

# Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

INDIZADA EN SciELO, LATINDEX Y LILACS

VOLUMEN **41** - SUPLEMENTO

DICIEMBRE 2025  
SANTIAGO - CHILE

ISSN 0716 - 2065  
ISSN 0717 - 7348

[www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)  
[www.serchile.cl](http://www.serchile.cl)

**57° CONGRESO CHILENO DE  
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

**3 al 6 de diciembre de 2025**



**SER**

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA  
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS



# Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

VOLUMEN 41 - SUPLEMENTO

DICIEMBRE 2025

ISSN 0716 - 2065  
ISSN 0717 - 7348

[www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)  
[www.serchile.cl](http://www.serchile.cl)



†  
**SER**

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA  
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS



# Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias

(Rev Chil Enferm Respir)

## EDITOR y DIRECTOR

Dr. Manuel Oyarzún G.

## EDITOR ADJUNTO

Dr. Gustavo Contreras T.

## EDITORES ASOCIADOS DE SECCIONES

Dr. Francisco Arancibia H.	: Infecciones respiratorias y medicina crítica
Dr. Rodrigo Gil D.	: Casos clínicos e hitos del año
Dr. Cristián García B.	: Imagenología torácica pediátrica
Dr. Gonzalo Labarca T.	: VNI y trastornos respiratorios del sueño
Dra. María A. Palomino M.	: Neumología pediátrica
Dr. Carlos Peña M.	: Tuberculosis
Dr. Alberto Rojas O.	: Ética médica
Dr. Eduardo Sabbagh P.	: Imagenología torácica adultos
Dra. Claudia Sepúlveda L.	: Panorama (crónica)
Dr. Francisco Suárez V.	: Cirugía de tórax/Cáncer pulmonar
Dr. Gonzalo Valdívía C.	: Salud pública y epidemiología
Dr. Guillermo Zepeda F.	: Educación en ciencias de la salud

## COMITÉ EDITORIAL ASESOR

Selim Abara E.	Orlando Díaz P.	Valentina Quiroga S.
Marisol Acuña A.	Patricio Jiménez P.	Fernando Saldías P.
Sergio Bello S.	Gonzalo Labarca T.	Ignacio Sánchez D.
Gisella Borzone T.	Marcela Linares P.	Raimundo Santolaya C.
Hernán Cabello A.	Carmen Lisboa B.	Ricardo Sepúlveda M.
Mario Calvo G.	Javier Mallof V.	Carlos Ubilla P.
Iván Caviedes S.	Manuel Meneses C.	Alvaro Undurraga P.
Ximena Cea B.	Aída Milinarsky T.	María Teresa Valenzuela B.
Eliana Ceruti D.	Sylvia Palacios M.	María Teresa Vicencio A.
José M. Clavero R.	Julio Pertuzé R.	
Patricia Díaz A.	Arnoldo Quezada L.	

**Oficina de Redacción:** ser@serchile.cl

## Sede Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias

Santa Magdalena 75. Of 701 - Tel: 222324729 - secretaria@serchile.cl

**Producción:** Editorial IKU - Sr. Felipe Escudero I.

Tel: 222126384 - felipe@editorialiku.cl

**Representante Legal:** Sr. Enrique Mena I.



†  
SER

## Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias

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

### **Maestros de la Especialidad**

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

### **Miembros Honorarios**

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

## Directorio de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (2024 - 2025)

<b>Presidente</b>	:	Dr. Mauricio Salinas Fénero
<b>Vicepresidente</b>	:	Dr. Felipe Astorga Contreras
<b>Past-president</b>	:	Dr. Guillermo Zepeda Flores
<b>Secretaria</b>	:	Dra. Claudia Sepúlveda Landeros
<b>Tesorero</b>	:	Dr. Miguel Aguayo Castillo
<b>Directores</b>	:	Dra. Claudia Azócar Barrera
		Dr. Juan Carrillo Azócar
		Dra. M. Evelyn Chala Calvo
		Dra. Marietta Núñez Cámara
		Dr. Francisco Suárez Vásquez
		Dra. Marcela Villarroel Hernández

### Presidentes de Filiales

**Filial V Región**  
Valparaíso-Viña del Mar  
Dr. Víctor Leiva Vásquez

**Filial Bío-Bío - Ñuble**  
Dr. Carlos Ortega Rebolledo

**Filial Sur**  
Valdivia-Osorno-Pto. Montt-P. Arenas  
Dr. Mario Calvo Gil

### Coordinadores de Comisiones y Ramas

#### Comisiones

**Trastornos respiratorios del sueño**  
Dr. Fernando Descalzi M.

**Asma en Adultos**  
Dr. Miguel Antúnez R.

**Asma Pediátrica**  
Dra. Ana María Herrera G.

**Cáncer Pulmonar**  
Dr. Cristián Ibarra D.  
Dra. M. Paz Saavedra

**Científica e Investigación**  
Dr. Guillermo Zepeda F.

**Circulación Pulmonar**  
Dra. Mónica Zagolin B.

**Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas**  
Dra. Georgina Miranda S.

**EPOC**  
Dra. Karen Czischcke L.

**Función Pulmonar en Adultos**  
Dra. Patricia Schönfeldt G.

**Función Pulmonar Pediátrica**  
Dra. Cecilia Álvarez G.  
Dr. Raúl Corrales V.

**Infecciones Respiratorias Adultos**  
Dr. Francisco Arancibia H.

**Coordinadores Congreso Anual**  
Dr. Felipe Astorga C. (General)  
Dr. Francisco Suárez V. (Cirugía)  
Dr. Ricardo Fritz G. (Medicina)  
Dr. Carlos Flores B. (Pediatria)  
Dra. Patricia Schönfeldt G. (Ramas)  
Dr. Luis Soto G. (Regional)

**Relaciones Públicas**  
Dra. María Paz Corvalán B.

**Broncoscopia y Neumología Intervencional**  
Dr. Alfredo Jalilie E.

**Reglamentos y Estatutos**  
Dr. Juan Céspedes G.

**Relaciones Internacionales**  
Dra. Juana Pavié G.  
Dr. Francisco Arancibia H.

**Representantes ante CONACEM**  
Dr. Raúl Corrales V.  
Dr. Fernando Saldías P.  
Dr. Jorge Yáñez V.

**Fibrosis Quística Pediátrica-Adulto**  
Dra. María Lina Boza C.  
Dra. M. Eugenia Pérez O.

**Rehabilitación Respiratoria**  
Klgo. Cristián Ríos M.

**Tabaco, Contaminación Ambiental y Salud Ocupacional**  
Dra. María G. Benavides G.  
Dr. Manuel Oyarzún G.  
Dr. Gustavo Contreras T.

