

Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

INDIZADA EN SCIELO, LATINDEX Y LILACS

VOLUMEN **39** - SUPLEMENTO

NOVIEMBRE 2023
SANTIAGO - CHILE

55° CONGRESO CHILENO DE
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Resúmenes de
Comunicaciones Libres

ISSN 0716 - 2065
ISSN 0717 - 7348

www.scielo.cl
www.serchile.cl



†
SER

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Resúmenes de Comunicaciones libres presentadas en el
55° Congreso Chileno de Enfermedades Respiratorias.
Puerto Varas, 22 al 25 de noviembre, 2023

| | |
|--|----|
| Contents..... | i |
| CL1-NECESIDAD DE DERIVACIÓN DE LOS ASMÁTICOS QUE SE ATIENDEN CON NO ESPECIALISTAS..... | 1 |
| CL2-IMPACTO EN VIDA REAL DE LA EXPOSICION A CORTICOIDES SISTÉMICOS (SCS) EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS (HRU) DEBIDO A COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS SCS EN PACIENTES CON ASMA EN LOS EE.UU..... | 2 |
| CL3-BENEFICIOS EN VIDA REAL DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y/O RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES COMORBIDA (RSCCPN): ANÁLISIS POST HOC DE REALITI-A..... | 3 |
| CL4-ASMA GRAVE Y TERAPIA BIOLÓGICA EN HOSPITAL SECUNDARIO - IMPACTO CLÍNICO..... | 4 |
| CL5-CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS (UCRI)..... | 5 |
| CL6-HEMORRAGIA ALVEOLAR POR CONSUMO DE "TUSI", UNA NUEVA ANFETAMINA PSICODÉLICA: REPORTE DE DOS CASOS..... | 6 |
| CL7-CARACTERIZACIÓN DEL TABAQUISMO EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA..... | 7 |
| CL8-HIPERCALCEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CÁNCER PULMONAR: INCIDENCIA Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA..... | 8 |
| CL9-EXPERIENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN PRESENTADOS AL COMITÉ ONCOLÓGICO EN UN AÑO Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA..... | 9 |
| CL11-FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN: RESULTADOS DE UNA COHORTE DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX..... | 10 |
| CL12-CARACTERIZACION DE LA EVALUACION RESPIRATORIA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA BARIÁTRICA EN PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX..... | 11 |
| CL13-CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ESTUDIO DE COMPROMISO DE VIA AÉREA PEQUEÑA POR OSCILOMETRÍA DE IMPULSO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX..... | 12 |
| CL14-CORRELACION ENTRE DOS ECUACIONES DE REFERENCIA PARA LA INTERPRETACIÓN DE CAPACIDAD DE TRANSFERENCIA DE MONOXIDO DE CARBONO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA..... | 13 |
| CL15-CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DE CICLISTAS CHILENOS DE NIVEL MASTER..... | 14 |
| CL16-TROMBOLISIS SISTEMICA EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) AGUDO SOBRE CRÓNICO EN PACIENTE CON DEFICIT DE ANTITROMBINA III (DAT III). REPORTE DE CASO..... | 15 |
| CL17-MALFORMACION ARTERIOVENOSA PULMONAR COMO CAUSA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA REVERSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO..... | 16 |

| | |
|--|----|
| CL18-EXPERIENCIA INICIAL CON ELEXACAFITOR / TEZAXCAFTOR / IVACAFITOR (ETI) EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUISTICA..... | 17 |
| CL19-TRASPLANTE PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. RESULTADOS A 12 AÑOS DEL INICIO DEL PROGRAMA..... | 18 |
| CL20-PREVALENCIA DE SENSIBILIZACION A ALERGENOS RESPIRATORIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS EN UNIDAD DE FUNCIÓN PULMONAR Y ALERGIAS, INMUNOMEDICA, CONCEPCION..... | 19 |
| CL21-CARACTERIZACION DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA SEVERO: ANÁLISIS EN UN CENTRO TERCARIO DEL SUR DE CHILE..... | 20 |
| CL22-BIOLÓGICOS EN ASMA SEVERA PEDIÁTRICA, SERIE DE 3 CASOS..... | 21 |
| CL23-PRIMER PACIENTE PEDIÁTRICO EN CHILE EN RECIBIR MEPOLIZUMAB PARA EL ASMA SEVERA..... | 22 |
| CL24-CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE RECIBIDOS DURANTE CAMPAÑA DE INVIERNO 2023 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN CENTRO TERCARIO..... | 23 |
| CL25-REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA PARA DETERMINAR LA INCIDENCIA DEL HERPES ZOSTER EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS EN LA UNION EUROPEA, SUIZA Y EL REINO UNIDO..... | 24 |
| CL26-ENFOQUES ACTUALES EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA NEUMONÍA GRAVE: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD..... | 25 |
| CL27-EXPERIENCIA EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA CLINICA ASOCIADA A ESTUDIO MICROBIOLÓGICO CON LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES ADULTOS EN UN CENTRO TERCARIO..... | 26 |
| CL28-DESEMPEÑO DE LAS NUEVAS PRUEBAS DE CAMPO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE EJERCICIO EN PACIENTES CON EPOC..... | 27 |
| CL29-COMPARACIÓN CAÍDA DE LA SATURACIÓN ARTERIAL DE PULSO DE OXÍGENO (SPO2) EN ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA, MEDIANTE SIT TO STAND Y PRUEBA DE MARCHA 6 MINUTOS..... | 28 |
| CL30-EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO PROACTIVE PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON EPOC EN CHILE..... | 29 |
| CL31-PRONOSTICO DE ESTADÍA HOSPITALARIA EN PACIENTES COVID-19 EGRESADOS VIVOS SEGÚN PERFIL DE INGRESO EN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DE CHILE..... | 30 |
| CL32-SÍNDROME INFLAMATORIO SISTÉMICO DEL ADULTO..... | 31 |
| CL33-ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR COVID-19 PERÍODO 2020-2023 COMPARADA CON LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFECCIOSAS AGUDAS PERÍODO 2015-2019..... | 32 |
| CL34-INFECCIÓN PERSISTENTE POR SARS COV2 EN PACIENTES TRATADOS CON RITUXIMAB..... | 33 |

| | |
|--|----|
| CL35-SARCOIDOSIS PULMONAR CON COMPROMISO CUTÁNEO CICATRICAL ("SCAR SARCOIDOSIS"): REPORTE DE CASO..... | 34 |
| CL36-ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA ASOCIADA A AMILOIDOSIS: CASO CLÍNICO..... | 35 |
| CL37-ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA PATRÓN NIU EXACERBADA ASOCIADA A RO-52 (+) Y OJ (+) A PROPÓSITO DE UN CASO..... | 36 |
| CL38-DISFAGIA ILÓGICA EN SARCOIDOSIS: ACALASIA, MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE..... | 37 |
| CL39-CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR..... | 38 |
| CL40-ESTUDIO DE FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTOS CON SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO..... | 39 |
| CL41-CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN OBESIDAD (SHO) DEL PROGRAMA AVNIA DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE..... | 40 |
| CL42-ASMA NO CONTROLADA CON EOSINOFILIA UN SIGNO DE ALERTA. REPORTE DE CASO DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGÉITIS..... | 41 |
| CL43-MODIFICACIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE T2 TRATADO CON TERAPIA BIOLÓGICA EN CHILE..... | 42 |
| CL44-PREDICCIÓN DEL RIESGO DE EXACERBACIONES SEGÚN ORACLE (<i>OXFORD ASTHMA ATTACK RISK SCALE</i>) EN PACIENTES CHILENOS CON ASMA GRAVE TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA..... | 43 |
| CL45-BENEFICIOS DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE: REGISTRO MULTICENTRICO CHILENO..... | 44 |
| CL46-MUCORMICOSIS INVASORA EN RECEPTOR DE TRASPLANTE CARDÍACO..... | 45 |
| CL47-INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA PULMONAR EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO. REPORTE DE CASO..... | 46 |
| CL48-ASPERGILOSIS TRAQUEOBRONQUIAL EN DEBUT DE LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO..... | 47 |
| CL49-SIGNO DEL ATOLÓN COMO EXPRESIÓN IMAGENOLÓGICA DE ASPERGILOSIS PULMONAR REPORTE DE UN CASO..... | 48 |
| CL50-ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CATASTRÓFICA EN ECMO. REPORTE DE CASO..... | 49 |
| CL51-OSIFICACIÓN PULMONAR NODULAR: REPORTE DE UN CASO..... | 50 |
| CL52-NÓDULO PULMONAR CAMBIANTE EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE..... | 51 |

| | |
|--|----|
| CL53-CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE, NEOPLASIA PRIMARIA PULMONAR INFRECIENTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO..... | 52 |
| CL54-RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE ENDOSONOGRFÍA BRONQUIAL. EXPERIENCIA DE 1 AÑO, CLÍNICA DÁVILA..... | 53 |
| CL55-VALORES DE REFERENCIA DEL TEST DE SENTARSE Y LEVANTARSE DE UN MINUTO EN LA POBLACIÓN CHILENA..... | 54 |
| CL56-EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA INHALATORIA DE INHALADORES DE DOSIS MEDIDA PRESURIZADOS, EN FUNCIONARIOS A CARGO DE SU ADMINISTRACIÓN, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA DEL ADULTO DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA FLORIDA..... | 55 |
| CL57-EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES..... | 56 |
| CL58-PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA COMUNA DE OSORNO, REGIÓN DE LOS LAGOS, CHILE AÑO 2018..... | 57 |
| CL59-REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES TRAS CAMBIO DE TRIPLE TERAPIA CON MÚLTIPLES INHALADORES A TRIPLE TERAPIA CON UN SOLO INHALADOR UNA VEZ AL DÍA EN PACIENTES EPOC EN ENTORNO REAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN INGLATERRA..... | 58 |
| CL60-REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES POR EPOC TRAS EL CAMBIO DE TERAPIA DUAL A TRIPLE TERAPIA EN UN SOLO INHALADOR EN UN ENTORNO SANITARIO REAL EN ESTADOS UNIDOS..... | 59 |
| CL61-CRIOBIOPSIAS PULMONARES EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO..... | 60 |
| CL63-EVALUACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE OXIGENOTERAPIA AMBULATORIA EN PERSONAS CON FIBROSIS PULMONAR INTERSTICIAL QUE DESATURAN DURANTE EL EJERCICIO..... | 61 |
| CL64-EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PARA RESIDENTES DE MEDICINA INTENSIVA..... | 62 |
| CL65-SISTEMA PARA LA ENSEÑANZA DE LA AUSCULTACIÓN PULMONAR..... | 63 |
| CL66-CONOCIMIENTO Y ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN DIFERENTES NIVELES DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA..... | 64 |
| CL67-INDICACIÓN DE PIRFENIDONA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO: PRESENTACIÓN DE LA COHORTE..... | 65 |
| CL68-NEUMONÍA EN ORGANIZACIÓN, COHORTE 10 AÑOS INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX..... | 66 |
| CL69-HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX..... | 67 |
| CL70-FIBROELASTOSIS PLEUROPULMONAR, DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO..... | 68 |

| | |
|---|----|
| CL71-LEPTOSPIROSIS CON HEMORRAGIA ALVEOLAR: REPORTE DE DOS CASOS..... | 69 |
| CL72-NEUMONIA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA DE EVOLUCIÓN GRAVE: DESAFIANDO LAS EXPECTATIVAS CLÍNICAS..... | 70 |
| CL73-MANIFESTACIONES ATÍPICAS EN JÓVENES: NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTE CON VIH NO DIAGNOSTICADO..... | 71 |
| CL74-HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA, DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO..... | 72 |
| CL75-CONCORDANCIA INTERNA DE UNA NUEVA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD PARA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO..... | 73 |
| CL76-PREVALENCIA DE RIESGO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN POBLACIÓN ADULTA CHILENA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-17..... | 74 |
| CL77-ESTUDIO DE FENOTIPOS OXIMÉTRICOS EN PACIENTES ADULTOS CON SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO..... | 75 |
| CL78-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE APNEAS SEVERAS EN LACTANTES MENORES..... | 76 |
| CL79-LINFANGIECTASIA PULMONAR. DIAGNOSTICO PRENATAL OPORTUNO..... | 77 |
| CL80-PLEURONEUMONIA POR NOCARDIA EN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA: REPORTE DE UN CASO..... | 78 |
| CL81-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA REFRACTARIA, A PROPÓSITO DE UNA CAUSA INFRECIENTE EN PEDIATRÍA: VOLVIENDO A LA FISIOLÓGÍA..... | 79 |
| CL82-VRS EN TIEMPOS DE COVID-19..... | 80 |
| CL83-VENTILACION NO INVASIVA PROLONGADA PEDIATRICA EN CONCEPCION. LUEGO DE 17 AÑOS DE INICIO DE UN PROGRAMA NACIONAL..... | 81 |

Resúmenes de Comunicaciones libres presentadas en el
55° Congreso Chileno de Enfermedades Respiratorias.
Puerto Varas, 22 al 25 de noviembre, 2023

CL1-NECESIDAD DE DERIVACIÓN DE LOS ASMÁTICOS QUE SE ATIENDEN CON NO ESPECIALISTAS

Alvear G, Girones E, Espejo J., Antivilo C., Santibáñez L., Vidal Vera D. Integramédica, CESFAM Alberto Reyes, CDT Hospital San Juan de Dios, Hospital Las Higueras.

Introducción: El tratamiento inadecuado de los asmáticos lleva al control subóptimo de la enfermedad y desenlaces adversos a largo plazo. La derivación oportuna de estos pacientes al especialista podría optimizar la terapia, sin embargo, no existen criterios claros de derivación para guiar a los médicos no especialistas. Se ha propuesto para esto una herramienta recientemente desarrollada y validada en el exterior llamada *ReferID* (Asthma Referral Identifier), que consta de 4 preguntas simples, incluyendo el uso ≥ 2 ciclos de corticoides orales, ≥ 3 *canisters* de broncodilatadores de rescate, ≥ 2 visitas al servicio de urgencias o no programadas en los últimos 12 meses y hospitalización grave previa por asma. El objetivo primario del estudio fue evaluar el porcentaje de pacientes asmáticos que debería ser visto por especialista según *ReferID*. **Materiales:** Se extrajeron los datos necesarios de los registros clínicos electrónicos de 404 pacientes asmáticos adultos que acudieron a su control médico regular por asma entre marzo de 2022 y junio de 2023, tanto en el ámbito público como privado. Se realizaron análisis descriptivos y estadísticos básicos. **Resultados:** Del total de pacientes, 75 (18,6%) deberían haber sido vistos por especialista, según puntaje de *ReferID*. De este grupo, en los últimos 12 meses, el 32% había usado ≥ 2 ciclos de corticoides sistémicos, el 26,7% había realizado ≥ 2 visitas al servicio de urgencias o consultas no programadas por asma, el 78,7% había utilizado ≥ 3 *canisters* de broncodilatadores de acción corta (promedio 5,84) y el 16% tenía historial de hospitalización en UCI o intubación por asma alguna vez en la vida. No se encontraron diferencias significativas en la cantidad de pacientes que deberían haber sido vistos por especialista entre el ámbito público y privado. Sin embargo, hubo diferencias significativas en las consultas en servicios de urgencias/consultas no programadas (público: 71,4%; privado: 16,4%; **Conclusiones:** Aproximadamente el 20% de los pacientes asmáticos que acudió a su control regular por asma debería haber sido visto por especialista. Un tercio de estos pacientes había usado corticoides sistémicos el año previo y cerca del 80% más de 3 *canisters* de medicación de rescate.

CL2-IMPACTO EN VIDA REAL DE LA EXPOSICION A CORTICOIDES SISTÉMICOS (SCS) EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS (HRU) DEBIDO A COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS SCS EN PACIENTES CON ASMA EN LOS EE.UU.

Rodríguez C., Corbridge T., Casale T., Germain G., Laliberté F., MacKnight S., Boudreau J, Sheng Duh M., Deb A.. GSK Chile; GSK, Durham, NC, EE.UU.; Universidad del Sur de Florida, EE.UU.; Grupo de Análisis, Ltée, Montreal, Quebec, Canadá; Grupo de Análisis Inc., Boston, MA, EE.UU.; GSK, Upper Providence, PA, EE.UU.

Introducción: El uso de SCS para el tratamiento del asma sigue siendo excesivo a pesar del riesgo documentado de complicaciones asociadas a su uso a corto y largo plazo. En este estudio se examinó la asociación entre la exposición acumulada a SCS y la HRU debido a complicaciones relacionadas con SCS entre pacientes con asma. Trabajo originalmente presentado en AAAAI 2023. Presentado por Consuelo Rodríguez en nombre de los autores originales.

Materiales: Este estudio retrospectivo utilizó datos de registros de la base de datos Optum® Clinformatics® Data Mart (01/01/2014-12/31/2020). Los usuarios de SCS tenían ≥ 6 meses de uso continuo de SCS, y la siguiente dispensación/administración de SCS definió la fecha índice. Los no/usuarios de SCS en pulsos consistían en pacientes sin uso de SCS y pacientes que utilizaban SCS como parte de un tratamiento de exacerbación del asma; la fecha de inicio de otra medicación para el asma definió la fecha índice. Los usuarios de SCS se clasificaron en función de la exposición a SCS (baja: ≤ 6 mg/día; media: $>6-12$ mg/día; alta: >12 mg/día; en equivalente a prednisona). Se utilizaron cocientes de tasas ajustados (aRRs) a partir de modelos de regresión de Poisson, que controlan las medidas repetidas y las características de los pacientes, para comparar los usuarios y no usuarios de SCS. **Resultados:** Se identificaron un total de 7.473 usuarios de SCS y 89.281 no/usuarios de SCS en pulsos. En general, una mayor exposición a SCS se asoció con una mayor frecuencia de HRU debido a complicaciones relacionadas con los SCS. Los usuarios de SCS con una exposición baja, media y alta a SCS tuvieron un 27%, 71% y 106% más de visitas hospitalarias por trimestre que los no usuarios de SCS, respectivamente (aRR [IC del 95%]: 1,27 [1,17-1,36], 1,71 [1,58-1,84], 2,06 [1,86-2,28]; todos **Conclusiones:** Estos resultados destacan la necesidad de una mayor conciencia sobre los tratamientos del asma ahorradores de SCS.

CL3-BENEFICIOS EN VIDA REAL DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y/O RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES COMORBIDA (RSCcPN): ANÁLISIS POST HOC DE REALITI-A

Giovini V., Hyung Lee E., Liu MC., Bagnasco D., Matucci A., Pilette C., Price R., Cristancho RA, Jakes RW. GSK, División de Medicina Pulmonar, Alergia, Cuidados Críticos y Sueño, Emory University, GA, EE.UU.; División de Medicina Pulmonar y Cuidados Críticos, Johns Hopkins University, Baltimore; Alergia y Enfermedades Respiratorias, DIMI Departamento de Medicina Interna, Universidad de Génova, Ospedale Policlinico San Martino, Génova, Italia; Unidad de Inmunoalergología, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Universidad de Florencia, Florencia, Italia; Departamento de Medicina Pulmonar, Clínicas Universitarias Saint-Luc, Bruselas, Bélgica, Bioestadística, GSK, Stevenage, Hertfordshire, Reino Unido; Valor de Pruebas y Resultados, GSK, Collegeville, PA, EE.UU.; Epidemiología, GSK, Londres, Reino Unido.

Introducción: En ensayos clínicos, mepolizumab redujo las exacerbaciones clínicamente significativas (CSEs) y el uso de corticosteroides orales de mantenimiento (mOCS) en pacientes con asma grave eosinofílica (AGE); observándose mayores beneficios en pacientes con RSCcPN comorbida. Datos equivalentes de vida real a largo plazo mejorarían esta evidencia. **Materiales:** Este análisis *posthoc* comparó los resultados de pacientes con/sin RSCcPN comorbida utilizando datos de REALITI-A, un estudio prospectivo internacional de 2 años de duración que incluyó pacientes con asma recién iniciando mepolizumab (100 mg por vía subcutánea; decisión del médico). Los resultados incluyeron la tasa de CSE (necesidad de corticosteroides sistémicos y/o visita a urgencias/hospitalización) pre-exposición y a los 0 a 24 meses después del inicio de mepolizumab, la dosis basal de mOCS (28 días antes del inicio de mepolizumab) y en las semanas 101-104, y el puntaje basal del cuestionario de control del asma (ACQ-5) (90 días antes del inicio de mepolizumab) y al mes 24. **Resultados:** En el momento del reclutamiento, 323/822 (39%) pacientes tenían RSCcPN. Los resultados durante 2 años, parecen favorecer a los pacientes con AGE+ RSCcPN frente a AGE sola, aunque mepolizumab fue eficaz en ambos grupos. Se reportaron reducciones de las CSE en ambos grupos a los 24 meses en comparación con el pre-tratamiento, con una razón de tasas [IC del 95%] de 0,23[0,19;0,27] con RSCcPN y 0,29[0,26;0,32] sin RSCcPN. La puntuación del ACQ-5 mejoró con respecto al basal (cambio medio de LS [IC del 95%]) en los pacientes con y sin RSCcPN (con [n=84]: -1,73[-1,95; -1,52]; sin [n=110]: -1,36[-1,54; -1,18]). La dosis mediana inicial (IQR) de mOCS (mg/día) fue menor en los pacientes con (n=129) que en los sin (n=168) RSCcPN (7,5[5,0;10,8] frente a 10,0[5,0;16,3]); en las semanas 101-104, la dosis mediana de mOCS se redujo en un 100% en ambos grupos (con[n=76]:0,0[0,0,2,5]); sin[n=92]:0,0[0,0,7,3]). **Conclusiones:** El tratamiento con mepolizumab redujo las CSEs y el uso de mOCS, y mejoró las puntuaciones ACQ-5 en pacientes con AGE+ RSCcPN y SEA. Trabajo originalmente presentado en AAAAI 2023. presentado por Vanina Giovini en nombre de los autores originales.

CL4-ASMA GRAVE Y TERAPIA BIOLÓGICA EN HOSPITAL SECUNDARIO - IMPACTO CLÍNICO

Poloni D., Pavié J, Zegpi B.. Hospital Biprovincial Quillota/Petorca. Quillota y Petorca.

Introducción: El asma grave es una patología que representa el 5-10% de la población total asmática y que a pesar de estar con un manejo farmacológico *ad-integrum* se mantiene mal controlada. Para asegurar una atención óptima al paciente, es fundamental llevar a cabo un diagnóstico preciso, realizar un seguimiento adecuado y proporcionar el tratamiento más efectivo disponible, que incluye las últimas innovaciones farmacológicas, como los anticuerpos monoclonales. **Descripción del caso:** Reporte de casos. Se evaluaron pacientes con asma grave con características eosinofílicas, que presentaban deterioro en su calidad de vida y mal control de su patología base que fueron evaluados por equipo broncopulmonar y otorrino con seguimiento trimestral y resultados al año. Se consideran como variables a evaluar las exacerbaciones, uso de corticoides orales, cuestionario de control del asma, eosinofilia, función pulmonar y comorbilidades. Se manejaron dos tipos de tratamientos biológicos, dupilumab y mepolizumab. **Diagnóstico:** Resultados. n=6, 3 mepolizumab y 3 dupilumab. 83% mujeres, 100% de atopia, IMC 30 kg/m² con variables promedio al inicio/final: 59 años, 8/1 exacerbaciones-año, corticoide sistémico 20/0 mg/día, ACT 6,3/20, VEF1 % 72,89%/80,57%, EOS 503.4/663.4.

| | Dupilumab | | | | | | Mepolizumab | | | | | |
|----------------------|--------------------------------|-----|------|--------|-------|-------|---------------|-----|------|-------|-------|-------|
| | Inicio | | | Final | | | Inicio | | | Final | | |
| | Prom | Min | Max | Prom | Min | Max | Prom | Min | Max | Prom | Min | Max |
| ACT | 6 | 5 | 8 | 19 | 13 | 22 | 6 | 5 | 7 | 21 | 20 | 22 |
| Exacerbaciones | 7 | 1 | 13 | 1,3 | 0 | 3 | 8,3 | 3 | 12 | 0,0 | 0 | 0 |
| Corticoide sistémico | 21,7 | 10 | 40 | 0 | 0 | 0 | 21,7 | 15 | 30 | 0 | 0 | 0 |
| EOS | 244,9 | 0 | 640 | 1040,0 | 790 | 1500 | 762,0 | 438 | 1232 | 99 | 45 | 152 |
| VEF1 | 82% | 64% | 113% | 71,8% | 40,9% | 90,5% | 64% | 32% | 88% | 89,3% | 81,0% | 95,0% |
| Comorbilidades | Asma, Poliposis, ABPA, Alergia | | | | | | Asma, alergia | | | | | |

VEF1 al año > 80% en 83% de pacientes. Abandono de corticoides en el 100% de pacientes. 100% redujo exacerbación promedio a 0. 100% abandono de corticoterapia oral. 33% califica de Asma no controlada a Asma parcialmente controlada; 50% asma controlada; 100% mejoró en su control del asma. **Conclusiones.** Se evidencia que la terapia biológica en estos pacientes logra la remisión clínica se cumple en el criterio de libre de CSO, de exacerbaciones y ACT \geq 20 en un 83% de los casos y parcial en un 17% (ABPA) Paciente con ABPA, mejora en el control de asma, sin exacerbación posterior, reducción del VEF1, aumento de 7 puntos de ACT y mantención de componente obstructivo bronquial. No hubo relación directa entre el valor de los EOS y la respuesta clínica. EOS = parámetro inflamatorio no significativo para determinar la indicación/inicio de tto con biológicos. **Discusión:** Demostrar que en un hospital secundario se puede hacer esta terapia, que siendo de un alto costo, tiene buen resultado desde el punto de vista clínico con los pacientes, mejorando la calidad de vida, disminuyendo y/o evitando exacerbaciones y el uso de corticoides orales.

CL5-CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS (UCRI)

Ramírez A., Camus S., Arancibia F. Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Durante la pandemia del COVID-19 la estructura de las unidades de paciente crítico se vio alterada, con mucha reorganización con tal de resolver la alta demanda de ese momento. En esta línea, en junio de 2020 en el Instituto Nacional del Tórax se creó una nueva Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios (UCRI) cuyo objetivo era servir de apoyo como unidad especializada en el tratamiento y monitorización de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda para la red pública de salud, así como continuar con el manejo post operatorio de pacientes de cirugías de tórax y hemodinamia, reducidas al momento por la contingencia sanitaria. El presente trabajo consiste en caracterizar a los pacientes ingresados a UCRI y sus resultados 2 años después de su conformación, resuelta la urgencia sanitaria. **Materiales y Método:** Estudio de tipo cohorte retrospectiva. Se enrolaron 500 pacientes consecutivos de la UCRI desde septiembre de 2022 hasta junio de 2023. Se registraron variables demográficas y hospitalarias. **Resultados:** El 54,4% de los pacientes son de sexo masculino, con una edad promedio de 61 años. Los ingresos por causa quirúrgica y procedimientos constituyeron un 71,2% del total, siendo las cirugías de tórax la causa más frecuente de ingreso, con un 17,9% del total (n = 64) y el procedimiento más habitual las coronariografías post infarto agudo al miocardio (13,6%, n = 51). La estadía promedio en la unidad fue de 4,7 días, con una estadía hospitalaria total de 8,7 días. La mortalidad global fue de un 3,8% (n = 19), correspondiendo un 11,8% de los casos a patologías no quirúrgicas. **Conclusiones:** Al poco andar los pacientes post operados constituyeron el principal ingreso a la UCRI, lo que permitió continuar atendiendo a una gran población que se encontraba a la espera de intervenciones quirúrgicas y que se comenzaban a ver aplazadas por la contingencia sanitaria. Además, a pesar de ser una unidad nueva, la mortalidad solo correspondió al 3,8%. Los problemas no quirúrgicos también tuvieron una mortalidad reducida, de un 11,8%. De esta forma, se permitió continuar con el trabajo de la UCRI hasta el día de hoy y aportar en la resolución de problemáticas inherentes a este centro de referencia nacional.

CL6-HEMORRAGIA ALVEOLAR POR CONSUMO DE "TUSI", UNA NUEVA ANFETAMINA PSICODÉLICA: REPORTE DE DOS CASOS.

Piderit C., Andrade A., Pozo V. Aguayo M., Grbic M., Amigo C., Vidal D., Pavez N., Yáñez J. Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción.

Introducción: El uso de drogas ilícitas "clásicas" se ha asociado a múltiples manifestaciones de daño pulmonar. Ampliamente conocidos son los efectos de la cocaína, marihuana, heroína y *crack* sobre la vía aérea y parénquima pulmonar. El 2C-B, comúnmente conocido como "tusi", es una anfetamina relativamente nueva cuyo espectro de daño pulmonar no es del todo conocido. Presentamos 2 casos de hemorragia alveolar tras consumo de tusi, manifestación no descrita en la literatura. Descripción del caso: Caso1: Hombre, 33 años, consumo de marihuana y anfetaminas. Tras consumo de tusi presentó hemoptisis y tos consultando a las 3 h en urgencia. Al examen normotenso, normocárdico, sin requerimientos de oxígeno adicional. Laboratorio normal. Tomografía computada (TC) tórax: vidrio esmerilado (VE) perihiliar, bilateral. Broncoscopia: restos hemáticos, cultivo negativo, hemosiderófagos 95%. VIH, ANA, ENAs, antiDNA, ANCAs, antiMBG negativos, complemento normal. Manejo expectante, resolución espontánea del cuadro y alta una semana después. Caso2: Mujer, 33 años, consumo de drogas ilícitas. Tras consumo de tusi presentó tos hemoptoica y, en urgencias, convulsión tónico-clónica. Requirió aporte de 4 L/min de O₂ por naricera. Laboratorio: leucocitos 23000/μL, hemoglobina 12.4 g/dL, resto normal. TC cerebro normal. Punción lumbar normal. TC de tórax: opacidades de relleno alveolar perihiliares bilaterales con densidad VE, más condensantes hacia los lóbulos superiores y con áreas de engrosamiento intra e interlobulillar. Broncoscopia: cultivo negativo, hemosiderófagos 40%. Estudio inmunológico normal. No presentó nuevos episodios de hemoptisis y fue dada de alta a los 10 días. Diagnóstico: Hemorragia alveolar difusa por consumo de tusi. Discusión: La hemorragia alveolar difusa se ha descrito por consumo de cocaína y *crack*. Radiológicamente corresponde a VE bilateral central asociado a engrosamiento septal que desaparece rápidamente al cesar el consumo del agente causal. En nuestra revisión no encontramos casos secundarios al consumo de tusi, droga que lleva poco más de una década en circulación y ha sido asociada a edema pulmonar no cardiogénico y convulsiones. Como limitación, destacamos que generalmente esta droga se comercializa mezclada con otras moléculas, por lo cual es difícil atribuirle responsabilidad directa del cuadro.

