analizó también el grado de concordancia según subgrupos prespecificados. **Resultados:** Se analizaron los datos de 552 espirometrías post broncodilatador (57,6% en mujeres; edad promedio [DS]: 48,4 años [17,5]). Tomando como referencia los valores de Knudson (K), el 88,2% fueron normales, 7,6% obstructivas, 2,9% restrictivas y 1,27% PRISM. Con los valores GLI (G),

el 83,1% fueron normales, 7,2% obstructivas, 7,6% restrictivas y 1,99% PRISm, lo que equivale a una concordancia global del 92% ($k = 0,69$; [IC 95%: 0,667-0,708]). Los valores k para los diferentes patrones espirométricos fueron: 0,86 [0,78-0,9] para los obstructivos; 0,73 [0,65-0,81] para los normales; 0,49 [0,42-0,56] para los restrictivos y 0,2 [0,12-0,29] para los PRISm. El 93,7% de las espirometrías restrictivas por G fue también restrictiva por K, mientras que sólo el 35,7% de las restrictivas por K fueron también restrictivas por G. El 54,8% de las restrictivas por G fueron normales por K. En general, la concordancia según sexo, grupos de edad, talla e IMC fue buena ($k > 0,6$), siendo la concordancia más baja la del grupo con la talla más alta (1,70-1,90 metros; $k = 0,63$ [0,526-0,844]). **Conclusiones:** En esta cohorte por grupo de espirometrías con indicación médica, la interpretación según criterios GLI versus Knudson mostró buena concordancia global, excepto para el patrón restrictivo y PRISm. Los valores GLI tienden a identificar más patrones restrictivos en espirometrías catalogadas como normales según Knudson.

CL26

CORRELACIÓN ENTRE LA ESPIROMETRÍA Y LA PLETISMOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATRÓN RESTRICTIVO, SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL. Riquelme J., Fernández MB., Kauffmann M., Collao C., Sáez J., Lizama L., Arancibia F., Céspedes J., Schönfeldt P. Instituto Nacional del Tórax (INT), Santiago, Chile.

Introducción: La espirometría es un examen ampliamente utilizado en los servicios de salud en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades restrictivas pulmonares. A pesar de la menor disponibilidad de la pletismografía corporal (PC), esta sigue siendo el estándar de oro para la medición de volúmenes pulmonares. Este examen podría eventualmente estar alterado en pacientes con obesidad. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de la espirometría en comparación con la PC en el estudio de las enfermedades restrictivas, y evaluar si el índice de masa corporal (IMC) influye en dichos resultados. **Pacientes y Métodos:** Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de las pletismografías y espirometrías realizadas en el INT, entre diciembre de 2020 y marzo de 2022. Se catalogó como restrictivo en el primer estudio, cuando el valor de la capacidad pulmonar total (TLC) era inferior al límite inferior de normalidad (LIN); para el segundo, cuando la CVF fue inferior al LIN, asociada a una relación VEF₁/CVF normal (igual o mayor al LIN). Los valores de referencia para la espirometría fueron los de la "Global Lung Function Initiative" (GLI, 2012). Se consignó la presencia de patologías comórbidas que pudieran por sí solas manifestar un patrón restrictivo y/u obstructivo en estos exámenes. Se realizó una tabla de contingencia para evaluar la exactitud diagnóstica de la CVF espirométrica con la TLC. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), exactitud y el OR diagnóstico. Todo esto en el grupo total y como análisis de subgrupos en IMC catalogado con sobrepeso y obesidad clase I, II y III. **Resultados:** De un total de 202 pacientes, se encontraron 108 restrictivos por TLC (53%), mientras que con CVF espirométrica fueron 75 (37%). La sensibilidad para evaluar restricción de la espirometría fue de 0,68, y la especificidad de 0,45; VPP 0,53, VPN 0,6, exactitud 0,55 y OR diagnóstico 1,71. La sensibilidad y especificidad según categorías de IMC fue similar en todos los subgrupos. Tampoco hubo diferencias importantes en cuanto a comorbilidades que pudieran alterar estas pruebas de función pulmonar, por subgrupo. **Conclusión:** La PC sigue siendo el estándar de oro para evaluar pacientes restrictivos, tanto en el global como en el análisis según IMC, sin diferencias importantes entre los subgrupos. De tener disponibilidad de ambos estudios, se debe priorizar el diagnóstico y seguimiento de patología restrictiva con PC, independiente del peso del paciente.

CL27

DIAGNÓSTICO DE RESTRICCIÓN UTILIZANDO CAPACIDAD VITAL PLETISMOGRÁFICA EN COMPARACIÓN CON LA TLC. Fernández M.B., Riquelme J., Kauffmann M., Collao C., Sáez J., Saez C., Arancibia F., Céspedes C., Schönfeldt P. Instituto Nacional del Tórax (INT), Santiago, Chile.

Introducción: La pletismografía corporal (PC) es el estándar de oro para la medición de volúmenes pulmonares y sus resultados nos permiten confirmar la presencia de alteraciones restrictivas cuando la capacidad pulmonar total (TLC) es menor al límite inferior de la normalidad (LIN). Sin embargo, no conocemos la utilidad de la capacidad vital (CV) pletismográfica para este objetivo. **Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de las PC realizadas en el INT entre diciembre de 2020 y marzo de 2022. Se informaron como restrictivos cuando el valor de TLC o CV pletismográfica era inferior al LIN según la ecuación ECCS 1993. Se realizó una tabla de contingencia para evaluar la exactitud diagnóstica de la CV pletismográfica en comparación con la TLC. Se calculó el valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), sensibilidad, especificidad, exactitud y el OR diagnóstico. La correlación entre la capacidad vital medida por espirometría con la capacidad vital pletismográfica es de 0,979 con una significancia bilateral de 0,01. **Resultados:** De un total de 211 PC realizadas en este periodo, se encontraron 114 pacientes restrictivos por TLC (54%), mientras que por CV pletismográfica fueron 49 (23,2%). La sensibilidad de la CV pletismográfica para evaluar restricción fue de 0,61, con una especificidad de 0,48. El VPP fue de 0,54 y el VPN de 0,54, con una exactitud de 0,54. El OR diagnóstico fue de 1,4. **Conclusión:** La CV pletismográfica tiene una baja sensibilidad y especificidad para evaluar pacientes restrictivos en comparación con la TLC, que además de la CV, nos entrega información del VR del paciente y un potencial terapéutico en caso de estar aumentado. Podemos concluir que la CV pletismográfica no es un parámetro útil para evaluación de pacientes restrictivos. Se requieren estudios futuros prospectivos, para comprobar esta utilidad terapéutica.

CL28

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ESPIROMETRÍA EN PACIENTES CON ALTERACIONES RESTRICTIVAS, SEGÚN GÉNERO Y EDAD, UTILIZANDO LA PLETISMOGRAFÍA CORPORAL COMO ESTÁNDAR DE ORO. Kauffmann M.¹, Fernández MB.¹, Riquelme J.¹, Collao C.¹, Sáez J.¹, Ponce I.¹, Arancibia², Céspedes J.², Schönfeldt P.². ¹Becados Subespecialidad Enfermedades Respiratorias; ²Instituto Nacional del Tórax (INT).

Introducción: La espirometría es ampliamente utilizada para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades pulmonares restrictivas. Por su parte, la pletismografía corporal (PC) es el estándar de oro para la medición de volúmenes y capacidades pulmonares y sus resultados son útiles para confirmar la presencia de restricción pulmonar. La PC en nuestro medio, no se encuentra ampliamente disponible. Considerando lo anterior, decidimos evaluar el rendimiento diagnóstico de la espirometría versus PC en pacientes con alteraciones restrictivas según género y edad, utilizando la PC como estándar de oro. **Metodología:** Se analizaron retrospectivamente las espirometrías y pletismografías efectuadas en el INT, entre diciembre 2020 y marzo 2022. Se estableció patrón restrictivo por espirometría cuando la CVF fue inferior al límite inferior de normalidad (LIN) asociada a VEF₁/CVF $\geq$ LIN (valores GLI 2012). Para PC se definió patrón restrictivo cuando la CPT fue inferior al LIN (valores ECCS 1993). Se analizaron los datos por género y edad en 3 grupos etarios: 15-39; 40-64 y ≥ 65 años. Se elaboró tablas de contingencia para evaluar la exactitud de la espirometría en el diagnóstico de limitación restrictiva usando la PC como estándar de oro. Se calculó sensi-

lidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), exactitud y OR diagnóstico. Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (mayoritariamente con enfermedad pulmonar difusa): 60 hombres y 145 mujeres. En hombres se confirmó patrón restrictivo por espirometría en 27 pacientes (40%) y por PC en 42 (70%). La sensibilidad y especificidad de la espirometría para evaluar restricción fue de 0,71 y 0,47 respectivamente, con VPP: 0,70, VPN: 0,48 y una exactitud: 0,62 con OR diagnóstico: 2,20. En mujeres se confirmó patrón restrictivo por espirometría en 48 pacientes (33%) y por PC en 69 (48%). La sensibilidad y especificidad de la espirometría para evaluar restricción fue de 0,65 y 0,44 respectivamente, con VPP: 0,48, VPN: 0,62 y una exactitud de 0,53 con OR diagnóstico: 1,47. El mejor OR diagnóstico se observó entre 40 a 64 años tanto en hombres (3,40) como en mujeres (2,35). Conclusiones: La sensibilidad y especificidad de la espirometría para evaluar pacientes restrictivos son bajas al compararlos con la PC como estándar de oro. El rendimiento es levemente mejor en hombres y entre 40 a 64 años para ambos géneros. En caso de tener disponibilidad, se debe complementar el estudio de pacientes restrictivos con PC para su mejor caracterización.

CL29

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA PRUEBA SIT-TO-STAND PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. Vanessa Regiane Resqueti Fregonezi, Lopes N., Ferezini J., Nascimento L., Endes L., Bruno S., Torres-Castro R., Fregonezi G. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal-Brazil. Universidad de Chile, Santiago-Chile.

Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HP) se define como un aumento de la presión arterial pulmonar media, con síntomas de disnea relacionada con el esfuerzo y disfunción muscular sistémica. Estos síntomas se pueden identificar mediante la prueba de sentarse a ponerse de pie (STS), que evalúa indirectamente la tolerancia al ejercicio y la fuerza muscular de las extremidades inferiores. Sin embargo, con esta variedad de pruebas, es importante comprender las propiedades de las medidas psicométricas, para poder evaluarlas en diferentes protocolos STS en pacientes con HP. **Metodología:** Este estudio es una revisión sistemática, que incluyó estudios que utilizan STS en pacientes con HP. Se realizaron búsquedas en las bases de datos de PubMed, EMBASE, SciELO, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) y Web of Science siguiendo los protocolos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis y la estrategia PICOT. Se utilizó el software Rayyan para la selección de estudios. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la herramienta Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN), mientras que la calidad de la evidencia se evaluó mediante el Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) modificado. Dos investigadores evaluaron de forma independiente y en caso de desacuerdo, se consultó a un tercer evaluador. **Resultados:** Se identificaron 7119 artículos, realizados en dos búsquedas, de los cuales solo se incluyeron 3 artículos para su análisis. Se encontraron cuatro propiedades psicométricas, de las cuales 3 propiedades obtuvieron una calidad de evidencia moderada: la capacidad de respuesta del 5-STS ($p < 0,001$), la validez convergente del 30-STS ($r = 0,660$; $p < 0,001$) y la 1-STS ($r = 0,593$; $p = 0,006$). Un estudio mostró la baja calidad de evidencia sobre la validez entre grupos del 30-STS ($p = 0,004$) y otro muy bajo sobre la confiabilidad del 30-STS (ICC 0,95(0,90-0,97)). **Conclusión:** A pesar de la escasez de estudios sobre protocolos STS en HP, podemos inferir que el 5-STS se consideró responsivo y que los protocolos 30-STS y 1-STS mostraron validez convergente válida en HP, y que son necesarios futuros estudios con mayor tamaño muestral y mejor calidad metodológica.

CL30

LESIONES TARDÍAS DE VÍA AÉREA SUPERIOR EN EL SEGUIMIENTO ALEJADO DE PACIENTES SOMETIDOS A TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PERÍODO DE PANDEMIA POR COVID-19. Lora P., Osses F., Melo P., Vega G., Andino P., Lora P. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Hospital San José, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La traqueostomía (TQT) es un procedimiento en el que se accede a tráquea directamente desde el exterior. Hoy en día, la necesidad de protección de vía aérea y el facilitar retiro de ventilación mecánica invasiva (VMI) son sus principales indicaciones. Existen diversas técnicas, siendo la TQT percutánea la más utilizada por factibilidad y menor tasa de complicaciones. En relación con la pandemia del coronavirus, existió un aumento exponencial de camas críticas, pacientes en VMI prolongada, y en consecuencia un importante aumento de la realización de traqueostomías. A nivel local, antes de la pandemia y con 8 camas UCI, se realizaban las siguientes TQT percutáneas: 8 (año 2017), 3 (año 2018) y 8 (año 2019), siendo las principales indicaciones alteraciones de conciencia y necesidad de protección de vía. **Objetivos:** Conocer las complicaciones a mediano plazo (6 meses) relacionadas a las TQT vía percutánea guiada por broncoscopia. **Materiales y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizaron pacientes con seguimiento de al menos 6 meses, que habían sido sometidos a TQT percutánea. Se realizó búsqueda de lesiones definitivas atribuibles a este procedimiento, con anamnesis dirigida y laringotraqueoscopia. Para cada paciente se consignó días de VMI, días de intubación orotraqueal (IOT), días de TQT y días de VMI posterior a realizada la TQT. Se indagó además presencia de disfonía, dificultad para expectorar, malacia, granulomas y estenosis fija. Los pacientes se citaron vía telefónica, explicando propósito de evaluación, y solicitando verbalmente consentimiento informado, ratificado posteriormente por escrito. No asistieron 26 pacientes que se logró contactar o había fallecido. **Resultados:** En pandemia, con 48 camas UCI, se realizaron 19 TQT en el año 2020 y 26 TQT en el año 2021. Las principales indicaciones fueron VMI prolongada y facilitar retiro de la ventilación. Para el análisis se incluyó a 19 pacientes con seguimiento de 6 meses. Los tiempos promedio fueron: en VMI fue $49,3 \pm 23,1$ días; IOT pre TQT $28,2 \pm 8,2$ días, días de TQT permeable $49,2 \pm 44,3$, días de VMI después de TQT $22,9 \pm 22,73$. No hubo complicaciones inmediatas. Respecto de lesiones de vía aérea, se encontró cambio de la voz en 10 (53%) pacientes, dificultad para expectorar en 1 (6%), malacia $< 50\%$ en 6 (21%) sujetos, granulomas no obstructivos en 10 (53%) pacientes. No se encontró estenosis fija en vía aérea. **Conclusiones:** De este grupo de pacientes, las principales complicaciones fueron cambio de voz y aparición de granulomas no obstructivos, lo cual no dista de lo descrito en la literatura. Es nuestro objetivo continuar con el seguimiento y registro para obtener más y mejor información.

CL31

MORTALIDAD POSEGRESO HOSPITALARIO POR COVID-19: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO. Carrillo J., Pazmiño M., San Martín L., Hernández G., Quezada P., Fernández V., Carvajal C., Díaz V., Carrasco P. Hospital de Quilpué, Hospital Clínico Regional De Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Universidad De Concepción.

Introducción: La enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) tuvo una alta mortalidad intrahospitalaria, pero poco se sabe del periodo posterior al egreso de los pacientes. El objetivo fue evaluar la mortalidad y los factores de riesgo asociados, en una cohorte de pacientes egresados del Hospital de Quilpué, Región de Valparaíso, Chile. **Materiales:** Los datos fueron obtenidos de los registros de egresos por diagnóstico principal de los Grupos Relacionados por Diagnóstico

(GRD), años 2020 y 2021, se analizó una cohorte de 507 pacientes que habían ingresado por urgencia, con edad media 57,6 ($\pm 18,5$) años (IQ: 46,0 - 70,6), 227 (44,8%) mujeres (ESTO DEBERÍA IR EN RESULTADOS). El período de seguimiento fue entre el 04-04-2020 y el 07-03-2022, con una media de seguimiento de 20,2 meses (EE: 0,33) (IC 95%: 19,55-20,83). Para examinar las diferencias de mortalidad en la cohorte se incorporaron las variables edad, sexo, estancia hospitalaria previa, las comorbilidades asociadas al COVID-19 (Neumonía viral, Insuficiencia respiratoria aguda, Tromboembolismo pulmonar, Neumonía/Infección bacteriana, Sepsis) y las enfermedades crónicas asociadas (DM Tipo 1 o 2, Hipertensión arterial, Accidente cerebrovascular, Enfermedad cardíaca isquémica, Fibrilación/Flutter auricular, Valvulopatía, Insuficiencia cardíaca, Obesidad, EPOC, Asma bronquial, EPID/FPI, Enfermedad renal crónica). Se realizó análisis mediante curvas de Kaplan-Meier y modelo de regresión de Cox. **Resultados:** Los resultados en los grupos comparados fueron: Alta domicilio con 247 pacientes, con 18 fallecidos, y una supervivencia de 92,7%; Hospitalización domiciliaria con 115 pacientes, con 19 fallecidos, y una supervivencia de 83,5%; Traslado hospital/clínica con 112 pacientes, con 27 fallecidos, y una supervivencia de 75,9%; Derivación centro/hogar y otros con 26 pacientes, con 2 fallecidos, y una supervivencia de 92,3%. Los resultados del modelo de Cox mostraron para Edad un Hazard Ratio (HR) = 1,06 (1,04-1,08) ($p = 0,00$); Enfermedad cardíaca isquémica HR = 4,7 (1,25-17,72) ($p = 0,022$); Insuficiencia cardíaca HR = 4,7 (1,38-16,05) ($p = 0,014$); Asma bronquial HR = 4,16 (0,96-18,04); EPID/FPI HR = 22,51 (1,47-345,18) ($p = 0,025$). **Conclusiones:** La mortalidad fue elevada después del egreso hospitalario en los 4 grupos comparados, con diferencias significativas entre ellos. El grupo Traslado hospital/clínica tuvo la peor sobrevida, seguido de Hospitalización domiciliaria. Los factores de riesgo identificados fueron edad, enfermedad cardíaca isquémica, insuficiencia cardíaca, asma bronquial y EPID/FPI.

CL32

MORTALIDAD DE PACIENTES CON COVID-19 MANEJADOS EN UCI CON Y SIN ECMO. Fernández M.B., Carrillo J., Fritzsche N., Ramírez A., Zambrano J., Guerra C., Gavilán J., Arancibia F., Vargas C. Instituto Nacional del Tórax, Hospital de Quilpué, Universidad De Santiago.