**Tuberculosis**  
Dr. Carlos Peña M.

**Ventilación Mecánica Domiciliaria**  
Dra. María Paola Arellano M.

**Comisión de Ética**  
Dr. Luis Astorga F.

#### Ramas

**Enfermería**  
EU. Cecilia Reyes G.  
Coordinadora

**Kinesiología**  
Klgo. Alex Campos A.  
Coordinador

**Tecnología Médica**  
TM. Patricia Sandoval I.  
Coordinadora

**Médico Asesor de Ramas**  
Dra. Patricia Schönfeldt G.

---

# 57° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Coquimbo, 3 al 6 de diciembre de 2025

## COMITÉ ORGANIZADOR

### **Presidente:**

Dr. Mauricio Salinas F.

### **Coordinación General:**

Dr. Felipe Astorga

### **Coordinación Adultos:**

Dr. Ricardo Fritz

### **Coordinación Pediatría:**

Dr. Carlos Flores

### **Coordinación Cirugía:**

Dr. Francisco Suárez

### **Coordinación Ramas:**

Dra. Patricia Schönfeldt

## COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Guillermo Zepeda (Coordinador)

Dr. Mario Calvo

Dr. Matías Florenzano

Dr. Rodrigo Gil

Dr. Manuel Oyarzún

Dr. Felipe Reyes

Dr. Gonzalo Valdivia



---

## REVISORES

Miguel Aguayo

Miguel Antúnez

Francisco Arancibia

Felipe Astorga

Claudia Azocar

Sergio Bello

Raúl Berríos

Osvaldo Cabrera

Mario Calvo

Juan Carrillo

Felipe Cayupi

Evelyn Chala

Karen Czischke

Fernando Descalzi

Cristian Deza

Patricia Díaz

Patricia Fernández

Matías Florenzano

Constanza Florestano

Rodrigo Gil

Mónica Gutiérrez

Ruvistay Gutiérrez

Cristian Ibarra

Gonzalo Labarca

Víctor Leiva

Virginia Linacre

Miljenko Lolas

César Maquilón

Laura Mendoza

Marietta Núñez

Manuel Oyarzún

María Teresa Parada

María Genoveva Parra

Martín Pazmiño

Carlos Peña

Felipe Reyes

Mauricio Riquelme

Felipe Rivera

Mauricio Ruiz

María Paz Saavedra

Fernando Saldías

Mauricio Salinas

Raimundo Santolaya

Patricia Schönfeldt

Francisco Suárez

Rodrigo Torres

Paulina Trujillo

Gonzalo Valdivia

Carola Valencia

Guillermo Zepeda

---

## **INSTITUCIONES PATROCINANTES**

Universidad de Chile  
Universidad Andrés Bello  
Universidad Católica de Chile  
Universidad de Los Andes  
Universidad de La Frontera  
Universidad del Desarrollo  
Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología  
Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica  
Sociedad Chilena de Pediatría  
Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax

## **INSTITUCIONES COLABORADORAS**

Abbott  
Apneas Org Ltda.  
AstraZeneca Commercial I Chile  
Boehringer Ingelheim Ltda.I Chile  
Dormir Bien Spa  
Ferrer Chile S.A  
GlaxoSmithKline Chile  
Laboratorio Chile S.A  
Laboratorio D&M Pharma.  
Laboratorio Pasteur S.A.  
Laboratorio Pfizer  
Laboratorio Sanofi  
Laboratorio Saval  
Laboratorio Scienza  
Neilmed Latam Chile Spa  
Remed  
RespiLife Chile SpA

---

## INVITADOS INTERNACIONALES

---



**Dr. Carlos Brescacin (Argentina)**

Presidente de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria



**Dr. Iván Centeno (México)**

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias,  
Ciudad de México, México



**Dr. Patricio Escalante (EE.UU.)**

Director de Unidad de Investigación de  
Enfermedades Torácicas, Mayo Clinic



**Dr. Jesús González (Francia)**

Hôpital La Pitié Salpêtrière  
Paris, Francia



**Dr. Héctor Gutiérrez (EE.UU.)**

Professor & Director,  
Division of Pulmonary Associate Director,  
Pediatric Pulmonology Fellowship Program Director,  
Cystic Fibrosis Care Center McWane Initiative  
University of Alabama at Birmingham, Alabama.



**Dr. Adrián Lescano (Argentina)**

Cardiólogo especialista en Hipertensión Pulmonar  
Jefe Departamento de Cardiología  
Sanatorio de la Trinidad Quilmes, Argentina



**Dra. Claudia Llontop (Francia)**

Hôpital La Pitié Salpêtrière  
Paris, Francia



**Dr. Fabio Midulla (Italia)**

Universidad Sapienza, Roma, Italia



**Dr. Pedro Nabuco**

Cirujano torácico  
Hospital Sirio Libanés, Brasilia, Brasil



**Dr. Vicente Plaza (España)**

Director del Servicio de Neumología y Alergia  
Hospital de Sant Pau, Barcelona, España



**Dr. Luis Adrián Rendón (México)**

Presidente de Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT) 2024-2026



**Dra. Ana María Stok (Argentina)**

Directora Médica de Investigaciones en  
Patologías Respiratorias, Tucumán, Argentina



**Dr. Alejandro Teper (Argentina)**

Jefe del Centro Respiratorio,  
Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez  
Buenos Aires, Argentina



**Dra. Ireri Thirion (México)**

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias,  
Ciudad de México, México

---

# 57° CONGRESO CHILENO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Hotel Enjoy, Coquimbo 3 al 6 de diciembre de 2025

## PROGRAMA ACADÉMICO

Miércoles 3 de diciembre

08:00 - 09:00      **SIMPOSIO INDUSTRIA**  
**Salón Bahía 3**

Enfrentando nuevos escenarios en pacientes con fibrosis quística en la era de los moduladores  
Expositor: Dr. Joel Melo  
Gentileza Laboratorio Scienza

### **CURSO POSTGRADO: ACTUALIZACIÓN FIBROSIS QUÍSTICA**

**Salón: Bahía 3**

Coordinador: Dr. Carlos Flores

08:45 - 09:00      Inauguración

### **Bloque Temático Fibrosis Quística I**

**Modera: Dr. Carlos Flores**

09:00-09:20      **Pasado, presente y futuro en fibrosis quística**  
Dr. Nicolás Johnson