CL7-CARACTERIZACIÓN DEL TABAQUISMO EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

Ramírez A., Camus S., Ramos D., Arancibia F. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, son la epidemia del siglo XXI, siendo el tabaquismo un factor de riesgo común. Se han implementado diversas medidas para disminuir su incidencia nacional, llegando a un 33,3% según la última encuesta nacional de salud. Nuestro hospital es un centro dedicado esencialmente a atender personas con patologías respiratorias y cardiovasculares. Para revisar el impacto del tabaquismo en estas enfermedades presentamos el siguiente estudio cuyo objetivo es caracterizar a los pacientes tabáquicos de la Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI) del Instituto Nacional del Tórax. **Materiales:** Estudio observacional, analítico y descriptivo. Se evaluaron 150 ingresos consecutivos a la UTI desde el 01 de septiembre al 01 de diciembre de 2022. Se pesquisó tabaquismo en todos los casos y se aplicaron los criterios diagnósticos de la última guía de la SER. Se excluyeron pacientes que no pudieron responder y que no contaran con un familiar para corroborar antecedentes. El análisis estadístico se realizó a través del *software JAMOVI* (versión 2.3.36, 2023). Se aplicaron análisis de frecuencias absolutas, desviación estándar y test de significancia estadística (t Student). Se consideró significancia estadística de 5% (confianza 95%). **Resultados:** La prevalencia de tabaquismo fue de un 56%, incluyendo exfumadores. La media de edad fue de 64 años. La exposición a humo de segunda mano resultó significativa con un 41,7% en fumadores activos. Las asociaciones con hipertensión arterial, EPOC y cáncer pulmonar resultaron significativas. Un 20,2% de los pacientes con cáncer pulmonar tenían tabaquismo activo. No fueron significativos los días de estadía en la unidad, hospitalaria general ni fallecimientos. **Conclusiones:** En nuestra cohorte la prevalencia de tabaquismo fue más alta que la nacional y se confirmó su vínculo con las ECNT. Identificamos que la exposición de segunda mano fue significativa, por lo que los esfuerzos para el cese del tabaquismo deben ir enfocados tanto al paciente como a su entorno cercano. A pesar de que algunos pacientes tenían el diagnóstico de cáncer pulmonar, un porcentaje no menor seguía fumando, por lo que es relevante incorporar a este grupo a programas especializados para reducir morbilidad. Con nuestro estudio reafirmamos la importancia de continuar con los esfuerzos nacionales por reducir el tabaquismo como rol preventivo de las ECNT y sus complicaciones.

CL8-HIPERCALCEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CÁNCER PULMONAR: INCIDENCIA Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

Lewkow B., Corrales MJ., Arancibia F., Cayupi F., Prett A., Zamora V., Selman C. Hospital Clínico Universidad de Chile, Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Los Andes.

Introducción: El 90% de las causas de hipercalcemia es secundaria a malignidad e hiperparatiroidismo primario, siendo la primera más prevalente en pacientes hospitalizados y la segunda en ambulatorios¹⁻². De la etiología maligna, las primeras 3 causas son cáncer pulmonar, cáncer de mama y mieloma múltiple. La incidencia en pacientes con cáncer alcanza hasta el 30%. La hipercalcemia en los pacientes con cáncer ha constituido históricamente un factor de mal pronóstico, con una sobrevida posterior al diagnóstico que alcanza los 40 días, dependiendo de la etiología y el estadio del cáncer. El objetivo del presente estudio es analizar las características clínicas y demográficas de los pacientes con cáncer pulmonar e hipercalcemia, tipo histológico y sobrevida, considerando los avances en terapia durante los últimos años. **Materiales:** Se revisaron los egresos hospitalarios del Instituto Nacional del Tórax durante el año 2021 con diagnóstico de cáncer. Se seleccionaron aquellos con confirmación histológica de cáncer pulmonar y registro de calcio sérico durante la hospitalización. Se registraron los datos demográficos y exámenes de laboratorio, definiendo hipercalcemia como calcio corregido $\geq 10,5$ mg/dL. El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético-Científico, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. **Resultados:** De un total de 153 pacientes egresados con diagnóstico de cáncer durante el año 2021, se analizaron 115 que tenían confirmación histológica y registro de calcemia. Un 61,7% correspondió a pacientes de sexo femenino, con una edad promedio de 66 años (36-86 años). Las histologías más frecuentes fueron: adenocarcinoma (68,1%), carcinoma escamoso (16,5%) y carcinoma de células pequeñas (7,8%). Se encontraron 5 casos de hipercalcemia entre los 115 pacientes (4,3%), 4 en el grupo de carcinoma escamoso (21%) y 1 en el grupo adenocarcinoma (1,3%). De los 5 casos, 4 corresponden a mujeres, con edades entre los 55 y 76 años. Los estadios del cáncer fueron IVB, IIIA, IVA, IVA, IIIB, con una mediana de sobrevida de 59 días desde el diagnóstico de hipercalcemia. **Conclusiones:** Un 4,3% de la cohorte estudiada presentó hipercalcemia, con una alta incidencia entre los pacientes con carcinoma escamoso, lo que es similar a lo encontrado en la literatura. La sobrevida en los pacientes con hipercalcemia es baja, constituyendo un signo de mal pronóstico, impresionando sin grandes variaciones respecto a lo reportado históricamente.

CL9-EXPERIENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN PRESENTADOS AL COMITÉ ONCOLÓGICO EN UN AÑO Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA.

Riquelme J., Fernández MB., Kauffmann M., Carrillo J., Fernández C., Matías J., Cuevas JP, Corrales MJ., Vargas C., Arancibia F. Instituto Nacional del Tórax, Hospital de Quilpué, Universidad de Santiago.

Introducción: El cáncer de pulmón es una de las principales causas de morbi-mortalidad mundial. El comité oncológico desempeña un papel fundamental al evaluar y recomendar tratamientos basados en experiencia clínica y evidencia. El objetivo de este trabajo es caracterizar los pacientes con cáncer pulmonar que se atienden en el Instituto Nacional del Tórax (INT) y evaluar su sobrevida a 6 meses. **Materiales:** Estudio retrospectivo en el INT de pacientes con cáncer pulmonar presentados al comité oncológico entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022. Se registraron variables demográficas, clínicas, antecedentes, estadio, tipo histológico y tratamiento recomendado. La sobrevida se calculó desde la fecha de primera presentación a comité oncológico hasta el 19 de junio de 2023, utilizando análisis de Kaplan-Meier para comparar las diferencias según estadio y tipo histológico. **Resultados:** En el periodo analizado, 1194 casos se presentaron a comité oncológico, correspondientes a 734 pacientes, de los cuales 536 fueron cáncer de pulmón, que fue nuestra cohorte de estudio. 46% fueron hombres, con edad promedio de $68,9 \pm 10,4$ años (IQR: 63-76), tabaquismo 74,6%, EPOC 24% y EPD 8%. Según estadios, observamos 24% en etapa I, 7,8% etapa II, 17,5% etapa III y 50,7% etapa IV. El tipo histológico predominante fue adenocarcinoma (46,1%), seguido por escamoso (11,8%), CPCP (5,8%) y otros (14,6%). Sin biopsia en 21,8%. Hasta el 19/06/2023, el total de fallecidos fue 226 (42,2%), con una mediana de sobrevida de 24,6 meses, con diferencia significativa en mortalidad según estadio y según histología (Log Rank $p=0,000$ en ambas). La mediana de sobrevida del adenocarcinoma fue 33,7 meses, en comparación con escamoso (10,3 meses) y células pequeñas (7,3 meses). **Conclusiones:** Los resultados muestran que la sobrevida de pacientes con cáncer de pulmón está estrechamente relacionada con la etapa del cáncer al diagnóstico y el tipo histológico. Destacan un predominio del sexo femenino, y una mayor proporción de pacientes en estadio temprano con respecto a lo descrito en la literatura.

CL11-FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN: RESULTADOS DE UNA COHORTE DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Riquelme J.,Kauffmann M., Fernández MB., Camus S., Ramírez A., Lolas M., Carrillo J., Claudio Vargas, Felipe Cayupi, Francisco Arancibia. Instituto Nacional del Tórax., Hospital De Quilpué., Universidad De Santiago.

Introducción: El cáncer de pulmón (CaP) es la principal causa de muerte oncológica en Chile y el mundo. Existen múltiples factores de riesgo (FR) de mortalidad descritos en la literatura como son la edad, tabaquismo, antecedentes de EPOC, estadio, entre otros. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar cuáles fueron los FR asociados a menor sobrevida en nuestros pacientes. **Materiales:** Se analizó una cohorte de pacientes con CaP presentados al comité oncológico entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022. Se registraron variables demográficas (edad y sexo), antecedentes de EPOC, EPD, ASMA, DM, HTA, cardiopatía, ERC, tabaquismo, estadio, tipo histológico y mortalidad medida hasta el 19 de junio del 2023. Se realizó un análisis univariado de mortalidad para determinar las variables significativas a incluir en el análisis multivariado de Cox. **Resultados:** De un total de 536 pacientes con CaP, se encontraron diferencias significativas en el análisis univariado en: edad, sexo, HTA, cardiopatía, estadio e histología. En el modelo de regresión de Cox, el resumen del procesamiento de casos mostró: Eventos 209 (39,0%), Censurados 280 (52,2%), Total 489 (91,2%). Casos con valores perdidos 44, con tiempo negativo 3, eliminados en total 47 (8,8%). Para los resultados del modelo ver Tabla 1. **Conclusiones:** Según estos resultados, la etapa clínica y el tipo histológico son factores de riesgo de mortalidad en esta cohorte de pacientes con cáncer pulmonar. El sexo, si bien presenta diferencias en la función de supervivencia, no alcanza significación estadística en el modelo, como tampoco la edad y el tabaquismo.

Tabla 1.

| Variables | B | Wald | gl | P | O.R. | IC a 95% |
|-------------------|------|-------|----|-------|-------|--------------|
| Sexo, H | 0,18 | 1,52 | 1 | 0,218 | 1,19 | 0,90 - 1,58 |
| Edad, Años | 0,01 | 2,19 | 1 | 0,139 | 1,01 | 1,00 - 1,02 |
| Etapa I | | 76,23 | 3 | 0,000 | Ref. | |
| Etapa II | 1,28 | 6,00 | 1 | 0,014 | 3,60 | 1,29 - 10,02 |
| Etapa III | 1,74 | 16,75 | 1 | 0,000 | 5,69 | 2,47 - 13,08 |
| Etapa IV | 2,69 | 46,52 | 1 | 0,000 | 14,76 | 6,81 - 31,99 |
| Adenocarcinoma | | 25,39 | 4 | 0,000 | Ref. | |
| Células escamosas | 0,85 | 16,52 | 1 | 0,000 | 2,33 | 1,55 - 3,51 |
| Células pequeñas | 0,94 | 15,40 | 1 | 0,000 | 2,55 | 1,60 - 4,08 |
| Otro tipo | 0,54 | 7,06 | 1 | 0,008 | 1,71 | 1,15 - 2,55 |
| Sin biopsia | 0,31 | 1,79 | 1 | 0,181 | 1,37 | 0,86 - 2,16 |
| Tabaquismo | 0,13 | 0,55 | 1 | 0,456 | 1,14 | 0,81 - 1,60 |

CL12-CARACTERIZACION DE LA EVALUACION RESPIRATORIA PREOPERATORIA PARA CIRUGIA BARIÁTRICA EN PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Lolas M., Cuevas J, Collao C., Soler T., Sandoval P., Sepúlveda C., Espinoza J., Benavides MG., Schonfeldt P. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La obesidad en Chile tiene prevalencia de 31,4% siendo el décimo con mayor prevalencia a nivel mundial. La obesidad se asocia a hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), apneas obstructivas del sueño (AOS) y patología psiquiátrica. La cirugía bariátrica está indicada en pacientes con índice de masa corporal (IMC) >40 o >35 asociado a comorbilidades. Dado al riesgo quirúrgico propio de la obesidad y complicaciones ventilatorias de la anestesia, todos los pacientes requieren evaluación preoperatoria respiratoria, que incluye espirometría, gases arteriales (GSA), radiografía de tórax y evaluación por broncopulmonar. En este trabajo describimos las características clínicas y resultados de la evaluación en los pacientes programados para cirugía bariátrica. **Materiales:** Estudio prospectivo descriptivo que incluye pacientes atendidos en el Instituto Nacional del Tórax (INT) para evaluación preoperatoria para cirugía bariátrica. Se realizó espirometría, radiografía de tórax, GSA y un cuestionario de salud. Con los datos obtenidos se realizó análisis de promedio, frecuencia absoluta y relativa. **Resultados:** Se realizaron 25 evaluaciones. La edad promedio fue 37 años (19 – 58), siendo 21 mujeres (84%). El IMC promedio fue de 43, la mayoría con obesidad grado III (64%). De patologías asociadas encontramos HTA 14 pacientes (56%), DM2 10 (40%), asma 2 (8%), y 0 con AOS, pero al realizar cuestionario STOP BANG 22 pacientes (88%) tenían riesgo moderado o alto de presentar esta enfermedad. De patología psiquiátrica, se observó trastorno de ansiedad en 4 pacientes (16%) y trastorno del ánimo en 2 (8%). El consumo de tabaco resultó ser activo en 9 pacientes (36%) y suspendido >6 meses en 6 (24%). Disnea fue referida en 14 pacientes (56%), todos mMRC= 1. De los 25 pacientes evaluados 19 (76%) presentaron algún resultado alterado, principalmente GSA, gradiente A-a aumentado 13 pacientes (52%), hipocapnia 10 (40%), disminución relativa PaO₂ 5 (20%). De las espirometrías 1 presentó patrón sugerente de restricción (4%), el resto resultó normal. Todas las radiografías resultaron normales. **Conclusiones:** La mayor parte de los pacientes para evaluación preoperatoria fueron mujeres, en su mayoría con riesgo moderado o alto de AOS, casi todos presentaron alguna alteración de los exámenes, principalmente GSA, por lo que, considerando el impacto respiratorio de la cirugía y la anestesia, la evaluación respiratoria preoperatoria impresiona fundamental en estos pacientes.

CL13-CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ESTUDIO DE COMPROMISO DE VIA AÉREA PEQUEÑA POR OSCILOMETRÍA DE IMPULSO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

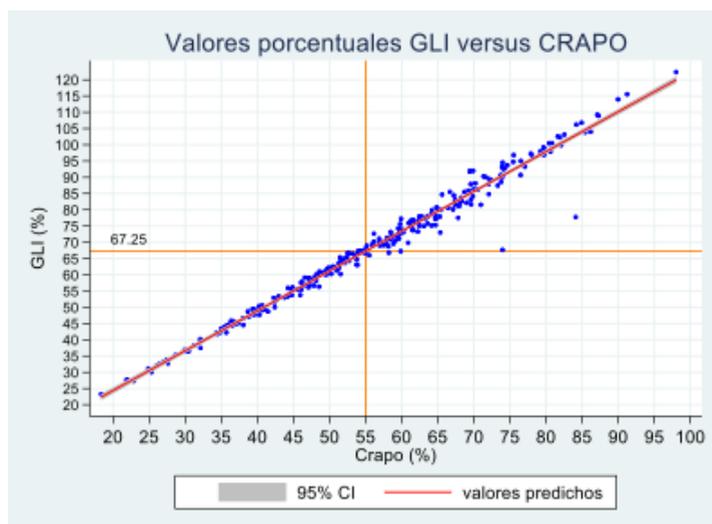
Lolas M., Collao C., Reyes F., Schönfeldt P., Sandoval P., Espinoza J., Sáez C., Sáez J. Instituto Nacional del Tórax

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI), corresponde a un grupo heterogéneo de patologías, caracterizadas por compromiso del intersticio pulmonar, tanto fibrótico como inflamatorio. Se ha descrito en la literatura que las EPI asociadas a artritis reumatoide (AR), Sjögren o neumonitis por hipersensibilidad (NH) pueden comprometer la vía aérea distal, agregando mayor severidad a la sintomatología habitual de disnea y tos. Pocas son las herramientas para identificar la afección de la vía aérea periférica. La oscilometría de impulsos (IOS) evalúa la mecánica pulmonar superponiendo a la respiración espontánea pequeñas señales de presión a través de una bocina que impulsa ondas de oscilación a baja (5 Hz) y alta frecuencia (20 Hz) externa. Esto nos permite la evaluación de la vía aérea distal la cual no es evaluada de manera dirigida por otras técnicas de función pulmonar. **Metodología:** Estudio retrospectivo. Se revisaron las IOS realizadas entre enero 2022 a junio 2023 en el Instituto Nacional del tórax (INT), de estas se seleccionaron aquellas tenían diagnóstico de EPI en ficha electrónica. Se correlacionaron los hallazgos de la IOS con espirometría, DLCO y tomografía axial computada (TAC) de tórax. **Resultados:** Se analizaron un total de 72 IOS, de estas 15 tenían diagnóstico de EPI, 12 mujeres (80%), edad promedio de 65,4 años (30-82). De estas 6 (40%) presentaban aumento de las resistencias de la vía aérea periférica, 3 tenían diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad (20%), 1 neumonía intersticial no específica (NSIP), 1 enfermedad pulmonar intersticial linfocítica y granulomatosa (GLILD), 3 tuvieron espirometría normal, 3 CVF disminuida. Del total de las espirometrías se observó 5 con patrón restrictivo (33%), 1 (0,7%) obstructiva con capacidad vital disminuida y 8 (53%) normales. Se había realizado DLCO en 9 pacientes (60%), todas estaban disminuidas. De las IOS alteradas se observó patrón en mosaico al TAC en 4 (66%). **Conclusión:** Las características clínicas, hallazgos en tomografía de tórax de alta resolución y los resultados de las pruebas de función pulmonar en pacientes con EPI nos dan pistas sobre la afectación de la vía aérea además del compromiso del intersticio pulmonar, tal como la literatura lo describe. En nuestro análisis 40% de las IOS demostraron aumento de las resistencias de las VA que no fue evidenciada en espirometría. A la falta de evidencia actual en la utilización de IOS en EPI creemos de suma importancia futuros estudios prospectivos.

CL14-CORRELACION ENTRE DOS ECUACIONES DE REFERENCIA PARA LA INTERPRETACIÓN DE CAPACIDAD DE TRANSFERENCIA DE MONOXIDO DE CARBONO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA.

Gómez P., Mendoza L., Caviedes I., Aguilera J., Glaves S., Cavada G. Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La iniciativa Global de función pulmonar (GLI) cuenta con ecuación de referencia para la Capacidad de transferencia de monóxido de carbono (DLCO). El propósito del estudio es evaluar la correlación de valores obtenidos con la ecuación de Crapo *et al* (CRAPO), usados actualmente como valores de referencia en laboratorio de función pulmonar de la Clínica Alemana, con los valores aplicando la ecuación de la GLI en pacientes con enfermedades pulmonares difusas (EPD). **Materiales.** Se incluyen edad, sexo, talla, valor obtenido, valores predictivos y porcentuales según CRAPO y GLI en una serie de exámenes anonimizados en adultos con EPD entre los años 2018 y 2020. **Resultados:** Se obtienen 264 mediciones, edad promedio = $64,3 \pm 10,9$ años, talla = $162 \pm 10,5$ cm, 57,6 % de sexo masculino. Valor obtenido de DLCO = $14,6 \pm 5,2$ ml/min/mmHg. (promedio \pm DS), valor teórico CRAPO *et al* = $25,9 \pm 5,4$ ml/min/mmHg, valor teórico GLI = $21,2 \pm 4,1$ ml/min/mmHg, valor porcentual CRAPO = $56,6 \pm 15,5$ % y valor porcentual GLI = $69,2 \pm 19,2$ %. Se observa una correlación significativa y positiva de los valores predictivos ($r = 0,9937$ $p < 0,001$) y de los valores porcentuales entre ambas ecuaciones ($r = 0,9891$ $p < 0,001$). Sin embargo, como se observa en el gráfico, los valores porcentuales son significativamente más altos con GLI ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Si bien existe una buena correlación de valores predictivos y porcentuales entre GLI y CRAPO, los valores porcentuales son más altos con GLI.



CL15-CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DE CICLISTAS CHILENOS DE NIVEL MASTER

Fuentes G., Morales H., Palma P., Fuentes R., Carvajal J. Clínica Alemana Santiago, Hospital Padre Hurtado, Universidad de Los Lagos, Plus Performance, Kineticnics, Endurance Training.

Introducción: Aunque hay investigaciones que describen características fisiológicas de ciclistas *élite*, son mínimas las investigaciones que describen estos datos en ciclistas Máster (>35 años) El objetivo de este estudio fue describir la fisiología y parámetros de condición física de ciclistas de nivel Master que desarrollan ciclismo competitivo en Chile.

Metodología: Estudio retrospectivo desde año 2021 a 2023. 28 ciclistas masculinos Master (35-53 años) que compiten en ruta y/o montaña, realizaron una prueba de ejercicio cardiopulmonar con análisis ergoespirométrico en bicicleta, analizado con Ergoespirómetro QUARQ COSMED o PNOE, durante 8-12 minutos de carga progresiva con rodillo Tacx Neo2T. Calibraciones realizadas previo a cada examen (jeringa, ambiental y mezcla) para COSMED y autocalibración pre examen y mensual con gases para PNOE. Sin monitoreo ECG. Se registraron: consumo máximo de oxígeno (VO₂máx), frecuencia cardíaca máxima (FCmáx), umbral (VT1) y segundo (VT2) umbrales ventilatorios y potencia aeróbica máxima (PAM), con sus respectivos equivalentes ventilatorios. Para análisis, se dividieron en grupos: 35 a 39 años (Master A), 40 a 49 años (Master B) y 50 a 63 años (Master C-D) Estadística con Excel: mediana +/- DS. **Resultados:** El VO₂máx en Master A (n=10) fue de 4194 +/- 456ml, equivalente a 56,1 +/- 8 ml/kg/min. En Master B (n=13), 4123 +/- 653ml, que en VO₂máx relativo corresponde a 56.9 +/- 7ml/Kg/min y en Master C (n=5) se obtuvo 3990 +/- 538ml, que a nivel relativo es 52,2 ml/Kg/min. Las PAM para los 3 grupos fueron equivalentes, 340 watts, que a nivel relativo equivale para Master A: 4,6 watts/kg; Master B: 4,5 watts/kg y Master C: 4.5 watts/kg. Los umbrales ventilatorios VT1 obtenidos son, respectivamente: 180, 185 y 180 watts (2,6 - 2,5 - 2,5 watts/Kg) Los umbrales ventilatorios VT2 fueron, respectivamente: 260, 260 y 260 watts (3,6 watts/kg para los 3 grupos) La FCmáx para los tres grupos fue 182 +/-10; 175 +/-9 y 176 +/-10 latidos por minuto. **Conclusiones:** Este es el primer trabajo que presenta la condición fisiológica de ciclistas chilenos competitivos master, lo cual permite analizar rendimiento, que si bien está dentro del perfil superior (perfil 99% según ACSM) puede mostrar variabilidad dentro de este grupo específico. No se observa una caída significativa entre los grupos, lo cual, al ser un examen solicitado voluntariamente, no permite generar comparaciones.

CL16-TROMBOLISIS SISTEMICA EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) AGUDO SOBRE CRÓNICO EN PACIENTE CON DEFICIT DE ANTITROMBINA III (DAT III). REPORTE DE CASO.

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

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) produce Hipertensión Pulmonar (HP) debido a la obstrucción de la arteria pulmonar por enfermedad tromboembólica no resuelta, complicación tardía de la embolia pulmonar aguda. La HPTEC como causa de HP es importante ya que tiene una estrategia terapéutica diferente a otras clases de HP. A continuación, presentamos un caso de un paciente con antecedente de Déficit de antitrombina III que desarrolló HP secundaria a TEP agudo sobre crónico **Descripción del caso:** Paciente de 23 años, con antecedentes de DAT III, TEP y TVP, HP, trombosis extensa de VCI con compromiso por sobre FVC, Tromboendarterectomía bilateral en 2019. Usuario de Dabigatrán y Tadalafilo. Consulta por cuadro de 3 días de mayor disnea en relación a basal y desaturación en reposo. Ingresos polipneico, taquicárdico, apoyado con O2. Se realiza AngioTAC TEP bilateral agudo sobre crónico, oclusión completa de la arteria pulmonar derecha y ramas segmentarias basales izquierdas Trombo ventricular derecho. Hipertensión pulmonar con sobrecarga VD y FOV permeable Filtro de VCI con trombosis crónica infrarrenal y de ambos ejes ilíacos. Ecocardiograma Hipertrofia ventricular, Insuficiencia tricúspide significativa, trombo subvalvular hacia pared libre PSAP 86 mmHg y Trombo pediculado en VD. Evaluado por radiología intervencional, para evaluar trombectomía por vía yugular, existe alto riesgo de embolia paradójica, Marcadores miocárdicos (+), ProBNP al alza hasta 1732 pg/ml, Troponina T: 22 ng/L, aumento de requerimientos de O2, taquicardia e hipotensión, se decide Trombólisis sistémica. Ecocardiograma control VI y AI tamaño normal FEVI 26%, aumento de sobrecarga de volumen y presión desde VD. AD moderadamente dilatada, TAPSE 15 sin imagen sugerente de trombo V tricúspide con insuficiencia moderada HTP severa (PSAP 72 mmHg) Arteria pulmonar dilatada. Se decide mantener anticoagulación con HBPM y se cambia de Tadalafilo por Riociguat. Tras buena evolución se decide alta. **Diagnóstico:** Tromboembolismo pulmonar agudo sobre crónico trombolizado Hipertensión pulmonar severa Déficit Antitrombina III. **Discusión:** La HPTEC suele progresar a insuficiencia cardíaca derecha y muerte. La endarterectomía pulmonar (PEA) es la única terapia definitiva y potencialmente curativa. Ocasionalmente la terapia específica para la HP con riociguat combinado con PEA da como resultado una mejor clase funcional y hemodinámica pulmonar siendo el trasplante de pulmón el último recurso en el tratamiento

CL17-MALFORMACION ARTERIOVENOSA PULMONAR COMO CAUSA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA REVERSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ramírez A.¹, Cataldo P.², Sandoval J.². (1) Servicio Medicina Respiratoria, Unidad de Cuidados Críticos, Instituto Nacional del Tórax. (2) Unidad de Hemodinamia, Instituto Nacional del Tórax

Introducción: Existen múltiples causas de oxigenoterapia domiciliaria, la mayoría crónicas e irreversible tanto en la esfera respiratoria como cardíaca. Sin embargo, existen causas específicas, que pueden tratarse con un adecuado proceso diagnóstico - terapéutico. **Descripción del caso:** Paciente de género femenino, 56 años, autovalente, en tratamiento por Lupus e Hipotiroidismo. Usuaria de Prednisona, levotiroxina, clonazepam y risperidona. Cursa con 6 meses de evolución de disnea (CFIII), nicturia y edema de extremidades inferiores. De manera ambulatoria se ajusta terapia de Insuficiencia Cardíaca y se solicita estudio de imágenes (Radiografía Tórax - Tomografía Computada de Tórax sin contraste), diagnosticándose un Tumor Pulmonar. Dada desaturación persistente (< 90%) en evaluaciones domiciliarias y disnea de mínimos esfuerzos, se indica oxígeno domiciliario y se deriva a Oncología para ampliar estudio funcional. Se solicita ecocardiograma que muestra hipertrofia concéntrica, fracción de eyección (58%). VD conservado, PSAP 25 mmHg con Test de burbuja positivo. Se complementa estudio con AngioTC de tórax que muestra enfisema pulmonar, *shunts* intrahepáticos en lóbulo izquierdo e imagen compatible con malformación vascular arteriovenosa situada en Lóbulo Medio dependiente de la rama de la arteria pulmonar, con un nido vascular aproximadamente de 41 x 37 mm. Se define cierre percutáneo de manera electiva. A su ingreso, se objetiva una saturación de 88% a FiO2 ambiental. Se realiza angiografía selectiva donde se identifica malformación de arteria segmentaria de alto flujo. Se instala Amplatzer Vascular de 9 x 12 mm. Egresada post operatoria a una Unidad Monitorizada, asintomática, con saturación > 94% ambiental, por lo que es dada de alta de manera precoz. A su seguimiento a 3 meses, la paciente se encuentra en CF I y saturando > 94% a FiO2 ambiental. **Diagnóstico:** Malformación Arteriovenosa Pulmonar (MAVP) **Discusión:** Las MAVP consisten en comunicaciones anómalas entre arterias y venas debido a defectos de los capilares terminales. Esto produce dilataciones y formación de sacos vasculares, generando cortocircuitos de derecha a izquierda con la consecuente hipoxemia variable según el calibre del vaso comprometido. Las MAVP son infrecuentes con una incidencia de 2 a 3 casos por cada 100.000 habitantes. En la mayoría de los casos, obedecen a causa congénita. El AngioTC es clave en el diagnóstico junto con el Ecocardiograma con Test de Burbuja, para evidenciar el cortocircuito. En nuestro caso, la profundización en el estudio del diagnóstico diferencial y la sospecha diagnóstica fueron claves para determinar la unidad diagnóstica y ofrecer un tratamiento específico.

CL18-EXPERIENCIA INICIAL CON ELEXACFTOR / TEZAXCAFTOR / IVACAFTOR (ETI) EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA.