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 tuvo un alto impacto de salud pública, debido a su rápida contagiosidad y alta mortalidad. En el manejo de los pacientes con COVID-19 grave se utilizaron técnicas de tratamiento de alta complejidad como Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO), y otras simples, pero de uso poco frecuente y sin consenso claro hasta ese momento como el pronó. El objetivo de este trabajo fue evaluar la mortalidad, y los factores de riesgo asociados, en una cohorte de pacientes ingresados a UCI en un centro de referencia nacional de Chile. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con COVID-19 tratados en UCI del Instituto Nacional del Tórax entre el 9/4/2020 y 31/12/2021. Con el estado al egreso y el tiempo de estancia hospitalaria realizamos una prueba de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia. Para construir el modelo de regresión logística multivariado se seleccionaron las variables categóricas mediante Chi cuadrado, y las variables continuas con una prueba T, las que se transformaron en variables dummy. El modelo incorporó las variables Sexo, Edad, Hipertensión arterial (HTA), Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), EPOC, PaFi, Apache II, ECMO, Prono y Tiempo en VMI. Se utilizó el software SPSS v22, y un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** De un total de 433 pacientes hospitalizados y tratados en UCI, 166 (38,3%) eran mujeres, los no ECMO fueron 383 (88,4%) con sobrevida de 74,2%, y 50 pacientes requirieron ECMO (11,5%) con 60% de sobrevida, respectivamente. La estancia media para No ECMO fue 26,3 $\pm 25,1$ y ECMO de 45,4 $\pm 25,3$ días ($p < 0,001$). La supervivencia intrahospitalaria para el grupo No ECMO fue de 90,8 días (Error estándar:

6,1; IC 95%: 78,9-102,7), y el grupo ECMO 82,2 días (7,45; 67,6-96,8). Los resultados del modelo de regresión logística sugieren que fueron factores de riesgo para mortalidad: HTA Odds Ratio (OR) = 1,92 (IC 95%: 1,03-3,57; $p = 0,039$), ICC OR = 8,11 (2,09-31,42; $p = 0,002$), Apache II > 16 OR = 3,14 (1,29-7,68; $p = 0,012$), Prono 2 veces OR = 2,39 (1,02-5,60; $p = 0,044$), Prono 3 veces OR = 3,61 (1,09-11,98; $p = 0,036$). Como factores protectores aparecen PaFi 131-195 OR = 0,44 (0,20-0,98; $p = 0,043$), y PaFi > 195 OR = 0,29 (0,11-0,76; $p = 0,012$). **Conclusiones:** La mortalidad fue mayor en los pacientes ECMO, y fueron factores de riesgo de mortalidad general al momento del alta de UCI la HTA, ICC, Apache II > 16 , el Prono 2 y 3 veces. Como factor protector aparece la PaFi > 131 .

CL33

RESPUESTA DE OXIGENACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTES POST-COVID-19 DURANTE EVALUACIÓN DE CAPACIDAD DE EJERCICIO - RESULTADOS PRELIMINARES. Resqueti V., Poquiquivi E., Nascimento L., Cavalcanti V., Bandeira E., Bezerra T., Otto M., Fregonezi G. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brazil. Universidad Autónoma De Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La evidencia científica y clínica apunta a un deterioro persistente de la capacidad funcional en individuos post-COVID-19; sin embargo, aún queda por dilucidar la causa de la limitación funcional y la sintomatología. **Objetivo:** evaluar y comparar la capacidad funcional en pacientes post-Covid-19 versus un grupo control y analizar la hemodinámica cardíaca y la respuesta de oxigenación muscular durante los protocolos de evaluación en ambos grupos. **Materiales:** Estudio transversal en pacientes diagnosticados de COVID-19 hospitalizados o no (≥ 18 años) comparado con un grupo control. Los voluntarios fueron sometidos a dos pruebas de capacidad funcional: la prueba de estar de pie de un minuto (1-STS) y la prueba de caminar de seis minutos (6MWT). Además de las variables de desempeño, evaluamos la respuesta hemodinámica cardíaca por impedancia durante el 1-STS y se registraron las respuestas de perfusión tisular en la oxigenación del músculo vasto lateral durante y después de ambas pruebas. Se realizó la prueba de Friedman para comparaciones intragrupo de variables y para comparaciones intergrupo Mann-Whitney. El trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL/EBSERH/Brazil) (número 4.172.356). **Resultados:** Treinta y seis pacientes (36,11% mujeres, mediana de edad 36,00 (29,00-51,00) años, IMC 26,51 kg/m² (24,06-30,32)) en el grupo post-COVID-19 fueron incluidos en el estudio, y 11 individuos en el grupo control (72,72% mujeres, mediana edad 25,00 (23,00-39,00) años, IMC 23,71 kg/m² (22,54-28,28)). El grupo post-COVID-19 mostró una reducción del 20% en el rendimiento versus control en la distancia recorrida en el 6MWT ($p = 0,0001$) y una reducción del 28% en el número de repeticiones del 1-STS ($p = 0,01$) en comparación con el control. Además, hubo diferencias intergrupales en las variables de hemodinámica cardíaca durante el protocolo 1-STS, donde el grupo post-COVID-19 mostró una reducción del 18% en VSi ($p = 0,004$), del 21% en IC ($p = 0,0009$), del 78% en ICT ($p = 0,0001$) y del 29% en EF ($p = 0,0003$) y un aumento del RVS del 25% ($p = 0,03$) y del 27% en RVSi ($p = 0,0007$). Las variables de oxigenación tisular durante las pruebas 6MWT y 1-STS y en la fase de recuperación presentaron respuestas de similar magnitud en ambos grupos, sin diferencia estadísticamente significativa entre ellos. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que el grupo post-COVID-19 en comparación con el control mostró (I) una reducción en la capacidad funcional identificada por ambas pruebas, en un 28% en el 1-STS y un 20% en el 6MWT, (II) cambios en las respuestas hemodinámicas resistencia vascular sistémica y cardíaca (III) patrón similar de aporte y consumo de oxígeno muscular en

ambas pruebas similar en ambos grupos. Sugerimos que otros estudios con tamaños de muestra más grandes y estratificación de grupos post-COVID-19 complementen estos hallazgos.

CL34

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE LA HIPOXEMIA SILENTE EN COVID-19. Duhalde S.¹, Espinoza B.¹, Sáez V.¹, Reyes T., Oyarzún M. Programa de Fisiopatología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Alumnos Escuela de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Entre los pacientes con COVID-19 e insuficiencia respiratoria hipoxémica, al menos un 13% no experimentan disnea, situación denominada "hipoxemia silente"; los mecanismos que producen este fenómeno se desconocen.

Objetivo: Revisar la fisiopatología de la "hipoxemia silente" en pacientes con COVID-19. **Metodología:** Realizamos una revisión bibliográfica, incorporando artículos que incluyeran los términos "Hipoxemia feliz", "Hipoxemia silente", "COVID-19", "SARS-CoV-2", "fisiopatología", "enfermedad por coronavirus", "neumonía por coronavirus", "disnea", "centro respiratorio", "mecanismos", publicados inextenso, en inglés y español, utilizando buscadores de Google Scholar, Scielo y Pubmed entre 2020 y 2021. **Resultados:** Encontramos 97 publicaciones. Seleccionamos 50 estudios cualitativos observacionales de hipoxemia silente en pacientes COVID-19 y opiniones de expertos sobre mecanismos involucrados en ella. Entre los mecanismos etiológicos se ha planteado el daño por acción directa del virus o secundario a la reacción inflamatoria, en el tronco encefálico (v. gr. complejo pre-Bötziger) y en la corteza insular del sistema nervioso central (SNC), donde se hallan moduladores de la respiración, lo que disminuiría la percepción de disnea en estos pacientes. Se ha encontrado la proteína S (*spike*) o el ARNm de esta en el líquido cefalorraquídeo, pero no se han detectado partículas del virus en el SNC, siendo necesario realizar análisis moleculares, genéticos e inmunohistoquímicos para detectar las causas de esta anomalía. Otro mecanismo de hipoxemia silente serían alteraciones pulmonares en las primeras etapas de la enfermedad, cuando el daño alveolar sería compensado por mecanismos que evitarían que el paciente perciba señales de colapso pulmonar, impidiendo así la generación de disnea. En otros casos la hipocapnia de los pacientes con COVID-19 atenuaría la respuesta ventilatoria a la hipoxemia. En algunos casos el uso inadecuado del oxímetro de pulso generaría una medición errónea, hecho que ocurre en un 4% con el uso rutinario de oxímetros. **Conclusiones:** El mecanismo de la hipoxemia silente en la mayoría de los pacientes con COVID-19 es desconocido. Las explicaciones propuestas se basan en seguimiento clínico de los pacientes y similitudes con otros virus respiratorios. Comprender los mecanismos de la hipoxemia silente asociados a COVID-19 facilitaría su identificación y manejo y además permitiría conocer factores moduladores de la disnea en hipoxemia.

CL35

CONTRIBUCIÓN DE LA CAPILAROSCOPIA DEL LECHO UNGUEAL (CLU) EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES (EPI). Reyes F.^{1,4}, Saavedra S.^{2,4}, Vergara K.^{3,4}, Palavecino T.². Unidad de patología intersticial Instituto Nacional del Tórax, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Sección de Reumatología, Hospital el Salvador, Departamento de Medicina Interna Clínica Las Condes.

Introducción: La capilaroscopia del lecho ungueal (CLU) es una técnica no invasiva utilizada en el estudio de pacientes con fenómeno de Raynaud (FR), para el diagnóstico precoz de las enfermedades del tejido conectivo (ETC). La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) puede ser la primera manifestación de una ETC. La CLU podría tener un rol en el

diagnóstico de EPI asociada a ETC, además de un rol pronóstico. **Pacientes y Métodos:** Estudio retrospectivo, se analizaron 51 pacientes a quienes se solicitó CLU como apoyo diagnóstico de EPI. Esta fue realizada utilizando dos equipos (Mediscope D1, Optilia; Dinocapture 2.0, Dino-Lite). El análisis de las variables capilaroscópicas fue en base al algoritmo Fast Track, considerándose como CLU alterada tanto el patrón con alteraciones inespecíficas de la microcirculación, como el patrón de esclerodermia. Se obtuvieron datos clínicos, autoanticuerpos, test de función pulmonar y radiológicos. La información obtenida se analizó en conjunto por un equipo multidisciplinario, compuesto por un broncopulmonar, una radióloga y dos reumatólogos dedicados a las EPI-ETC. **Resultados:** Se analizaron 51 pacientes, con EPI conocida, que como parte del estudio etiológico se solicitó CLU para apoyo diagnóstico de una ETC oculta. 84,3% mujeres con media de 65 años (54-70). Los diagnósticos previos a CLU fueron NII 31,3%, IPAF 29,2%, EITC 12,5% y ES 10,4%. NSIP fue el patrón radiológico más frecuente 39,6%, indeterminados 22,9% y UIP 18,8%. En 55% de los pacientes la CLU presentó algún hallazgo patológico. 46,4% cambios microangiopáticos, 28,5% patrón de esclerodermia 10,7% de ellos en su forma temprana y 25% cambios esclerodermiformes. De los pacientes con CLU (+) en un 51,9% los hallazgos apoyaron el diagnóstico previo y en 33,3% permitió un cambio diagnóstico, de la misma forma en pacientes con CLU (-) en un 39,1% apoyo el diagnóstico previo. Posterior a la CLU 9 pacientes fueron reclasificados de IPAF/EITC a esclerosis sistémica y de NII a ETC. El fenómeno de Raynaud y las úlceras digitales fueron los dos elementos Clínicos más importante que se relacionaron a una CLU alterada. Al analizar los resultados obtenidos en las CLU y la función pulmonar si bien no fue significativo, una pobre función pulmonar, definida como CVF < 70%/DLCO < 60% se asoció con mayor posibilidad de presentar una CLU (+). **Conclusiones:** La CLU, constituye una herramienta accesible y podía ser de gran ayuda en el diagnóstico de una ETC oculta.