09:20-09:40      **Estado del arte de la fibrosis quística**  
Dr. Héctor Gutiérrez

09:40-10:00      **La transición del paciente pediátrico al adulto: barreras y oportunidades**  
Dr. Joel Melo

10:00-10:30      Mesa redonda

10:30-11:00      Café

### **Bloque Temático Fibrosis Quística II**

**Modera: Dr. Carlos Flores**

11:00-11:20      **Screening neonatal y seguimiento temprano: experiencia nacional y lecciones aprendidas**  
Dr. Nicolás Johnson

11:20-11:40      **Impacto en Estados Unidos de las nuevas terapias de Fibrosis Quística**  
Dr. Héctor Gutiérrez

11:40-12:00      **Hitos en trasplante pulmonar en Chile**  
Dr. Joel Melo

12:00-12:30      Mesa redonda

13:00-14:00      **SIMPOSIO:**  
**Salón: Bahía 3**

**Actualización de guías internacionales de rinitis alérgica y nuevos tratamientos disponibles**  
 Dra. Carla Bastías

**Mejorando la adherencia a los dispositivos de liberación nasal**  
 Diego Moraga, PhD

Gentileza Laboratorio Saval

13:00-14:00      **SIMPOSIO INDUSTRIA**  
**Salón: Bahía 1**  
**Optimización y Prevención en Salud Respiratoria: Impacto del manejo integral en Asma y EPOC**  
 Dr. Juan José Soler y Dr. Luis Pérez de Llanos

Gentileza Laboratorio GSK

**Bloque Temático Fibrosis Quística III**  
**Modera: Dr. Carlos Flores**

14:00-14:20      **¿Cómo aplicamos la nueva realidad de tratamiento de Fibrosis Quística en Chile?**  
 Dr. Héctor Gutiérrez (EE.UU.)

14:20-14:40      **Impacto multidimensional de los moduladores de la industria argentina**  
 Dr. Alejandro Teper (Argentina)

14:40-15:00      **Acceso a terapias innovadoras: barreras regulatorias y logísticas en Chile**  
 Dra. Gema Pérez

15:00-15:30      Mesa redonda

15:30-16:00      Café

**Bloque Temático Fibrosis Quística IV**  
**Modera: Dr. Carlos Flores**

16:00-16:20      **Adherencia terapéutica en Fibrosis Quística: más allá de la farmacología**  
 Dra. Gema Pérez

16:20-16:40      **Construcción de redes de atención y registros nacionales de Fibrosis Quística**  
 Dr. Carlos Flores

16:40-17:00      **Diagnóstico y manejo de Fibrosis Quística en la Región de Coquimbo**  
 Dra. Arlette Andrade

17:00-17:30      Mesa redonda

17:30              Cierre

**CURSO POSTGRADO ACTUALIZACIÓN VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA**  
**Salón: Bahía 1****Coordinadora: Dra. M. Paola Arellano**

08:45-09:00      Introducción y bienvenida

**Bloque I****Modera: Dr. Fernando Descalzi**09:00-09:20      **Casos clínicos interactivos (2)**Dr. Martín Pazmiño  
Dr. Roberto Mondaca09:20-09:40      **Modos ventilatorios**

Dr. Jesús González (Francia)

09:40-10:00      **Bases fisiopatológicas para el uso de ventilación no invasiva domiciliaria**

Dr. Orlando Díaz

10:00-10:30      Mesa redonda

10:30-11:00      Café

**Bloque II****Modera: Dr. Juan Carrillo**11:00-11:20      **El dilema de las mascarillas en ventilación no invasiva.**

Dra. Marcela Gómez

11:20-11:40      **Ventilación no invasiva en síndrome hipoventilación obesidad (SHO)**

Dra. M. Paola Arellano

11:40-12:00      **Ventilación no invasiva en EPOC**

Dr. Jesús González (Francia)

12:00-12:30      Mesa redonda

**Bloque III****Modera: Dra. Mónica Antolini**14:00-14:20      **Ventilación no invasiva en Esclerosis Lateral Amiotrófica**

Dra. Claudia Llontop (Francia)

14:20-14:40      **Asincronías paciente-ventilador**

Dr. Jesús González (Francia)

14:40-15:00      **Monitorización del paciente con ventilación no invasiva domiciliaria**

Dra. Claudia Llontop (Francia)

15:00-15:30      Mesa redonda

15:30-16:00      Café



16:00-17:30 **EXPERIENCIA PRÁCTICA**  
**CPAP (Presión Positiva Continua en la Vía Respiratoria),**  
**VNI (Ventilación no invasiva), MPV (ventilación mecánica protectora),**  
**ASV (Ventilación Asistida Adaptativa)**

Moderadora: Dra. M. Paola Arellano  
 Dra. Claudia Llontop (Francia)  
 Dr. Jesús González (Francia)  
 Integrantes de la Comisión

**CURSO POSTGRADO ACTUALIZACIÓN REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ADULTOS**  
**CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA**  
**Salón: Arena**

**Coordinador** **Klga. Carola Valencia**

08:45-09:00 Introducción y bienvenida

**Bloque I**

**Moderador: Klga. Carola Valencia**

09:00-09:20 **Evidencia de la rehabilitación respiratoria**  
 Klga. Leticia Jadue

09:20-09:40 **Evaluación médica, exámenes complementarios, criterios de inclusión y exclusión**  
 Dr. Carlos Brescacin (Argentina)

09:40-10:00 **Evaluación de la capacidad física**  
 Klgo. Iván Ramírez

10:00-10:30 Mesa redonda

10:30-11:00 Café

**Bloque II**

**Moderador: Klga. Carola Valencia**

11:00-11:20 **Evaluación de fuerza y músculos respiratorios**  
 Klga. Francisca Lara

11:20-11:40 **Prescripción del entrenamiento en un programa de rehabilitación respiratoria**  
 Klgo. Alex Campos

11:40-12:00 **Diseño de programas de rehabilitación respiratoria**  
 Klgo. Alex Campos