Fritzsche N., Irazoqui P., Melo J., Benavides MG, Andrade C. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: ETI fue aprobada el 2019 por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) para pacientes con Fibrosis Quística (FQ) que tienen al menos una mutación DF508 del gen regulador de conductancia transmembrana (CFTR). Estudios han mostrado mejoras en Índice de Masa Corporal (IMC), función pulmonar y reducción significativa de exacerbaciones, incluso en pacientes con enfermedad pulmonar avanzada. A pesar de no contar en Chile con la aprobación con registro ISP de los moduladores del CFTR es muy valiosa esta experiencia del INT. **Materiales:** Análisis retrospectivo de registros clínicos de pacientes adultos que han recibido ETI en el Instituto Nacional del Tórax. Se incluyeron datos demográficos, tipo de mutación, severidad, IMC, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1), soporte ventilatorio, derivación a trasplante, exacerbaciones y hospitalizaciones en el último año. Datos de seguimiento de IMC, función pulmonar, exacerbaciones y efectos adversos de terapia. **Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes en total, el 64% eran mujeres. La edad promedio fue de 27 años. Del estudio genético, 13 tienen al menos una mutación DF508, 2 de ellos homocigotos y uno con mutación no DF508. El 57% presenta enfermedad pulmonar avanzada, el 78% compromiso sinusal, mientras que el 92% presenta afectación pancreática y el 42% diabetes relacionada a FQ. Antes de iniciar la terapia, el IMC promedio fue de 20.8 kg/m², y se identificó a un usuario de gastrostomía. Se registró un VEF1 promedio de 1734 ml (650-3940 ml). En relación al uso de oxígeno, 2 pacientes utilizaban oxigenoterapia domiciliaria y otros 2 combinación con ventilación no invasiva (VMNI). Además, 6 estaban en proceso de evaluación para trasplante, de los cuales 2 ya habían sido enlistados. Al tercer mes de seguimiento, el IMC subió 1.2 puntos en promedio y en el 71% de los pacientes, el VEF1 subió al menos un 10%. Solo uno permaneció con oxígeno domiciliario-VMNI combinados. Uno permaneció en lista de candidatos a trasplante. 4 de los 14 pacientes tienen seguimiento de más de un año: en el año previo, registraron 17 exacerbaciones (en 16 de ellas hospitalizados), y post uso se registran 2 (1 hospitalización). Respecto a efectos adversos, fueron leves y se presentaron durante el primer mes. Lo más frecuente fue la alteración de pruebas hepáticas en el 30%, y 1 paciente presentó *rash*. Dos suspendieron transitoriamente la terapia y uno requirió ajuste de dosis. **Conclusiones:** Nuestros pacientes tratados con ETI presentaron mejoras significativas en el IMC, VEF1 y reducción de exacerbaciones, y los efectos adversos fueron leves y transitorios.

CL19-TRASPLANTE PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. RESULTADOS A 12 AÑOS DEL INICIO DEL PROGRAMA.

Melo J.^{1,3}, Cayupi F.¹, Cuevas JP¹, Sepúlveda C.^{1,2}, Linacre V.^{1,2}, Donoso EG. ¹. Instituto Nacional del Tórax; (2) Clínica Santa María; (3) Clínica Las Condes

Introducción: El Trasplante Pulmonar es una alternativa terapéutica en pacientes con enfermedades respiratorias terminales. El objetivo del presente trabajo es describir los resultados obtenidos de pacientes sometidos a trasplante de pulmón (TP) en el Instituto Nacional del Tórax (INT), único centro hospitalario público en Chile que realiza este procedimiento. **Materiales:** Estudio descriptivo y retrospectivo de registros clínicos de pacientes sometidos a TP desde agosto de 2010 a diciembre de 2022. Se analizaron datos demográficos, enfermedad de base, tipo de trasplante, uso de soporte extracorpóreo, condición de urgencia, complicaciones quirúrgicas y médicas, supervivencia y causas de muerte. **Resultados:** Se han trasplantado 109 pacientes. Un 58,7% de sexo masculino, con una mediana de edad al momento del TP de 53 años (rango: 18-68). Las principales indicaciones fueron: EPD tipo UIP (61,5%), EPD no UIP (11,9%) y Fibrosis Quística (10,1%). El 54% fueron unipulmonares y un 77% requirió soporte extracorpóreo. Un 34,8% estaba hospitalizado al momento del trasplante y un 25,7% se trasplantó en urgencia nacional. La principal complicación quirúrgica fue de vía aérea (23,8%). De las complicaciones médicas predominantes durante el primer año: un 77% de los pacientes presentó cuadros infecciosos, siendo de origen bacteriano un 49,5%, y un 28% presentó rechazo agudo. Después del primer año, predominaron las infecciones virales (40,3%), destacando la infección por COVID19 en un 25,7%, seguida de la disfunción crónica del injerto (29,4%). La supervivencia general a 1, 5 y 10 años fue de un 84,8%, 60% y 31,5%, respectivamente. Se realizó un análisis de supervivencia según indicación de TP mediante prueba de *log-rank*, no encontrando diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,415$). Las principales causas de muerte fueron el rechazo crónico (40,4%), las infecciones (26,3%) y las de origen neoplásico (10,5%). **Conclusiones:** El trasplante pulmonar es una opción de tratamiento en pacientes con enfermedad pulmonar avanzada con buenos resultados a corto y mediano plazo. Las principales indicaciones fueron Fibrosis Pulmonar y Fibrosis Quística. De las complicaciones médicas en el seguimiento predominan las infecciones, siendo de origen bacteriano dentro del primer año, luego aumentan las de origen viral. El rechazo crónico y las infecciones son las principales causas de muerte en nuestra población.

CL20-PREVALENCIA DE SENSIBILIZACION A ALERGENOS RESPIRATORIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS EN UNIDAD DE FUNCIÓN PULMONAR Y ALERGIAS, INMUNOMEDICA, CONCEPCION.

Espinoza ML, Oportus I.,Hidalgo C.,Valenzuela R. Inmunomédica Concepción; Hospital Regional Guillermo Grant Benvente; Universidad San Sebastián,

Introducción: El uso y utilidad de pruebas *in vivo* de sensibilización de alergias respiratorias en menores de 5 años ha sido controversial. Se presentan los resultados de *prick test* en una población de preescolares, con el objetivo de conocer la positividad de estos alergenitos según edad. **Materiales:** Estudio retrospectivo de resultados de *prick test* para alergenitos inhalantes practicados en niños menores de 5 años en el laboratorio de alergia e inmunología de Inmunomédica, Concepción, entre diciembre 2021 a diciembre 2022. Se utilizaron Alergenitos Inmunotek de España, 16 alergenitos inhalados más sus controles. **Resultados:** Se estudiaron 182 pacientes (41,2 % sexo femenino y 59,8 % sexo masculino) de 2 a 4 años 11 meses 29 días, obteniendo una tasa de positividad del examen de un 38,46% (n=69) Los alergenitos más prevalentes en todas las edades fueron los *Dermatofagoide Pteronisyn* 84,3%, *Dermatofagoide Farinae* 70%, mezcla de pastos 28,6%, cucaracha 12,9%, caspa de perro 11,4%, caspa de gato 10%. En el grupo de 2 a menores de 3 años (n=25) se obtuvo una positividad de un 32%(n=8). Los alergenitos más prevalentes fueron D. Pteronisynn 87.5%, D. Farinae 37.5%, Mezcla de Pastos 25%, Cucaracha 25%, caspa de gato 12,5% y caspa de perro 12.5%. En el grupo de 3 a menores de 4 años (n=63) se obtuvo una positividad de un 39.6% (n=24). Alergenitos más prevalentes de este grupo fueron D. Pteronisynn 80%, D. Farinae 68 %, Mezcla de Pastos 32%, Cucaracha 12%, caspa de perro 8%. En el grupo de 4 a menores de 5 años (n=94) se obtuvo una positividad de un 39,36% (n=37). Los alergenitos más prevalentes de este grupo fueron D. Pteronisynn 86.4%, D. Farinae 78,3 %, Mezcla de Pastos 27%, Caspa de gato 16,2%, caspa de perro 8%, cucaracha 10,8%. Al analizar los tres grupos etarios, la positividad del test aumenta su sensibilidad en grupos mayores. Además, se puede ver que un porcentaje de los niños esta sensibilizado a 2 o más alergenitos. **Conclusiones:** El *prick test* para alergenitos inhalantes en preescolares en un buen método para determinar sensibilización alérgica respiratoria. Es de fácil realización y de resultado inmediato. En nuestra población los *Dermatofagoide* son los alergenitos más prevalentes en todas las edades analizadas. Existe un porcentaje considerable de pacientes alérgicos a pólenes de pasto, caspa de animales domésticos y cucaracha. Esto nos permite aportar medidas de prevención para esta población e información relevante para el manejo integral por los médicos tratantes

CL21-CARACTERIZACION DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA SEVERO: ANÁLISIS EN UN CENTRO TERCIARIO DEL SUR DE CHILE.

Méndez E., Cid B., Rivera N. Enfermedades Respiratorias del Niño, Hospital Base San José de Osorno. Universidad Austral de Chile, Campus Osorno, Osorno, Chile.

Introducción: El asma severa es menos del 5% del asma pediátrico. Se define como la que requiere altas dosis de corticoides inhalados asociado a otro controlador para estabilizarse o persiste mal controlada. Su mal control tiene mayor riesgo de exacerbaciones graves y pérdida de la función pulmonar. Existen pocas series de su caracterización, y en su mayoría tienen perfil Th2 elevado. Al encontrarse en *step* 5 GINA se puede considerar el uso de biológicos para controlar su actividad. Nuestro objetivo es describir serie de pacientes asmáticos pediátricos severos del Hospital Base San José de Osorno (HBSJO). **Materiales:** Revisión retrospectiva de pacientes con asma severa en *Step* 5 de GINA (corticoides en dosis altas, agonista Beta 2 de acción prolongada, antagonista del receptor de leucotrieno oral y bromuro de tiotropio inhalado), atendidos en policlínico de broncopulmonar infantil HBSJO entre enero 2021 y junio 2023. Se evaluaron características demográficas, comorbilidades, nivel de control del asma y estudios complementarios. **Resultados:** Corresponden al 4,3% (n=44) de la población pediátrica asmática del HBSJO (n=1015). Edad promedio 10,3 años (3-17), masculino 62,5%. Según ACT: bien controlado 50%, parcialmente controlado 35% y mal controlado 12,5%. Preescolares 17,5%, escolares 32,5% y adolescentes 50%. El 32,5% presenta dermatitis atópica y 97,5% rinitis alérgica. El 80% se encuentra sensibilizado a aeroalérgenos: 75% ácaros, 59,4% gramíneas, 46,9% pelo de gato, 21,2% hongos y 6,5% caspa de perro. El 65,6% (n=21) presentaron sensibilización a más de 2 alérgenos. El promedio del recuento absoluto de eosinófilos fue 304 células $\times 10^3 / \mu\text{L}$ (VN < 400 células $\times 10^3 / \mu\text{L}$) e IgE total de 647,7 UI/mL (VN < 50 UI/mL). Fueron generalmente normales la espirometría (81%), la TC de tórax (85%) y la broncoscopia (90%). El 100% presentaban test del sudor, subpoblaciones linfocitarias e inmunoglobulinas normales. En los pacientes con mal control los niveles de FeNO fueron: 5, 5, 12 y 70 ppb (VN < 20 ppb); estos 4 pacientes iniciaron terapia biológica: uno, omalizumab y 3 mepolizumab. **Conclusiones:** Constituyen un bajo porcentaje del total de asmáticos, sin embargo, requieren múltiples estudios y controles. Son mayoritariamente atópicos, con perfil Th2 alto y comorbilidades alérgicas asociadas, sensibilización más frecuente a ácaros. El alto porcentaje de espirometrías normales, se explicaría por la continua alveolización en el periodo de crecimiento. El subgrupo de pacientes con asma severo mal controlada requirió terapia biológica.

CL22-BIOLÓGICOS EN ASMA SEVERA PEDIÁTRICA, SERIE DE 3 CASOS.

Méndez E., Cid B., Rivera N Enfermedades Respiratorias del Niño, Hospital Base San José de Osorno. Universidad Austral de Chile, Campus Osorno, Osorno, Chile.

Introducción: El asma severa corresponden a menos del 5% del asmática pediátrica. Es aquella que requiere altas dosis de corticoides inhalados asociado a otro controlador para mantenerse estable o persistente mal controlada. En estos pacientes, se considera el uso de terapia biológica: Omalizumab, anticuerpo monoclonal (mAb) anti-IgE y Mepolizumab, mAb anti-IL-5. **Objetivo:** Describir una serie de tres pacientes asmáticos severos que reciben terapia biológica en el Hospital Base San José de Osorno (HBSJO). **Pacientes y Métodos:** Serie descriptiva de tres pacientes pediátricos con asma severa que iniciaron terapia biológica el año 2022. Se evaluaron comorbilidades, evolución síntomas, estudios complementarios y cuestionarios de calidad de vida. Criterios de inclusión a terapia biológica: diagnóstico de asma severo (GINA *step* 5, sin control de síntomas), > 6 años, IgE y eosinófilos elevados y sensibilización a aeroalergenos importante: predominancia de un perfil Th2. Los medicamentos fueron gestionados por HBSJO. **Resultados:** Masculinos, 8, 9 y 13 años, con uso de corticoides inhalados en dosis altas, agonista Beta 2 de acción prolongada, antagonista del receptor de leucotrieno oral, antialérgico de segunda generación y bromuro de tiotropio. Dos de ellos recibieron mepolizumab mensual y uno omalizumab bisemanal. Se descarta asma secundaria: TC pulmonar, broncoscopia, test del sudor y estudio inmunológico normales. Dos pacientes con espirometrías normales, el tercero obstructivo leve con cambios post broncodilatador. Sensibilización aeroalérgenos positiva, los tratados con mepolizumab con IgE específica positiva a ácaros, pelo de gato y ballica. El con omalizumab, IgE específica positiva a *Dermatofagooides pteronyssinus* y *farinae*. Niveles IgE total: 5680 UI/ml, 2360 UI/ml y 836 UI/ml (VN < 20 UI/ml). Niveles de FeNO, 5, 5 y 70 ppb (VN <25 ppb). Se aplica ACT pretratamiento: 15, 20 y 0 puntos y posterior, 27, 24 y 13 puntos, junto con otros cuestionarios de calidad de vida: SGRQ, PAQLQ, PACQLQ. Se realizó test de marcha de 6 minutos (TM6M), donde se evidenció aumento en capacidad cardiopulmonar. Todos se mantuvieron con terapia en *step* 5 y 1 paciente presentó reacción cutánea local que revirtió con tratamiento. **Conclusiones:** Se evidencia mediante múltiples indicadores mejoría en escalas de calidad de vida, control del asma y capacidad cardiopulmonar, en los 3 pacientes tras recibir terapia biológica. Se debe considerar el uso de dichos fármacos en pacientes pediátricos, donde es fundamental una adecuada selección del paciente, descartando diagnósticos diferenciales, e identificando que pacientes con perfil Th2 son buenos candidatos para la terapia.

CL23-PRIMER PACIENTE PEDIÁTRICO EN CHILE EN RECIBIR MEPOLIZUMAB PARA EL ASMA SEVERA.

Méndez E., Cid B., Rivera N Enfermedades Respiratorias del Niño, Hospital Base San José de Osorno. Universidad Austral de Chile, Campus Osorno, Osorno, Chile.

Introducción: Los pacientes con asma severo corresponden a menos del 5% de la población asmática pediátrica. Se define como aquella que requiere altas dosis de corticoides inhalados asociado a otro controlador para mantenerse estable o persiste mal controlada. En estos pacientes, se puede considerar terapia biológica. Mepolizumab, anticuerpo monoclonal anti-IL-5, disminuye cascada inflamatoria alérgica producida por linfocitos Th2, principal mecanismo del asma pediátrica. Aprobado por FDA en 2019 e ISP en 2020 para mayores de 6 años. **Objetivo:** Presentar resultados del primer paciente pediátrico con asma severo tratado con mepolizumab en Chile. **Caso Clínico:** Escolar masculino, 9 años, asma severa, rural extremo. Múltiples crisis asmáticas en infancia temprana. En *step* 5 de GINA persiste con síntomas intercríticos, buena adherencia a tratamiento. Estudio: espirometría, TC pulmonar, broncoscopia, niveles inmunoglobulinas, subpoblaciones linfocitarias, anticuerpos antineumococo y test del sudor normales; IgE específicas sensibilización ácaros >100 kU/l y pastos 73,5 kU/l (VN <0.35kU/l), IgE total 5600 UI/ml (VN < 20 UI/ml) y recuento absoluto eosinófilos 900/ μ L (VN 0-500/ μ L). Se inicia terapia biológica por cumplimiento criterios de inclusión: asma severa no controlada, >6 años, fenotipo TH2. Por ruralidad e IgE total muy elevada, inicia mepolizumab subcutáneo mensual. Tras 12 meses de tratamiento se observa mejoría significativa en calidad de vida demostrada en cuestionarios: ACT de 15 a 27, SGRQ, PAQLQ y PACQLQ; y mejoría en pruebas cardiopulmonares, test de marcha 6 minutos 330 a 430 m. No presentó eventos adversos. Se mantuvo con terapia inhalatoria *step* 5 y pudo reducir fármacos al sexto mes de tratamiento. Actualmente con asma bien controlada, plan de co-administrar inmunoterapia alérgeno-específica. **Conclusiones:** Se demuestra tras un año de tratamiento con Mepolizumab, una mejoría significativa del asma, medida por ACT y otras escalas de calidad de vida. Sin eventos adversos asociados. La terapia biológica es de uso reciente en población pediátrica con resultados favorables y buen perfil seguridad, siendo su objetivo conseguir un adecuado control del asma y mejorar la calidad de vida. Mepolizumab es un tratamiento a considerar en pacientes mayores de 6 años con fenotipo Th2, que persisten con un mal control, a pesar de un adecuado tratamiento farmacológico y bien llevado. Es fundamental la adecuada selección del paciente, descartando diagnósticos diferenciales e identificando un fenotipo Th2 susceptible.

CL24-CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE RECIBIDOS DURANTE CAMPAÑA DE INVIERNO 2023 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN CENTRO TERCIARIO.

Hepp J., Parraguez C., Barbagelata S., Farias P. Hospital Militar de Santiago. Universidad de Los Andes.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología pulmonar frecuente y de alta mortalidad en pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo principal de este estudio es describir la población admitida con NAC en la UCI del Hospital Militar de Santiago, caracterizar comorbilidades, evolución y su letalidad. **Materiales:** En este estudio observacional, transversal y unicéntrico inscribimos pacientes con diagnóstico de NAC entre marzo y agosto de 2023. Se registraron datos demográficos, comorbilidades, valores de laboratorio, resultados microbiológicos, hallazgos imagenológicos, tratamientos y resultados clínicos (días en ventilación mecánica, días con drogas vasoactivas, desarrollo de injuria renal aguda (AKI), días de estadía en UCI, fallecimiento durante la hospitalización, entre otros). **Resultados:** Se incluyeron 27 pacientes. El promedio de edad fue $72,3 \pm 10,1$ años, 17 (63%) eran hombres y 23 (85.1%) padecían alguna enfermedad crónica. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial (70%) seguido de diabetes (26%). Se identificó que 15 (55%) eran fumadores activos. Se aisló algún agente microbiológico en 16 casos (59%); en 7 el agente fue viral, en 6 bacteriano y en 3 coinfección. Los microorganismos más frecuentes fueron *Streptococcus pneumoniae* (7) y *Rhinovirus* (4). La mayoría de los pacientes (81%) estuvieron en ventilación mecánica invasiva (VMI) y 21 (77%) requirieron drogas vasoactivas, de los cuales 9 (42,8%) requirieron 2 drogas. La letalidad observada en este estudio (37%) fue mayor que la de una serie de pacientes con neumonía grave del mismo centro en el año 2020 (21%). Sin embargo, el promedio de edad de dicha serie fue $63,1 \pm 13,9$ años. La mediana de días desde admisión a UCI hasta la muerte fue de 7 (IQR 3-11). En el análisis por grupo los pacientes que cursaron con AKI (*Acute Kidney Injury*) tuvieron mayor letalidad que los pacientes sin AKI (55% vs 0% $p=0,0095$). El total de los pacientes con rinovirus (4) fallecieron, de los cuales uno tenía diagnóstico de leucemia linfocítica crónica, otro cáncer pulmonar, otro síndrome de Down y el último tenía 90 años e hipertensión. De los 4 pacientes libres de patologías crónicas, ninguno falleció. **Conclusiones:** La edad avanzada y prevalencia de comorbilidades en esta serie es mayor a otros estudios de características similares, lo que podría explicar la elevada letalidad en este grupo. Por otro lado, el desarrollo de AKI parece ser un factor determinante en el pronóstico. Los elevados costos y múltiples recursos destinados a esta patología, en paralelo al envejecimiento de la población, hacen necesario realizar más estudios en este grupo etario.

CL25-REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA PARA DETERMINAR LA INCIDENCIA DEL HERPES ZOSTER EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS EN LA UNION EUROPEA, SUIZA Y EL REINO UNIDO.

Madrid C., Marijam A., Vroom N., Bhavsar A., Posiuniene I., Lecrenier N, Vroling H.. GSK, Santiago, Chile.

Introducción: El virus varicela-zóster (VVZ) infecta al 99,5% de la población. El VVZ causa la varicela al principio de la vida y posteriormente permanece latente en el organismo de la persona. Sin vacunación, se reactiva en alrededor del 30% de los individuos, causando el herpes zóster (HZ), también llamado culebrilla. Las personas con enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma tienen un alto riesgo de desarrollar HZ. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia del HZ entre grupos de riesgo específicos. Se realizó una revisión sistemática de la literatura (RSL) enfocada en pacientes adultos con enfermedades respiratorias crónicas en países de la Unión Europea, Suiza y el Reino Unido (RU). Aquí se presentan los resultados para EPOC y asma. **Materiales:** Se recopiló sistemáticamente, se evaluó críticamente y se resumió la mejor evidencia disponible sobre la incidencia de HZ en EPOC y asma publicada desde el 1 de enero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2021 utilizando PRISMA y las directrices de la Colaboración Cochrane para realizar RSL. **Resultados:** Esta RSL incluyó seis estudios que informaban la incidencia de HZ en pacientes con EPOC y asma. La tasa de incidencia de HZ fue de 4,7–11,2 por 1.000 personas-año para asma (4 estudios del RU, Alemania y España), y de 7,4–11,4 para EPOC (3 estudios de España y Alemania), con valores más altos reportados en subgrupos con uso de corticosteroides. Un estudio que abarcó un periodo de 10 años observó que la incidencia de HZ aumentaba con el tiempo. **Conclusiones:** Según la información disponible, la incidencia de HZ fue mayor en los pacientes con EPOC que en los pacientes con asma, y se observaron valores más elevados en los subgrupos que recibían corticosteroides orales. **Financiamiento:** GSK Presentación Anterior: ATS 2023, 19–24 May 2023. Am J Respir Crit Care Med 2023;207: A4804. DOI: 10.1164/ajrccm-conference.2023.207.1_MeetingAbstracts.A4804. **Conflictos de interés:** CM, AB, AM, IP y NL son empleados de/tienen acciones en el grupo de empresas GSK. HV y NV son empleados de P95/Pallas. P95/Pallas ha recibido financiamiento del grupo de empresas GSK para el trabajo presentado, y tiene/ha tenido contratos con AstraZeneca, el grupo de empresas GSK, Pfizer, Sanofi y Seqirus fuera del trabajo presentado. Pallas, una empresa P95, tiene/ha tenido contratos con Orchard, Biomarin, Daiichi, Bavarian Nordic, Bayer y Sanofi fuera del trabajo presentado. No hay otros conflictos de intereses que comunicar.

CL26-ENFOQUES ACTUALES EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA NEUMONÍA GRAVE: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD.

Torres G., Ramos A., Arroyo A., Pérez C., Reyes F. Clínica Red Salud Vitacura; Clínica Red Salud Santiago; Clínica Las Condes; Hospital San José, Clínica Las Condes; Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La neumonía comunitaria es una afección con alta morbilidad y mortalidad, requiriendo en ocasiones manejo en cuidados intensivos. Es vital identificar el agente causante y administrar antibióticos. Recientes estudios y recomendaciones reavivaron el debate. Esta encuesta examina prácticas y recursos actuales. **Método:** Estudio descriptivo, aplicado a profesionales en cuidado crítico en Chile y Sudamérica. 90% médicos; 10% enfermeros y kinesiólogos. Encuesta *online* del 1 Julio al 15 agosto 2023, enfocada en abordaje de neumonía grave. **Resultados:** 109 encuestados. Intensivistas (17,4%), internistas (25,7%), urgenciólogos (6,4%), broncopulmonares (3,7%), otras especialidades (36,7%), enfermeros (5,5%), kinesiólogos (4,6%). Estiman que 30-50% de hospitalizados tienen diagnóstico de neumonía grave. Los criterios para UPC: alto requerimiento oxígeno, apoyo ventilatorio, compromiso hemodinámico y neumonía multifocal. En estudio etiológico, realizan hemocultivos (67%), Gram y cultivo (60%), antígenos urinarios (48%), paneles virales (39%), identificando el agente en 30-50% de casos. 78% accede a fibrobroncoscopia y 61% a *Film Array*. 60% usa terapia antibiótica doble. 70% utiliza esteroides, principalmente para shock séptico y parámetros inflamatorios altos. Efecto secundario más común: hiperglucemia. **Conclusiones:** La neumonía comunitaria sigue siendo un reto en salud. La encuesta aporta perspectivas sobre su manejo. Nuevas guías y estudios impactan la atención clínica.

CL27-EXPERIENCIA EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA CLINICA ASOCIADA A ESTUDIO MICROBIOLÓGICO CON LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES ADULTOS EN UN CENTRO TERCARIO.

Quezada M^a de la Luz, Salas A., Loor A., Farias P. Servicio Enfermedades Respiratorias, Hospital Militar Santiago

INTRODUCCIÓN: El lavado broncoalveolar (LBA) por fibrobroncoscopia (FBC) es una importante herramienta en la evaluación de diferentes enfermedades respiratorias a través del estudio de: recuento celular, fórmula diferencial, estudio microbiológico, búsqueda de células neoplásicas, entre otros. Algunas publicaciones han cuestionado su utilidad con relación a los hallazgos encontrados y la ausencia de cambio en conducta clínica con este procedimiento, existiendo además la posibilidad de generar complicaciones y costos adicionales. El objetivo principal de nuestro trabajo es evaluar la frecuencia de modificación de conducta clínica en los pacientes estudiados. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de los LBA por FBC realizados en pacientes adultos del Hospital Militar de Santiago, desde enero a julio del año 2023. Las variables cuantitativas estudiadas fueron: número de estudios realizados, edad, género, positividad de estudio microbiológico, en tanto que las cualitativas consignadas son: indicación diagnóstica, modificación de conducta clínica (inicio, suspensión y/o cambio de tratamiento antimicrobiano), resultado del estudio citológico/microbiológico y complicaciones. Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética correspondiente. **RESULTADOS:** Se realizó un total de 37 FBC en el período estudiado y 34 LBA. De los pacientes estudiados 28 (76%) se encontraba hospitalizado, 9 se estudiaron ambulatoriamente. De los hospitalizados, el 25% se encontraba en alguna unidad de paciente crítico. La edad promedio de los pacientes fue 65 años, con un rango que va entre los 18 y 88 años, distribuidos en un 51% de hombres y un 49% de mujeres. La indicación diagnóstica más frecuente fue estudio infectológico (86%) y la menos solicitada fue para determinar exacerbación de enfermedad pulmonar difusa (4%). El 53% de los LBA permitió aislar algún agente infeccioso, con predominio de infecciones bacterianas por *Haemophilus sp*, *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS), *Pseudomona sp*, y *Stenotrophomona maltophilia*, seguida por *Mycobacteria tuberculosis* y *avium*. En 4 casos hubo coinfección con 2 agentes. El resultado del procedimiento y análisis de LBA significó un cambio de conducta clínica en la mayoría de los pacientes (97%). Del total de los procedimientos, se observó un 27% de complicaciones siendo la más frecuente la desaturación durante la FBC; se registraron 2 complicaciones graves: shock séptico post procedimiento y depresión respiratoria. **CONCLUSIONES:** En nuestro centro, el lavado broncoalveolar es una herramienta segura que en la mayoría de los casos modifica conducta clínica.

CL28-DESEMPEÑO DE LAS NUEVAS PRUEBAS DE CAMPO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE EJERCICIO EN PACIENTES CON EPOC.

Mendoza L^{1,9}, Espinoza J², Felmer A³ Alarcón L.³, Cuitiño L.⁷, Ugarte T.³, Muñoz S.^{4,5}, Adriaola L⁵, Torres R⁶, Solís L⁶, Soto L⁸, Valencia E⁸, Vásquez D⁵, Moreno A.⁵, Aguayo M.⁴, Mendoza G⁹, Muñoz K.¹, Cavada G¹⁰. ¹Sección Neumología, Hosp. Clínico Univ. de Chile (HCUCh) ²Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Univ. de Chile (FMUCh). ³Depto. Kinesiología, Facultad de Medicina, Univ. de Concepción ⁴Facultad de Medicina, Univ. de Concepción. ⁵Hospital Las Higueras de Talcahuano ⁶Depto. Kinesiología, FMUCH. ⁷Servicio Oftalmología, HCUCh. ⁸Servicio Medicina Física y Rehabilitación, HCUCh. ⁹Servicio Broncopulmonar, Clínica Alemana de Santiago. ¹⁰Depto. Epidemiología, Escuela de Salud Pública, FMUCH.