CL36

NEUMONÍA INTERSTICIAL AGUDA SECUNDARIA A INYECCIÓN DE BIOPOLÍMEROS. Oliva R.¹, Víctor Leiva V.², Gajardo C.³, Villagrán F.¹. Médico internista, Unidad de cuidados intensivos - Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Broncopulmonar adulto, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Becado medicina interna, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Paciente mujer transexual de 35 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y cáncer testicular operado, niega tabaquismo. En contexto de procedimiento estético recibe en región glútea inyección de silicona industrial, a las horas de evolución presenta dolor glúteo y dificultad respiratoria. Consulta en urgencias, evoluciona desfavorablemente con insuficiencia respiratoria aguda grave requiriendo intubación, soporte ventilatorio invasivo, bloqueo neuromuscular y pronó. AngioTC de tórax evidencia opacidades en vidrio esmerilado de distribución difusa y bilateral, con morfología alveolar de predominio perihilar y TEP crónico. Panel PCR viral negativo, incluido Sars Cov-2. Lavado broncoalveolar (LBA) macroscópicamente compatible con hemorragia alveolar, estudios negativos para infección, citología muestra población celular con macrófagos alveolares, sin inclusiones lipídicas en éstos y ausencia de siderófagos a la tinción de Pearls. Estudio reumatológico en rangos normales. Presentó además lesión renal aguda e hiperbilirrubinemia con patrón hepatocelular de resolución espontánea. **Diagnóstico:** Se concluye que se trataría de un síndrome de distrés respiratorio agudo del adulto en contexto de neumonía intersticial aguda con daño alveolar difuso secundario a inyección de biopolímero (silicona industrial). La condición de la paciente impidió el estudio histológico. **Exámenes:** AngioTC de tórax con opacidades en vidrio esmerilado de distribución difusa, LBA macroscópicamente

compatible con hemorragia alveolar, microbiología negativa y citología con población de macrófagos alveolares y ausencia de siderófagos. **Conclusiones:** Dado el amplio uso actual de la silicona industrial y productos similares en procedimientos estéticos, se han observado múltiples efectos adversos, algunos muy graves, con una elevada morbimortalidad. La neumonitis asociada a silicona, de etiopatogenia desconocida de los setenta a la actualidad, puede ser secundaria a diseminación hematogena o linfática ocurriendo de forma aguda (inicio súbito post inyección) o latente (6 meses post administración). Si bien el diagnóstico definitivo de esta entidad clínica se realiza a través de biopsia (transbronquial o quirúrgica), la presencia de inclusiones lipídicas intracitoplasmáticas en los macrófagos del LBA son altamente características. En nuestro caso la gravedad de la paciente dificultaba la obtención de una muestra adecuada para biopsia. El soporte ventilatorio se inició de forma oportuna, tal como se describe en la literatura, decisión clave en su estabilización inicial.

CL37

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE PACIENTES CON PANEL DE MIOSITIS POSITIVO ENTRE LOS AÑOS 2016 A 2022, EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE. Osses F., Andino P. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse.

Introducción: Las Enfermedades Pulmonares Difusas (EPD) afectan principalmente al intersticio pulmonar. Se ha visto causalidad entre las Enfermedades del Tejido Conectivo y algunas EPD. Destacan las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), con importante expresión como Síndrome Antisintetasa, habiendo casos con serología positiva y manifestaciones clínicas negativas, y viceversa. Es vital conocer estas condiciones para formular diagnóstico y terapia oportunamente, evitando la progresión hacia fibrosis pulmonar. Rescatamos los Paneles de Miositis (PaM) de nuestro centro entre los años 2016 y 2022, cotejándolos con clínica e imagenología pulmonar. **Materiales:** Estudio retrospectivo observacional basado en revisión de historias clínicas de pacientes con PaM realizados entre 2016 y 2022. Se realizó análisis descriptivo de pacientes con edad, sexo, nacionalidad, comorbilidades, exposición a alérgenos o compuestos orgánicos, antecedente de neoplasia, hallazgos clínicos, patrón EPD en TAC de tórax, anticuerpo (AC) positivo y título correspondiente, y serología reumatológica complementaria. Se aplicó razón de chances entre múltiples variables descritas, y test Chi-cuadrado para variables categóricas. Análisis en programa SPSS. Estudio contó con aprobación de comité de ética científico local. **Resultados:** De un total de 37 PaM realizados, se encontraron 15 con al menos un AC positivo. Un 80% eran mujeres. Un 20% del total ya contaban con EPD previamente descrita. Edad promedio 64,8 años. 8 pacientes (53%) ya contaban con alguna MII. En 10 pacientes (66,6%) se describió EPD, siendo (NSIP fibrótica + OP) el patrón más frecuente (46,6%), seguido de NSIP fibrótica (6,66%). Hallazgos más frecuentes fueron manos de mecánico y Gottron (cada una 26,6%). No hubo asociación entre MII y EPD ($p = 0,71$), ni entre edad > 60 años y EPD ($p = 0,07$). AC más frecuentes fueron Ro-52 (33,3%), Pm-Sci75 (26,6%) y PL-7 (20%). No hubo asociación entre (NSIP fibrótica + OP) y Ro-52 ($p = 0,07$), Pm-Sci75 ($p = 0,31$) ni PL-7 ($p = 0,44$). 10 pacientes tuvieron ANA positivo, 80% de ellos con dilución 1/80. No hubo asociación entre ANA positivo y EPD ($p = 0,44$), ANA 1/80 y EPD ($p = 0,71$) y ANA positivo con (NSIP fibrótica + OP) ($p = 0,71$). **Conclusiones:** No hubo asociación entre MII o edad > 60 años y EPD, tampoco entre subtipos de anticuerpos más frecuentes con patrones de EPD más frecuentes. No hubo asociación entre ANA 1/80 con EPD, pese a ser la mayoría de resultados. Probablemente con mayor número de Paneles de Miositis positivos se obtendrían significancias estadísticas.

CL38

USO DE PIRFENIDONA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO. Salinas M., Reyes R., Florenzano M., López J., Tapia M., Rodríguez J.C., Valenzuela H., Undurraga A. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Las enfermedades intersticiales son cada vez más relevantes en neumología, por la creciente prevalencia de casos y los tratamientos disponibles. Dentro de ellas, la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y las enfermedades fibrosantes progresivas se benefician de tratamiento anti fibrótico. Presentamos la experiencia del Instituto Nacional del Tórax.

Materiales: Estudio realizado en el Instituto Nacional del Tórax. Se trata de una cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial, tratados con pirfenidona en nuestro centro, desde el año 2019. Los pacientes fueron seleccionados para tratamiento por un comité multidisciplinario que sesiona semanalmente. La medicación fue proporcionada por el sistema de salud. Todos los exámenes, incluyendo pruebas de función pulmonar se realizaron en nuestro centro de acuerdo con el estándar ATS/ERS. El análisis estadístico es descriptivo y se realizó mediante *Stata 14.0*. El proyecto está aprobado por el Comité de Ética SSM Oriente. **Resultados:** Se presentan resultados de 88 pacientes, edad promedio 66 años, 53 (60,2%) hombres. El 75% (66 casos) corresponde a FPI, diagnosticadas entre 2011 y 2021. Solamente el 30,8% tenía biopsia pulmonar. En cuanto a función pulmonar, se obtuvo información adecuada para 73 pacientes. La función pulmonar basal en (promedio) fue capacidad vital forzada (CVF) 2.540 ml, 77,8% del teórico y difusión de monóxido de carbono corregida por hemoglobina (DLCO): 50,4%. Con un seguimiento promedio de 24 meses, la función pulmonar final fue: CVF 2320 (71%) y DLCO: 43%. Esto significa una caída de la CVF de 3,5% anual (Al restar promedios finales y de inicio). El 31% de los pacientes presentó problemas de tolerancia digestiva. No hubo eventos adversos serios. Dos pacientes fallecieron en el seguimiento. **Conclusiones:** En nuestra experiencia el uso de pirfenidona fue efectivo, seguro, con un perfil de efectos adversos aceptables. El seguimiento de pacientes fue dificultado por la pandemia, lo que influyó en la pérdida de algunos datos. Esperamos poder completar la información en los próximos años.

CL39

TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB CONDUCE A LA REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ASMA SEVERA EOSINOFÍLICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE MUNDO REAL REDES. Christian Domingo-Ribas M.D. PhD¹, Ian Pavord FMedSci D.M.², Robert G. Price MSc³, Peter Howarth D.M.⁴, John Oppenheimer M.D.⁵, Liam Heaney M.D.⁶, Hiroyuki Nagase M.D. PhD⁷, Sandoval-Astudillo N.⁸, Frances Gardiner MPhil⁴. ¹Servei de Pneumologia, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Spain; ²Respiratory Medicine Unit and Oxford Respiratory National Institute for Health Research Biomedical Research Centre, Nuffield Department of Medicine, Oxford, UK; ³Biostatistics, GSK, Stevenage, Hertfordshire, UK; ⁴Global Medical, Global Specialty & Primary Care TA, GSK House, Brentford, Middlesex, UK; ⁵Rutgers New Jersey Medical School, Newark, NJ, USA; ⁶Wellcome Wolfson Institute for Experimental Medicine, Queen's University Belfast, Belfast, UK; ⁷Division of Respiratory Medicine and Allergy, Department of Medicine, Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan; ⁸GSK Chile.