12:00-12:30 Mesa redonda

13:00-14:00 **SIMPOSIO**  
**Salón: Bahía 3**

**Actualización de guías internacionales de rinitis alérgica y nuevos tratamientos disponibles**  
 Dra. Carla Bastias

**Mejorando la adherencia a los dispositivos de liberación nasal**

Diego Moraga, PhD

Gentileza Laboratorio Saval

13:00-14:00

**SIMPOSIO INDUSTRIA**

**Salón: Bahía 1**

**Optimización y Prevención en Salud Respiratoria: Impacto del manejo integral en Asma y EPOC**

Dr. Juan José Soler y Dr. Luis Pérez de Llanos

Gentileza Laboratorio GSK

14:00-14:30

**Taller evaluación de la capacidad física**

Klga. Leticia Jadue - Klgo. Iván Ramírez

14:30-15:00

**Taller fuerza y musculatura respiratoria**

Klga. Francisca Lara

15:00-15:30

**Taller diseño**

Klgo. Alex Campos

15:30-16:00

Café

16:00-16:30

Prueba

**CURSO INTERNACIONAL DE ESPIROMETRÍA ALAT-SER**

**Salón: Valle**

**Módulo I**

**Moderadora**

**Dra. Patricia Schönfeldt**

08:45-09:00

Inauguración

**Bloque Temático: Control de calidad**

08:05-08:15

**Bases fisiología respiratoria, estructura y mecánica de la respiración**

Dra. Ireri Thjirion (México)

08:15-08:45

**Equipos y control de calidad**

Dr. Iván Centeno (México)

08:45-09:05

**Antropometría, indicaciones, contraindicaciones y registro del paciente**

Klgo. Christian Sáez

09:05-09:35

**Maniobra y criterios de calidad**

TM. Patricia Sandoval

09:35-10:00

**Repetibilidad y ejemplos**

Dra. Ireri Thirion (México)

10:00-10:30

Preguntas

10:30-11:00

Café

**Bloque Temático: Maniobra**

**Moderador: Dr. Cristóbal Collao**

- |             |  |
|-------------|--|
| 11:00-11:15 | <b>Bioseguridad</b><br>Dra. Patricia Schönfeldt                      |
| 11:15-11:35 | <b>Prueba broncodilatadora</b><br>Klgo. Christian Sáez               |
| 11:35-11:55 | <b>Diseño informe y valores teóricos</b><br>Dra. Patricia Schönfeldt |
| 11:55-12:15 | <b>Interpretación Obstructiva</b><br>Dra. Ileri Thirion (México)     |
| 12:15-12:35 | <b>Interpretación Restrictiva</b><br>Dr. Cristóbal Collao            |
| 12:35-13:00 | Preguntas  |

13:00-14:00      **SIMPOSIO INDUSTRIA**  
  
Gentileza Laboratorio

13:00-14:00      **SIMPOSIO INDUSTRIA**  
  
Gentileza Laboratorio

**Taller Práctico I**

**Moderadora: Dra. Patricia Schonfeldt**

- |             |  |
|-------------|--|
| 14:00-14:30 | <b>Evaluación teórica</b><br>Dra. Patricia Schönfeldt    |
| 14:30-15:30 | <b>Taller calibración</b><br>Dra. Ileri Thirion (México) |
| 15:30-16:00 | Café   |

**Taller Práctico II**

Moderadoras: Dra. Patricia Schönfeldt - Dra. Ileri Thirion (México)  
16:00-17:30

**CURSO POSTGRADO ACTUALIZACIÓN TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA  
A FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA  
Salón Bahía 2**

08:45-09:00 Inauguración  
Coordinador: Dr. Carlos Peña

**Bloque I**

09:00-09:20 **Panorama de la tuberculosis resistente a fármacos**  
Dr. Carlos Peña

09:20-09:40 **Diagnóstico molecular de resistencia a fármacos de 1<sup>ra</sup> línea**  
Dra. Karla Kohan

09:40-10:00 **Tratamiento y prevención de niños con tuberculosis resistente a rifampicina**  
Dra. Mariluz Hernández

10:00-10:30 Mesa redonda

10:30-11:00 Café

**Bloque II**

11:00-11:20 **Manejo y resultados operacionales en tuberculosis multirresistente y resistente a la rifampicina (MDR/RR) en Chile**  
Dra. M. Eugenia Pérez

11:20-12:10 **Esquemas terapéuticos para tuberculosis con resistencia a Rifampicina**  
Dr. Luis Adrián Rendón (México)

12:10- 12:40 Mesa redonda

**Bloque III**

14:00-14:30 **Tuberculosis pansensible: 4 meses versus 6 meses**  
Dr. Luis Adrián Rendón (México)

14:30-15:00 **Fracaso a tratamiento de tuberculosis con esquema primario**  
Dr. Patricio Escalante (EE.UU.)

15:00-15:30 Mesa redonda

15:30-16:00 Café

**Bloque IV**

16:00-16:20 **Fármacos de 2<sup>a</sup> línea: Características, interacciones, reacciones adversas a medicamentos (RAM)**  
Dr. Patricio Escalante (EE.UU.)

16:20-16:35 **CASOS CLÍNICOS**  
Mod. Dr. Carlos Peña  
Dr. Patricio Escalante (EE.UU.)  
Dr. Luis Adrián Rendón (México)  
Dra. M. Eugenia Pérez

17:35-18:00 **Evaluación escrita**  
Dr. Carlos Peña

## INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

19:45-20:00	<b>Bienvenida</b> Dr. Mauricio Salinas Presidente, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER)
20:00 - 20:30	<b>Ceremonia de premiación</b> Dr. Guillermo Zepeda Coordinador Comisión Científica, SER
20:30 - 21:00	<b>Conferencia inaugural</b> Tuberculosis y el desarrollo de la investigación Biomédica: Perspectiva histórica Dr. Patricio Escalante (EE.UU.)
21:00	<b>Cóctel de Inauguración</b> Salón: Bahía 2