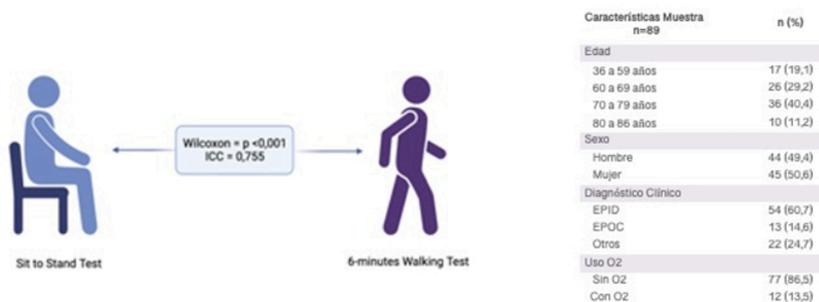
Introducción: La capacidad de ejercicio es muy relevante en los pacientes con EPOC porque su disminución tiene impacto clínico y pronóstico. Se recomienda su medición en forma regular mediante una prueba de campo, lo cual se lleva a cabo habitualmente mediante la caminata de 6 minutos, ampliamente estandarizada y validada. En los últimos años han surgido nuevas pruebas de campo como el *sit to stand* de 1 minuto y la prueba de los 4 metros, más breves y simples, y que se pueden realizar en forma remota, sugiriéndose su uso como alternativas a la caminata de 6 minutos para evaluar la capacidad de ejercicio en la EPOC. El propósito del presente trabajo es evaluar el desempeño de las pruebas *sit to stand* de 1 minuto y la prueba de los 4 metros en pacientes con EPOC. **Materiales:** Estudio descriptivo transversal utilizando la información obtenida en pacientes con EPOC tabáquico estable reclutados en ensayo clínico randomizado multicéntrico cuyo propósito es determinar el efecto del incentivo de la actividad física sobre la incidencia de las exacerbaciones agudas. De las pruebas de campo para la caminata de 6 minutos se utilizó el registro de la distancia recorrida en metros, para el *sit to stand* de 1 minuto el número de veces que el paciente se incorpora luego de sentarse, de una silla durante 1 minuto (ciclos/min) y para la prueba de 4 metros la velocidad de la marcha en 4 metros (m/s). **Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes con EPOC, edad promedio de 73 años, 7 mujeres. Datos espirométricos: VEF1/CVF post broncodilatador promedio = 58% y VEF1 % del predicho promedio = 67%. La distancia promedio de la caminata de 6 minutos fue de 435 metros, en el *sit to stand* el número de repeticiones promedio fue de 22 ciclos por minuto y en la prueba de 4 metros la velocidad fue de 1,25 metros por segundo. Se observó correlación significativa y positiva entre la distancia recorrida en la caminata de 6 minutos y el número de ciclos en el *sit to stand* de 1 minuto ($r=0,6094$, $p = 0,0026$). En cambio, no hubo correlación significativa entre la distancia de la caminata de 6 minutos y la velocidad de la marcha en la prueba de los 4 metros ($r= 0,0225$. $p = 0,9010$). **Conclusiones:** Según los resultados observados, el *sit to stand* de 1 minuto puede ser una alternativa confiable para estimar la capacidad de ejercicio en pacientes con EPOC. Fuente de financiamiento: Concurso FONIS 2019, Proyecto SA19I0179 Aprobado por Comité Ético-Científico, Hospital Clínico Universidad de Chile

CL29-COMPARACIÓN CAÍDA DE LA SATURACIÓN ARTERIAL DE PULSO DE OXÍGENO (SPO2) EN ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA, MEDIANTE SIT TO STAND Y PRUEBA DE MARCHA 6 MINUTOS.

Díaz-Hinojosa D., Herrera K., Florenzano M., Fuentes J., Deza C., Ibarra C., Pinto A., Parada MT. Clínica Universidad de Los Andes.

Introducción: La vida diaria de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Crónica (EPC) se caracteriza por intolerancia al esfuerzo físico asociado a síntomas respiratorios. Dentro de otras evaluaciones, el estudio de hipoxemia en esfuerzo se realiza generalmente mediante pruebas de campo (Prueba de Marcha 6 minutos, PM6m); sin embargo, recientemente el Sit to stand 1 min (STS1m) se ha propuesto como alternativa excluyente para evaluar la capacidad física y la caída en la saturación de pulso arterial de oxígeno (SpO₂). **Objetivo:** Comparar el STS1m respecto al PM6m en relación a la caída de SpO₂ en pacientes con EPC. **Método y Materiales:** Se recolectaron datos de pacientes que fueron evaluados por motivos diagnósticos o siendo parte del programa de Rehabilitación Pulmonar de Clínica Universidad de los Andes (PRP-CUANDES). Los sujetos no tenían limitaciones articulares o físicas frente al esfuerzo locomotor. Cada sujeto realizó 2 pruebas (PM6m y STS1m), comparándose a isotiempo y registrándose el nadir. Para la medición se utilizó Rad-5®. Oximetría de pulso Massimo SET®. Aprobado por comité de ética de la UAndes (Folio: CEC2023094). Se realizó un análisis retrospectivo de fichas clínicas (mayo 22 – agosto 23). **Análisis estadístico:** se utilizó la Prueba de Wilcoxon y Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC). **Resultados:** De 89 participantes, 60% presentó diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) y 87% de los usuarios realizó las mediciones sin oxígeno adicional. El Nadir (%) de STS1m fue Md=93 [82-99]), mientras que el Nadir (%) de PM6min fue Md=86 [67-98]). Al comparar la caída de SpO₂, se observaron diferencias significativas ($p \leq 0,001$) y sólo una concordancia interna de carácter moderado al evaluar el ICC entre STS1min y PM6min ($ICC/\alpha Cronbach = 0,755$), de igual forma que en los grupos con EPI y Uso de O₂ ($p \leq 0,001$; $ICC/\alpha Cronbach = 0,768$). **Conclusiones:** En los pacientes que fueron evaluados por motivos diagnósticos o que fueron parte del PRP-CUANDES, el STS1m no sería completamente homologable respecto al PM6min (Gold estándar) en relación con la caída de SpO₂. Estos hallazgos preliminares, sugieren que sería controversial utilizar el STS1m como herramienta alternativa, excluyente o de reemplazo a la PM6min, debido a que podría subestimar información respecto a la desaturación de los usuarios, independiente de la EPC de base y del uso de O₂.

Figura 1. Comparación de Sit-to-Stand-1min con la Prueba-Marcha-6minutos respecto a la caída SpO₂ en pacientes con Enfermedad Pulmonar Crónica



CL30-EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO PROACTIVE PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON EPOC EN CHILE.

Mendoza L.^{1,9}, Espinoza J.², Felmer A.³, Alarcón L.³, Cuitiño L.⁷, Ugarte T.³, Muñoz S.^{4,5}, Adriaola L.⁵, Torres R.⁶, Solís L.⁶, Soto L.⁸, Valencia.⁸, Vásquez.⁵, Moreno A.⁵, Aguayo M.⁴, Mendoza.⁹, Muñoz K.¹, Cavada G.¹⁰ 1: Sección Neumología, Hosp. Clínico Univ. de Chile (HCUCh)2. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Univ. de Chile (FMUCh)3: Depto Kinesiología, Facultad Medicina, Universidad de Concepción. 4.Facultad de Medicina, Universidad de Concepción 5. Hospital Las Higueras de Talcahuano. 6. Depto. Kinesiología, FMUCh.7: Servicio de Oftalmología, HCUCh. 8: Servicio Medicina Física y Rehabilitación, HCUCh. 9: Servicio Broncopulmonar, Clínica Alemana de Santiago10: Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, FMUCh.

Introducción: La actividad física (AF) es relevante en los pacientes con EPOC, su reducción es un factor de riesgo independiente de hospitalizaciones y mortalidad. Se puede medir con cuestionarios y con monitores de movimiento como podómetros y acelerómetros. Sin embargo, cada uno de estos instrumentos tienen sus sesgos por lo cual se ha validado en Europa un instrumento de medición que se denomina Proactive que captura a la vez la AF desde la perspectiva del paciente en combinación con la medición objetiva de AF utilizando acelerómetros. El instrumento Proactive, si bien ha sido validado en su versión en español, aún no ha sido utilizado en población latinoamericana con EPOC. El propósito de este estudio es conocer el desempeño del cuestionario *Proactive* en pacientes con EPOC en Chile. **Materiales:** Estudio descriptivo transversal utilizando la información basal obtenida en ensayo clínico randomizado multicéntrico cuyo propósito es determinar el efecto del incentivo de la actividad física sobre la incidencia de las exacerbaciones agudas en pacientes con EPOC estable. Se incluye el instrumento *Proactive* el cual tiene como componentes un cuestionario escrito y datos específicos obtenidos de la acelerometría. El puntaje se obtiene ponderando componentes de cantidad y de dificultad por igual, se presenta en forma porcentual de forma tal que a mayor porcentaje mejor nivel de AF. Se evaluó la correlación del instrumento *Proactive* con el número promedio de pasos diarios caminados obtenidos con el podómetro y con el puntaje obtenido en el cuestionario de calidad de vida de Saint George (SGRQ). **Resultados:** Se incluyen 22 pacientes con EPOC, edad promedio de 73 años, 7 mujeres. Datos espirométricos: VEF1/CVF post broncodilatador promedio = 58% y VEF1 post broncodilatador, % del predicho promedio = 67%. Los datos presentados corresponden a la evaluación basal de los pacientes. El puntaje obtenido del instrumento *Proactive* fue de $64,2 \pm 8,9\%$, el número promedio de pasos caminados fue de 4576 ± 2298 y el puntaje obtenido en el SGRQ fue de $32,6 \pm 21,6$ puntos. Se observó correlación significativa positiva entre los valores porcentuales del instrumento *Proactive* y los pasos caminados ($r = 0,5044$, $p = 0,0197$) y correlación significativa negativa con el puntaje del SGRQ ($r = -0,6316$, $p = 0,0021$). **Conclusiones:** Según los resultados observados, que el instrumento *Proactive* se desempeña bien para estimar la AF en pacientes con EPOC en Chile. Fuente de financiamiento: Concurso FONIS 2019, Proyecto SA19I0179

CL31-PRONOSTICO DE ESTADÍA HOSPITALARIA EN PACIENTES COVID-19 EGRESADOS VIVOS SEGÚN PERFIL DE INGRESO EN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DE CHILE.

Rojo M.^{1,2}, Horna-Campos O², Cavada G.², Roco A.¹ (1) Hospital Metropolitano. (2) Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Introducción: La infección por COVID-19 puede causar desde manifestaciones muy leves hasta la muerte. Son diversos los factores que influyen en la gravedad de la enfermedad y que inciden en el tiempo de estadía hospitalaria, siendo la presencia de comorbilidades y el perfil de ingreso de los pacientes a través de exámenes de laboratorio y factores sociodemográficos los más estudiados. **Objetivo:** Determinar el perfil pronóstico de estadía hospitalaria en pacientes COVID-19 que egresaron vivos del Hospital Metropolitano entre diciembre de 2020 y diciembre 2021. **Materiales:** Serie clínica. Se analizó la estadía hospitalaria en días y variables sociodemográfica, comorbilidades y de la atención de todos los pacientes adultos ingresados desde 01/12/2020 hasta 31/12/2021 al Hospital Metropolitano con diagnóstico de COVID-19. Las variables continuas fueron descritas mediante promedio y desviación estándar y las variables categóricas en frecuencias y porcentajes. La asociación se reporta en coeficientes e intervalos de confianza al 95% estimados a través de un modelo bivariado y multivariado lineal generalizado. En el modelo pronóstico final se ingresaron las variables según criterio de Hosmer-Lemeshow y se siguió el procedimiento *Step-wise*. El *software* utilizado fue STATA v17. **Resultados:** 2.523 pacientes egresaron vivos, de ellos 57,2% fueron hombres y la mediana de edad fue 56 años. Un tercio tenía antecedentes de sobrepeso, 28% de hipertensión y 18% de diabetes. El promedio de días de hospitalización fue 22,6 días \pm DE 23 (hombres 23,2 días \pm DE 25,5; mujeres 20,7 días \pm DE 19,55). Las variables que explican la estadía prolongada fueron: Diabetes Mellitus (coef. 11,7 IC95% 5,1-18,4), hemoglobina (coef. -1,8 IC95% -1,1- -2,6), plaquetas (coef. -0,02 IC95% -0,01- -0,03), LDH (coef. 0,02 IC95% 0,01-0,03), neutrófilos (coef. 0,001 IC95% 0,000- 0,001), glucosa (coef. 0,04 IC95% 0,01- 0,07) y dímero D (coef. 2,9 IC95% 1,5-4,5). **Conclusiones:** La mayor estadía hospitalaria se asoció principalmente con el antecedente de diabetes, seguido del aumento de dímero D y una disminución de la hemoglobina en 1,8 g/dL. En menor medida con el aumento de LDH, neutrófilos y glucosa al ingreso al hospital, así como, y disminución de plaqueta en $0,02 \times 10^3/\mu\text{L}$.

CL32-SÍNDROME INFLAMATORIO SISTÉMICO DEL ADULTO.

Prenafeta G.¹, Chacón De La Cruz F.², Reyes F.³, Torres G.⁴. Hospital Dipreca¹, Universidad de los Andes², Instituto Nacional del Tórax³, Clínica Red Salud Vitacura⁴.

Introducción: El Síndrome Inflamatorio Sistémico del Adulto, es una respuesta inflamatoria desmedida del sistema inmunológico que afecta a varios órganos y tejidos. A diferencia de otros síndromes inflamatorios más conocidos en pediatría, en adultos es menos caracterizado, pero puede resultar en complicaciones graves. Se presenta un caso de síndrome inflamatorio del adulto en relación a vacuna SARS-CoV2. **Descripción del caso:** Masculino de 77 años que, desde noviembre de 2022, presenta evolución de una semana con disnea progresiva hasta llegar a pequeños esfuerzos, opresión en el pecho, compromiso del estado general, sudoración nocturna y baja de peso, sin tos ni expectoración. Múltiples consultas y estudios complementarios, destaca TC de tórax que describe derrame pleural bilateral y pericárdico. Refiere haber recibido la vacuna bivalente contra SARS-CoV-2 dos semanas antes del inicio de los síntomas. Se indica hospitalización. Control de parámetros inflamatorios elevados. Se realiza toracocentesis que evidencia exudado no complicado de predominio linfocítico con estudio microbiológico negativo. Estudio reumatológico, ANA positivo 1/320 AC-2 nuclear granular fino denso, IgG4 sangre normales. Resto del estudio negativo. Biopsia, Pleura parietal en múltiples muestras, inflamatorio no granulomatoso negativo para neoplasia. Estudio de IgG4 No cumple criterios mínimos para enfermedad. Estudios microbiológicos solicitados todos negativos, incluido PCR Universal Bacterias y Hongos negativos. PCR TBC negativo. Se inició empíricamente curso corto de terapia esteroideal, disminuyendo paulatinamente parámetros inflamatorios. Última imagen de control mantiene signos de poliserositis pero de menor cuantía. En este contexto habiendo realizado estudio exhaustivo de posibles causas de poliserositis es que se postula hipótesis que el cuadro presentado pudiera estar en relación con un síndrome multi-sistémico del adulto post vacuna contra SARS-CoV2. **Diagnóstico:** Síndrome inflamatorio sistémico del adulto post vacunación. **Discusión:** Nos encontramos ante un diagnóstico de exclusión. La secuencia temporal posterior a la vacunación, sumado a la exclusión de otros diagnósticos diferenciales, el estado inflamatorio persistente sin mediar patología demostrable y excelente respuesta a la corticoterapia orienta finalmente a este diagnóstico. Resulta interesante resaltar que este síndrome, fue reportado inicialmente en pacientes post COVID-19 por el CDC en el año 2020.

CL33-ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR COVID-19 PERÍODO 2020-2023 COMPARADA CON LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFECCIOSAS AGUDAS PERÍODO 2015-2019.

Cavada G., Mendoza L., Horna O., Herrera AM., Orellana J. Escuela de Salud Pública y Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Clínica Santa María y Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: Los virus respiratorios generan una inmensa carga de enfermedad con una letalidad de alrededor de 0.5%. Sin embargo, con la llegada del COVID-19, aumentó a 2-6% dependiendo del país. En Chile alcanzó el 4%, en los años 2020 y 2021. Este trabajo tiene como objetivo comparar las incidencias de mortalidad por COVID-19 de los años 2020 al 2023 respecto a la mediana de incidencia de mortalidad de enfermedades respiratorias infecciosas agudas (ERIA) equiparables a COVID-19 entre los años 2015 al 2019. **Materiales:** Diseño ecológico poblacional. Los registros de mortalidad se extrajeron de la base de mortalidad del DEIS, cuyos diagnósticos seleccionados fueron J09X, J100, J101, J108, J110, J111, J118, J120, J121, J122, J123, J128, J129 y J189 del código CIE-10, años 2015-2019. Usando la mediana del número de muertes y de habitantes de este período por mes, se generó el período de comparación. Las muertes mensuales por COVID-19 se obtuvieron de las cifras oficiales reportadas por el MINSAL. Mediante un modelo de regresión de Poisson se comparó cada mes de cada uno de los años de pandemia con el período de comparación, a través de IRR (Razón de Tasas de Incidencia). Cuando el IRR asociado al período COVID-19 fue significativamente menor 1, se consideró que se sumergió en la mortalidad habitual ERIA previa a la pandemia. Se utilizó una significación del 5% e intervalos de confianza de 95%. Los datos se procesaron en STATA V.18.0. **Resultados:** La incidencia de muerte del período previa a la pandemia fue de 1,28 [muertes/mes por 100 habitantes], las incidencias de muerte por COVID-19 para los años 2020, 2021, 2022 y hasta el 31 de agosto del 2023 fueron: 7.11, 9.53, 5.19 y 1.06 [muertes/mes por 100 habitantes] respectivamente. La IRR para el año 2023 respecto al periodo de comparación ajustada por mes fue de 0,78 ($p=0,000$ IC:0.73-0.83). En abril se sumerge la incidencia de mortalidad por COVID-19 respecto al periodo de comparación. Al comparar los meses de agosto de 2023 y del comparador se obtiene una IRR=0.55 ($p=0.000$ IC: 0.49-0.62), es decir, el mes de agosto del período de comparación es 82% mayor que la mortalidad por COVID-19 en el mismo mes del 2023. **Conclusiones:** Los resultados muestran mayor mortalidad por COVID-19 hasta el año 2022 y desde el año 2023 la mayor mortalidad está dada por las ERIA, siendo más probable fallecer por una ERIA que por COVID-19. Este análisis basado en incidencias de mortalidad puede ser un criterio útil para levantar una emergencia sanitaria producida por una epidemia.

CL34-INFECCIÓN PERSISTENTE POR SARS COV2 EN PACIENTES TRATADOS CON RITUXIMAB

Bustos V., Reyes C., Villalobos C., Gutiérrez Clavería M., Peña A., Urquieta MS., Sagredo J. Hospital Naval Almirante Nef, Clínica BUPA Reñaca.

Introducción: Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal anti CD20 utilizado para el manejo de neoplasias hematológicas de células B y enfermedades autoinmunes. Los pacientes infectados por SARS CoV2 que han recibido RTX tienen una habilidad reducida para montar una respuesta mediada por anticuerpos (AC) post vacunación y/o infección por COVID 19, permitiendo una replicación viral activa y prolongada. **Descripción del caso:** Varón de 58 años con antecedente de linfoma de células del manto en remisión, en tratamiento con RTX. Presentó infección por SARS CoV2 severa, con desarrollo a los 3 meses de la primoinfección de tos seca, disnea, opacidades en vidrio esmerilado migratorias y fiebre diaria mayor a 38°C, sin insuficiencia respiratoria. Esquema de vacunación completa (2 Sino-vac, 2 Pfizer y 1 Moderna). Se asoció hipogamaglobulinemia secundaria a RTX, parámetros inflamatorios elevados y PCR positiva para SARS CoV2 en muestra nasofaríngea y de lavado bronco alveolar (LBA). Se estudió con hemocultivos periféricos, cultivo corriente de expectoración y microbiología completa de LBA: PCR citomegalovirus, PCR tuberculosis, PCR P. jirovecci, galactomanano, cultivo corriente, cultivo de hongos y cultivo acelerado de micobacterias, los cuales fueron todos negativos. Un PET-CT y un estudio de médula ósea descartaron recidiva de linfoma. Ante sospecha de neumonía en organización por COVID 19 se inició prednisona 60 mg al día, pero se mantuvo febril. Se concluyó infección persistente por COVID 19, indicándose manejo con inmunoglobulinas endovenosas (IgEV) 1 g/kg, logrando cese de fiebre y de síntomas respiratorios. **Diagnóstico:** Infección persistente por SARS CoV2 en pacientes tratados con rituximab. **Discusión:** La infección persistente por SARS CoV2 ha sido descrita en pacientes tratados con RTX, siendo evidenciada incluso mediante la replicación viral en muestras histológicas. En inmunodeprimidos el diagnóstico diferencial es complejo, siendo necesario descartar otras etiologías; ya sea infecciosas, hematológicas e inmunológicas. Actualmente se sugiere el diagnóstico mediante PCR SARS CoV2 en LBA. Dentro de las alternativas de terapéuticas están el uso de plasma convaleciente, o en su defecto, IgEV. Se describe además el uso de antivirales o anticuerpos monoclonales específicos contra SARS COV2, que actualmente están aprobados como profilaxis o y post exposición en pacientes de alto riesgo; sin embargo, son un recurso limitado y costoso. Considerando el amplio uso del RTX, es relevante conocer y sospechar esta complicación.

CL35-SARCOIDOSIS PULMONAR CON COMPROMISO CUTÁNEO CICATRICIAL (“SCAR SARCOIDOSIS”): REPORTE DE CASO.

Gallardo F., Soto L., Bertín L., Barría C. Hospital San Pablo de Coquimbo.

Introducción: La sarcoidosis cicatricial es una rara manifestación de la sarcoidosis cutánea, se desarrolla en cicatrices preexistentes, generando una lesión subcutánea localizada, el mecanismo patológico y pronóstico no es claro. La mayoría no requiere tratamiento y su indicación estaría dada por el compromiso sistémico. **Descripción del caso:** Sexo femenino, 72 años. Antecedentes de asma bronquial e histerectomía por cáncer uterino a los 40 años. Cuadro de baja de peso no cuantificada de 5 meses de evolución y compromiso del estado general. Consultó en servicio de urgencias por dolor torácico, descartándose síndrome coronario agudo, se realizó AngioTAC de tórax sin evidencia de tromboembolismo pulmonar, evidenciándose lesión pulmonar informada como masa con centro necrótico y adenopatías hiliares, indicándose estudio ambulatorio por sospecha de cáncer pulmonar. Consulta en otro centro, donde se solicitó PET/CT, el que mostró adenopatías mediastínicas e hiliares hipermetabólicas, algunas con centro hipodenso, además de área lineal de mayor densidad del tejido adiposo de la pared abdominal anterior en fosa iliaca derecha hipermetabólico, de naturaleza indeterminada. Se realiza broncoscopia que ve infiltración difusa de bronquio fuente izquierdo, estudio bacteriológico negativo, biopsia no compatible con neoplasia. Se decide biopsia quirúrgica de adenopatías mediastínicas, la que evidenció linfonodos con proceso inflamatorio crónico granulomatoso, con necrosis focal, tinción Ziehl Neelsen negativa. PPD negativo (0 mm) Es reevaluada en otro centro, identificándose en examen físico, lesión indurada violácea en cicatriz de histerectomía, refiriendo exudación de la lesión de forma ocasional, se realiza biopsia, compatible con proceso granulomatoso no caseoso sarcoideo. **Diagnóstico:** Cuadro clínico compatible con sarcoidosis cicatricial (“Scar sarcoidosis”), con compromiso sistémico pulmonar. Se inicia terapia con prednisona 0,5mg/kg, con buena respuesta. Se controla con TAC de tórax por 3 años consecutivos, evidenciándose disminución progresiva del tamaño de las adenopatías. PET/CT 9 años posterior sin evidencia de lesiones morfológicas ni hipermetabólicas sospechosas. **Discusión:** Existe escasa literatura en relación a la sarcoidosis cicatricial, con poca descripción de su asociación al compromiso sistémico. El compromiso cicatricial en este caso, fue clave para lograr diagnóstico certero. El compromiso cicatricial pareciera tener un curso benigno y se describe buena respuesta al uso de esteroides, tal como fue en esta paciente.

CL36-ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA ASOCIADA A AMILOIDOSIS: CASO CLÍNICO.

Reyes C.¹⁻², Tamblay C.¹, Sotomayor J.¹⁻². (1) Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar (2) Clínica Bupa, Reñaca.

Introducción: La amiloidosis (AMI) implica el depósito extracelular de proteínas anormales, llevando a falla multi-orgánica. Tiene una incidencia anual estimada de 10 casos por millón de personas (2); siendo la médula ósea (MO) el lugar más comúnmente afectado. AMI pulmonar (AMIP) se caracteriza por el subtipo amiloide AL y puede localizarse o asociarse con afectación sistémica, presentándose en un patrón nodular, difuso alvéolo-septal o traqueobronquial. Puede ser asintomática hasta grave. AMIP generalmente se sospecha por primera vez en una TC de tórax, sin traducción imagenológica habitual, determinando un patrón restrictivo con alteración de la DLCO. El diagnóstico requiere biopsia de tejido con identificación de los depósitos con tinción rojo Congo bajo luz polarizada. **Caso:** Hombre 47 años, DM2, sífilis secundaria tratada. IPA 30, detenido hace 1 año. Acude en abril 2022 por 1 año de disnea (mMRC =3) con compromiso del estado general y edema. Múltiples consultas con Ecocardiograma (Eco2D) de enero 2022 normal, AngioTC de tórax de diciembre 2021 descrito con patrón en empedrado asociado a EPD no clasificable y compromiso bronquial difuso con engrosamiento de la pared, sin inflamación y sin TEP. Laboratorio enero 2022 con autoinmunidad negativa, anemia ferropénica, función renal normal, HIV negativo y VHS 84 mm/h. Espirometría con patrón restrictivo (CVF 52%) y una DLCO 41%. Colonoscopia y endoscopia descritas como normales. Al ingreso con edema, signos de insuficiencia cardiaca y macroglosia. Eco2D abril 2023 con disfunción sistólica leve y diastólica moderada, con signos de AMI. Se realiza biopsia de lengua que muestra depósito de amiloide. Estudio por hematología (inmunofijación en sangre y orina además de biopsia de MO) confirma Mieloma Múltiple como causa primaria de AMI A LAS cadenas livianas Lambda. PET CT sin lesiones hipermetabólicas. Se inicia terapia con daratumumab, bortezomib, lenalidomina y dexametasona. Sin respuesta oncológica favorable, falleciendo en septiembre 2022. **Discusión:** AMI determinó el desarrollo de EPD con función pulmonar e imagen compatible. Descartadas las causas habituales de EPD y dados hallazgos al examen y Eco2D, se hizo necesario descartar AMI. El manejo corresponde al tratamiento de su cuadro de base, con alta mortalidad por disfunción orgánica.

CL37-ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA PATRÓN NIU EXACERBADA ASOCIADA A RO-52 (+) Y OJ (+) A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gallardo F., Gajardo R., Jiménez J., Bertín L. Hospital San Pablo de Coquimbo.

Introducción: Los anticuerpos anti Ro-52 corresponden a una forma antigénica del ya conocido anticuerpo Ro, presentes en múltiples enfermedades del tejido conectivo (ETC), como en el Síndrome de Sjögren primario (SSP), Miopatías inflamatorias, entre otras. El anticuerpo Anti- sintetasa de isoleucil (OJ) se asocia a miositis y está incluido dentro de los anticuerpos causantes del síndrome antisintetasa (SAS). La presencia aislada de cualquiera de estos anticuerpos se describe en enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) con distintos patrones tomográficos según la asociación con otras patologías, incluso en ausencia de otras manifestaciones clínicas. **Descripción del caso:** Sexo femenino 68 años. Cuadro clínico de 1 año de evolución de disnea mMRC 2, tos sin expectoración, compromiso del estado general. TC de tórax de alta resolución realizado ambulatorio evidenció EPID fibrótica, patrón probable neumonía intersticial usual (NIU), adenopatías mediastínicas. En estudio inmune destacaba: Panel de miositis con Ro-52 65 (Positivo fuerte). Destaca síndrome seco (Xeroftalmia, Xeroftomía). Se mantenía con estudio y seguimiento ambulatorio cuando es derivada desde policlínico por disnea de reposo (mMRC 4) asociada a desaturación hasta 70%. No presentó fiebre. Sin leucocitosis y Proteína C reactiva baja. Estudio microbiológico por hisopado nasofaríngeo y de expectoración negativos. TC de tórax de alta resolución (1 año de diferencia con estudio previo) con hallazgos compatibles con EPID patrón NIU con progresión significativa asociado a opacidades en vidrio esmerilado bilateral. **Diagnóstico:** Se solicita estudio inmune donde destacaba: Panel de miositis: OJ 13 (Positivo) Ro-52 27 (Positivo). En contexto de EPID secundaria a ETC con Ro-52 y OJ positivos exacerbada, se inician bolos de metilprednisolona 250 mg por 3 veces y Micofenolato 1g c/12h con buena respuesta clínica, logrando titulación de oxígeno hasta naricera 1L/min, siendo dada de alta con oxígeno domiciliario. Al seguimiento y control 1 mes posterior al alta mantenía requerimientos de 1L/min de oxígeno, con mejoría de la disnea mMRC 1. **Discusión:** En el caso clínico se vislumbra la importancia del rol actual en el diagnóstico de EPID del panel de miositis. La positividad tanto del Ro-52, y del OJ se describen como causantes de EPID de forma aislada y con cursos rápidamente progresivos, ambos con buena respuesta a esteroides. La positividad del anticuerpo OJ por sí solo confiere alta especificidad para el SAS.

CL38-DISFAGIA ILÓGICA EN SARCOIDOSIS: ACALASIA, MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE.