Introducción: El estudio de mundo real REDES demostró que mepolizumab es efectivo para alcanzar los objetivos de tratamiento en pacientes con asma severa eosinofílica (ASE) tales como la eliminación de corticosteroides orales (CSO),

reducción de exacerbaciones y control de síntomas. Este análisis post hoc evaluó la proporción de pacientes que alcanzaron un objetivo terapéutico multicomponente sobre remisión clínica (basado en la eliminación de CSO y de exacerbaciones, y en el control del asma) tras 1 año de terapia con mepolizumab. **Materiales:** REDES fue un estudio de cohorte retrospectivo y observacional en pacientes con ASE tratados con mepolizumab en 24 unidades hospitalarias especializadas de España. Utilizando datos del estudio, se reportó la proporción de pacientes que lograron remisión clínica tras 52 semanas de tratamiento con mepolizumab. Los componentes de remisión evaluados, que también son considerados objetivos clave del tratamiento del ASE fueron: 1) libre de CSO (sí/no) (es decir, sin CSO al inicio del estudio y que continuó sin CSO a la semana 52 o que suspendieron CSO durante el estudio); 2) libre de exacerbaciones (sí/no) (sin exacerbaciones hasta el día 365 del estudio); 3) puntuación en test de control del asma (ACT) ≥ 20 (sí/no). Sólo se incluyó en el análisis a pacientes con datos disponibles en los 3 componentes. **Resultados:** Se reportaron los resultados de pacientes que tuvieron datos completos en los 3 componentes ($n = 260/318$, 82%). En general, 96/260 (37%) pacientes alcanzaron remisión clínica según la definición tripartita, cumpliendo el criterio de libre de CSO y de exacerbaciones y ACT ≥ 20 . Además, 116/260 (45%), 107/260 (41%) y 170/260 (65%) de los pacientes tratados alcanzaron 2 de los 3 componentes de remisión clínica (libre de CSO y de exacerbaciones; libre exacerbaciones y ACT ≥ 20 ; y libre de CSO y ACT ≥ 20 , respectivamente). **Conclusiones:** Los resultados de este análisis post hoc del estudio REDES muestran que mepolizumab es efectivo para alcanzar un estado de remisión clínica, un objetivo de tratamiento multicomponente que comprende criterios clínicos clave, en pacientes con ASE tratados en la práctica clínica. **Financiamiento:** GSK [213172]. Abstract presentado originalmente en el congreso de ATS 2022. Referencia: Am J Respir Crit Care Med 2022;205: A4834.

CL40

SERIE DE CASOS DE PACIENTES CHILENOS EN UN ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTINACIONAL DE LA EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB EN EL MANEJO DEL ASMA SEVERA (SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO NEST). Moraes F.¹, Fernandez P.², Trujillo P.², Escrig D.¹, Poblete V.², Rodríguez C.¹, Sandoval N.¹, Romero J.¹. ¹Departamento Médico, GSK, Santiago, Chile; ²Instituto Nacional del Tórax, Santiago, Chile.

Introducción: El beneficio de mepolizumab en asma severa ha sido demostrado en estudios clínicos y de vida real. Sin embargo, hay limitada evidencia respecto a su efectividad en pacientes chilenos. El objetivo del estudio fue describir las tasas de exacerbaciones en pacientes con asma severa tratados con mepolizumab 1 año antes y después del tratamiento. **Materiales:** Estudio multinacional, multicéntrico de fase IV, bidireccional, observacional de cohorte autocontrolada de adultos que iniciaron tratamiento con mepolizumab (100 mg SC) para asma severa en la práctica clínica real. Se evaluaron las exacerbaciones del asma clínicamente significativas (EACS), definidas como el deterioro del asma que requiere (1) uso de corticoides sistémicos (OCS) y/o (2) ingreso a servicios de urgencia y/u hospitalizaciones. Datos demográficos, clínicos, de tratamiento y control del asma (test control del asma [ACT]) fueron recolectados. En Chile se planeó por protocolo una serie de casos, dada la alta calidad anticipada de los datos debido al reclutamiento consecutivo de este centro. **Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes, 86,7% mujeres con edad promedio 48,7 años y niveles promedio de eosinófilos basales en sangre de 604,5 células/ μ L. Se identificó una reducción del 71% de las EACS (tasa pre y posexposición: 6,67 [desviación estándar [DE]: 4,48] y 1,93 [DE: 1,22]), del 80% de

las exacerbaciones que incluyeron visita a urgencia u hospitalizaciones (tasa pre y posexposición: 2,00 [DE: 3,52] y 0,40 [DE: 0,63]) y del 76,9% de las exacerbaciones que incluyeron hospitalizaciones (tasa pre y posexposición: 0,87 [DE: 1,25] y 0,20 [DE: 0,41]). Previo a mepolizumab, 93,3% de los pacientes fueron clasificados como no controlados y 6,7% parcialmente controlados según puntaje ACT. Tras 1 año con mepolizumab, 26,7% pacientes fueron clasificados como controlados, 60,0% parcialmente controlados y 13,3% no controlados. 8 (53,5%) pacientes usaban OCS de mantenimiento pre-mepolizumab, 2 (25%) de ellos dejaron de usarlos tras 1 año de tratamiento con mepolizumab. El promedio de dosis de OCS (prednisona equivalente) se redujo de 23,23 mg a 14,79 mg, pre y posexposición, respectivamente. **Conclusiones:** Esta serie de casos informa la efectividad en vida real de mepolizumab en pacientes con asma severa manejados en la práctica clínica actual en Chile, al describir el potencial beneficio de la reducción de las exacerbaciones y la mejora en el control del asma. Financiamiento: GSK [213475].

CL41

TRAYECTORIAS DE FUNCIÓN PULMONAR EN ASMA PERSISTENTE: DEL PREESCOLAR AL ESCOLAR. Alberto Vidal A., González R., Abara S., Saavedra M., Fielbaum O., Palomino M.A. Clínica Las Condes.

Introducción: En asma pediátrica se han reportado patrones de declinación precoz de función pulmonar. Nuestro objetivo principal fue identificar trayectorias de función pulmonar en espirometría, desde la edad preescolar hasta la edad escolar y como objetivo secundario, comparar diferencias en la función pulmonar medida por Oscilometría (IOS) y espirometría entre dichas trayectorias. **Materiales:** Estudio prospectivo realizado entre el 2016 y el 2021. Se reclutaron pacientes con asma persistente a quienes se les practicó IOS-espirometría pre y post broncodilatador al inicio y luego de 3 años. Se definió espirometría anormal en ≥ 6 años como aquella con VEF_1 y/o VEF_1/CVF y/o $CVF < LIN$; en el < 6 años también se consideró VEF_1 y/o $VEF_1/CVF < LIN$ (Quanjer). Se utilizó ANOVA para comparar promedios de parámetros de IOS-espirometría entre trayectorias, con análisis post hoc (Tukey) y prueba de t-student para comparar variaciones de IOS entre las trayectorias. Se consideró un error α de 5%, error β de 20% y p significativo a un valor $< 0,05$. **Resultados:** Se estudiaron 86 pacientes con edad promedio de 5,3 y 8,3 años en su primera y segunda evaluación. El 58,2% fueron varones. Entre la primera y segunda evaluación se encontró que el 70,9% de los pacientes mantuvieron una espirometría normal (trayectoria 1). El 9,3% correspondió a pacientes espirometría preescolar anormal, que resultó normal en la edad escolar (trayectoria 2), y el 19,8% a pacientes con espirometría preescolar anormal, que persistió anormal a la edad escolar (trayectoria 3). Los pacientes de la trayectoria 3 tuvieron promedios significativamente menores que los de la trayectoria 1 en VEF_1 , VEF_1/CVF , VEF_1/CVF y FEF_{25-75} preescolar, VEF_1/CVF y FEF_{25-75} escolar ($p = 0,02$, $0,03$, $0,001$, $0,001$, $0,001$, $0,001$ y $0,001$, respectivamente) y diferencias en algunos parámetros oscilométricos como AX preescolar, AX escolar y X5 escolar ($p = 0,04$, $0,009$ y $0,005$, respectivamente). La trayectoria 3 no mostró variación significativa en los parámetros de la IOS que reflejan el compromiso de la vía aérea pequeña (X5, Fres, AX y D5-20). **Conclusiones:** Se identificaron tres trayectorias de función pulmonar espirométrica con diferente progresión en tres años de seguimiento. La trayectoria 1 fue la más común, con función pulmonar persistentemente normal. La trayectoria 3, la segunda más frecuente, que inició el seguimiento con función pulmonar disminuida en la espirometría y alteraciones de la vía aérea pequeña que se mantuvieron a la edad escolar.