08:00 - 09:00	<b>SIMPOSIO INDUSTRIA:</b> Salón: Bahía 1  <b>NUCALA: Perfiles ASMA GRAVE en la práctica clínica</b> Dr. Luis Pérez de Llanos  Gentileza Laboratorio GSK
09:00 - 10:30	<b>BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “REHABILITACIÓN”</b> Moderador: Klga. Carola Valencia Salón: Bahía 1
09:00 - 09:20	<b>Uso de cánula nasal de alto flujo (CNAF) en evaluación y rehabilitación respiratoria</b> Klgo. Iván Ramírez
09:20 - 09:40	<b>Rehabilitación respiratoria en enfermedades pulmonares difusas</b> Klga. Francisca Lara
09:40 - 10:00	<b>Rehabilitación respiratoria en pre y post trasplante pulmonar</b> Klgo. Iván Ramírez
10:00 - 10:30	Discusión
09:00 - 10:30	<b>BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “ASMA”</b> Moderador: Dra. Ana María Herrera Salón: Bahía 3
09:00 - 09:20	<b>Asma severa: Evaluación y tratamiento</b> Dr. Fabio Midulla (Italia)
09:20 - 09:40	<b>Epidemiología y manejo de la crisis asmática</b> Dra. Ana María Herrera
09:40 - 10:00	<b>Manejo global del niño con asma</b> Dr. Alejandro Teper (Argentina)
10:00 - 10:30	Discusión
09:00-10:30	<b>BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “ASMA I”</b> Moderador: Dr. Miguel Antúnez Salón: Bahía 2
09:00-09:20	<b>Asma desde sus inicios. ¿Es lo mismo inicio pediátrico o adulto?</b> Dra. Ana Stok (Argentina)
09:20-09:40	<b>Un recorrido a través del paciente: Entrevista de expertos a un paciente con asma grave</b> Dra. Ana Stok (Argentina) Dr. Vicente Plaza (España) Dra. Patricia Fernández
09:40-10:00	<b>Cambios y novedades de GEMA 5.5</b> Dr. Vicente Plaza (España)
10:00-10:30	<b>Escuchemos a la audiencia: qué sabe y qué quiere saber de asma</b> Dr. Vicente Plaza (España) Dra. Ana Stok (Argentina) Dra. M. Teresa Parada
10:30-11:00	Café

11:00-12:30	<b>BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “TABAQUISMO Y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL”</b> Moderador: Dr. Andrés Ramírez Salón: Bahía 1
11:00-11:20	<b>Contaminación en un clima cambiante: Calidad del aire y salud respiratoria</b> Nicolás Huneeus, PhD
11:20-11:40	<b>Efectos de las ondas de calor en la salud de la población</b> Yasna K. Palmeiro-Silva. PhD
11:40-12:00	<b>Vapeadores: más allá del pulmón</b> Dr. Andrés Ramírez
12:00-12:30	Discusión
11:00-12:30	<b>BLOQUE TEMÁTICO PEDIÁTRICO: “BRONQUIOLITIS”</b> Moderador: Dr. Guillermo Zepeda Salón: Bahía 3
11:00-11:20	<b>Fenotipificación de la bronquiolitis viral</b> Dr. Fabio Midulla (Italia)
11:20-11:40	<b>Utilidad de la Guía de Bronquiolitis del Ministerio de Salud</b> Dr. Guillermo Zepeda
11:40-12:00	<b>Factores de riesgo y diagnóstico de la bronquiolitis obliterante post infecciosa</b> Dr. Alejandro Teper (Argentina)
12:00-12:30	Discusión
11:00-12:30	<b>BLOQUE TEMÁTICO ADULTO: “ASMA II”</b> Moderador: Dr. Miguel Antúnez Salón: Bahía 2
11:00-11:20	<b>Exacerbaciones: Nueva clasificación SEPAR/ALAT</b> Dra. Ana Stok (Argentina)
11:20-11:40	<b>Tratamiento de las exacerbaciones</b> Dr. Fernando Vega
11:40-12:00	<b>Tratamiento dirigido a un objetivo: Más allá de la remisión</b> Dr. Vicente Plaza (España)
12:00-12:30	<b>Discusión con participación de los asistentes sobre exacerbación y remisión</b> Dr. Vicente Plaza (España) Dra. Ana Stok (Argentina) Dr. Cristian Deza
11:00-12:30	<b>Taller Informe de Espirometría</b> Modera: Dra. Patricia Schönfeldt Salón Arena
11:00-11:20	<b>Cinco cambios fundamentales. Manual de Espirometría SER 2024</b> Dra. Patricia Schonfeldt
11:20-11:40	<b>Interpretación de alteraciones obstructivas</b> Dra. Ileri Thirion

11:40-12:00 **Interpretación alteraciones sugerentes de restricción**  
Dr. Cristóbal Collao

12.00-12:30 Taller práctico de interpretación de espirometría

12:30-13:30 **Sesión de comunicaciones libres (Totems)**  
Salones: Terrazas

Sesión **ASMA Y ALERGIA**  
Moderadores Dra. Patricia Fernández - Dra. María Teresa Parada  
Salón Terrazas  
Tótem 1

- CL 1.** ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA Y NEUMONÍA EOSINOFÍLICA CRÓNICA COMO MANIFESTACIONES DE UN SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO: EXPERIENCIA TERAPÉUTICA CON BENRALIZUMAB, REPORTE DE CASO.
- CL 2.** FRACASO A TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ASMA GRAVE: DESCRIBIENDO ESTA ENTIDAD A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO.
- CL 3.** ASMA EXACERBADO EN PACIENTES INGRESADOS AL DEPARTAMENTO DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO DE CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO: ESTUDIO DE COHORTE.
- CL 4.** APLICACION DE LOS PUNTAJES EXACTO Y FEOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TERAPIA BIOLÓGICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCION, CHILE.
- CL 5.** ASMA SEVERA CASI FATAL UN CASO CON SOPORTE EN ECMO VV

Sesión **CIRUGÍA 1**  
Moderadores Dr. Raúl Berríos y Dra. Virginia Linacre  
Salón Terrazas  
Tótem 2

- CL 6.** COMPROMISO GANGLIONAR N2 OCULTO EN CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.
- CL 7.** RESECCION ROBÓTICA DE PRIMERA COSTILLA EN SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO ART.
- CL 8.** ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DE PARTES BLANDAS.
- CL 9.** TIMOMAS OPERADOS POR RATS: SERIE DE CASOS INTERVENIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.
- CL 10.** MANEJO INTEGRAL DE PARAGANGLIOMA MEDIASTÍNICO CON EXTENSIÓN VERTEBRAL: REPORTE DE CASO.