Cea X., Rubinstein T., Hofmann E., Orrego C. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica de etiología desconocida, que infiltra casi todos los tejidos, causando daño en distintos órganos. Con frecuencia hay afección pulmonar, siendo raro el compromiso gastrointestinal y excepcional el esofágico, como proceso inflamatorio granulomatoso en la mucosa o induciendo un trastorno motor por alteración del plexo nervioso esofágico y la musculatura lisa, pudiendo producir acalasia, trastorno idiopático primario de la motilidad del esófago caracterizado por una alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior tras la deglución y ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico. **Descripción del caso:** Mujer de 65 años con antecedentes de sarcoidosis pulmonar diagnosticada el año 2011 por cuadro de disnea y compromiso radiológico pulmonar. Inició tratamiento con prednisona 40 mg al día reduciéndose con el tiempo hasta llegar a 5 mg diarios. Continuó en control ambulatorio regular y se mantuvo en tratamiento con estabilidad clínica y funcional. En el año 2018 inicia cuadro de disfagia ilógica asociado regurgitación. Se realiza endoscopia digestiva alta que no muestra hallazgos patológicos, por lo que se decide realiza esofagograma con bario diagnosticándose acalasia esofágica. **Diagnóstico:** El diagnóstico se realiza en un paciente con confirmación diagnóstica de sarcoidosis con endoscopia digestiva alta, estudio con bario y manometría esofágica que confirme el trastorno motor esofágico. **Discusión:** En la sarcoidosis la afectación gastrointestinal es poco habitual, siendo la esofágica extremadamente rara. La acalasia asociada a sarcoidosis es una forma de presentación clínica excepcional. En la literatura médica hay poca información sobre trastornos de la motilidad tipo acalasia secundaria a sarcoidosis. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización del proceso granulomatoso en el esófago siendo la disfagia la presentación más frecuente. El diagnóstico puede ser todo un desafío tanto por la rareza de la enfermedad como por la necesidad del estudio histopatológico, quedando siempre la duda de si existe un infra diagnóstico de esta patología. La endoscopia digestiva alta, estudio con bario y la manometría esofágica son herramientas valiosas para el diagnóstico oportuno y tratamiento, siendo las modificaciones en la dieta, inhibidores de la bomba de protones, corticoides y la miotomía endoscópica las opciones terapéuticas.

CL39-CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR.

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

Introducción: El síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS) es un problema de salud prevalente y a menudo subdiagnosticado en el adulto mayor de 65 años. **Objetivos:** Describir las características sociodemográficas, clínicas y trastornos del sueño en el adulto mayor de 65 años con SAOS comparado con una cohorte de adultos jóvenes. **Métodos:** Estudio clínico prospectivo realizado en sujetos roncadoreos atendidos en una clínica del sueño, a quienes se administraron cuestionarios de sueño y se realizó una poligrafía respiratoria o polisomnografía para confirmar el diagnóstico de SAOS. Se comparó las características clínicas y trastornos respiratorios del sueño en ambas cohortes. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher, y las variables continuas según su distribución con la prueba t de Student o la prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** Se evaluaron 1.512 pacientes, edad media: 56±14 años, 70% varones, 91,2% tenían comorbilidades y 70,3% tenían SAOS moderada-severa. Los síntomas clásicos de SAOS fueron menos reportados en el adulto mayor: ronquido (81,2% vs 84,5%), apneas presenciadas (69,5% vs 79,8%, $p<0,001$), fatigabilidad diurna (54,7% vs 77,3%, $p<0,001$), sueño poco reparador (75,6% vs 89,6%, $p<0,001$), sofocación nocturna (38,1% vs 50,7%, $p<0,001$) y somnolencia diurna excesiva medida con la escala de Epworth (43,9% vs 51,1%, $p<0,013$). En el adulto mayor fueron más frecuentes las comorbilidades (96,2% vs 89,4%, $p<0,001$), especialmente cardiovascular, respiratorias y metabólicas crónicas; mientras que la obesidad objetivada por datos antropométricos (índice de masa corporal, perímetro cervical e índice cintura-cadera), el índice de microdespertares, índice de desaturación (ID3%) y el índice de apneas-hipopneas fueron similares en ambos grupos. La magnitud de la hipoxemia nocturna objetivada en la oximetría de pulso (SaO_2 media, SaO_2 mínima y CT90%) fue mayor en el adulto mayor. **Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas, comorbilidades y trastornos respiratorios del sueño son diferentes en el adulto mayor con síndrome de apneas obstructivas del sueño, lo cual debería ser considerado en el proceso diagnóstico y la planificación del tratamiento.

CL40-ESTUDIO DE FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTOS CON SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO.

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

Introducción: El diagnóstico y la gravedad del síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAHOS) están basados exclusivamente en la medición del índice de apneas-hipopneas del sueño (IAH) medido mediante polisomnografía o poligrafía respiratoria, lo cual no considera la complejidad del trastorno funcional y ha dificultado la planificación del tratamiento. **Objetivos:** Describir los fenotipos clínicos de pacientes adultos con SAHOS atendidos en una clínica de sueño. **Métodos:** Estudio de conglomerados de pacientes adultos con SAHOS basados en elementos clínicos y cuestionarios de sueño (cuestionario de Berlín, Stop-Bang, Escala de Epworth y escala de somnolencia de Stanford) atendidos en la clínica de sueño de la Red de Salud UC Christus entre el 1 de enero de 2020 y 31 de diciembre de 2022. Se utilizó el análisis de clases latentes para identificar subtipos basados en variables clínicas y comorbilidades relevantes. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher, y las variables continuas según su distribución con la prueba t de Student o la prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** Se evaluaron 1.108 pacientes adultos con SAHOS, edad: 56 ± 14 años, 69% varones, 91% tenía enfermedades pre-existentes, especialmente hipertensión, diabetes y dislipidemia, 52% eran obesos y 70% tenían SAHOS moderado-grave. Se identificaron cuatro fenotipos clínicos: G1: Adultos jóvenes sexo masculino con sobrepeso u obesidad, baja carga de comorbilidades y somnolencia diurna moderada; G2: Adultos sexo masculino de edad intermedia con moderada carga de enfermedades cardiovasculares y metabólicas crónicas, oligosintomáticos; G3: Adultos de edad intermedia y predominio sexo masculino, con mayor carga de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas crónicas y somnolencia diurna severa; G4: Adultos mayores de ambos sexos con sobrepeso u obesidad y elevada carga de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas crónicas, con fragmentación del sueño. Los pacientes con SAHOS moderada-severa predominaron en G3 y G4 ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Se identificaron cuatro fenotipos clínicos de pacientes adultos con SAHOS atendidos en la clínica del sueño, lo cual nos permitirá examinar los factores de riesgo, la etiopatogenia de la condición y optimizar el manejo de los enfermos considerando sus características particulares.

CL41-CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN OBESIDAD (SHO) DEL PROGRAMA AVNIA DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE.

Urrutia V., Vidal D., Aguayo M., Yáñez J. Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente.

Introducción: La obesidad es una importante causa de comorbilidades especialmente en nuestro país. Es importante reconocer de forma temprana las enfermedades asociadas a esta patología, así como su tratamiento. El síndrome de hipoventilación obesidad (SHO) es una de las enfermedades asociadas a esta patología que se ha definido por la triada de obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) hipoventilación diurna ($PaCO_2 > 45 \text{ mm Hg}$) y respiración alterada durante el sueño, en ausencia de otra patología que explique las anormalidades respiratorias. Un tratamiento efectivo puede llevar a una mejoría clínica significativa, por ello la importancia de conocer los aspectos epidemiológicos y fisiopatológicos, de este síndrome para obtener un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Siendo sus pilares terapéuticos, la presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) y los cambios en el estilo de vida como la pérdida de peso. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de los pacientes con SHO ingresados al programa AVNIA y su evolución durante el primer año de tratamiento con VNI. **Material y método:** Se recolectaron los datos de manera retrospectiva mediante ficha electrónica. Se genera una tabla Excel con los diagnósticos y las características clínicas al ingreso al programa AVNIA (Edad, sexo, peso, talla, IMC, presiones de programación inicial del VNI (IPAP/EPAP)) y su evolución a los 6 y 12 meses. Además, GSA iniciales y a los 6 meses. Actualmente estudio en proceso de aprobación por el CEC de nuestra institución. **Características del estudio: Diseño:** Estudio transversal descriptivo. Temporalidad: Retrospectiva. Periodo de tiempo: enero 2012 a junio 2023. Muestra: Pacientes del programa AVNIA del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (HGGB) Población: 60 pacientes adultos con diagnóstico de SHO ingresados al programa AVNIA del HGGB entre año 2012 al 2023. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados al programa AVNIA entre enero 2012 a junio 2023. Criterios de exclusión: Pacientes ingresados al programa AVNIA con causas de hipoventilación distinta al SHO (Por ejemplo) - Cifoescoliosis severa. - EPOC severo - Enfermedades neuromusculares Pacientes fallecidos. Lugar: Servicio de medicina interna, HGGB. La interpretación de los datos se realizó en base al análisis de la tabla Excel generada con los datos de los pacientes obtenida de ficha clínica.

CL42-ASMA NO CONTROLADA CON EOSINOFILIA UN SIGNO DE ALERTA. REPORTE DE CASO DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS.

Vega G¹, Otárola A.² Armstrong M², Saavedra S.¹G., González P.¹, Manriquez J.¹. ¹Médico Hospital FACH, ²Interno Medicina Universidad Mayor de Santiago.

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangéitís (EGPA) corresponde a una afectación sistémica que se clasifica como vasculitis de las arterias pequeñas y medianas asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Sin embargo, la vasculitis a menudo no es evidente en las fases iniciales de la enfermedad, y aproximadamente el 60% no tiene ANCA detectables. **Descripción del caso:** Mujer de 70 años, con antecedentes de asma de difícil manejo, con 3 exacerbaciones previas en menos de 6 meses y aspergilosis broncopulmonar alérgica tratada. Consulta por disnea y síndrome consuntivo, destacando hemoglobina en 9.9 g/dL eosinofilia de 7980/mm³, plaquetas en 995.000/mm³, velocidad de hemossedimentación en 55 mm/h, proteína C reactiva en 13 mg/dL. Se realiza tomografía computarizada de tórax que muestra extensos consolidados pulmonares bilaterales de predominio en lóbulos superiores y derrame pleural bilateral. y broncoscopia con fórmula celular diferencial con predominio linfocitario sin eosinófilos y estudio extenso infeccioso negativo. Exámenes complementarios: Inmunoglobulina E aspergillus negativo, ANCA por inmunofluorescencia indirecta y ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas negativo, Anticuerpos antinucleares, Anticuerpos nucleares extraíbles, perfil de miositis negativos y Factor Reumatoide > 500 U/mL. Biopsia transbronquial con infiltrado eosinófilo sin lograr pesquisar capilaritis. Concluyendo Neumonía Eosinofílica hasta ese momento. Tras 3 meses del alta, consulta por aparición de lesiones papulares y urticariales no pruriginosas de coloración violácea en pierna derecha que no desaparecen a la presión asociadas a edema de extremidades inferiores bilateral. Se realiza biopsia cutánea, biopsia de médula ósea y panel completo de parásitos. Resultados: Triquinosis, Toxocariasis, Strongyloides, Fasciola hepática negativos, biopsia de médula ósea hematopoyética con desviación de la maduración hacia izquierda, linfocitosis y leve aumento de eosinófilo. Biopsia cutánea compatible con dermohipodermatitis eosinofílica con vasculitis de vasos de pequeño calibre, confirmando finalmente diagnóstico de EGPA. Se inicia Prednisona en dosis 0.5 mg/kg/día junto con profilaxis y vacunaciones. Evolucionando satisfactoriamente desde el inicio de la terapia. **Diagnóstico:** granulomatosis eosinofílica con poliangéitís. **Discusión:** La presentación más común de EGPA es asma, síntomas nasales, sinusales y neuropatía periférica. El asma mal controlada cuando se asocia con eosinofilia, debería generar una señal de alerta para buscar EGPA. El inicio temprano del tratamiento con esteroides y otros inmunosupresores suele conducir a un resultado favorable y una larga esperanza de vida.

CL43-MODIFICACIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE T2 TRATADO CON TERAPIA BIOLÓGICA EN CHILE.

Mesa S, Trujillo P, Barra J, Andino P, Muñoz A, Ebensperger G, Díaz P, Fernández P.
Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Chile.

Introducción: El asma grave se define como asma que requiere terapia con dosis altas de corticoide inhalado sumado a un segundo controlador de tipo broncodilatador de larga duración (LABA), anti leucotrieno o teofilina para prevenir el estado de “no controlado” o mantenerse como “no controlado” pese a este tratamiento. La administración de terapia biológica ha logrado modificar y mejorar la respuesta clínica y funcional en el paciente con asma grave de endotipo T2, acercándose al control de la enfermedad. El **objetivo** de este estudio fue comparar la evolución clínica de dos grupos de pacientes con asma grave: el primer grupo tratado con terapia biológica y el segundo grupo tratado con terapia convencional. **Materiales:** Mediante un estudio retrospectivo en la vida real, aprobado por el Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, se compararon 2 grupos de pacientes con asma grave con similar perfil clínico (n=44): grupo control (n=14) tratado con corticoide inhalado, corticoide oral (prednisona a dosis altas) + broncodilatador beta adrenérgico de larga duración (LABA, como salmeterol/formoterol) y grupo intervenido (n=30) con anticuerpos monoclonales (Omalizumab, Dupilumab o Mepolizumab) a través del tiempo (12 meses) y se analizaron variables clínico-funcionales como Asthma Control Test (ACT), cantidad de exacerbaciones, dosificación de corticoides orales y Volumen Espiratorio Forzado en 1 segundo (VEF1). **Resultados:** Se observó que el grupo intervenido con terapia biológica mejoró las variables analizadas tales como ACT (mejoría 73%), cantidad de exacerbaciones (disminución 67%), dosificación de corticoides orales (disminución 66%) y VEF1 (mejoría 28%) a lo largo de 12 meses en comparación al grupo tratado con terapia convencional, en el que se observó una disminución de ACT (-4,4%), aumentó cantidad de exacerbaciones (13,6%), aumentó dosis de corticoides orales (37%) y mejoró en 3,5% VEF1. **Conclusiones:** La regulación del mecanismo fisiopatológico de la respuesta T2 producido por la terapia biológica refleja cambios notables y favorables en la evolución clínica y funcional de los pacientes con asma grave, en comparación al grupo tratado con terapia convencional.

| Variable / Grupo | Grupo Control (n=14) | | | Grupo Intervenido (n=30) | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------|----------|--------------------------|--------------|----------|
| | 0 meses | 12 meses | % cambio | 0 meses | 12 meses | % cambio |
| ACT (puntaje) | 13,6 (±4) | 13 (±4) | -4,4% | 10,7 (±4) | 18,6 (±4) * | +73% |
| Exacerbaciones (Nº / 12 meses) | 2,57 (±1) | 2,92 (±1) | +13,6% | 7,3 (±4) | 2,4 (±1) * | -67% |
| Corticoide Oral (prednisona/mg) | 13,5 (±1,4) | 18,5 (±1,4) | +37% | 11,5 (±1,5) | 3,9 (±0,6) * | -66% |
| VEF1 (ml) | 1658(±706) | 1717(±597) | +3,5% | 1383(±600) | 1769(±725) * | +28% |

CL44-PREDICCIÓN DEL RIESGO DE EXACERBACIONES SEGÚN ORACLE (OXFORD ASTHMA ATTACK RISK SCALE) EN PACIENTES CHILENOS CON ASMA GRAVE TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA.

Fernández P., Trujillo P., Feijoo RM., Oyonarte M., Andino P. Programa Asma Severa – Instituto Nacional del Tórax (INT).

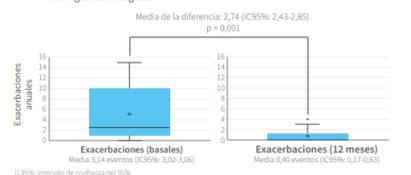
Reducir el riesgo de exacerbaciones es uno de los objetivos del tratamiento del Asma. La medición de biomarcadores como eosinófilos en sangre (Eos) y la fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO) identifica el fenotipo inflamatorio T2. Ambos marcadores son independientes y aditivos en su asociación con riesgo de Asma y exacerbaciones. La escala ORACLE se desarrolló con el fin de evaluar el riesgo de exacerbación del Asma estratificado según biomarcadores (Oxford Asthma Attack Risk Scale). El riesgo de exacerbación puede disminuirse con terapia adecuada. **Objetivo:** Evaluar el riesgo de exacerbaciones en pacientes que ingresan al Programa de Asma Severa del INT que cuentan con medición de FeNO y Eos mediante escala ORACLE, antes y después de un año de terapia biológica. **Pacientes y Método:** 17 pacientes (13 mujeres), edad promedio 56,2 años (rango 33-70 años) portadores de Asma no controlada a pesar de tratamiento paso 5 GINA, que ingresan al programa de Asma Severa del INT. Se aplicó la escala ORACLE utilizando ambos marcadores inflamatorios (Eos y FeNO) y se comparó con el valor de esta escala sin utilizar FeNO (opcional) antes y después de un año de terapia biológica (Dupilumab 9 pacientes, Mepolizumab 4 pacientes, Omalizumab 3 pacientes, Reslizumab 1 paciente). El análisis estadístico se efectuó mediante test "t" Student para muestras pareadas con un límite de confianza de 5%. **Resultados:** Previo al inicio de la terapia biológica el riesgo de exacerbaciones según ORACLE realizada con ambos marcadores fue $1,57 \pm 0,68$ y posterior al año de tratamiento con terapia biológica (8 pacientes) este riesgo se redujo a $0,84 \pm 0,32$ ($p < 0,05$). Como el FeNO es de uso limitado y esta escala permite el cálculo sin este biomarcador, ORACLE sin esta variable estima un riesgo previo al uso de biológicos de $1,37 \pm 0,42$ que se redujo a $0,97 \pm 0,39$ después de un año de tratamiento ($p < 0,05$). **Conclusiones:** En nuestros pacientes portadores de Asma Severa, la escala ORACLE demostró una notable y significativa reducción del riesgo anualizado de exacerbaciones después de un año de tratamiento con fármacos biológicos en relación con lo estimado previo al inicio de la terapia.

CL45-BENEFICIOS DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE: REGISTRO MULTICENTRICO CHILENO.

Fernández P., Trujillo P., Parada M., Marinovic MA, Díaz C., Toche P, Zegpi B, Osses F., Andino P., Poblete V., Oyonarte M., Feijoo R. Instituto Nacional del Tórax, Clínica U Andes, Clínica Santa María, Hospital Militar e Alergomed, Clínica Meds, Hospital biprovincial Quillota Petorca, Hospital Santiago Oriente.

Introducción: La terapia biológica ha cambiado el manejo del asma grave, al disminuir las exacerbaciones, mejorar los síntomas y reducir el uso de corticoides orales (CO). En algunos pacientes, lograría remisión de la enfermedad. En Chile se dispone de 5 biológicos para asma grave: anticuerpos anti-IgE, anti-interleucina-5, antirreceptor alfa de IL-5 y anti-IL-4/13. Si bien el efecto de estos medicamentos ha sido demostrado en la vida real, no existen publicaciones de la experiencia chilena. Nuestros objetivos fueron (1) evaluar la respuesta a 1 año de terapia biológica en asma grave en comparación al año previo; (2) proporcionar datos nacionales de los pacientes tratados con terapia biológica, en términos de la tasa de exacerbaciones y hospitalizaciones y el uso de CO en comparación con el año previo. **Materiales y método:** estudio multicéntrico nacional. Se registraron las variables demográficas, clínicas y terapéuticas, las exacerbaciones y hospitalizaciones. Se compararon los datos previos al tratamiento con los resultados después de un año de administración de biológicos. Se aplicaron pruebas estadísticas específicas para el tipo de variable elegida. **Resultados:** el registro incluyó a 74 pacientes (mepolizumab: 39 [52,7%]; omalizumab: 22 [29,7%]; reslizumab: 1 [1,3%] y dupilumab: 12 [16,3%]). No se registraron pacientes con benralizumab, dada su reciente aprobación en el país. Mujeres: 70,3%; edad promedio de $53,27 \pm 13,8$ años; eosinófilos: mediana $560/\mu\text{l}$ (rango: 0-2900). El 51,6% tenían rinosinusitis con poliposis asociada y el 52,3% eran corticodependientes. La media de exacerbaciones en el año previo fue de 3,14 por paciente (intervalo de confianza del 95% [IC95]: 3,02-3,26). El VEF1 tenía una mediana basal de 1330 ml (rango intercuartilo: 985-2039,5). Al año de tratamiento con biológicos, se observó reducción de las exacerbaciones a 0,4 por paciente (IC95: 0,17-0,63; $p < 0,001$), equivalente a un descenso del 87,2%. Las hospitalizaciones anuales se redujeron significativamente ($0,75 \pm 0,98$ a $0,14 \pm 0,35$; $p = 0,001$). La mediana del VEF1 a los 12 meses aumentó a 1700 ml (1275-2684); $p < 0,01$, con un incremento de 370 ml.

Figura 1. Reducción de la tasa anual de exacerbaciones luego de un año de tratamiento con agentes biológicos.



Reducción 87,2% ($p < 0,01$).

Conclusiones: Este primer reporte chileno confirma los beneficios de la terapia biológica demostrados en los estudios clínicos, con disminución de las exacerbaciones, hospitalizaciones y necesidad de CO en pacientes con asma grave.

CL46-MUCORMICOSIS INVASORA EN RECEPTOR DE TRASPLANTE CARDÍACO.

Piderit C., Pozo V., Fasce F., Quezada M., Grbic M., Alarcón E., Vidal Vera D., Mella S., Yáñez J. Universidad de Concepción.

Introducción: La mucormicosis invasora es una infección fúngica grave que afecta a individuos inmunosuprimidos. El compromiso pulmonar es más frecuente en neutropenia, trasplante de precursores hematopoyéticos y de órgano sólido (TOS), siendo el uso de corticoides el principal factor de riesgo. La incidencia reportada en TOS es 0.07% al primer año. Mortalidad global 48-87%. El tratamiento de elección es anfotericina liposomal y resección quirúrgica de ser posible. La duración de la terapia es individualizada y guiada por clínica y radiología, pues no hay recomendaciones estandarizadas. Tampoco es de regla la profilaxis en TOS. Presentamos el caso de un trasplantado cardíaco que cursó con Mucormicosis pulmonar y se trató exitosamente **Descripción del caso:** Hombre, 57 años, trasplante cardíaco, usuario de micofenolato, prednisona y tacrolimus. Dos meses post-trasplante hospitalizado por cetoacidosis diabética (debut). Durante hospitalización cursó con insuficiencia respiratoria aguda y dolor epigástrico. AngioTC de tórax, abdomen y pelvis: mosaico, engrosamiento de paredes bronquiales y nódulos en vidrio esmerilado y sólidos, infarto esplénico, trombo en orejuela izquierda, colección en hilio pulmonar izquierdo. Broncoscopia: lesión nacarada en entrada del bronquio segmentario lóbulo superior izquierdo, cultivo con desarrollo de hongo filamentosos con hifas hialinas aseptadas (sin identificación de género y especie). Inició anfotericina liposomal. Nueva broncoscopia: lesión descrita previamente, biopsia carina principal y bronquio fuente izq. (cultivo negativo). Neumonec-tomía izquierda, borde quirúrgico positivo para mucormicosis, se agregó anfotericina inhalada. Evolución favorable y extubación a la semana. Tras 36 días de anfotericina se cambió a posaconazol oral por 3 meses más. Alta al 5° mes con tacrolimus y prednisona. **Diagnóstico:** Mucormicosis invasora **Discusión:** La mucormicosis es un reto por la baja sensibilidad de los métodos de diagnóstico microbiológico que puede retrasar el inicio de la terapia. Aquí la sospecha diagnóstica fue posible debido a la identificación de hifas no septadas sugerentes de Mucor. Otro desafío es el tratamiento, pues no está estandarizada su duración ni terapia secuencial. La anfotericina liposomal es la terapia inicial de elección, pudiéndose asociar su formulación inhalada (con baja calidad de evidencia), hasta lograr estabilidad clínica. Alternativas de terapia secuencial son posaconazol e isavuconazol. Destacamos el manejo quirúrgico oportuno que contribuyó al desenlace favorable.

CL47-INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA PULMONAR EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO. REPORTE DE CASO.

Orrego C., Ibar MP., Danton R., Cea X., Vega F.. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Introducción: Una IFIP se considera una complicación grave que puede presentarse en inmunosuprimidos y comprometer la vida. En el caso a presentar, el paciente experimentó una serie de eventos clínicos que culminaron en la identificación de *Aspergillus* como patógeno responsable de su deterioro clínico. **Descripción del caso:** Paciente masculino 21 años con VIH diagnosticado el año 2017, sin terapia antirretroviral (TARV), consultó en enero 2023 por síndrome febril asociado a hematemesis, dolor torácico y epigástrico. Se realiza TAC Tórax que muestra compromiso pulmonar bilateral, adenopatía paratraqueal inferior y derrame pleural bilateral. Tras deterioro ventilatorio, requirió ventilación mecánica invasiva. Se sospechó inicialmente infección por *P. jirovecii*, se inició tratamiento empírico. Evoluciona con mayor deterioro ventilatorio y perfusional. Se realiza lavado broncoalveolar (LBA), informa: PCR *P. jirovecii* negativa, Aspirado endotraqueal positivo a *C. albicans* por lo que se ajusta terapia a cultivos. Durante la hospitalización inicia TARV. Se intenta extubar, pero presenta falla de *weaning* y paro cardiorespiratorio con retorno a la circulación a los 26 minutos. Se realiza Nuevo TAC Tórax que informa opacidades pseudonodulares bilaterales con significativo aumento de tamaño respecto a estudio previo. Nuevos cultivos AET positivos para *C. albicans*, *Aspergillus* SP y *P. aeruginosa*. Fibrobroncoscopia y LBA 22/02 Galactomanano (GMN) positivo. En LBA 02/03 *Film Array 26* patógeno (+) *P. aeruginosa*. GMN (+), PCR *P. jirovecii* negativo, microscopía directa señala hifas tabicadas con ramificaciones, sugerente de aspergilosis pulmonar invasiva. Completó Anfotericina por 21 días y Voriconazol por 42 días. Con buena respuesta clínica y posterior alta médica. **Diagnóstico:** Infección Fúngica invasiva Pulmonar Neumonía Grave por *Aspergillus*. **Discusión:** Las infecciones por *Aspergillus* se asocian con una alta tasa de morbilidad y mortalidad en pacientes inmunosuprimidos. Es por ello que las infecciones fúngicas deben ser consideradas en neumonías graves en este tipo de pacientes. En cuanto al diagnóstico, el cultivo de *Aspergillus* en combinación con la demostración histopatológica de invasión tisular por hifas proporciona evidencia de aspergilosis invasiva. Las pruebas de biomarcadores como el GMN, han demostrado utilidad en la identificación temprana de la infección por *Aspergillus*. Este caso destaca la importancia de la identificación temprana, el diagnóstico preciso y el manejo adecuado de estas infecciones fúngicas.

CL48-ASPERGILOSIS TRAQUEOBRONQUIAL EN DEBUT DE LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Vera L., Lux S., Reveco F., Meneses I. Hospital Barros Luco Trudeau.

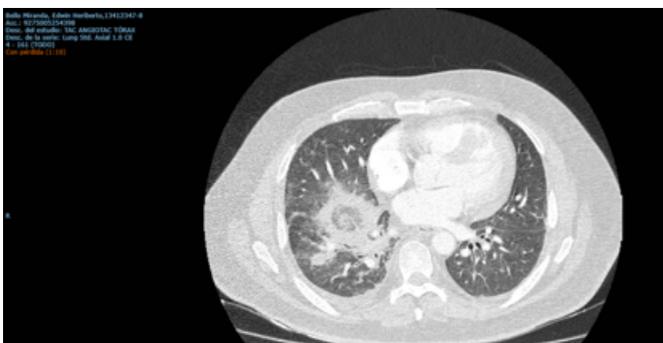
Introducción: La Linfocitosis Hemofagocítica (LH) corresponde a una complicación potencialmente mortal del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). La prevalencia del LH en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es del 0,9%. La aspergilosis pulmonar (AP) invasora es una infección fúngica común en inmunosuprimidos, entre ellos los pacientes con LES, pero rara vez se manifiesta como aspergilosis traqueobronquial (AT). En la AT los pacientes desarrollan una infección de rápida evolución en donde la broncoscopia (BC) precoz juega un rol diagnóstico muy importante.

Descripción del caso: Mujer de 27 años, consulta por 1 mes de evolución caracterizado por dolor generalizado, poliartalgias, fiebre (38,5°C), diaforesis, baja de peso de 8 kg (10,3%), disnea de mínimos esfuerzos. Al examen físico destacaba adenopatías cervicales e inguinales dolorosas. En el laboratorio destacaba bicitopenia. Al TC de tórax, abdomen y pelvis informa: "Pequeñas adenopatías axilares, lumboaórticas, ilíacas e inguinales bilaterales". Se realiza mielograma que informa presencia de hemofagocitos. Fibrinógeno 241g/L, triglicéridos 213 mg/dL, y ferritina 2600 µg/L, se realiza H-Score con 96-98% posibilidad de LH. Estudio complementario ANA 1/640 (patrón nuclear homogéneo), antiDNA 117, antiRo >640, hipocomplementemia (C3 25 C4 1) y resto negativo. Se plantea probable LH secundaria a LES confirmado por biopsia renal; se indica Metilprednisolona 500 mg/día por 3 días e inmunoglobulinas (IG) con favorable evolución clínica. La paciente evoluciona con hemoptisis. Se realiza AngioTC Tórax con presencia de nódulos centrolobulillares con opacidades tenues con densidad de vidrio esmerilado. Se realiza BC con evidencia lesiones blanquecinas sollevantadas en árbol traqueobronquial. Estudio microbiológico: panel respiratorio (-), PCR PCP (-), PCR TBC (-), gram y cultivo (-), galactomanano: 1.12 y cultivo (+) para *Aspergillus fumigatus*. Se decide tratamiento con Voriconazol e IG con posterior traslape a Isavuconazol. La paciente evoluciona favorablemente con resolución de los síntomas y biomarcadores. **Diagnóstico:** Aspergilosis traqueobronquial, LH y LES. **Discusión:** La AT es una entidad que ocurre en el contexto de inmunosupresión y una alta morbimortalidad. El diagnóstico es con BC y el alto índice de sospecha es fundamental a la hora de pesquisar la enfermedad. La broncoscopia tiene una sensibilidad del 83,3% y una especificidad del 70,3%. La interacción entre las distintas subespecialidades es fundamental para sospechar, diagnosticar y tratar a estos enfermos.