CL42**TOXOCARIASIS COMO CAUSA DE DESCOMPENSACION EN PACIENTE ADULTO CON ASMA GRAVE EOSINOFILICA NO CONTROLADA.** Jara J., Trujillo P., Fernández P., Poblete V., Salinas P. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La eosinofilia es un biomarcador de inflamación T2, encontrándose en asma y en otras patologías como parasitosis, siendo obligatorio incluirlas en el diagnóstico diferencial de asma grave, previo inicio de anticuerpos monoclonales. La toxocariasis es una antroponosis frecuente, este nematodo del género *Toxocara* afecta a perros y gatos. El humano es un hospedador intermediario al ingerir huevos larvados, que eclosionan en el intestino, liberando larvas que atraviesan el epitelio intestinal y vasos sanguíneos, migrando a diferentes órganos. Se describen 4 formas clínicas: Larva migrans visceral (LMV), toxocariasis común (TC), toxocariasis ocular y neurotoxocariasis. En el sistema respiratorio se presenta como asma, bronquitis aguda o neumonitis con o sin síndrome de Loeffler. Se ha reportado mayor prevalencia de infección de *Toxocara canis* en pacientes asmáticos que en población general, haciendo necesario incluirla en la evaluación rutinaria de pacientes asmáticos. Caso clínico: Paciente femenina de 63 años, con Asma Bronquial desde los 35 años tratada con Salmeterol/ Fluticasona en dosis medias y Salbutamol de rescate. A los 5 meses antes de consultar, presenta tos irritativa, disnea progresiva hasta mMRC 3, con un ACT en 16, asociado sibilancias nocturnas y con ejercicio. Recibió antibióticos sin respuesta y esteroides orales con respuesta parcial. Se decide hospitalizar por exacerbación, dentro del estudio destaca. **Exámenes:** Hemograma 18.000 leucocitos, 40% de eosinófilos. IgA, IgM, IgG normales; IgE > 1.000. IgE para aspergillus negativo. ANCA negativa. Espirometría: Alteración ventilatoria obstructiva leve con CVF normal que no modifica post-broncodilatador. FeNO: 60 ppb TC de Tórax: Enfermedad bronquial crónica severa con atrapamiento aéreo, Broncoscopia normal, lavado bronquioalveolar: Cultivo corriente y hongos negativo; GeneXpert, BK y cultivo MGIT negativos, recuento celular predominio macrofágico (con esteroides sistémicos), Serología (ISP) Toxocariasis POSITIVA. Destaca marcada eosinofilia periférica que disminuye con uso de esteroides sistémicos. El estudio serológico resulta positivo para toxocariasis recibiendo tratamiento con Albendazol 400mg c/12hrs por 5 días. **Conclusiones:** La Toxocariasis tiene afectación pulmonar inespecífica, pudiendo presentarse como asma grave eosinofílica. Se sugiere una evaluación protocolizada en búsqueda de entidades poco frecuentes en pacientes asmáticos graves, permitiendo llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

CL43**RESPUESTA OPTIMA A RESLIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFILICO: LA IMPORTANCIA DE LA ENDOTIPIFICACION.** Romina Abud Benítez¹, Gabriela Santana Cardemil², Carmen Venegas Garrido¹. ¹Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Clínica Alemana De Valdivia

Introducción: El uso de anticuerpos monoclonales se ha convertido en la estrategia estándar para tratar pacientes con asma grave refractarios a terapia convencional. Las terapias biológicas son eficaces para mejorar el control de síntomas, reducir las exacerbaciones y el uso de corticoides sistémicos. A nivel nacional existen 4 biológicos aprobados para el tratamiento de asma grave. Sin embargo, definir la terapia más adecuada es a menudo un desafío complejo para los clínicos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 48 años con asma grave eosinofílico corticodependiente, con excelente respuesta clínica y funcional a un anticuerpo monoclonal anti IL-5 (reslizumab). **Diagnóstico:**

Asma grave eosinofílico. **Exámenes:** Pre-reslizumab, usando prednisona 10 mg/día: ACQ-5 score 3.2, Espirometría: VEF₁ 1,69 L (46%), CVF 2,55 L (55%), VEF₁/CVF 0,66 con reversibilidad limitrofe de 230 ml o 11%, Hemograma: 14% eosinófilos (1.270 células/mm³), IgE total: 171 UI/mL, Prick test aeroalérgenos: positivo para pastos, árboles, dermatofagoides y caspa de perro; tomografía de tórax de alta resolución: sin anomalías en la vía aérea o en el parénquima pulmonar. Luego de 4 dosis de reslizumab, usando prednisona 2,5 mg/día: ACQ-5 score 1.4, Espirometría: VEF₁ 2,54 L (70%), CVF 3,54 L (78%), VEF₁/CVF 0.72. Hemograma: 0% eosinófilos. Estudio adicional con parasitológico seriado de deposiciones, serología de Strongyloides, Trichinella y Toxocara, ANCA, ecocardiograma y ecografía abdominal descartó causas alternativas de eosinofilia. **Conclusiones:** El uso de biológicos en asma grave es una herramienta terapéutica efectiva y segura. La adecuada respuesta observada en este paciente ilustra la importancia de una minuciosa endotipificación en asma grave, que permite elegir el tratamiento específico en forma personalizada y asegurar el éxito de la terapia.

CL44**TUBERCULOSIS DISEMINADA CON PRESENTACIÓN RADIOLOGICA ATÍPICA EN PACIENTE VIH.** Espinoza C.¹, Osses F.², Rouret F.³, Melo P.⁴, Cifuentes M.J.⁵, Andino P.A.⁶. Hospital San Borja de Arriarán, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es la infección con mayor mortalidad a nivel mundial. La mortalidad en Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es de 288,3 casos por 100.000 hab, de acuerdo a ONU-SIDA 2020. En inmunocomprometidos (IC) la tomografía computarizada (TC) de tórax tiene mayor sensibilidad diagnóstica respecto a la radiografía. Sin embargo, la heterogeneidad de la enfermedad sigue siendo un desafío. Presentamos un caso de TBC con radiología atípica en paciente con VIH/SIDA. **Diagnóstico:** Mujer de 52 años, previamente sana, con historia de 6 meses de masa cervical derecha asociada a adenopatías supraclaviculares y axilares, y síntomas B. **Exámenes:** Biopsia de masa cervical describe adenopatía con necrosis de aspecto caseificante, tinción de Ziehl-Neelsen sin presencia de bacilos ácido-alcohol-resistentes. TC tórax con múltiples opacidades peribroncovasculares confluentes de aspecto nodular. Consultó en Urgencia por disnea, severamente desnutrida, saturando 78% ambiental. PCR TBC en esputo positiva. En Unidad de Cuidados Intensivos evolucionó rápidamente con falla ventilatoria catastrófica. Se inició terapia anti-TBC. Serología VIH positiva, CD4 13. En el lavado broncoalveolar (LBA) se obtuvo PCR TBC positiva. La PCR para *P. jirovecii*, galactomanano, cultivo corriente y fúngico fueron negativos. Por carga viral (CV) de Citomegalovirus (CMV) en sangre de 200.000 copias se inició Ganciclovir. TC de cerebro normal, líquido cefalorraquídeo con PCR TBC positiva, fondo de ojo normal. Por TBC meníngea se aplazó inicio de terapia antirretroviral. Al 8° día evolucionó con fiebre y deterioro de oxigenación. TC de tórax muestra múltiples quistes, donde antes había opacidades, asociado a nuevo foco de condensación. Nuevo LBA descartó otro agente infeccioso. Weaning fracasó por debilidad y extenso compromiso de parénquima pulmonar, donde se mantuvo persistentemente inflamada y con trastorno de intercambio gaseoso progresivo, falleciendo por TBC diseminada y falla multisistémica. **Conclusiones:** Las infecciones pulmonares en fase aguda infrecuentemente se asocian a múltiples quistes. Con varias semanas de evolución pueden formarse quistes difusos (*P. jirovecii*, coccidioidomicosis, entre otras). La TBC miliar crónica puede presentar fibrosis, bulas y/o quistes difusos. En IC además se debe considerar infección por CMV, histoplasmosis o linfangitis carcinomatosa y como en el caso descrito la TBC.

CL45

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 17 CASOS ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2022. Osses F., Vera L., Vega G., Andino P., Lora P. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse., Instituto Nacional del Tórax, Univ. Diego Portales, Clínica Las Condes, Depto. Médico. GlaxoSmithKline Chile, Hospital Clínico de Magallanes, Regional Matrix Team, GlaxoSmithKline Brasil.

Introducción: La tuberculosis (TBC) sigue siendo muy importante a nivel mundial. Se estima que hay 1,7 billones de personas con esta infección, la mayoría con infección latente. En Chile sigue siendo un problema de salud pública, pese a estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y detección oportuna de resistencia a fármacos. La mortalidad por TBC en todas sus formas es de 0,9 por 100.000 habitantes con discreta tendencia a la baja en último decenio. La incidencia sigue siendo alta (12-18 casos por 100.000 habitantes. en últimos 10 años). Dentro de ésta, no hay gran descripción ni publicaciones a nivel nacional respecto a compromiso extrapulmonar. **Objetivo:** Realizar un análisis descriptivo de los casos de TBC extrapulmonar diagnosticados en nuestro centro entre los años 2017 y 2022. **Materiales:** En pacientes con TBC extrapulmonar diagnosticada por baciloscopia, cultivo, PCR GeneXpert o biopsia, se registró edad, sexo, nacionalidad, situación de calle, comorbilidades, inmunosupresión (IS), consumo de sustancias, estado nutricional, TBC previa, contacto con caso TBC y localización. Se describió además sensibilidad a antibioterapia. Datos fueron analizados por razón de chances y test de Chi-cuadrado para variables categóricas. Se utilizó *software* SPSS. El estudio contó con aprobación del Comité Ético-Científico local. **Resultados:** Registramos 17 estudios positivos, 36,3% confirmados con cultivo de Koch. TBC diseminada en 41,1%. Edad promedio 48,7 años, 58,9% mujeres. 23,5% extranjeros. 35% con diabetes mellitus (DM) y 11,7% VIH. 29,4% tabáquicos, 11,7% cirróticos, 58,8% desnutridos severos. Contacto TBC descrito en 11,7%. Sólo un caso tenía situación de calle. Localizaciones primarias más frecuentes fueron pleural (41,2%) y LCR (17,6%). No hubo relación significativa entre TBC diseminada y DM ($p = 0,59$), VIH ($p = 0,79$), cirrosis ($p = 0,21$), desnutrición ($p = 0,38$), TBC previa ($p = 0,21$) o localización pleural ($p = 0,38$). Todos fueron sensibles a isoniazida y rifampicina, salvo uno (indeterminado). **Conclusiones:** Es importante la localización extrapulmonar, la que en esta cohorte solo se asoció a manifestación pulmonar activa en un caso. La localización pleural fue la más frecuente, en concordancia con otras series. Es frecuente la asociación con desnutrición severa, pero no se obtuvo asociación significativa. Se requiere complementar con casuística de otros centros para alcanzar significancia estadística.