Sesión	<b>ENFERMEDADES INTERSTICIALES</b>
Moderadores	Dr. Felipe Rivera y Dr. Gonzalo Valdivia
Salón	Terrazas
Tótem	3
<b>CL 11.</b>	SARCOIDOSIS CARDIACA COMO MANIFESTACION EXTRAPULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.
<b>CL 12.</b>	CARACTERIZACION CLINICA, SEROLOGICA, RADIOLOGICA Y FUNCIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA ASOCIADA A MESENQUIMOPATIA EN CONTROL EN HOSPITAL DE PUERTO MONTT.
<b>CL 13.</b>	EVOLUCION DE LA EDAD PROMEDIO DE MUERTE DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 1997 A 2022.
<b>CL 14.</b>	NEUMONITIS INTERSTICIAL, TIMECTOMIA E INMUNODEFICIENCIA COMUN VARIABLE.
Sesión	<b>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA</b>
Moderadores	Dr. Felipe Astorga y Dra. Karen Czischke
Salón	Terrazas
Tótem	4
<b>CL 15.</b>	EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2002 Y 2019.
<b>CL 16.</b>	ENFISEMA PULMONAR COMO FENOTIPO INUSUAL DE VASCULITIS ANCA MPO. REPORTE DE CASO.
<b>CL 17.</b>	LOBECTOMIA INFERIOR ROBÓTICA COMO CIRUGIA DE REDUCCION DE VOLUMEN EN ENFISEMA HETEROGÉNEO: REPORTE DE CASO.
<b>CL 18.</b>	EPOC BULOSO VS. NEUMOTÓRAX, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.
<b>CL 19.</b>	EVOLUCION DE LA EDAD PROMEDIO DE MUERTE POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 1997 A 2022.
Sesión	<b>INFECCIONES RESPIRATORIAS 1</b>
Moderadores	Dr. Francisco Arancibia y Dr. Fernando Descalzi
Salón	Terrazas
Tótem	5
<b>CL 20.</b>	EMPIEMA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO EN ADOLESCENTE SANA: UNA PRESENTACIÓN INFRECIENTE CON EVOLUCIÓN GRAVE, REPORTE DE CASO.
<b>CL 21.</b>	NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA, PRIMER CASO REPORTADO EN ADULTOS EN ISLA DE PASCUA.
<b>CL 22.</b>	NOCARDIOSIS PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN DE INMUNOCOMPROMISO POR SÍNDROME DE CUSHING, REPORTE DE UN CASO.
<b>CL 23.</b>	NEUMONIA POR VARICELA EN INMUNOCOMPETENTE. UN DIFERENCIAL A CONSIDERAR EN PACIENTES JÓVENES.
<b>CL 24.</b>	DE NEUMONÍA REFRACTARIA A HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN COMPLICACIÓN POR VIRUS INFLUENZA A.

**Sesión** **PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL SUEÑO 1**
**Moderadores** Dr. Juan Carrillo y Dr. Martín Pazmiño

**Salón** Terrazas

**Tótem** 6

**CL 25.** CARGA HIPOXICA EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU DISTRIBUCIÓN POR SEXO.

**CL 26.** RIESGO DE SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS PERTENECIENTES AL CESFAM ALBERTO ALLENDE JONES, TALAGANTE.

**CL 27.** ASOCIACION ENTRE LOS SUBTIPOS DE SINTOMAS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LA OBESIDAD.

**CL 28.** FORAMEN OVAL PERMEABLE SOSPECHADO POR HIPOXEMIA DESPROPORCIONADA EN UNA POLISOMNOGRAFIA: REPORTE DE UN CASO CLINICO.

**CL 29.** APNEA CENTRAL EMERGENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. UN DESAFIO TERAPEUTICO. REPORTE DE UN CASO.

**Sesión** **TRASPLANTE PULMONAR**
**Moderadores** Dr. David Lazo y Dr. Víctor Leiva

**Salón** Terrazas

**Tótem** 7

**CL 30.** CARACTERISTICAS Y EVOLUCION DE LA LISTA DE ESPERA PARA EL TRASPLANTE PULMONAR EN LA CLÍNICA SANTA MARIA (2013-2025).

**CL 31.** OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPOREA COMO PUENTE AL TRASPLANTE PULMONAR.

**CL 32.** TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS. EXPERIENCIA DE 13 AÑOS EN EL SISTEMA PÚBLICO CHILENO.

**CL 33.** EFECTOS DEL FLUJO UTILIZADO EN LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO EN ADULTOS CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. UN ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO CROSSOVER.

**CL 34.** CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR SOMETIDOS A REHABILITACION RESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

**Sesión** **TUBERCULOSIS**
**Moderadores** Dr. Carlos Peña y Dr. Miguel Aguayo

**Salón** Terrazas

**Tótem** 8

**CL 35.** DEBUT DE VIH EN ETAPA SIDA CON TUBERCULOSIS DISEMINADA Y SARCOMA DE KAPOSÍ MULTIORGANICO: EXPERIENCIA TERAPEUTICA CON DOXORRUBICINA.

**CL 36.** CARACTERISTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN MIGRANTES Y NACIONALES, TARAPACÁ-CHILE.

**CL 37.** RECAIDAS, TUBERCULOSIS EN MENORES DE 15 AÑOS Y RESISTENCIA A FÁRMACOS EN CHILE: ANALISIS DEL PERIODO 2012-2023.

**CL 38.** EXACTITUD DIAGNOSTICA DE GENEXPERT EN DEPOSICIONES PARA TUBERCULOSIS PULMONAR: COMPARACION CON PRUEBAS RESPIRATORIAS DE REFERENCIA EN UNA COHORTE CLINICA.