CL49-SIGNO DEL ATOLÓN COMO EXPRESIÓN IMAGENOLÓGICA DE ASPERGILOSIS PULMONAR REPORTE DE UN CASO.

Torres G., Lobos N., Prenafeta G., Rojas D. Clínica Red Salud Vitacura; Clínica Red Salud Tabancura; Hospital San José, Santiago.

Introducción: La aspergilosis pulmonar es una infección complicada de diagnosticar, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Su detección oportuna es crucial debido al riesgo de complicaciones severas. Herramientas de imagen como la TC son vitales, y signos específicos como el "Signo del Atolón" pueden ser indicativos clave para un diagnóstico preciso. **Descripción del caso:** Hombre de 45 años, con antecedentes de haploinsuficiencia GATA2 manifestada como síndrome mielodisplásico. Desde marzo de 2023 con cuadro de astenia, adinamia, compromiso del estado general y palpitaciones. Se hospitaliza en nuestro centro para estudio. Ingresa clínicamente estable. El laboratorio confirma pancitopenia. citometría de flujo compatible con leucemia mieloide aguda. Inicia Quimioterapia fase de inducción y consolidación. Dos semanas tras el inicio del esquema de quimioterapia refiere disnea y dolor torácico. TAC de tórax muestra opacidades nodulares en ambos campos pulmonares de aspecto fúngico. condensación basal derecha con signo de Halo inverso (Atolón). Estudio microbiológico destaca antígeno galactomanano que resulta positivo y cultivo de expectoración que es positivo para *P. aeruginosa*. Se inició cobertura con Voriconazol y Piperacilina/Tazobactam. Buena respuesta clínica inicial. por mala respuesta clínica e imagenológica Se agrega tratamiento con Anfotericina B Liposomal. Se realiza fibrobroncoscopia con Galactomanano positivo, decidiendo mantener el mismo esquema. Evoluciona favorablemente logrando suspender el oxígeno suplementario, y estabilidad clínica. **Diagnóstico: Aspergilosis Pulmonar. Discusión:** El signo del halo invertido es un signo radiológico relativamente raro, corresponde a una opacidad en vidrio esmerilado central rodeada por un anillo más o menos completo de consolidación periférica en la tomografía computada de tórax. Inicialmente descrito en la neumonía organizada criptogénica, puede presentarse en diferentes patologías, transformándose en una presentación atípica de diferentes enfermedades pulmonares como las infecciones fúngicas pulmonares invasoras. Dado que las diferentes patologías tienen un tratamiento completamente distinto, y el riesgo que representan los procedimientos invasivos, el cuadro clínico, su evolución, y los estudios complementarios, en particular las imágenes, son esenciales para iniciar un tratamiento que es tiempo-dependiente con el diagnóstico presuntivo.



CL50-ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CATASTRÓFICA EN ECMO. REPORTE DE CASO.

Ibar MP, Orrego C., Orrego Villa C, Toledo V., Vega F., Ortega L., Danton R. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Introducción: El adenocarcinoma mucinoso invasivo (AMI) es un subtipo poco habitual de adenocarcinoma de pulmón, presenta características de opacidades predominantes en vidrio esmerilado, consolidaciones o nódulos múltiples. Estos hallazgos generalmente son indistinguibles de otras enfermedades pulmonares, lo que a menudo retrasa el establecimiento de un diagnóstico. En este documento, describimos un caso de AMI diagnosticado previamente como Neumonía. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 32 años con antecedentes de VIH, con buena adherencia a tratamiento, (carga viral indetectable), con cuatro hospitalizaciones el año 2022 con diagnóstico de neumonía. En este contexto se realiza broncoscopia, sin lesiones, se realiza estudio, con cultivo corriente, de Koch, geneXpert TBC y galactomanano, todos negativos. Biopsia negativa para neoplasia maligna. En agosto 2023 consulta por cuadro de 1 semana de disnea, tos con expectoración y fiebre. Se realiza TAC de tórax que informa focos de condensación y vidrio esmerilado extenso bilateral, con cavitaciones. Evoluciona con deterioro clínico y ventilatorio, requiere ventilación mecánica invasiva. Con insuficiencia respiratoria catastrófica que requiere ECMO VV. Se realizan nuevas biopsias transbronquiales. Se informa adenocarcinoma mucosecretor bien diferenciado, con signos focales de invasión. Fallece a los 15 días de hospitalización. **Diagnóstico:** Adenocarcinoma mucinoso invasivo. **Discusión:** Los AMI representan entre un 5 al 10 % de los adenocarcinomas de pulmón. Suele localizarse en el lóbulo inferior del pulmón y tiende a extenderse en las vías respiratorias; Metastatizando fácilmente a otros lóbulos pulmonares, incluido el pulmón contralateral. pueden imitar las imágenes de neumonía de etiología infecciosa, pero también puede aparecer como una masa o nódulo localizado, indistinguible de otros cánceres de pulmón. Se ha identificado en la literatura como tipo neumónico y no neumónico. El tipo neumónico corresponde a opacidades amorfas del espacio aéreo sin una forma del parénquima definible, mientras que el no neumónico se define como una lesión localizada con forma definida. Cabe destacar que la paciente comenzó con un patrón tipo neumónico en pulmón derecho, al que se fueron asociando imágenes nodulares en el pulmón contralateral a lo largo del tiempo. Sobre la prevalencia y factores de riesgo, un estudio de 46 pacientes con AMI describió una edad mediana de 66 años ($\pm 11,1$), y asociación a tabaquismo crónico. Factores de riesgo no encontrados en esta paciente.

CL51-OSIFICACIÓN PULMONAR NODULAR: REPORTE DE UN CASO.

Tapia M., López J., Salinas M., Suárez F. Universidad de Chile, Clínica Santa María.

Introducción: La osificación pulmonar (OP) es una patología muy infrecuente, caracterizada por la formación de tejido óseo maduro en el parénquima pulmonar (1). Existen dos subtipos de OP: nodular y dendrítica. Además de las diferentes formas que tienen, como lo indica su nombre, histológicamente la forma nodular se mantiene circunscrita a los alvéolos y no contiene médula; en cambio, el tipo dendrítico presenta invasión de septos y puede contener elementos de médula ósea (J. Gielis, M. Torfs, M. Luijks, R. Salgado, P.E. Van Schil European Respiratory Journal Apr 2011, 37 (4) 966-968;). Los casos descritos en la literatura usualmente se describen en pacientes mayores con enfermedades crónicas. Reportamos un caso de esta inusual condición en una paciente joven y sana. **Descripción del caso:** Mujer de 23 años, con antecedentes de tumor óseo benigno de clavícula resecado y secuestro pulmonar izquierdo operado en la primera semana de vida. En contexto de cuadro infeccioso respiratorio se realiza radiografía de tórax y luego tomografía computada (TC) que muestra varios nódulos parcialmente calcificados bilaterales de tamaños entre 6 y 12 cm de diámetro. PET CT no muestra actividad hipermetabólica. Se realiza biopsia por videotoracoscopia, que informa osificación pulmonar nodular. Estudios metabólicos y microbiológicos fueron negativos. **Diagnóstico:** Osificación pulmonar nodular **Discusión:** El caso presentado de OP es muy inusual por ser paciente joven, sana y sin otra patología concomitante. Además, en los casos reportados en la literatura usualmente los nódulos son de menor tamaño. La forma nodular aparece más reportada en la literatura que la forma dendrítica. En esta se ha descrito asociación con otras patologías, como estenosis mitral e insuficiencia cardíaca. La forma dendrítica se asocia con fibrosis pulmonar. En autopsias de pacientes sin antecedentes de enfermedad pulmonar, se ha reportado una incidencia de 1,63 por 1000 casos. (2). La enfermedad no tiene tratamiento.

CL52-NÓDULO PULMONAR CAMBIANTE EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE.

López J., Tapia M., Salinas M., Linacre V. Universidad de Chile, Instituto Nacional del Tórax

Introducción: Los nódulos reumatoideos corresponden a la manifestación cutánea más frecuente de la artritis reumatoide (AR), más comúnmente en sitios de presión, como el proceso del olécranon, pudiendo ocurrir en otros órganos internos, incluyendo el pulmón (1). El diagnóstico más importante a excluir en este escenario es el cáncer. Usualmente los nódulos reumatoideos son múltiples, redondeados, se cavitan en alto porcentaje y con poca o baja actividad metabólica al PET CT glucosa. Presentamos un caso de evolución curiosa. **Descripción del caso:** Mujer de 76 años, con antecedente de AR en tratamiento con leflunomida e infarto agudo al miocardio revascularizado, fumadora activa desde los 20 años. Por síntomas pulmonares (tos y disnea) se realiza tomografía computada en noviembre de 2019 que informa enfermedad pulmonar difusa (EPD) con patrón UIP. Sin controles por un tiempo debido a la pandemia, es evaluada por equipo de broncopulmonar en junio de 2021 donde se documenta por primera vez nódulo en lóbulo inferior derecho de 19 mm. El mismo nódulo en noviembre de 2021 aparece un poco más pequeño y con una cavitación central; en este contexto se plantea nódulo reumatoide. La paciente continúa en controles sin progresión de la enfermedad pulmonar difusa, y en noviembre del 2022 el nódulo crece 2 mm y la cavitación central regresa. En abril de 2023 nueva tomografía demuestra crecimiento a 22 mm, ahora contactando pleura y vuelve a aparecer cavitación central. Se decide biopsia por videotoracoscopia: no hay lesiones pleurales, se identifica nódulo único que se reseca y biopsia rápida informa probable carcinoma escamoso. Se completa disección ganglionar. Estudio posterior muestra ganglios negativos. PDL < 1 %, sin mutaciones. Paciente actualmente en seguimiento y en muy buenas condiciones. **Diagnóstico:** Carcinoma de células escamosas. **Discusión:** El diagnóstico diferencial entre cáncer pulmonar y nódulo reumatoideo puede ser complejo como en este caso; si bien los carcinomas pulmonares se pueden excavar, las fluctuaciones en la cavitación y de tamaño hacían sospecha como primera opción un nódulo reumatoideo o un proceso infeccioso no típico. El hallazgo de carcinoma escamoso fue inesperado y, pese a todo el tiempo de evolución, no se encontró diseminación.

CL53-CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE, NEOPLASIA PRIMARIA PULMONAR INFRECUENTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Vidal Vera D., Urrutia V., Piderit C., Andrade S., Gutiérrez C.. Hospital Regional Guillermo Grant Benavente. Concepción.

Introducción: El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia pulmonar primaria infrecuente, con una incidencia de 0,1 a 0,2%. Afecta a cualquier tipo de edad, promedio 50 años. El diagnóstico requiere de clínica, histopatología y de la Inmunohistoquímica. La principal mutación es (11;19) (q21; p13) para la proteína de fusión MECT1-MAML2. Se diferencian de bajo y alto grado. El principal tratamiento es la cirugía, y el rol de la quimioterapia y radioterapia es controversial. **Descripción del caso:** Paciente 19 años, sin comorbilidades, presento cuadro de diaforesis, disnea, sensación febril y dolor pleurítico. TAC de tórax mostró ocupación endobronquial derecha, condensación y árbol en brote en lóbulo inferior derecho y medio. Sin etiología aislada. Reingresa a los tres meses por cuadro de neumonía postobstructiva y baja de peso de 10 kg, parámetros inflamatorios altos, manejado con tazonom. TAC de tórax abdomen y pelvis muestra tumor endobronquial en bronquio intermediario, condensación lóbulo inferior derecho y lóbulo medio. Adenopatías mediastínicas e hiliares ipsilaterales. Hepatoesplenomegalia. Linfadenopatía portohepática. TAC de cerebro sin lesiones. Ecografía testicular: espermatocele izquierdo. Se indica fibrobroncoscopia, con lesión que ocluye completamente el lumen del bronquio intermediario. Citología negativa para células neoplásicas. Biopsia describe mucosa bronquial con neoplasia epitelioidea con diferenciación escamosa y glandular con atipia leve. Se presenta a comité, se define antibióticos por 6 semanas y posterior función pulmonar para cirugía. Secundario a tratamiento con tazonom, cursa con neutropenia febril, manejado con nuevo esquema antibiótico, Neupogen y retiro de tazonom. Se realiza segunda fibrobroncoscopia, y completa 6 semanas con antibióticos. **Diagnóstico:** Segunda biopsia confirma carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de origen pulmonar. Queratina 5/6 y p63: positivo difuso. TTF-1: positivo focal. Se realiza neumonectomía total derecha (tumor 2,5 cm) con 1 ganglio positivo. En comité se deja quimioterapia adyuvante y radioterapia. **Discusión:** El carcinoma mucoepidermoide compromete principalmente lóbulos inferiores y superiores, con un tamaño variable, y la inmunohistoquímica se caracteriza por ser Napsina y TTF-1 negativos, cosa que no ocurrió con el paciente. El diagnóstico es complejo, pero el pronóstico es optimista, con una supervivencia a los 5 años entre un 45% a 70%, y el caso clínico puntual presenta varias características de buen pronóstico.

CL54-RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE ENDOSONOGRFÍA BRONQUIAL. EXPERIENCIA DE 1 AÑO, CLÍNICA DÁVILA.

Ossandón E., Maldonado A., Silva J. Clínica Dávila. Santiago.

Introducción: La endosonografía bronquial más aspiración transbronquial con aguja fina (EBUS-TBNA) como herramienta de estudio no invasivo de mediastino ha impulsado un gran avance en oncología torácica y patologías del mediastino. Se implementó el EBUS-TBNA + citología intraoperatoria (ROSE) en Clínica Dávila desde julio 2022 y se pretende describir la rentabilidad diagnóstica del EBUS-TBNA + ROSE en Clínica Dávila entre Julio 2022 a abril 2023. **Materiales:** Serie de casos de pacientes sometidos a EBUS-TBNA + ROSE derivados para estudio de mediastino y/o masa pulmonar central. Se estudió características demográficas y clínicas, histológicas, complicaciones y rentabilidad diagnóstica. **Resultados:** Se estudió a 22 pacientes, con mediana de edad de 64 años (R: 26-84), hombres el 68%. Son fumadores el 36%, con IPA 17 (R: 15-38). Presentaron comorbilidades asociadas el 87%, siendo la más prevalente la cardiovascular 41%, seguida antecedente oncológico 36%. Los diagnósticos más frecuentes de derivación fueron estudio de cáncer de pulmón 41% y estudio de adenopatías localizadas 41%. Con esta técnica se logró diagnóstico en 18 pacientes (81%), con estudio no concluyente en patología linfoproliferativa en 3 de 22. Se confirmó diagnóstico de cáncer pulmonar en 13 pacientes, otros cánceres en 3 casos y Sarcoidosis en 2. No se presentaron complicaciones derivadas del procedimiento. **Conclusiones:** EBUS-TBNA es una técnica segura con gran rentabilidad diagnóstica; en esta serie, no se presentaron complicaciones.

CL55-VALORES DE REFERENCIA DEL TEST DE SENTARSE Y LEVANTARSE DE UN MINUTO EN LA POBLACIÓN CHILENA.

Torres R., Otto M., Barros M., Valencia C., Barros M., Campos A., Jadue L., Puppo H., Serón P. Universidad de Chile; Universidad Autónoma de Chile; Universidad Austral de Chile: CESFAM Dr. Miguel Concha, Quillota; CESFAM Eduardo Frei, Villa Alemana; CESFAM Alberto Allende Jones, Talagante; Universidad de Santiago; Universidad de La Frontera.

Introducción: La prueba de pararse y sentarse de un minuto (1min-STST) es una prueba de campo que se utiliza para evaluar la capacidad funcional como alternativa a la prueba de caminata de 6 minutos. Esta prueba ha mostrado ser fácilmente implementable y de importante utilidad clínica; sin embargo, actualmente no se dispone de valores de referencia para la población chilena. El objetivo de este estudio fue establecer valores de referencia del 1min-STST en la población adulta chilena. **Materiales:** Se realizó un estudio transversal multicéntrico, que involucró la recolección de datos en seis localidades de Chile. Se reclutaron adultos sanos de entre 18 y 80 años. Se registraron las variables antropométricas, los niveles de actividad física, el tabaquismo, las calificaciones de la escala de Borg y el número de repeticiones durante el 1min-STST. Los valores de referencia se determinaron según sexo y rango de edad. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 461 sujetos sanos (57% mujeres, n=264). Los participantes tenían una altura promedio de $1,62 \pm 0,12$ m, un peso de 73 ± 20 kg y un IMC de $27,8 \pm 3,8$. La mediana (y el límite inferior de normalidad) para el 1min-STST en hombres de 18 a 29 años fue de 38 (LIN 26) repeticiones y 23 (LIN 14) repeticiones en el rango de 70 a 80 años. Para mujeres de 18 a 29 años fue de 38 (LIN 28) y para el rango entre 70 y 80 años fue 24 (LIN 16) repeticiones. **Conclusiones:** Este estudio estableció exitosamente valores de referencia para la población adulta chilena, proporcionando datos esenciales para la evaluación precisa de la capacidad funcional de las personas al utilizar la prueba de evaluación 1min-STST. Estos valores de referencia ayudarán a comprender mejor la capacidad funcional general de la población chilena durante dichas evaluaciones.

CL56-EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA INHALATORIA DE INHALADORES DE DOSIS MEDIDA PRESURIZADOS, EN FUNCIONARIOS A CARGO DE SU ADMINISTRACIÓN, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA DEL ADULTO DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA FLORIDA.

Agos M., Campodónico C., Bravo G. Hospital Clínico de La Florida.

Introducción: La terapia inhalatoria es uno de los pilares del manejo en pacientes con patologías respiratorias obstructivas, siendo los inhaladores de dosis medida presurizados (IDMp) los más utilizados. Su incorrecto uso compromete significativamente el éxito del tratamiento. El objetivo principal de este estudio es evaluar el uso correcto de los IDMp en los funcionarios a cargo de su administración en la Unidad de Terapia Intermedia (UTI) del adulto. **Materiales:** Estudio descriptivo transversal. Muestra: Técnicos de enfermería nivel superior de la UTI adulto, del Hospital de La Florida, con n=18, de un universo total de 20, excluyéndose a funcionarios de reemplazo externos. Instrumento: Datos se recolectaron en una evaluación práctica con cada funcionario. Se aplicó una lista de chequeo de la correcta técnica inhalatoria (TI) recomendada por la SEPAR- ALAT en paciente vigil y sin ventilación mecánica. Se utilizó software Excel para el cálculo de porcentaje (%) de funcionarios que realizan una correcta TI, % de errores, % de funcionarios que ha sido supervisado y/o corregido en su TI. Proyecto aceptado por el Comité de ética científico. **Resultados:** Sólo un 33% de los funcionarios realiza una correcta TI. Siendo el error más frecuente, con un 61%, el no esperar el tiempo recomendado para administrar una nueva dosis, seguido por un 33% de omisión de la indicación de inspiración adecuada en la aerocámara. Otros errores, fueron no explicar y no posicionar adecuadamente al paciente. Cerca del 90% de los funcionarios nunca había sido supervisado ni corregido en su TI. **Conclusiones:** Este estudio demuestra que los funcionarios a cargo de la administración de IDMp en pacientes de UTI, realizan en su mayoría una incorrecta administración, lo que podría afectar la evolución clínica de los pacientes. Pese a ser un número restringido, corresponde a casi el total de funcionarios que manejan los IDMp de forma rutinaria en UTI, incurriendo en errores relevantes. En la literatura se ha demostrado que un bajo % de profesionales sanitarios realiza y educa correctamente el uso de IDMp, lo que es concordante con nuestro estudio. Pese a ser una unidad con profesionales capacitados en patologías respiratorias, no se ha supervisado ni corregido la TI, siendo labor de todo el equipo de salud, el asegurar un óptimo cuidado y una correcta administración de fármacos. Es importante realizar una adecuada TI no sólo para lograr el éxito terapéutico, sino que además por el rol educativo del equipo de salud, por lo que promover un adecuado uso de IDMp, es necesario y urgente.

CL57-EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Díaz-Hinojosa D.^{1,4}, Herrera K.^{2,3}, Florenzano M.¹, Fuentes J.¹, Deza C¹, Ibarra C¹, Pinto A¹, Parada MT.¹. 1. Programa Rehabilitación Pulmonar, Centro de Enfermedades Respiratorias y Alergias (CERA), Clínica Universidad de los Andes, Santiago Chile. 2. Programa Doctorado "Nutrición y Ciencias de los Alimentos", Universidad de Granada, España. 3. Clínica Universidad de los Andes, Chile, DDeP, Área de Investigación. 4. Servicio Kinesiología, Clínica Universidad de los Andes, Santiago Chile.

Introducción: La Rehabilitación Respiratoria (RR) es un tratamiento muy eficaz para las personas con enfermedad pulmonar crónica (EPC); sin embargo, sigue siendo infrutilizado en todo el mundo. El Centro de Enfermedades Respiratorias y Alergias (CERA) de Clínica Universidad de los Andes (CUANDES) implementó el Programa de Rehabilitación Pulmonar (PRP) para abordar integralmente al usuario con EPC. Se realizó una evaluación exhaustiva de la percepción y tolerancia al esfuerzo, gesto motor, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y síntomas respiratorios. La intervención kinésica consistió en educación, prescripción de entrenamiento físico y ejercicios respiratorios personalizados y supervisados. **Objetivo:** evaluar el impacto del PRP de CUANDES. **Materiales:** Se realizó un análisis retrospectivo de fichas clínicas de usuarios ingresados al PRP (mayo 22 – agosto 23), registrando variables pre y post intervención: CVRS mediante *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), síntomas a través escala modificada del *Medical Research Council* (mMRC); tolerancia al esfuerzo mediante la distancia recorrida en 6 min (DR6min), el Tiempo de resistencia (Tr) a una misma carga y el *Sit To Stand* en 1 minuto (STS1m); Fragilidad mediante *Short Physical Performance Battery* (SPPB). Aprobado por comité de ética de la UAndes (CEC) Folio: CEC2023092. Estadística descriptiva. **Resultados:** A la fecha, 70 usuarios ingresaron al PRP, el 75,1% completó las sesiones; el 16% está aún en tratamiento y 6 sujetos (9%) abandonaron el PRP por traslado fuera de la ciudad. Como dato preliminar, se describe la información de 35 usuarios con seguimiento completo pre/post PRP: 83% mejoró la CVRS en SGRQ; 94% disminuyó la disnea según mMRC (mediana -2 puntos [-3-0]); tolerancia al esfuerzo mejoró en el 94% de los usuarios (Tr: mediana 480 s [43-2155]), además se consignó que un 40% de los usuarios aumentaron más de 30 metros (*minimal important difference* (MID)) en DR6min (mediana 20 metros [-82-300]) y el 97,1% aumentó las repeticiones en STS1m. (mediana 5 rep [-2-21]). En relación al status de fragilidad, el 97,1% post intervención fue clasificado como No Frágil. **Conclusiones:** Este estudio muestra que un PRP conlleva mejoras sustanciales en la CVRS, tolerancia al esfuerzo y la sintomatología referente a la EPC. La implementación de un PRP en el ámbito privado es factible y conlleva grandes beneficios a los usuarios que lo realizan.

CL58-PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA COMUNA DE OSORNO, REGIÓN DE LOS LAGOS, CHILE AÑO 2018.

Peña R., Fernández R., Márquez R. Universidad de Los Lagos.

Introducción: En Chile y el mundo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública por su prevalencia, condición progresiva, deterioro calidad de vida e impacto económico. 65 millones de personas padecen EPOC moderada/grave, con hábito tabáquico factor de riesgo primario. Exposición a humo de biomasa, contribuye a mayor carga mundial. Estudios poblacionales destacan prevalencias de 10-15% y 16,9% Chile. En 2012, Osorno fue declarada zona saturada por material particulado respirable MP_{10} y $MP_{2,5}$ de acuerdo a la Norma de Calidad Primaria. El objetivo es determinar la distribución de prevalencia de EPOC en los habitantes usuarios del sistema público de salud en la comuna de Osorno, Región de Los Lagos, Chile, año 2018. **Materiales:** Estudio transversal descriptivo, diagnósticos únicos EPOC, por datos secundarios de Salud Municipal usuarios atendidos en 6 Centros de Salud Familiar (CESFAM). Prevalencia se determinó por número de EPOC y total de población mayor de 40 años inscrita en CESFAM y a nivel comunal. Se realizó análisis de contingencia para riesgo relativo (RR) de EPOC, por CESFAM y sexo. Valores se compararon mediante Chi-cuadrado. Se midió densidad de Kernel y analizó exploratoriamente comportamiento espacial de usuarios. Aprobación CEC Servicio de Salud Valdivia. **Resultados:** Se registraron 809 EPOC 55,1% mujeres y 44,9% hombres. Prevalencia comunal EPOC de 1,3% igual que para ambos sexos (IC95%). Entre edades destaca rango 70-79 años 34,3%. El 45,4% con enseñanza básica incompleta. La prevalencia más alta se encuentra en CESFAM Rahue Alto (CRA) con 2,4% para mujeres y 2,0% para los hombres. Usuarios CRA tienen mayor RR de 1,81 [1,59-2,07] respecto del comunal, las mujeres de este tienen un RR significativamente mayor que la situación comunal, alcanzando 2,2 [1,86-2,65] y los hombres 1,46 [1,19-1,78]. Finalmente, se encontró en este CESFAM un RR de EPOC significativamente mayor para mujeres que para hombres (1,45 [1,16-1,86]), lo que no se observa en otros CESFAM. **Conclusiones:** La prevalencia comunal corresponde a un 1,3% en los distintos CESFAM varía entre 0,7 y 2,4%. Entre las mujeres, la prevalencia varía entre 0,6 y 2,9% y en hombres entre 0,9 y 2,0%. La mayor prevalencia en mujeres se condice con el mayor RR encontrado para estas. El mayor riesgo de padecer EPOC puede atribuirse a su mayor susceptibilidad al humo del tabaco (por ser fumadoras activas o de segunda mano). Y a la contaminación por la combustión de biomasa.

CL59-REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES TRAS CAMBIO DE TRIPLE TERAPIA CON MÚLTIPLES INHALADORES A TRIPLE TERAPIA CON UN SOLO INHALADOR UNA VEZ AL DÍA EN PACIENTES EPOC EN ENTORNO REAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN INGLATERRA.

Sandoval N¹, Rothnie K.², Wood R.³, Czira A.², Banks V.³, Camidge L.³, Massey O.³, Seif M.³, Compton C.², Sharma R.², Ismaila A.^{4,5}. ¹GSK, Santiago, Chile, ³Adelphi Real World, UK, ²GSK, UK., ⁴GSK USA; ⁵McMaster University, Canada

Introducción: Estudios previos de mundo real han demostrado una mayor adherencia cuando se cambia a los pacientes de una terapia triple con múltiples inhaladores (MITT) a una terapia triple con inhalador único (SITT); sin embargo, faltan datos sobre desenlaces clínicos. En este estudio investigamos la tasa de exacerbaciones moderadas a graves en pacientes con EPOC antes y después de cambiar de MITT a SITT una vez al día con furoato de fluticasona/umeclidinio/vilanterol (FF/UMEC/VI). **Materiales:** Estudio de cohorte retrospectivo de datos vinculados a atención primaria y secundaria inglesa. Los pacientes de ≥ 35 años, con diagnóstico de EPOC, antecedentes de tabaquismo, con datos de atención secundaria y registro continuo del médico general durante 6 meses antes (basal) y después (seguimiento), fueron indexados para iniciar FF/UMEC/VI tras MITT. Se compararon las exacerbaciones moderadas, graves y moderadas/graves entre el basal y el seguimiento, es decir, antes y después del cambio a FF/UMEC/VI. **Resultados:** Se incluyeron 2.675 pacientes (edad media: 71,1 [DE 9,8] años, 52,2% hombres). Las tasas de exacerbación fueron más bajas durante el seguimiento en comparación al basal (Tabla 1). **Conclusiones:** Los pacientes con EPOC que cambiaron de MITT a SITT con FF/UMEC/VI una vez al día presentaron una menor tasa de exacerbaciones moderadas y graves en los 6 meses siguientes al cambio. Los beneficios a largo plazo de cambiar a los pacientes de MITT a SITT requiere mayor investigación. Presentado previamente: ERS 2022, 4–6 Sep 2022. Eur Respir J 2022;60(Suppl 66):648. DOI: 10.1183/13993003.congress-2022.648 Financiamiento: GSK (218242)

Tabla 1.

| | 6 meses pre- FF/UMEC/VI (Basal) | 6 meses post- FF/UMEC/VI (Seguimiento) | valor p |
|--|---------------------------------------|--|----------|
| Exacerbaciones moderadas/graves | | | |
| ≥ 1 evento, n (%) | 964 (36.0) | 779 (29.1) | p<0.0001 |
| Razón de tasa de incidencia (IC95%) | 0.80 (0.74, 0.87) | | p<0.0001 |
| Exacerbaciones moderadas | | | |
| ≥ 1 evento, n (%) | 653 (24.4) | 538 (20.1) | p<0.0001 |
| Razón de tasa de incidencia (IC95%) | 0.79 (0.72, 0.88) | | p<0.0001 |
| Exacerbaciones graves | | | |
| ≥ 1 evento, n (%) | 404 (15.1) | 315 (11.8) | p<0.0001 |
| Razón de tasa de incidencia (IC95%) | 0.82 (0.72, 0.93) | | p=0.0023 |

FF/UMEC/VI: fluticasona/umeclidinio/vilanterol; IC: intervalo de confianza

CL60-REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES POR EPOC TRAS EL CAMBIO DE TERAPIA DUAL A TRIPLE TERAPIA EN UN SOLO INHALADOR EN UN ENTORNO SANITARIO REAL EN ESTADOS UNIDOS.