CL46

ANÁLISIS ESPACIAL DE LA TBC PULMONAR: UN ANÁLISIS ECOLÓGICO PARA EL PERÍODO 2016-2020 EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE. Ayala S.¹, Escobar N.², Canals M.³. Programa de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Chile y Agencia Nacional de Dispositivos Médicos, Innovación y Desarrollo, Instituto de Salud Pública de Chile, Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis, Ministerio de Salud de Chile, Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública y Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa de preocupación mundial que afecta principalmente los pulmones. Según estimaciones de la OMS, al año 2020 9,9 millones de personas enfermaron de TBC y 1,5 millones murieron, llegando a ser considerada como una de

las principales causas de muerte. En Chile, el año 2020 la tasa de incidencia de TBC en todas sus formas para la Región Metropolitana (RM) fue de 14,3 casos por 100 mil habitantes, mayor a la tasa nacional (12,4 casos por 100 mil habitantes). **Objetivo:** Describir espaciotemporalmente el comportamiento de la TBC pulmonar en la RM para el periodo 2016-2020. **Material y Método:** Estudio ecológico desarrollado entre los años 2016 y 2020, utilizando las comunas como unidades de agregación. Se analizó el número de casos nuevos de TBC pulmonar obtenidos del Registro Nacional del Programa de Tuberculosis del Ministerio de Salud de Chile ($n = 4.370$). Los datos se describieron según sexo, edad, año de confirmación, tasa de incidencia, servicio de salud y comunas de residencias. También, se correlacionó (Spearman) la incidencia media con variables socioeconómicas de interés (pobreza, edad, población urbana, educación, población migrante y hacinamiento) en escala comunal.

Resultados: En el periodo, hubo un aumento en la tasa de incidencia de TBC pulmonar de 10,88 casos en el año 2016 a 12,21 casos por 100 mil habitantes en el año 2020. En todos los años se observó mayor frecuencia de casos en hombres (~64%) y en el grupo de 15 a 39 años (45,4%). Se observó una disminución en la media de edad de 45,86 en el 2016 a 41,61 en el año 2020, como también en el porcentaje de casos mayores a 65 años (18,1% a 15,0%). Las mayores tasas de incidencia se detectaron en las comunas de Independencia, Lo Espejo y Estación Central. Hacinamiento ($\rho = 0,71$; $p < 0,01$) y población urbana ($\rho = 0,56$; $p < 0,01$) presentaron las mayores correlaciones. **Conclusiones:** La TBC pulmonar continúa siendo un problema de relevancia para la Salud Pública. La disminución en los promedios de edad y en el porcentaje de casos mayores a 65 años dan cuenta de un nuevo escenario epidemiológico a considerar. Además, existe una concentración geográfica de casos, con tasas de incidencia más de dos veces mayor a la incidencia nacional en algunas comunas de la RM, como también correlaciones directas y significativas con hacinamiento y población urbana. **Financiamiento:** SA es financiado por la Beca de Doctorado Nacional, ANID N° 21191111.

CL47

TUBERCULOSIS PULMONAR ¿CUÁNTO SABEN Y QUÉ MEDIDAS IMPLEMENTAN LOS CONTACTOS INTRADOMICILIARIOS PARA PREVENIR EL CONTAGIO DENTRO DEL HOGAR? Seguel R.¹, Ruiz-Tagle C.¹, Vargas S.¹, Bernal M.¹, Villarroel L.¹, Pizarro A.¹, Peña C.², Hernández V.², Neira V.³, Dinamarca E.³, Balcells M.E.¹. Pontificia Universidad Católica de Chile, Servicio de Salud Metropolitano Central, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad que se transmite por vía respiratoria. La Organización Mundial de la Salud sugiere medidas de higiene respiratoria del enfermo en entornos con alto riesgo de transmisión de TBC. Se ha reportado que los contactos intradomiciliarios (CID) poseen un conocimiento confuso sobre la transmisión de esta enfermedad. En Chile, la educación sanitaria entregada al grupo familiar de casos de TBC pulmonar podría variar entre centros de salud. El objetivo de este estudio es determinar si los CID conocen la vía de transmisión de la TBC y cuáles son las medidas preventivas aplicadas espontáneamente en el hogar. **Materiales:** Cohorte prospectiva de CID de casos de TBC pulmonar pertenecientes a los Servicios de Salud Metropolitano Central y Norte. Durante el año 2022 se aplicó una encuesta telefónica semiestructurada a un CID adulto en representación de su grupo familiar ($n = 36$). **Resultados:** De los encuestados, el 75% fueron mujeres, la edad promedio fue de 42 años, el 63,9% poseía escolaridad secundaria completa y el 52,8% eran extranjeros. Sobre la vía de transmisión de TBC, el 41,7% contestó correctamente (vía respiratoria), el 33,3% parcialmente

correcto (vía respiratoria y otra no relacionada, ej. contacto), el 25% contestó incorrectamente o indicó no saber. El 38,7% señaló haber recibido la información de un profesional de salud. Un 86,1% reportó haber aplicado alguna medida preventiva, cuando se consultó cuáles (pregunta abierta), las respuestas variaron y se agruparon en 5 categorías. Las respuestas más frecuentes fueron: utensilios de cocina exclusivos para el caso (67,7%), uso de mascarilla (64,5%) y desinfección/aseo de superficies (45,2%). El 58,1% señaló haber recibido la información de un profesional de salud. En relación con tres medidas específicas (uso de mascarilla, ventilación y aislamiento): el 83,3% de las familias utilizó mascarilla dentro del hogar (en el 90,6% por el caso y en un 53,1% por CID); la más utilizada fue la de tipo quirúrgica (56,7%). El 75% realizó ventilación del hogar diferente a la habitual y un 25% reportó aislamiento nocturno del caso por al menos 2 semanas. **Conclusiones:** La mayoría de los CID encuestados tienen conceptos errados sobre la vía de transmisión de la TBC y aplican medidas no pertinentes para prevenir el contagio en el hogar. Es necesario estandarizar e intensificar la educación sobre TBC pulmonar desde los prestadores de salud. (Financiado por FONDECYT Regular 1211225).

CL48

LINFADENITIS GRANULOMATOSA NECROTIZANTE COMO PRESENTACIÓN DE MICOBACTERIUM AVIUM COMPLEX EN PACIENTE VIH: UNA PRESENTACIÓN MUY INFRECUENTE. Lux S., Ramos D., Salinas M. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Hombre de 27 años, VIH diagnosticado en el año 2016, sin tratamiento. Consulta en febrero 2021 por disnea con opacidades pulmonares y se diagnosticó neumonía por pneumocystis jirovecii (PCP). Estudios compatibles con VIH en etapa C3. Hubo mejoría en lo respiratorio luego de tratamiento con cotrimoxazol y se inició terapia anti retro viral (TARV). Al mes de iniciada ésta, comienza con fiebre hasta 40°C sin causa clínica evidente. Se realizaron exámenes básicos que no muestran hallazgos orientadores ni alteraciones relevantes. En Tomografía computada de tórax hay regresión de opacidades pulmonares por PCP, pero aparecen grandes adenopatías mediastínicas. Se realiza biopsia a ganglios mediastínicos que informa granulomas necrotizantes. Con ese estudio inició tratamiento para tuberculosis con 4 drogas. A los pocos días se informa cultivo MGIT positivo a mycobacterium avium complex. Se cambió tratamiento a rifampicina, etambutol y azitromicina con buena evolución del paciente. **Diagnóstico:** Linfadenitis granulomatosa necrotizante por mycobacterium avium. Síndrome de reconstitución inmune (SIRI). **Exámenes:** CD4 de 61 células/mL y carga viral de 54.400 copias/mL al diagnóstico de VIH. EBUS con biopsia a estación G7. La histología mostró granulomas necrotizantes. El cultivo corriente, las tinciones y el Genxpert TBC fueron negativos. Cultivo MGIT positivo para Mycobacteria no TBC, que se confirma en el ISP como mycobacterium avium complex (MAC). **Conclusiones:** La infección por MAC es la más frecuente de las micobacterias no tuberculosas. Se manifiesta como enfermedad bronquial en inmunocompetentes y como micobacteriosis diseminada en sujetos inmunocomprometidos. En pacientes VIH, el inicio de TARV puede complicarse con SIRI, el que puede desenmascarar una infección. La presentación de SIRI asociado a MAC es poco frecuente. Las adenopatías en VIH tienen un amplio diagnóstico diferencial que incluye neoplasias e infecciones, pero la presencia de granulomas necrotizantes en ganglios mediastínicos es casi exclusiva de la tuberculosis. El MAC puede presentarse como adenopatías mediastínicas en pacientes VIH. Revisada la literatura, este sería el primer caso reportado de linfadenitis granulomatosa necrotizante por MAC y como manifestación de SIRI. La presencia de granulomas necrotizantes no debe considerarse exclusiva de la infección por tuberculosis.

CL49

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POR DÉFICIT DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA-1 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REPORTE DE CASO. Soto-Rodríguez S.¹, Saban-Gaete E.¹, Martínez-Matus C.¹, Peñaloza-Garrido C.¹. ¹CESFAM Cóncores de Chile, El Bosque, Santiago, Chile.