Sesión	<b>CÁNCER</b>
Moderadores	Dr. Francisco Suárez y Dr. Ricardo Fritz
Salón	Terrazas
Tótem	9
<b>CL 39.</b>	MARCACION INTRAOPERATORIA DE NÓDULOS PULMONARES NO PALPABLES MEDIANTE <i>CONE BEAM CT</i> .
<b>CL 40.</b>	EGRESOS HOSPITALARIOS Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN POBLACIÓN CHILENA, 2001-2018.
<b>CL 41.</b>	ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOBECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPIA (VATS) VS CIRUGÍA ROBÓTICA ASISTIDA (RATS) EN CÁNCER DE PULMÓN.
<b>CL 42.</b>	CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL CON METÁSTASIS ENDOBRONQUIAL.
<b>CL 43.</b>	TUMOR CARCINOMA DE PULMONAR - EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.
Sesión	<b>CIRUGÍA 2</b>
Moderadores	Dr. Pedro Felipe Undurraga y Dr. Rodrigo Gil
Salón	Terrazas
Tótem	10
<b>CL 44.</b>	RESECCION DE TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN P. UNIVERSIDAD CATÓLICA.
<b>CL 45.</b>	CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA EN HOSPITAL PÚBLICO DOCENTE EN CHILE: ANÁLISIS DE 79 CASOS DEL PRIMER PROGRAMA NACIONAL.
<b>CL 46.</b>	CORRELACION BIOPSIAS EBUS-TBNA Y LINFADENECTOMIAS QUIRURGICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ONCOLOGICA REALIZADAS EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN
<b>CL 47.</b>	SÍNDROME DE PANCOAST POR SARCOMA SINOVIAL CÉRVICO-TORÁCICO: MANEJO QUIRURGICO POST-NEOADYUVANCIA.
<b>CL 48.</b>	SCHWANNOMAS MEDIASTÍNICOS OPERADOS POR RATS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PÚBLICO CHILENO. SERIE DE CASOS.
13:30-14:30	<b>SIMPOSIO INDUSTRIA:</b> <b>Salón: Bahía 1</b> Moderador: Dr. Miguel Antúnez  <b>Simpósio Asma Grave: Tezepelumab, rompiendo el paradigma en el asma Grave</b> Dr. Vicente Plaza (España)  Gentileza Laboratorio AstraZeneca
13:30-14:30	<b>SIMPOSIO INDUSTRIA:</b> <b>Salón: Bahía 3</b> Moderador: Dr. Francisco Arancibia  <b>Simpósio: Prevención por VSR en adulto con riesgo</b> Dr. Carlos Pérez  Gentileza Laboratorio Pfizer

14:30-16:00	<b>Bloque Temático Adulto: “Infecciones Respiratorias”</b> Moderador: Dr. Francisco Arancibia Salón: Bahía 1
14:30-14:50	<b>Prevención de neumonía adquirida en la comunidad</b> Dr. Carlos Pérez
14:50-15:10	<b>Imágenes en infecciones respiratorias: ¿Cuándo y qué pedir?</b> Dra. Tamara Palavecino
15:10-15:30	<b>Neumonía que no responde a tratamiento</b> Dr. Felipe Cayupi
15:30-16:00	Discusión
14:30-16:00	<b>Bloque Temático Pediátrico: “Enfermedades Neuromusculares”</b> Moderador: Dr. Francisco Prado Salón: Bahía 3
14:30-14:50	<b>Enfermedades neuromusculares y el soporte ventilatorio no invasivo (SVN). Diferencias con la ventilación no invasiva tradicional.</b> Dr. Francisco Prado
14:50-15:10	<b>Evaluación funcional respiratoria en pacientes neuromusculares</b> Dr. Jury Hernández
15:10-15:30	<b>Cuidados paliativos y consideraciones éticas en enfermedades neuromusculares.</b> Dr. Carlos Valdebenito
15:30-16:00	Discusión
14:30-16:00	<b>Bloque Temático Adulto: “EPOC”</b> Moderadora: Dra. Karen Czischke Salón: Bahía 2
14:30-14:50	<b>Exacerbaciones de la EPOC: ¿Sirve “fenotipar” y “endotipar” para decidir el tratamiento?</b> Dr. Gonzalo Alvear
14:50-15:10	<b>Asma y EPOC en un mismo paciente: Visión práctica desde la experiencia en asma</b> Dr. Vicente Plaza (España)
15:10-15:30	<b>Casos reales, decisiones difíciles: mesa redonda interactiva en EPOC y Asma</b> Modera: Dra. Andrea Bustamante Panel de expertos: Dr. Vicente Plaza, Dr. Adrián Rendón, Dr. Rafael Silva y Residentes de la Universidad Católica.
15:30-16:00	Discusión
16:00-16:30	Café
16:30-17:30	<b>SIMPOSIO INDUSTRIA</b> <b>Salón: Bahía 1</b> Moderador:  Gentileza Laboratorio TEVA
17:30-18:30	Asamblea de socios

08:00-09:00	<b>SIMPOSIO INDUSTRIA</b> <b>Salón: Bahía 1</b>  <b>Cuando Corazón y Pulmón no duermen. Implicancias de una relación conflictiva</b> Dr. Alejandro Salvado (Argentina)  Gentileza Laboratorio Astra
09:00-10:30	<b>Bloque Temático Adulto: “Sueño”</b> Moderador: Dr. Fernando Descalzi Salón: Bahía 2
09:00-09:20	<b>Experiencia en Esclerosis Lateral Amiotrófica ( ELA) en un centro chileno</b> Dr. Cesar Maquilón
09:20-09:40	<b>Apnea central: Un desafío</b> Dra. M. Paola Arellano
09:40-10:00	<b>Guía Nacional de Apnea del Sueño</b> Dr. Gonzalo Labarca
10:00-10:30	Discusión
09:00-10:30	<b>Bloque Temático Pediátrico: “Abordaje Multidisciplinario de la Apnea Obstructiva del Sueño en Pediatría: Un desafío compartido”</b> Moderador: Dr. Alvaro Pacheco Salón: Bahía 3
09:00-09:20	<b>Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) Pediátrica: Sospecha, Diagnóstico y manejo no quirúrgico</b> Dra. Claudia Astudillo
09:20-09:40	<b>El papel del otorrinolaringólogo en la AOS Infantil: Evaluación y opciones quirúrgicas</b> Dr. Alvaro Pacheco
09:40-10:00	<b>Terapia miofuncional orofacial: Una herramienta complementaria en el tratamiento de la AOS pediátrica</b> Josefina Martínez, fonoaudióloga
10:00-10:30	Discusión
09:00-10:30	<b>Bloque Temático Ramas: “Fundamentos del envejecimiento pulmonar”</b> Moderadora: Dra. Patricia Schönffeldt Salón: Bahía 1
09:00-09:20	<b>Cambios estructurales en el sistema respiratorio durante el envejecimiento</b> Dr. Iván Centeno (México)
09:20-09:40	<b>Mecanismos celulares del envejecimiento pulmonar</b> Dra. Francisca Franulic
09:40-10:00	<b>Efectos del envejecimiento en la función pulmonar</b> Dr. Iván Centeno (México)
10:00-10:30	Discusión