Morales F.¹ (presenta en representación de los autores) McCormack M.², Noorduyn SG^{3,4}, GronroosNN⁵, Lee L.⁶, Johnson MG⁵, Kahle-Wroblewski K⁶, Veeranki P⁵, Ismaila AS^{4,6}, Igboekwe E⁷, Paczkowski R.⁶ ¹GSK, Santiago, Chile.²Medicina Pulmonar y de Cuidados Críticos, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, USA.³Pruebas de valor y resultados, I+D Global Medical, GSK, Mississauga, Ontario, Canada.⁴Departamento de Métodos de Investigación Sanitaria, Evidencia e Impacto, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.⁵Economía de la Salud e Investigación de Resultados, Optum, Eden Prairie, Minnesota, USA.⁶Pruebas de valor y resultados, I+D Global Medical, GSK, Collegeville, Pennsylvania, USA.⁷Asuntos Médicos de EE. UU., I+D Global Medical, GSK, Durham, Carolina del Norte, EE. UU.

Introducción: Ensayos clínicos en EPOC muestran significativas mejoras en función pulmonar y exacerbaciones con terapia triple en un solo inhalador de fluticasona furoato/umeclidinio/vilanterol (FF/UMEC/VI) vs corticosteroide inhalado/agonista β 2 de acción prolongada (CI/LABA). Este estudio de mundo real comparó la tasa de exacerbación tras el cambio de CI/LABA a FF/UMEC/VI. **Materiales:** Este estudio de cohorte retrospectivo (base de datos de reclamos administrativos US Optum) incluyó pacientes EPOC ≥ 35 años (≥ 2 años de inscripción) que iniciaron FF/UMEC/VI tras CI/LABA entre Sep 2017-Mar 2019. Resultados evaluados en toda la cohorte y en subgrupo con ≥ 1 exacerbaciones 12 meses antes del inicio. Cohorte de CI/LABA tenía un subconjunto de CI/LABA comúnmente utilizado, budesónida-formoterol (bud-for). La diferencia en exacerbaciones se evaluó con prueba t pareada. **Resultados:** Se incluyeron 1449 pacientes (edad media 70,8 [DE 8,7]; 54% mujeres): blancos (68%), del sur (61%), afiliados a Medicare (88%) y con indicios de tabaquismo (72%). Puntaje medio de comorbilidad de Charlson: 2,3 (rango intercuartil: 1,0-3,0). En 12 meses previos a FF/UMEC/VI, 956 (66%) tomaron una media de 2,0 (DE 2,6) corticosteroides orales y 1419 (98%) recibieron una media de 4,3 (DE 3,3) CI/LABA. ≥ 1 exacerbación fue experimentada por 907 (63%) con una media de 1,3 exacerbaciones (DE 1,5); 286 (32%) requirieron hospitalización. De los que exacerbaron, 63/907 (6,9%) ingresaron en una unidad de cuidados intensivos. Tras iniciar FF/UMEC/VI, la tasa de exacerbaciones disminuyó (-13%) en todas las categorías de gravedad (1,3 antes vs 1,1 después). **Conclusiones:** Las tasas de exacerbación disminuyó significativamente con FF/UMEC/VI en pacientes que antes recibían CI/LABA y fue más pronunciado en los exacerbadores, aportando pruebas de mundo real del beneficio de FF/UMEC/VI en pacientes previamente tratados con CI/LABA, respaldando la reciente posición de GOLD: los pacientes con riesgo de exacerbación que requieren una terapia que contenga CI deben iniciar una terapia triple. Presentado previamente: CHEST 2023 Financiamiento: GSK (217414)

CL61-CRIOBIOPSIAS PULMONARES EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Morales A., Rodríguez M, Aliaga F. Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: La criobiopsia pulmonar se ha establecido como una herramienta diagnóstica mínimamente invasiva para el diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales. Describimos la experiencia local en un único centro nacional. **Materiales:** Estudio retrospectivo sobre rendimiento y complicaciones de criobiopsias pulmonares realizadas entre mayo del 2017 a agosto del 2023 por 3 neumólogos intervencionales con entrenamiento en técnica en un centro único. **Resultados:** Se realizó criobiopsias pulmonares en un total de 75 pacientes. De ellos 55% fueron mujeres. La edad promedio fue 64 ± 9 años. Su CVF promedio fue de $87 \pm 35\%$, y su DLCOc de 60 ± 26 ml/min mmHg L. Se empleó broncoscopia rígida en un 25% de paciente para el procedimiento. Se realizaron en total 288 criobiopsias a 75 pacientes. La mediana de número de biopsias por paciente fue de 4 muestras y el tamaño promedio de las biopsias de $6 \pm 3,3$ mm. Un 96% de los casos tenían al menos una biopsia mayor de 5 mm. Se realizó biopsia a 2 lóbulos distintos en un 64% de los pacientes, biopsiando dos o más segmentos en un 95% de los casos. El rendimiento diagnóstico por histología fue de un 83,6% siendo los diagnósticos más comunes neumonitis por hipersensibilidad (36% casos), UIP (18%) y neumonía organizante (17,9%). No hubo diferencias inter operadores. No identificamos variables asociadas a casos con biopsias no diagnósticas. En un 36% de los pacientes se registró sangrado, siendo moderado a grave sólo en un 2,7% de casos. La tasa de neumotórax fue de 9,5%. **Conclusiones:** Presentamos resultados locales similares a resultados de grandes metátesis con respecto a rendimiento diagnóstico y complicaciones de criobiopsias pulmonares, demostrando utilidad de esta técnica como herramienta mínimamente invasiva en el diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales.

CL63-EVALUACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE OXIGENOTERAPIA AMBULATORIA EN PERSONAS CON FIBROSIS PULMONAR INTERSTICIAL QUE DESATURAN DURANTE EL EJERCICIO.

Soler T.¹, Cabrera O.¹, Gutiérrez-Arias R.^{1,2}, Lara R.¹, Benavides MG¹. (1) Instituto Nacional del Tórax, (2) Universidad Andrés Bello.

Introducción: La indicación de O₂ ambulatorio para las personas con fibrosis pulmonar intersticial (FPI) cuando hay desaturación durante la realización de ejercicio es controvertida. El objetivo de este estudio fue evaluar los requerimientos de O₂ ambulatorio de personas con FPI con solicitud de oxigenoterapia ambulatoria que se atienden en modalidad abierta en el Instituto Nacional del Tórax (INT). **Materiales:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Este estudio fue aprobado por el CEC del SSMOrie. La muestra se conformó por personas con diagnóstico de FPI que se atendieron en el INT, que se les solicitó O₂ ambulatorio por un médico broncopulmonar con saturación periférica de O₂ (SpO₂) > 90% en reposo, y que se sometieron a un protocolo de titulación de O₂ adaptado a la recomendación de la British Thoracic Society. Este consistió en la realización de un test de caminata de 6 minutos (TC6min) basal sin O₂ adicional y un máximo de tres TC6min con 2, 4 y 6 L/min de O₂ suplementario. Los participantes descansaron 20 minutos y se sometieron al siguiente TC6min si su SpO₂ no mejoró por sobre 90% durante la realización de la prueba. La caracterización de la muestra se realizó resumiendo las variables dependiendo de su nivel de medición. Además, las comparaciones de las diferentes variables se realizaron con el test t de Student o ANOVA para muestras pareadas. **Resultados:** Veintiocho participantes fueron incluidos en este estudio. Dieciséis (57%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 73 años (DE 8,40). Se constató que 23 (81%) de los participantes tenían indicación de O₂ ambulatorio, ya que su SpO₂ fue menor a 90% en algún momento de la prueba. El TC6min con 2, 4 y 6 L/min de O₂ fue realizado por 22, 10 y 7 participantes, respectivamente. A pesar de que 4 de los participantes que se sometieron a todas las pruebas no mejoraron su SpO₂ por sobre 90% en el TC6min con 6 L/min de O₂, el análisis *post hoc* demostró que la distancia recorrida en el TC6min con 4 y 6 L/min de O₂ fue significativamente mayor que la recorrida en el TC6min basal (0,008 y 0,001, respectivamente). Además, existió diferencia significativa en la distancia recorrida entre el TC6min con 2 L/min y 6 L/min de O₂ (p = 0,039). **Conclusiones:** El protocolo de titulación de O₂ mediante la realización de uno a cuatro TC6min es una estrategia objetiva para determinar la prescripción de O₂ ambulatorio a personas con FPI atendidas en modalidad abierta en el INT.

CL64-EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PARA RESIDENTES DE MEDICINA INTENSIVA.

Ramírez A., Camus S., Chang H. Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Chile

Introducción: Los modelos de enseñanza aprendizaje están en continua evaluación y progreso. Existen múltiples mecanismos para asegurar los objetivos planteados en los programas de formación, siendo un pilar clave en el desarrollo práctico de los residentes. Con el advenimiento de programas de formación directos, que antiguamente sólo eran accesibles como subespecialidad de medicina interna, es fundamental tener especial consideración en algunas rotaciones, como enfermedades respiratorias. La Unidad de Tratamiento Intermedio del INT comenzó a recibir residentes del programa de Medicina Intensiva de la Universidad de Chile en 2022, con un programa de 1 mes caracterizado por docencia al lado del paciente, seminarios, análisis bibliográficos y casos clínicos. Presentamos nuestra experiencia de esta rotación como parte del programa de medicina intensiva directa en nuestro instituto. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó a todos los residentes que rotaron en el INT desde marzo de 2022 a julio 2023. Se aplicó una encuesta anónima, voluntaria. Se registraron variables demográficas y se aplicó una encuesta validada de evaluación de la rotación con escala tipo Likert. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. **Resultados:** El estudio incluyó 14 residentes de 1er año de formación. El 100% contestó la encuesta de manera satisfactoria (n = 14). 57,1% corresponde a mujeres, 57,1% eran menores de 30 años y un 50% tenía experiencia previa en UPC y Servicio de Urgencia antes de ingresar al programa de especialidad. En relación a los ítems evaluados un 57,1% estuvo completamente de acuerdo con los objetivos, 71,4% consideró adecuado el tiempo para desarrollo de contenidos, 57,1% le pareció motivadora la metodología de enseñanza y un 50% señaló que favoreció su participación. 64,3% señaló que la rotación presentó nuevos contenidos. En el ámbito de la evaluación docente un 64,3% consideró que existía interés docente en el aprendizaje, 57,1% entusiasmo docente y un 71,4% que sus dudas fueron aclaradas. Un 71,4% percibió un grato clima de trabajo. **Conclusiones:** Estructura un programa docente acotado en tiempo para postgrado es un escenario desafiante. En lo global, la percepción de los residentes es satisfactoria en relación a su rotación, destacando nuevos contenidos y motivación docente. Destaca el grato clima laboral. Esto último es fundamental para el adecuado proceso de aprendizaje, transmitiendo al residente la confianza para desempeñarse en unidades de alta exigencia técnica. Con programas de estas características, esperamos poder contribuir a análisis y futuras mejoras en la formación de intensivistas de nuestro país.

CL65-SISTEMA PARA LA ENSEÑANZA DE LA AUSCULTACIÓN PULMONAR.

Ciudad D., Acevedo Omar, Huirimilla A., Arredondo LT, Rubio, MV., Quiroz J. Universidad de Valparaíso.

Introducción: Mucho antes que René Laennec en el año 1816 inventara el estetoscopio, los clínicos conocían la importancia de la escucha de los ruidos pulmonares en sus pacientes. Hoy, con la tecnología existente, es posible realizar un análisis físico acústico de los sonidos respiratorios: amplitud, frecuencia, duración y timbre simplificando su nomenclatura y comprensión. Precisamente para seguir avanzando en el entendimiento y la enseñanza de la auscultación, es que se presenta este proyecto que culmina con la creación de un dispositivo, con tecnología *Bluetooth*, para que, en un solo tiempo real, al lado del paciente, estudiantes y docentes analicen la escucha de ruidos respiratorios, confirmando la hipótesis que la innovación tecnológica presentada, mejora la enseñanza de la auscultación pulmonar. **Materiales:** Artilugio (Auris®) con cuerpo en forma de prisma circular dotada de una mejora geométrica que permite reducir el ruido en forma local, su micrófono de adquisición cuenta con filtro analógicos en su amplificación para mejorar la calidad de la señal. La captura en vivo del ruido respiratorio es digitalizada, normalizada y filtrada nuevamente para asegurar un estándar de alta fidelidad. Luego se retransmite de forma digital mediante enlace *Bluetooth*, enlace que permite garantizar la transmisión íntegra de los datos detectando y recuperando errores, generando una sola señal auditiva, sin inexactitud de transmisión, que luego es reproducida por un par de audífonos auriculares inalámbricos, prácticamente sin pérdida de fidelidad, por lo que estudiantes y docentes reciben exactamente la misma señal. **Resultados:** Dispositivo se encuentra en su fase de validación y maduración tecnológica. Obtiene la patente de invención N°66.300 **Conclusiones:** Auris® representa la innovación tecnológica en salud que, de comprobar nuestra hipótesis, favorecerá el proceso de enseñanza y aprendizaje de la auscultación pulmonar impactando positivamente en la docencia clínica.

CL66-CONOCIMIENTO Y ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN DIFERENTES NIVELES DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA.

Reyes F., Torres G., Instituto Nacional del Tórax/ Clínica Las Condes, Clínica Red Salud Vitacura.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) engloba una diversidad de patologías con características clínicas, radiológicas y funcionales comunes, pero variadas etiologías y pronósticos. Un diagnóstico temprano y un manejo adecuado son cruciales. Este estudio busca evaluar el conocimiento y la práctica en el diagnóstico y abordaje de la EPI en diferentes niveles de especialización médica. **Materiales:** Realizamos un estudio descriptivo con estudiantes de medicina y médicos en distintos niveles de especialización. Empleamos una encuesta de conocimientos generales y específicos difundida vía online. **Resultados:** 209 encuestados en Chile, médicos generales (46%), médicos internistas (12%). El 44% atiende pacientes con EPI mensualmente, aunque la mayoría reporta una evaluación esporádica. El 95% reconoce la definición correcta de EPI y sus principales etiologías. 26% identifica incorrectamente infección o cáncer como causa. El tabaquismo se asocia a la patología en un 57%. Los elementos clínicos de enfermedad del tejido conectivo (ETC) fueron mejor identificados para esclerodermia (90%), síndrome de Sjögren (76%) y artritis reumatoide (68%), la dermatomiositis es menos reconocida. Más del 50% solicitó correctamente el estudio: 97% TCAR de tórax, 55% reumatológico, 45% PFP. El 83% asocia el patrón NIU a fibrosis pulmonar idiopática y 68% NINE a ETC. La mayoría reconoce los elementos de mal pronóstico. El 84% señala que el tratamiento para EPI debe ser según etiología, mientras que para FPI hay variabilidad (47% terapia antifibrótica, 22% terapia inmunosupresora, 23% sin terapia efectiva). **Conclusiones:** La mayoría de los participantes demuestra conocimiento adecuado en definición, etiologías y estudio inicial de la EPI. Sin embargo, existen deficiencias en aspectos específicos del abordaje y tratamiento de la FPI. Esta encuesta podría ser utilizada como herramienta de diagnóstico para promover la educación y mejorar la capacitación de profesionales en la evaluación inicial de la enfermedad.

CL67-INDICACIÓN DE PIRFENIDONA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO: PRESENTACIÓN DE LA COHORTE.

Poloni D., Pavié J., Zegpi B. Hospital biprovincial Quillota Petorca.

Introducción: La pirfenidona es un medicamento antifibrótico que ha demostrado disminuir la progresión en FPI y otras EPID no FPI. Desde el año 2021 se incluye dentro del arsenal terapéutico del Hospital biprovincial Quillota Petorca (HBQP) para pacientes con EPID. **Materiales:** La indicación de pirfenidona en el HBQP se encuentra autorizada para pacientes con FPI menores de 75 años. Otros pacientes con EPID fibrosante requieren ser discutidos por el equipo de broncopulmonar y reumatología del HBQP. El análisis imagenológico se realiza por del mismo equipo de broncopulmonar. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se extrae de farmacia el registro de pacientes con retiro activo de pirfenidona en julio del 2023. Se realiza revisión de fichas electrónicas y registro de variables sociodemográficas, clínicas y de función pulmonar. **Resultados:** Se cuenta con 23 pacientes. 57% son mujeres, edad promedio de 68 años. No hay pacientes con tabaquismo activo, un 65% son ex-fumadores, 26% son usuarios de oxígeno domiciliario. Un 26% presentan ERGE, 13% EPOC, 9% HTP. Un 43% presenta comorbilidad cardiovascular. El diagnóstico es de FPI en un 30%, EPID asociada a ETC en un 39%, NHS en el 13%, EPID-FP sin etiología definida en el 13%. El patrón tomográfico corresponde a un patrón tipo UIP en el 30% de los casos. Sólo 3 pacientes cuentan con histología. Al inicio de la terapia la disnea promedio es mMRC: 2, CVF promedio es 2097 ml. (72% del LIN) y DLCO promedio de 42%. Presentan RAM un 57%, todas de índole gastrointestinal y de carácter leve, sólo 65% tolera la dosis máxima. Se cuenta con registro de función pulmonar completo al año de inicio de la terapia en 6 pacientes. En estos, al inicio, la CVF promedio es de 1995 ml. y la DLCO de 45%, al año la CVF promedio es de 1948 ml. y la DLCO 40.8%. Hay caída persistente de la CVF y DLCO en 2 de los 6 pacientes descritos. **Conclusiones:** La cohorte de pacientes recibiendo pirfenidona en el HBQP presenta una edad promedio de 68 años, con disnea y afectación moderada de la función pulmonar. El grupo está representado en su mayoría por EPID asociada a mesenquimopatía y FPI. Un bajo número de pacientes tienen seguimiento completo al año. Dado la naturaleza del diseño, no se incluyó otros pacientes con EPID no recibiendo pirfenidona por otros motivos, lo cual impide describir los casos con eventual indicación, pero sin uso actual.

CL68-NEUMONÍA EN ORGANIZACIÓN, COHORTE 10 AÑOS INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Lolas M., Cuevas J., Salinas M. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La neumonía en organización (OP), es una enfermedad infrecuente, incluida en el grupo de las neumonías intersticiales idiopáticas, aunque su patrón de presentación clínico es variable; puede ser criptogénica (COP) o secundaria. En este trabajo presentamos resultados preliminares de una revisión de los pacientes con neumonía en organización atendidos en el Instituto Nacional del Tórax (INT) en los últimos años. **Materiales:** Se obtuvo el registro de biopsias del INT entre los años 2013 – 2022 que describieran “neumonía en organización”, luego se realizó una revisión de fichas clínicas para corroborar aquellos casos que su cuadro clínico y radiológico correspondieran a OP. La información clínica, de laboratorio e imágenes fue obtenida de los registros clínicos y electrónicos del Instituto. La etiología atribuida fue obtenida de la ficha clínica. Los datos se describen mediante media, frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** De un listado inicial de 203 biopsias, se obtuvieron 70 con cuadro clínico/radiológico compatible con OP. La edad promedio de estos sujetos es 62,3 años, siendo 32 hombres (45,7%) y 38 mujeres (54,7%). En cuanto a la histología, la mayoría se obtuvo por biopsia transbronquial siendo 50 casos (71,4%); biopsia quirúrgica en 19 casos (27,1%) y biopsia percutánea 1 caso (1,4%). Respecto a la etiología atribuida, en 36 casos (51,4%) se consideró criptogénico, de etiología autoinmune en 14 casos (20,0%), secundario a neoplasia en 3 casos (4,3%), por drogas en 11 casos (15,7%), secundario a infección 3 casos (4,3%). En cuanto al tratamiento, 36 pacientes (54,5%) recibieron esteroides orales (CTC), 11 pacientes (16,7%) fueron tratados con CTC e inmunosupresores; 11 pacientes (16,7%) fueron hallazgos de sospecha de neoplasia y no recibieron tratamiento, en 2 casos (3,0%) solo bastó con retirar el medicamento culpable. **Conclusiones:** La mayor parte de los casos descritos en esta serie se catalogaron COP. Cuando tenían etiología asociada lo más frecuente fue por enfermedades del tejido conectivo. El tratamiento más utilizado fue la terapia con CTC solos o combinados con otro inmunosupresor.

CL69-HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Lolas M., Cayupi F., Ramirez A., Chang H., Aguirre, F., Arancibia F., Ramos D. Instituto Nacional del Tórax, Universidad de Chile.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPD) son un grupo heterogéneo de patologías caracterizadas por el compromiso del intersticio pulmonar, siendo las exacerbaciones una causa importante de morbilidad y mortalidad. Existe escasa literatura que describa las características clínicas de éstas. El objetivo del presente estudio es caracterizar clínicamente a los pacientes con EPD hospitalizados con insuficiencia respiratoria aguda ingresados en el Instituto Nacional del Tórax (INT). **Materiales:** Se revisaron los ingresos con diagnóstico de EPD a las Unidades de Tratamiento Intermedio del INT entre mayo de 2021 y septiembre de 2022, con aumento de disnea y/o aumento de requerimientos de oxígeno en el último mes. Se registraron variables demográficas, clínicas y de laboratorio, soporte ventilatorio, estadía en UTI y estado al alta. Las variables categóricas se expresaron como números y porcentajes, y las continuas como mediana y rango intercuartílico (RIC). Para el análisis estadístico se utilizó Test t de student y Chi cuadrado. **Resultados:** Del total de pacientes con EPD que ingresaron a UTI, 42 (61,7%) presentaban insuficiencia respiratoria aguda. La edad fue de 60 (56-65) años, con un 54,8% de sexo masculino. El diagnóstico de base fue: Neumonitis por Hipersensibilidad fibrótica (35,7%), Fibrosis Pulmonar idiopática (28,6%) y EPD asociada a colágenopatías (19%). El 69% presentaba alguna comorbilidad, con historia de tabaquismo en el 50%. La PaO₂/FiO₂ de ingreso fue 157 (130-211) mmHg. La etiología descompensante fue indeterminada en un 59,6%, mientras que el resto se distribuyó en insuficiencia cardíaca descompensada (21,4%), infecciosa con agente identificado (9,5%) y tromboembolismo pulmonar (TEP)(9,5%). Se administró inmunosupresión en altas dosis en el 38,1%, siendo metilprednisolona el más utilizado (33,3%) seguido de rituximab (9,5%). El soporte ventilatorio más utilizado fue cánula nasal de alto flujo (71,4%), con un 9,5% de requerimiento de ventilación mecánica invasiva. La estadía hospitalaria fue de 8 (4-12) días y la mortalidad intrahospitalaria un 45,2%. Se encontró asociación entre el uso de metilprednisolona, rituximab y VMI con la supervivencia al alta. **Conclusiones:** Se observó una alta mortalidad intrahospitalaria, similar a lo descrito en la literatura. En la mayoría de las exacerbaciones no se encontró etiología. Aquellos pacientes que recibieron metilprednisolona o rituximab presentaron mayor sobrevida.

CL70-FIBROELASTOSIS PLEUROPULMONAR, DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO.

Vidal D., Vidal Vera D., Rivera F, Piderit C., Moreno A. Hospital Las Higueras, Talcahuano.

Introducción: La fibroelastosis pleuropulmonar es una enfermedad poco frecuente. Afecta adultos en promedio de 57 años. Desde el 2013, fue incluida en el grupo de neumonías intersticiales idiopáticas raras (AmericanThoracic Society/ European Respiratory Society). Caracterizada por afectación pleural y parenquimatosa en lóbulos superiores con fibrosis pleural y fibroelastosis subpleural. La etiología es desconocida, se ha asociado al uso de quimioterapia/radioterapia, trasplante pulmonar y conectivopatías. Se presenta con tos, disnea, baja de peso y dolor pleurítico. La progresión de la enfermedad ocurre en 60% de los casos, con desenlace fatal en el 40%. Se presenta un caso clínico de un paciente con cuadro clínico compatible. **Descripción del caso:** Paciente de 59 años con antecedente de diabetes mellitus y tabaquismo IPA 19. Consultó por historia de 1 mes de tos productiva intermitente y disnea mMRC 2. Tomografía computada de alta resolución con enfisema paraseptal y centrolobulillar bilateral, árbol en brote bilateral difuso, opacidad irregular de lóbulo superior derecho. Se sospechó neoplasia pulmonar. **Diagnóstico:** TAC tórax-abdomen y pelvis con contraste describe lesión irregular en lóbulo superior derecho de 2 cm, pseudonodular con retracciones asociado a extenso enfisema ya descrito. Adenopatía en hilio derecho de 12 mm. Cintigrama óseo y TAC cerebro negativos. Espirometría obstructiva leve, VEF1: 2,19 L, sin cambio post broncodilatador, DLCO 84%. Se realizó lobectomía superior derecha con linfadenectomía. Histología informó fibroelastosis pleuroparenquimatosa apical nodular junto con antracosis difusa, ganglios linfáticos con sinuhistocitosis y pleuritis crónica. En comité multidisciplinario, con estudio inmunológico negativo, sin otra causa probable, se definió diagnóstico de fibroelastosis pleuropulmonar. **Discusión:** La fibroelastosis se caracteriza por una imagen con un importante engrosamiento pleuroparenquimatoso apical bilateral junto con el engrosamiento de los septos interlobulillares subpleurales. Sin embargo, la biopsia también puede ser diagnóstica al demostrar fibrosis intraalveolar con elastosis septal y marcada fibrosis de la pleura visceral dado por la presencia de múltiples fibras de elastina anormales en tamaño, morfología y disposición. Se presentó un caso, con imagen es sugerente, pero el diagnóstico se realizó por histología, una vez descartado otros diagnósticos diferenciales y tras ser evaluado por un equipo multidisciplinario. Destaca la rareza del cuadro y el pronóstico asociado.

CL71-LEPTOSPIROSIS CON HEMORRAGIA ALVEOLAR: REPORTE DE DOS CASOS.

Piderit C., González D., Pavez N., Aguayo M., Andrade A., Pozo V., Vidal Vera D., Hananías F., Yáñez J.. Universidad de Concepción.

Introducción: El síndrome de hemorragia alveolar difusa (HAD) consiste en hemoptisis, anemia, infiltrados pulmonares difusos e insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Dentro de las causas infrecuentes está la Leptospirosis, una zoonosis por exposición a roedores que en su forma grave (síndrome de Weil) cursa con ictericia, fiebre y falla renal, rara vez acompañados de HAD. **Descripción del caso:** Caso1: Varón, 36 años, privado de libertad. Un mes de fatiga, diaforesis y baja de peso. Luego disnea, hemoptisis y fiebre. Al examen taquipnea, uso de musculatura accesoria, 2 L/min de oxígeno. Laboratorio: procalcitonina 0,9mg/dL, proteína C reactiva(PCR) 15 mg/dL, leucocitos(GB) 8300/μL, hemoglobina 9.8/μL, plaquetas(Pq) 33.000/μL. Tomografía computada(TC) de tórax: opacidades en vidrio esmerilado(VE) bilaterales, engrosamiento septal interlobulillar. Se hospitalizó, inició Ampicilina/Sulbactam y Trime-toprim/Sulfametoxazol. Rápido deterioro ventilatorio y hemodinámico, en 24 h requirió ventilación mecánica invasiva (VMI). Evolucionó con disfunción circulatoria, hepática y renal. Broncoscopia: sangrado antiguo y secreciones hemopurulentas, cultivo negativo, sin siderófagos. Estudio de Leptospira positivo (IgM y microaglutinación[MAT]). Cambio a ceftriaxona. Evolución favorable y resolución del cuadro. Caso2: Mujer, 58 años. Una semana de dolor abdominal, náuseas, mialgias y fiebre. Consulta en urgencias, al examen dolor abdominal epigástrico intenso a la palpación. Laboratorio: PCR 17mg/dL, GB 11400/uL, Pq 39.000/uL, bilirrubina 3.0mg/dl. TC abdomen y pelvis: cortes pulmonares con múltiples nódulos centrolobulillares y VE. Rápido deterioro ventilatorio y hemoptisis, hemoglobina baja de 10,7 a 7,8 mg/dl. Conexión a VMI e inicio Ceftriaxona. TC tórax: árbol en brote y VE difusos. Broncoscopia: lavado hemorrágico progresivo (3 vasos), cultivo negativo. Serología Leptospira y MAT positivas. Evolución favorable y resolución del cuadro. **Diagnóstico:** Leptospirosis. **Discusión:** La HAD es una entidad clínica que puede ser secundaria a variadas patologías tanto inmunológicas como no inmunológicas. Los síntomas y signos que la acompañan son claves para identificar la etiología subyacente y, en este caso, también el antecedente de exposición. En zonas endémicas la HAD ocurre en el 3,7% de los casos de leptospirosis y es la mayor causa de muerte (mortalidad 70%). El tratamiento adecuado instaurado a tiempo tiene el potencial de cambiar el curso de la enfermedad. Existen pocos reportes en nuestro medio de este cuadro tratado exitosamente.

CL72-NEUMONIA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA DE EVOLUCIÓN GRAVE: DESAFIANDO LAS EXPECTATIVAS CLÍNICAS.