Introducción: El déficit de alfa 1-antitripsina es una enfermedad hereditaria autosómica codominante infrecuente, que puede manifestarse mediante una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hepatopatías, entre otros. Existe escasa información respecto al tratamiento de estos pacientes en Chile, y más aún respecto a la rehabilitación pulmonar y la respuesta de estos pacientes a las intervenciones. **Diagnóstico:** Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 54 años con antecedentes mórbidos de EPOC por déficit de alfa 1-antitripsina gen P1*ZZ e hipertensión pulmonar, diagnosticados el año 2021, hábito tabáquico suspendido, con historia de larga data de disnea y limitación a actividades de ligera intensidad con consecuente aislamiento social. La paciente ingresó a programa de rehabilitación pulmonar en Atención Primaria individualizado, durante 3 meses, una frecuencia de 2 veces por semana, con una intensidad moderada-alta. El entrenamiento fue aeróbico intermitente, interválico y de fuerza resistencia con énfasis en extremidad inferior, además de entrenamiento con válvula umbral inspiratoria en domicilio, 3 veces por semana. **Evaluaciones:** Se encontraron cambios clínicamente significativos en el test de marcha de 6 minutos con un aumento de 178 metros, un aumento de 14 cmH₂O en la pimometría y una disminución de 1 y 3 puntos respectivamente en disnea con mMRC y calidad de vida con CAT. Los demás indicadores, dinamometría de tren superior y 5STS, mejoraron mínimamente por sobre el basal. **Conclusiones:** El presente caso mostró 100% adherencia al programa, no existieron complicaciones durante el progreso y se encontraron efectos positivos en la gran mayoría de los indicadores, sin embargo, se requieren más estudios sobre este tipo de intervenciones, para comprender las necesidades específicas de estos pacientes.

CL50

NEMATODIASIS DISEMINADA O SÍNDROME DE HIPE- RINFECIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS, EN PACIENTE DE ORIGEN BOLIVIANO: REPORTE DE UN CASO. Riquelme J.¹, Urarte E.², Escobar J.¹, Kauffmann M.¹, Fernández C.³, Matías J.¹, Godoy J.⁴, Guerra C.¹, Arancibia F.¹. Instituto Nacional del Tórax, Departamento Parasitología Universidad de Chile, Hospital San Juan, Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: La infección por *Strongyloides stercoralis* es una de las principales enfermedades parasitarias transmitidas por contaminación ambiental en el mundo (30-100 millones de personas infectadas), teniendo su forma más severa una alta mortalidad. Se presenta caso de mujer de 47 años, de origen boliviano. Antecedentes de baja de peso y síntomas digestivos inespecíficos desde 2018, sin claro diagnóstico. Inició cuadro actual hace 4 meses, caracterizado por baja de peso y malestar epigástrico inespecífico. Se agregó amaurosis en ojo izquierdo, sometiéndose a cirugía por pterigión y posterior amaurosis progresiva hasta ceguera total. Al mes, se agregó cuadro similar en ojo derecho, también operada. RM de cerebro con lesión expansiva de aspecto tumoral en seno cavernoso. Se hospitalizó en lugar de origen e inició corticoides por vía oral, siendo posteriormente derivada al INT para descompresión del nervio óptico, donde se operó, sin incidentes. Se mantuvieron corticoides. Biopsia descartó neoplasia e infecciones comunes. A los 7 días cursó con dolor abdominal e insuficiencia respiratoria aguda severa, ingresando a UPC. Ante sospecha de patología autoinmune v/s sín-

drome Tolosa-Hunt se indicaron bolos de metilprednisolona. Al examen físico destacaban erupciones maculopapulares, algunos tipos *larva currens*. Estudios dirigidos fueron positivos para *Strongyloides stercoralis*, por lo que se inició terapia combinada de ivermectina más albendazol. A pesar del manejo, evolucionó posteriormente con sopor profundo sostenido. **Diagnóstico:** Nematodiasis diseminada o síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*. **Exámenes:** Hematocrito: 25%, Leucocitos: 12.380/µl, Recuento de eosinófilos 0, plaquetas 333.000/µl, PCR 31 mg/L, VIH y HTLV-1: negativos. RM cerebro: lesión expansiva aspecto tumoral en seno cavernoso que envuelve ambas carótidas y fosa media bilateral. Biopsia intraquirúrgica: tejido inflamatorio inespecífico. **Scanner** de tórax: distrés difuso con áreas de condensación posteriores bibasales. Cultivo de aspirado endotraqueal: positivo para larvas tipo nematodo. PCR para helmintos: positivo. RT-PCR positivo para *Strongyloides stercoralis*. Electroencefalograma: compatible con coma a nivel mesencefálico, probable daño parenquimatoso difuso. **Conclusiones:** La infección por *Strongyloides stercoralis* se da principalmente en zonas endémicas, pero personas de cualquier origen pueden desarrollarla. Su forma más severa es la Estrongyloidiasis Diseminada, con una alta morbi-mortalidad y afección multiorgánica. El uso de corticoides, en pacientes con factores de riesgo, influye directamente en la gravedad del cuadro. En nuestro país ha habido una gran inmigración en los últimos años y los centros de salud pueden estar expuestos a enfermedades poco conocidas previamente. Por cuanto, el conocimiento y la sospecha inicial de esta patología son claves en la instauración de las medidas y en el pronóstico vital y funcional.

CL51

IMPORTANCIA DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL DOLOR ABDOMINAL. Antivilo C¹, Maturana J¹, Corrales M.¹, Bello M.¹, Núñez P.¹, Correa G.¹. ¹Hospital San Juan de Dios.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa que mata a más de 1.5 millones de personas al año. La TBC intestinal suele afectar la región ileocecal (75%), seguido de intestino delgado, colon y zona gastroduodenal. El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad de Crohn. **Cuadro Clínico:** paciente femenina 40 años, sin antecedentes, con dolor abdominal tipo cólico en fosa ilíaca derecha, que se irradia a todo el abdomen. Se agrega diarrea acuosa sin elementos patológicos, baja de peso no cuantificada y compromiso del estado general. Paciente enflaquecida, MP (+) sin ruidos agregados, Abdomen: blando, depresible, sensible a la palpación profunda de flanco y fosa ilíaca derecha. RHA (+), sin masas ni visceromegalias. VIH no reactivo. TAC abdomen: Segmento corto del íleon con engrosamiento parietal e hiperemia de mucosa. Se realiza EDA, sin hallazgos patológicos. Colonoscopia con sospecha de ileitis distal, con lesión plana ulcerada de colon ascendente. Todo indicativo de enfermedad inflamatoria intestinal. Biopsia: mucosa de intestino delgado ulcerada e inflamada con formación de granulomas necrotizantes. Ziehl neelsen positivo. Mucosa colónica de arquitectura conservada. Detección de complejo MTBC por PCR: detectado bajo. Radiografía de tórax: opacidades parenquimatosas de contorno irregulares de predominio en lóbulo superior derecho. Cultivo MGIT y a los 30 días ambos positivos. Inicia tratamiento dosis estándar con buena

adherencia. **Discusión:** paciente de sexo femenino, 40 años, sin antecedentes, con dolor abdominal. Ante persistencia de síntomas, se evalúa a paciente y se inicia búsqueda activa de diagnósticos diferenciales de dolor abdominal y diarrea en vía de prolongación. Cuadro clínico y biopsia compatible con enfermedad de Crohn. Sin embargo, se pesquisa Ziehl neelsen positivo. Con lo que el diagnóstico nos enfoca a una tuberculosis intestinal. Ante los hallazgos, nos lleva a una unidad diagnóstica y se plantea tuberculosis intestinal en paciente asintomática respiratorio. Llama la atención que luego de varios días de hospitalización no contamos con radiografía de tórax. En las imágenes vemos una condensación en ápice derecho, que luego evidenciamos de mejor forma en la tomografía. En este contexto llegamos al diagnóstico de tuberculosis pulmonar e intestinal.

CL52

REPORTE DE CASO: POLIARTRITIS REACTIVA POR TUBERCULOSIS, UNA CAUSA POCO RECORDADA DE ARTRITIS. Lagos M., Rincón L. Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz.

Introducción: La tuberculosis (TBC) representa un importante problema de salud pública y causa de muerte infecciosa. La presentación extrapulmonar es, además, un desafío diagnóstico. **Diagnóstico:** Hombre de 42 años, con discapacidad intelectual y cuadro de 3 meses de evolución de dolor poliarticular e inflamación iniciado en articulaciones metacarpofalángicas, extendiéndose a ambas muñecas, codos y rodillas, sin fiebre u otros síntomas. Progresó rápidamente, con deformidad articular que lo llevan a la postración. Consulta en urgencia, no se realiza artrocentesis y se deriva a domicilio con terapia antibiótica. Mejora la inflamación, pero no hubo cambios en la deformidad articular y funcionalidad. Evaluado por equipo de hospitalización domiciliar se intenta artrocentesis de muñeca izquierda, obteniendo muestra escasa para gram y cultivo que resultaron negativos. Por persistencia de poliartritis, se inicia estudio reumatológico, el cual fue negativo. Consulta nuevamente en urgencia por inicio de síntomas respiratorios: tos con expectoración mucopurulenta, asociado a disnea, y sensación febril no cuantificada. Al interrogatorio dirigido destaca baja de peso y persistencia de poliartritis. **Exámenes:** Se realiza radiografía de tórax que evidencia extenso compromiso pulmonar, con opacidades bilaterales y tomografía computada de tórax que muestra extenso compromiso pulmonar bilateral sugere tuberculosis pulmonar. La PCR TBC de expectoración resulta positiva. Cursa con importante deterioro clínico, con requerimientos de oxígeno en ascenso e insuficiencia respiratoria progresiva. Evoluciona rápidamente, falleciendo a las 72 horas luego del diagnóstico. **Conclusiones:** Las formas de presentación de la tuberculosis son variadas y dependen de condiciones del huésped y patogenidad del M. tuberculosis. La artritis por TBC es una causa poco frecuente de artritis y poco considerada dentro de los diagnósticos diferenciales. Suele ser monoarticular y el diagnóstico es tardío. El tratamiento precoz evita secuelas y disminuye la mortalidad. Por su parte, la artritis reactiva es también infrecuente, de presentación poliarticular y puede presentarse en cualquier momento de la infección por TBC. En este caso, se diagnosticó TBC pulmonar posterior a los hallazgos imagenológicos y en este contexto se planteó una artritis reactiva o enfermedad de Poncet.

Nota del Editor: Se ha reproducido el texto de los resúmenes enviados por los autores y luego que fueron corregidos y seleccionados para su presentación en el Congreso por el Comité Científico de la Sociedad.