León T.^{1,2}, Rojas K.^{1,2}, de la Fuente I.¹ (1) Hospital DIPRECA,(2) Universidad Diego Portales

Introducción: La neumonía por Legionella se caracteriza por ser una infección pulmonar de adquisición comunitaria. Su presentación varía en severidad y puede tener complicaciones graves: sin embargo, su curso clínico generalmente suele tener un buen desenlace. Presentamos el caso de un paciente sin gran carga de comorbilidad que desarrolló una enfermedad grave. **Descripción del caso:** Un hombre de 72 años, IPA 40, acudió a urgencias por disnea, tos seca, y fiebre (39,5°C) de tres días de evolución. Los estudios mostraron Glóbulos blancos 18.300/mm³, VHS 93 mm/h y PCR 348 mg/L (VN: 1-10 mg/L) y la TAC de tórax confirmó una neumonía en base izquierda. Se inició ceftriaxona y se adicionó levofloxacino una vez obtenido el resultado de antígeno urinario. Deteriora su evolución, con caída de PaO₂/FiO₂ hasta 125 mmHg, requiriendo traslado a cuidados críticos. Se realizó *Film Array* que detectó únicamente Legionella y Angio-TAC de tórax con progresión (neumonía multifocal) y descarte de tromboembolismo pulmonar (TEP). Tras mala respuesta a CNAF a 60 L/min y 60% FiO₂, con PaO₂/Fi O₂ = 83 mmHg se conectó a ventilación mecánica. El lavado bronquio-alveolar solo detectó Legionella. Se decidió ciclo de prono con evolución favorable. Angio-TAC de tórax control reveló TEP central y segmentario izquierdo, requiriendo manejo con trombólisis acelerada por ultrasonido con buena respuesta, posterior independización de la VMI y extubación luego de 14 días. **Diagnóstico:** Neumonía grave por Legionella. **Discusión:** La enfermedad del legionario es una neumonía atípica, y en este caso destaca por la severidad de la presentación en un paciente con un único factor de riesgo: el tabaquismo. Esta presentación pone de manifiesto la necesidad de considerar a Legionella como posible agente etiológico en pacientes que presentan neumonía grave, independientemente de sus comorbilidades. La rápida progresión subraya la importancia de una intervención temprana. La terapia habitual para neumonía en pacientes hospitalizados (Ceftriaxona) no cubre Legionella, por lo que las pruebas de antígenos urinarios deberían considerarse rutinarias una vez planteado el diagnóstico, especialmente cuando hay hallazgos atípicos. El hallazgo posterior de TEP durante la fase de recuperación añade complejidad al caso. Las infecciones pueden crear un estado protrombótico, y debe tenerse como diagnóstico diferencial, especialmente si el curso clínico no sigue la trayectoria esperada. Este caso también destaca la utilidad de técnicas como el ciclo de prono, en el manejo de pacientes adecuadamente seleccionados con enfermedades pulmonares graves y refractarias para mejorar oxigenación y desenlaces.

CL73-MANIFESTACIONES ATÍPICAS EN JÓVENES: NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTE CON VIH NO DIAGNOSTICADO.

León T., Rojas K., Toledo, Sierra S. Hospital el Carmen, Servicio Salud Metropolitano Central, Universidad Finis Terrae, Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP) es una infección oportunista grave que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos, siendo la infección por el VIH una de las principales causas de susceptibilidad. A pesar de que los avances terapéuticos han reducido la incidencia de PJP en pacientes con VIH, esta sigue siendo una complicación relevante y potencialmente mortal. **Descripción del caso:** Mujer de 29 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas ni hospitalizaciones, que consulta por disnea y tos de dos semanas de duración. El laboratorio inicial mostro alza de parámetros inflamatorios con LDH sobre 1000 UI/L, y la tomografía computarizada de tórax mostró un infiltrado parenquimatoso pulmonar en patrón de “alas de mariposa” sugerente de PJP. Fue manejada inicialmente con oxígeno a 3 L/min, y se inició empíricamente cotrimoxazol *forte* en dosis ajustada por peso y corticoides. Las pruebas serológicas confirmaron la presencia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con recuento de CD4 en 6 céls/mm³ y carga viral 925000 copias/mL. Evoluciona con buena respuesta clínica, confirmándose diagnóstico final con técnica de PCR en muestra de lavado bronquio-alveolar (LBA). **Diagnóstico:** Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*. **Discusión:** En países con acceso a profilaxis y tratamiento antirretroviral como lo es Chile, la incidencia de PJP ha disminuido significativamente. Nuestro caso destaca un fenómeno clínico inusual en la literatura médica: la estabilidad clínica a pesar de la presentación radiológica y el recuento considerablemente bajo de CD4. El cuadro clínico, laboratorio (LDH como marcador de daño alveolar) y las imágenes fueron fundamentales para iniciar el manejo en este caso. El diagnóstico temprano ante el alto índice de sospecha junto con el inicio de la terapia antifúngica empírica fue crucial para mejorar los resultados y la evolución clínica, a pesar de no haber obtenido las pruebas confirmatorias de VIH ni PJP. El LBA sigue siendo la principal herramienta para obtener una muestra ante la tos no productiva, y el uso concomitante de corticoides ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes con hipoxemia, y como estándar de tratamiento fue iniciado en conjunto a la terapia antifúngica. En resumen, este caso subraya la posibilidad de presentación insidiosa de PJP, reafirmando la relevancia del enfoque proactivo, la evaluación diagnóstica y la administración temprana de tratamiento en pacientes inmunocomprometidos, incluso en ausencia de una presentación clínica grave.

CL74-HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA, DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Castro I, Vega F.² Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.Temuco.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis producida *Echinococcus granulosus*, el hombre es un huésped intermediario. Tiene una incidencia de 2-2,2 casos por cada 100.000 habitantes. El diagnóstico de la hidatidosis se realiza integrando examen físico, estudio de imágenes, endoscopia y serología. El uso de la fibrobroncoscopia presenta buen rendimiento particularmente en hidatidosis complicada, la visualización de membrana intrabronquial posee una alta especificidad; estudios describen confirmación por anatomía patológica en un 100%. **Descripción del caso:** Mujer de 35 años de Curacautín, historia de 1 año evolución de tos persistente, hemoptoica hospitalizada por neumonía con mala evolución clínica, se complica con derrame pleural, evaluada vía telemedicina se decide traslado a centro de referencia para estudio y manejo. El 23/06/22 se realiza fibrobroncoscopia (FBC) con lavado bronquioalveolar (LBA), biopsia transbronquial y toracocentesis diagnóstica, estudio de LBA negativo, biopsia: proceso inflamatorio agudo y crónico inespecífico, líquido pleural compatible con empiema, se decide pabellón, se describe pulmon adherido a pleura con zonas loculadas con líquido purulento, Cultivo: *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus anginosus*, se realiza aseo quirúrgico y manejo ATB por 4 semanas con Unasyn^a. En control ambulatorio con TC de tórax se evidencia engrosamiento pleural y consolidación con centros hipodensos de llingula, se decide nueva FBC, se describe en nueva FBC: a nivel de llingula se observa imagen blanquecina que la ocluye completamente; con ayuda de pinzas y aspiración se extraen membranas blanquecinas abundantes, se envían muestras a biopsia que confirman membranas hidatídicas, en ulteriormente inicia tratamiento con Albendazol por 28 días, con buena respuesta clínica **Discusión:** La hidatidosis una enfermedad relevante a nivel nacional con una alta prevalencia en la Araucanía, en ocasiones puede complicarse afectando estructuras vecinas y asociarse a procesos infecciosos concomitantes, en el caso expuesto se logra realizar diagnóstico y manejo mediante el uso de FBC, metodología con buen rendimiento particularmente en coexistencia de infección parenquimatosa pulmonar; la visualización de las membranas hidatídicas es el hallazgo endoscópico con más especificidad.

CL75-CONCORDANCIA INTERNA DE UNA NUEVA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD PARA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

Nieto-Pino J., Retamal-Riquelme E., Sáez-Galaz C., Martínez S. Unidad de Sueño Adulto; Unidad de Neurología Adulto. Hospital Clínico La Florida, Santiago, Chile; Hospital Libertador Bernardo O'Higgins.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno muy prevalente en adultos, por lo que cada vez es más necesario su oportuno diagnóstico y tratamiento. Actualmente su gravedad se clasifica usando el índice de apnea-hipopnea (IAH) en leve, moderada y grave. Se ha planteado considerar otras variables para determinar la magnitud de este trastorno. Un ejemplo de esto es la propuesta del documento internacional de Consenso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) que incluye, entre otros, el porcentaje del tiempo de registro con oximetría bajo 90 (CT90). Este valor es un predictor independiente de eventos cardiovasculares. Nuestro objetivo es evaluar la concordancia entre la gravedad de AOS en nuestra población considerando IAH versus CT90. **Material y método:** Se incluyó a mayores de 15 años con diagnóstico confirmado de AOS (IAH 5 o más eventos/h), diagnosticados entre febrero de 2018 y junio de 2023 (estudio transversal). El IAH y el CT90 se determinaron mediante poligrafía respiratoria de 5 canales. Cada caso se clasificó en AOS leve, moderada, grave o muy grave según los puntos de corte propuestos por la SEPAR para IAH así como para CT90. Se cuantificó la concordancia entre ambos mediante el estadístico *kappa* de Cohen. El trabajo contó con la aprobación del Comité Ético Científico del SSMSO. **Resultados:** en 535 casos incluidos, 52% hombres, los promedios de IAH y CT90 fueron 37,7 eventos/hora y 36,3%. Según IAH, 21,3% están en categoría leve (entre 5 y 14,9 eventos/h), 27,9% moderada (entre 15 y 29,9 eventos/h), 23,2% grave (entre 30 y 49,9 eventos/h) y 27,7% muy grave (50 o más eventos/h). Considerando CT90, 3,9% fueron casos leves (CT90 0%), 33,5% moderadas (CT90 entre 1 y 14 %), 15,1% graves (CT90 entre 15 y 29%) y 47,5% muy graves (CT90 30% o más). Hubo diferencias en la distribución según sexo para IAH y CT90. La concordancia global entre ambos criterios de clasificación fue débil ($\kappa = 0,24$), así como en mujeres ($\kappa = 0,36$) y hombres ($\kappa = 0,40$). **Conclusiones:** La concordancia entre IAH y CT90 para gravedad de AOS es baja. Para determinar su utilidad en la práctica clínica es necesario contar con validación externa acerca de si estos puntos de corte determinan cambios en los riesgos de morbilidad a corto, mediano y/o largo plazo.

CL76-PREVALENCIA DE RIESGO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN POBLACIÓN ADULTA CHILENA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-17.

Carrillo J.¹, Fernández MB², Riquelme J², Carrillo JP³, San Martín L.¹, Lovera C.⁴, Vargas V.⁵, Vargas C.⁶. 1. Hospital de Quilpué. 2. Instituto Nacional del Tórax. 3. Hospital Las Higueras de Talcahuano, 4. Hospital Dr. Eduardo Pereira, 5. Hospital Biprovincial Quillota Petorca, 6) Universidad de Santiago.

Introducción: Los trastornos respiratorios del sueño son altamente prevalentes y están asociados a morbilidad y mortalidad cardiovascular, enfermedades neurodegenerativas, cáncer, baja productividad y accidentes. La apnea obstructiva del sueño (AOS) es el tipo más prevalente y conocido, transformándose así en un objetivo de investigación y de salud pública. **Materiales:** De los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17 (ENS), seleccionamos registros de sujetos ≥ 18 años, obteniendo un total de 5.995 registros, con 63,3% mujeres. Construimos una regla de predicción clínica basada en las variables del Cuestionario *STOP-Bang*, cuya precisión es menor en mujeres (ronquido, somnolencia, apneas observadas, hipertensión arterial, IMC 35 kg/m^2 , edad 50 años, circunferencia de cuello no registrada en esta ENS, hombre). Según el puntaje obtenido se clasificaron en Riesgo bajo (3), Riesgo medio (3-4) y Riesgo alto (≥ 5). Los resultados de la muestra se ponderaron por los factores de expansión para obtener una estimación de población, prevalencia e intervalo de confianza al 95%, para cada nivel de riesgo de AOS en población general y en subpoblaciones por sexo y grupo etario. **Resultados:** La población general estimada fue de 12.773.937,2 habitantes (IC 95%, 11.929.025,2-13.618.849,2), prevalencia de Riesgo bajo fue 60,9% (IC 95%, 58,1-63,7), Riesgo medio 31,4% (28,9-34,1) y Riesgo alto 7,7% (6,3-9,3). En Hombres la prevalencia de Riesgo bajo fue 47,9% (43,3-52,6), Riesgo medio 40,1% (35,8-44,7), y Riesgo alto 11,9% (9,5-14,9). En Mujeres la prevalencia de Riesgo bajo fue 73,5% (70,3-76,5), Riesgo medio 23,0% (20,3-25,8), Riesgo alto 3,5% (2,2-5,4). En el grupo etario de 18-24 años la prevalencia de Riesgo bajo fue 87,3% (80,8-91,9), Riesgo medio 12,2% (7,8-18,7) y Riesgo alto 0,4% (0,1-3,0). En el grupo etario de 25-44 años la prevalencia de Riesgo bajo fue 81,4% (77,4-84,9), Riesgo medio 17,6% (14,2-21,5) y Riesgo alto 1,0% (0,3-2,9). En el grupo de 45-64 años la prevalencia de Riesgo bajo fue 38,2% (33,6-42,9), Riesgo medio 48,4% (43,6-53,2) y Riesgo alto 13,5% (10,2-17,6). En el grupo de 65 y más la prevalencia de Riesgo bajo fue 25,1% (20,2-30,7), Riesgo medio 53,2% (47,1-59,2) y Riesgo alto 21,7% (16,5-28,1). **Conclusiones:** La prevalencia de Riesgo medio y alto de AOS en la población general adulta es mayor en los hombres y aumenta con la edad. La falta de medición de circunferencia de cuello podría haber conducido a subestimar las prevalencias generales y ajustadas.

CL77-ESTUDIO DE FENOTIPOS OXIMÉTRICOS EN PACIENTES ADULTOS CON SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO.

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

Introducción: Se ha planteado que la hipoxemia nocturna y fragmentación del sueño podrían identificar a los pacientes adultos con síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAHOS) severa, lo cual se ha asociado a mayor riesgo eventos adversos cardiovasculares y riesgo de muerte. **Objetivos:** Describir los fenotipos basados en elementos oximétricos de pacientes adultos con SAHOS atendidos en una clínica de sueño. **Métodos:** Estudio de conglomerados basados en elementos de la oximetría nocturna de pacientes adultos con SAHOS atendidos en la clínica de sueño de la Red de Salud UC Christus entre el 1 de enero de 2020 y 31 de diciembre de 2022. Se utilizó el análisis de clases latentes para identificar los fenotipos oximétricos y luego se incorporaron algunas variables clínicas que los permite diferenciar: edad, sexo, comorbilidades y gravedad de la condición objetivada por el índice de apneas-hipopneas. **Resultados:** Se evaluaron 852 pacientes adultos con SAHOS, edad media: 56 años (rango: 18-91), 71% sexo masculino, 93% tenía comorbilidades, 59% eran obesos y 69% tenían SAHOS moderada-severa. Se identificaron tres fenotipos oximétricos: G1: Adultos jóvenes predominio sexo masculino con baja carga de comorbilidades, menos hipoxemia y desaturación durante el sueño; G2: Adultos de edad intermedia predominio sexo masculino con moderada carga de enfermedades cardiovasculares y metabólicas crónicas, dos tercios eran obesos, con hipoxemia moderada y elevado índice de desaturación e índice de apneas-hipopneas durante el sueño; G3: Adultos de edad avanzada, ambos sexos, con mayor carga de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas crónicas, la mayoría eran obesos, con hipoxemia severa e índice de desaturación e índice de apneas-hipopneas moderado. **Conclusiones:** Se identificaron tres fenotipos basados en elementos de la oximetría nocturna en pacientes adultos con SAHOS atendidos en la clínica de sueño, lo cual podría estar relacionado con el riesgo de eventos adversos y la planificación del tratamiento.

CL78-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE APNEAS SEVERAS EN LACTANTES MENORES.

Espinoza L., Gutiérrez R., Flores J., Torres G., Zenteno D. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: Las apneas severas en lactantes, constituyen un desafío para el equipo tratante; se deben asumir medidas inmediatas que permitan reducir su severidad y evitar efectos multisistémicos. Objetivar antes y después de conductas específicas, resulta deseable para lograr resultados óptimos. **Materiales:** Estudio de cohorte retrospectivo, en lactantes menores, con resultados poligráficos en rango severo, definidos por un índice de apnea-hipopnea (IAH) ≥ 10 /hora; realizadas en el hospital Guillermo Grant Benavente, desde entre el 2018 y 2023. Se estableció una conducta inicial y otra posterior: oxigenoterapia, soporte ventilatorio, quirúrgica y odontológica. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, datos expresados en mediana y rango intercuartílico. Se evaluó asociación entre las variables y conducta inicial, pre y post conductas; mediante test de Kruskal Wallis y Wilcoxon respectivamente. Se empleó el paquete estadístico Jamovi, significancia estadística. **Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, edad 0,2(0,1-0,5) años, varones 42,9%. Principales diagnósticos: Alteraciones craneofaciales (35,7%) y laringomalacias (21,4%). Inicialmente destacaban: AHÍ 20,3 (16,0-26,2), índice apneas obstructivas y mixtas (IAOM) 20,2 (14,7-25,9), SpO2 mínima 72,0 (63,0-81,0) y $\leq 90\%$ 5,5 (1,5-20,8); siendo su variación post conducta inicial: IAH -14,8 (72%, $p=0,0001$), IAOM -14,3(70%, $p=0,0001$), SpO2 mínima 13,5 (19%, $p=0,0033$), SpO2 $\leq 90\%$ -4,8 (87%, $p=0,0001$). Existió asociación entre menor edad y la conducta inicial ($p=0,0234$) y AHI con la conducta inicial ($p=0,0492$), principalmente con el manejo quirúrgico. Conductas iniciales y proyectadas resaltan las variaciones de: quirúrgica (28,6% y 0,0%), soporte ventilatorio (28,6% y 14,3%) y odontológica (0,0% y 7,1%). **Conclusiones:** Los diagnósticos principales fueron alteraciones craneofaciales y laringomalacias. Existió mejoría poligráfica categórica, post-conductas establecidas, principalmente aquellas de carácter obstructivo. A menor edad y mayor severidad, la conducta fue más invasiva. Las proyecciones terapéuticas son de resorte principalmente odontológico y ventilatorio.

CL79-LINFANGIECTASIA PULMONAR. DIAGNOSTICO PRENATAL OPORTUNO.

Inostroza E., Meyer M., Villaroel G., Cruzat L., Sepúlveda H., Águila F., Osorio K., Fritis A. Unidad Broncopulmonar y Servicio de Pediatría, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La linfangiectasia pulmonar congénita es una enfermedad autosómica recesiva de prevalencia desconocida. Clínicamente puede presentarse como distrés respiratorio neonatal severo con una alta mortalidad o evolucionar con daño pulmonar crónico con sus complicaciones asociadas. Presentamos un caso clínico, con diagnóstico antenatal, soporte vital al nacer y posterior evolución respiratoria. **Descripción del caso:** Hijo de padres no consanguíneos, madre primigesta, embarazo con polihidroamnios e hidrops fetal (ascitis e hidrotórax). Estudio genético prenatal (exoma) confirma mutación en gen PIEZO-1 compatible con displasia linfática de Fotiou. Luego de maduración pulmonar se realiza cesárea programada a las 32 semanas, PN 3171 gr. Durante los primeros minutos de vida evoluciona con dificultad respiratoria realizándose intubación y traslado a Unidad de Paciente Crítico. Cursa con enfermedad de membrana hialina, hipertensión pulmonar moderada a severa con disfunción ventricular e hidroneumotórax. Se maneja con ventilación mecánica invasiva incluyendo VAFO, vasodilatador pulmonar, CPAP y CNAF, finalmente se va de alta a su domicilio con oxigenoterapia por naricera. En control Broncopulmonar al sexto mes de vida estable, sin hospitalizaciones de causa respiratoria, control ecocardiográfico sin signos indirectos de hipertensión pulmonar significativa. TC de tórax con opacidades en vidrio esmerilado difusas, engrosamiento septal y peribroncovascular con algunas bandas parenquimatosas (linfangiectasias), imágenes pseudoquísticas y mínimo derrame pleural bilateral. En control octavo mes de vida se suspende oxigenoterapia. **Diagnóstico:** - Linfangiectasia pulmonar- RNPT 32 **Discusión:** La displasia linfática de Fotiou es una patología infrecuente con alta morbimortalidad. En este caso que se presenta con hidrops fetal, el estudio genético permitió un diagnóstico precoz con un manejo oportuno y activo de las complicaciones asociadas, mejorando la evolución y el pronóstico a largo plazo.

CL80-PLEURONEUMONIA POR NOCARDIA EN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA: REPORTE DE UN CASO.

Ortiz , L¹, Jerez , C¹, Bozzo, R², Parra MG², Acuña M³. ¹Residente Enfermedades Respiratorias Pediátricas, ²Unidad de Broncopulmonar y ³Unidad de Infectología, Hospital Roberto del Río, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es un trastorno autosómico recesivo que afecta al gen regulador de la conductancia transmembrana de la FQ (CFTR). Esta alteración se traduce a nivel del sistema respiratorio en deterioro del aclaramiento mucociliar, así como en infección e inflamación crónicas. Este proceso es el principal productor de morbilidad y deterioro funcional. La infección pulmonar por *Nocardia* es muy infrecuente. **Descripción del caso:** Se presenta un paciente de 8 años con fibrosis quística que cursó con pleuroneumonía secundaria a infección por *Nocardia cyriacigeorgica*. **Discusión:** La infección por *Nocardia* es una infección muy infrecuente que puede afectar a sujetos inmunocompetentes con fibrosis quística. Es un cuadro de difícil diagnóstico etiológico ya que no existe clínica ni radiología específica, además de que su diagnóstico microbiológico es complejo. Tratamiento de elección con Cotrimoxazol por 6-12 meses en dosis de 25-50 mg/kg/día. En pacientes con factores de riesgo podría plantearse el uso de profilaxis con Cotrimoxazol diario, el que sería más efectivo que profilaxis trisemanal. Aislamiento de *Nocardia spp.* en fibrosis quística es inhabitual y en la mayoría de los casos reportados, aparentemente representan colonización. **Conclusión:** Se desconoce el impacto de la colonización por *Nocardia* en la historia natural de FQ. Pronóstico y tratamiento óptimo aún no está bien definido.

CL81-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA REFRACTARIA, A PROPÓSITO DE UNA CAUSA INFRECUENTE EN PEDIATRÍA: VOLVIENDO A LA FISIOLÓGÍA.

Rivera F, Maldonado K., Ortiz L., Escobar P. Enfermedades Respiratorias Infantiles - Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

Introducción: La hipoxemia puede explicarse fisiopatológicamente por alteraciones del fuelle toracopulmonar y del parénquima pulmonar incluyendo alteraciones ventilación-perfusión, de la difusión y cortocircuitos. Se presenta un caso poco común de hipoxemia crónica secundario a malformaciones arterio-venosas (MAV) pulmonares múltiples, de evolución progresiva y compromiso parenquimatoso asociado. **Caso Clínico:** Escolar asintomática, con antecedente de hermano fallecido por MAV cerebral, se estudia preventivamente diagnosticándose MAV cerebral y pulmonares múltiples. Se emboliza electivamente MAV cerebral y pulmonar de mayor tamaño, evolucionando satisfactoriamente. Posteriormente, cursa con neumonía por VRS requiriendo ventilación no invasiva. Dada de alta con oxígeno domiciliario. Evoluciona con importante deterioro en capacidad funcional, disnea de esfuerzo, desaturación hasta 83% a pesar de apoyo con 2L/min de oxígeno por naricera, sin polipnea ni signos de dificultad respiratoria, signología pulmonar obstructiva, acropaquia y telangiectasias faciales. Se hospitaliza para manejo y estudio. Del estudio destaca: Hematocrito 44%, ausencia de foco de condensación en radiología, función pulmonar con limitación obstructiva al flujo aéreo con cambio significativo post-broncodilatador. Se rescata tomografía pulmonar de última hospitalización que muestra múltiples MAV en ambos pulmones de mayor tamaño que imágenes iniciales. Dado hipoxemia progresiva se realiza ecocardiograma con test de burbujas positivo compatible con shunt derecha-izquierda y test de hiperoxia con recuperación de la SatO₂ de valores de 90% a 96% sugiriendo compromiso pulmonar por alteración V/Q además de shunt. **Diagnóstico:** Hipoxemia crónica secundaria a MAV pulmonares múltiples atribuidas a Síndrome de Rendu-Osler-Weber dada la asociación a telangiectasias e historia familiar. **Discusión:** El síndrome de Rendu-Osler-Weber es una condición poco frecuente (8,2 por cada 10.000 habitantes), de herencia autosómica dominante que se caracteriza por MAV viscerales, siendo la ubicación pulmonar la de mayor frecuencia causando hipoxemia crónica por la presencia de fistulas arterio-venosas. Es fundamental en estos pacientes completar la evaluación volviendo a la fisiología, valorar otras causas asociadas de hipoxemia y siempre objetivar la recuperación clínica.

CL82-VRS EN TIEMPOS DE COVID-19.

Follert M., Cárcamo L., Yaitu A., Rivera N. N Enfermedades Respiratorias del Niño, Hospital Base San José de Osorno. Universidad Austral de Chile, Campus Osorno, Osorno, Chile.

Introducción: Bronquiolitis presenta 3% hospitalización el primer año; causa más frecuente VRS. Su circulación relaciona con invierno y bajas temperaturas. La pandemia SARS-CoV-2 cambió hábitos de circulación (confinamientos, cuarentenas, uso de mascarillas, cierre de escuelas). Circulación disminuyó en invierno 2020 y 2021, aumentando en primavera 2021. En 2022 volvió a su circulación habitual de invierno. **Materiales:** Revisión retrospectiva pacientes hospitalizados por VRS en el Hospital Base San José de Osorno, correspondientes a la Provincia de Osorno. Se evaluaron características demográficas, comorbilidades, coinfecciones, requerimientos soporte de oxígeno y ventilatorios, tratamiento farmacológico y requerimientos UPCP. Se compararon características entre ambos años. **Resultados:** En 2021 hospitalizó 45% (n=58) pacientes VRS+; mediana edad 2,7 meses (0,37-37,5), 26,8% en diciembre. El 84% recién nacidos de término (RNT); 21,4% enfermedades crónicas. Coinfección con otros virus baja (un caso con SARS-CoV-2). El 76,4% API negativo; mediana de score TAL 3 (0-8). Mediana inicio de síntomas y hospitalización: 3 días (1-14) y de hospitalización, 4 días (1-16). El 71,4% tenía hermanos; el 37,9% de ellos estaba enfermo. El 48,2% se hospitalizó en UPCP (mediana: 5 días [1-14]); ventilación invasiva: 35,7% y no invasiva: 28,5%. En 2022 se internó 20,3% de pacientes VRS+ (n=72), mediana edad 2,4 meses (0,37-21,17), con proporción significativamente mayor en los meses de invierno (p=0,045). **Conclusiones:** Porcentaje de hospitalización alto en 2021, en un periodo de circulación no habitual, con alta ocupación de UPCP. Más de dos tercios tenían hermanos, un tercio escolarizados y con síntomas respiratorios. La mayoría eran lactantes sanos previamente, eutróficos, alimentados al pecho. Mayor circulación VRS coincidió con apertura de escuelas y flexibilización medidas sanitarias, sin relación con la temperatura. Volvió a circulación invernal habitual en 2022, donde hubo mayor uso de cánula nasal de alto flujo en sala básica, con proporción similar para VNI y VMI en UCIP.

CL83-VENTILACION NO INVASIVA PROLONGADA PEDIATRICA EN CONCEPCION. LUEGO DE 17 AÑOS DE INICIO DE UN PROGRAMA NACIONAL

Espinoza ML., Torres G., Flores J., Sánchez C., Vera R., Zenteno D. Unidad Ventilación Mecánica y Sueño, Servicio de Pediatría, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile, Depto. Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile, Depto.de Kinesiología Facultad de Medicina Universidad de Chile, Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona, España. Depto. de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria DIGERA. Subsecretaria de Redes Asistenciales Ministerio de Salud

Introducción: El Programa Pediátrico Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI), se inició el 2006; pretende mejorar expectativas y calidad de vida, disminuir morbimortalidad y reducir costos en salud. Conocer su realidad en nuestro medio, puede permitir readecuar lineamientos de manejo de esta población. **Materiales:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados al programa AVNI controlados en el HGGB entre 2011 y mayo 2023. Se describieron variables biodemográficas, años de ingreso-egreso y estado actual. Las variables cuantitativas se expresaron en mediana y rango intercuartílico. Se analizó la edad de ingreso y la permanencia en el programa según año categorizado, motivo de alta y diagnóstico con test de Kruskal-Wallis y posterior comparación por pares. Las variaciones anuales se analizaron con regresión lineal simple entre el año de ingreso y la frecuencia acumulada de pacientes ingresados, egresados y activos. Se evaluó la media de permanencia según motivo de fallecimiento con análisis de supervivencia. Se utilizó el paquete estadístico Jamovi, con significancia estadística. **Resultados:** Se ingresaron 112 niños. Edad ingreso 8,3 (2.7-12.8) años, varones 57.1%. El 52,7% están activos. Diagnósticos principales: enfermedad neuromuscular(ENM) 47.3%, daño neurológico 27,7% y daño pulmonar crónico 13,4%. Han egresado 53 pacientes (46,4%), destacando: 32.1% trasladados a adultos, 24,5% decesos y 22,6% mejoría clínica. De los fallecidos, 9 fueron atribuidos a progresión de enfermedad base y 7 a causa infecciosa. ENM fue la principal causa de traslado a adultos (66.7%). El período de 2020-2023 es el con menor edad de ingreso respecto al período 2006-2011($p=0,004$) y 2012-2019($p=0,015$). La mediana de supervivencia fue de 8 años, sin diferencia según motivo de fallecimiento($p=0,635$). Anualmente ingresan 7,3 pacientes($p<0,001$). **Conclusiones:** La causa más frecuente de AVNI corresponde a ENM. De los egresados, destaca el traslado a adultos, principalmente ENM; los fallecimientos son atribuidos principalmente a evolución de su enfermedad base. Actualmente se ingresan pacientes de menor edad al programa AVNI, mostrando una supervivencia media de 8 años. Se aprecia una fase de ascenso lento a partir de 2016, en relación con un equilibrio entre ingresos- egresos.

Resúmenes de Comunicaciones libres presentadas en el
55° Congreso Chileno de Enfermedades Respiratorias.
Puerto Varas, 22 al 25 de noviembre, 2023