09:00-10:30	<b>Bloque Temático: “Cirugía I”</b> Moderador: Dr. Francisco Suárez Salón: Arena
09:00-09:20	<b>Cirugía de Tórax en Brasil</b> Dr. Pedro Nabuco (Brasil)
09:20-09:40	<b>Historia de la cirugía torácica en Chile</b> Dr. Diego Paredes
09:40-09:55	<b>Cirugía torácica compleja en un hospital general</b> Dr. Rubén Valenzuela
09:55-10:10	<b>Cirugía torácica compleja en el Instituto Nacional del Tórax</b> Dra. Virginia Linacre
10:10-10:30	Discusión
10:30-11:00	Café
11:00-12:30	<b>Bloque Temático Adulto: “Patología Vascular Pulmonar”</b> Moderador: Dr. Ricardo Fritz Salón: Bahía 2
11:00-11:20	<b>Novedades en tromboembolismo pulmonar agudo</b> Dr. Yan Bahamondes
11:20-11:40	<b>Claves de ecocardiografía para broncopulmonares</b> Dr. Adrián Lescano (Argentina)
11:40-12:00	<b>Novedades terapéuticas en hipertensión pulmonar</b> Dra. Mónica Zagolin
12:00-12:30	Discusión
11:00-12:30	<b>Bloque Temático Pediátrico: “Decanulación en niños traqueostomizados”</b> Moderador: Dr. Alvaro Pacheco Salón: Bahía 3
11:00-11:20	<b>Protocolos de decanulación en niños traqueostomizados: Un enfoque multidisciplinario y basado en evidencia</b> Dr. Alvaro Pacheco
11:20-11:40	<b>El Rol crucial de los estudios del sueño en el proceso de decanulación pediátrica</b> Dra. Claudia Astudillo
11:40-12:00	<b>Discusión de casos clínicos</b> Dr. Alvaro Pacheco
12:00-12:30	Discusión

11:00-12:30	<b>Bloque Temático Ramas: “Diagnóstico y evaluación respiratoria en el adulto mayor y cuarta edad”</b> Moderadora: Klga. Francisca Lara Salón: Bahía 1
11:00-11:20	<b>Imagenología en el diagnóstico de enfermedades pulmonares</b> Dra. Tamara Palavecino
11:20-11:40	Métodos de evaluación de la función pulmonar TM. Patricia Sandoval
11:40-12:00	<b>Evaluación funcional cardiorrespiratoria en personas mayores: Capacidad Aeróbica y fuerza muscular respiratoria</b> Klgo. Felipe Aguirre
12:00-12:30	Discusión
11:00-12:30	<b>Bloque Temático Cirugía II</b> Moderador: Dr. José Luis Lobos Salón: Arena
11:00-11:20	<b>Evaluación preoperatoria en resecciones sublobares</b> Dr. Rodrigo Villarroel
11:20-11:40	<b>Problemas en las resecciones sublobares</b> Dr. Juan Carlos Molina
11:40-12:00	<b>Dificultades de la cirugía mínimamente invasiva</b> Dr. Alfonso Oropesa
12:00-12:20	<b>Resecciones complejas: VATS (cirugía torácica video-asistida) versus RATS (cirugía torácica asistida por robot)</b> Dr. Pedro Nabuco (Brasil)
12:20-12:30	Discusión
12:30-13:30	Sesión de comunicaciones libres (Tótems) Salones: Terrazas
Sesión Moderadores Salón Tótem	<b>MISCELÁNEO 1</b> Dra. Claudia Sepúlveda y Dra. Gema Pérez Terrazas 1
<b>CL 49.</b>	PSEUDOTUMOR PULMONAR SECUNDARIO A VASCULITIS ANCA-GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS: REPORTE DE UN CASO.
<b>CL 50.</b>	HALLAZGO DE TRAQUEOBRONCOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSTICA EN PACIENTE CON DESTETE VENTILATORIO DIFÍCIL: REPORTE DE UN CASO.
<b>CL 51.</b>	FIBROSIS QUÍSTICA DE INICIO TARDÍO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA ADOLESCENCIA Y ADULTEZ. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.
<b>CL 52.</b>	SEGUIMIENTO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA EN TRATAMIENTO CON ELEXACAFITOR / TEZAXCAFTOR / IVACAFITOR (ETI).

Sesión	<b>MISCELÁNEO 2</b>
Moderadores	Dr. Felipe Reyes y Dr. Felipe Rivera
Salón	Terrazas
Tótem	2
<b>CL 53.</b>	IMPACTO DEL CAMBIO EN LA INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA.
<b>CL 54.</b>	EXPERIENCIA DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN UN POLICLÍNICO PRIORIZADO DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.
<b>CL 55.</b>	EFICACIA DE LAS TÉCNICAS MANUALES DE FLUJO LENTO UTILIZADAS EN LA KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA EN MENORES DE DOS AÑOS CON BRONQUIOLITIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.
<b>CL 56.</b>	EVALUACIÓN DE LA NUEVA INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA.
<b>CL 57.</b>	FACTORES CLÍNICOS Y FUNCIONALES EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADOS A DESATURACIÓN EN TEST DE MARCHA 6 MINUTOS
Sesión	<b>PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL SUEÑO 2</b>
Moderadores	Dr. Miguel Aguayo y Dr. Gonzalo Valdivia
Salón	Terrazas
Tótem	3
<b>CL 58.</b>	RESPIRACION PERIÓDICA COMO PREDICTOR DE FRACASO EN LA TITULACIÓN DE CPAP EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.
<b>CL 59.</b>	VALIDEZ LONGITUDINAL DE UN CUESTIONARIO DE SUEÑO: CONCORDANCIA CLÍNICA Y ASOCIACION ENTRE PESO Y AHÍ.
<b>CL 60.</b>	DE LA POLIGRAFIA AL OXÍMETRO INTELIGENTE: CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE <i>APNEALINK</i> Y <i>BIOLOGIX</i> .
<b>CL 61.</b>	VALIDACION DE UNA NUEVA MEDIDA DE CARGA HIPÓXICA (PUC HB) EN EL ESTUDIO SIMPLIFICADO INTEGRAL DE SUEÑO
<b>CL 62.</b>	COMPARACION DE LA SENSIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DEL MÉTODO DE REFERENCIA VERSUS CODIGO PUC EN LA DETECCION DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN MUJERES.
Sesión	<b>MISCELÁNEA 3</b>
Moderadores	Dra. Patricia Schönfeldt y Dr. Mauricio Céspedes
Saló	Terrazas
Tótem	4
<b>CL 63.</b>	RESULTADOS DE PROGRAMA DE PREHABILITACION Y REHABILITACION PULMONAR EN CIRUGIA TORACICA TRAS 1 AÑO DE IMPLANTACION EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.
<b>CL 64.</b>	COMO INFLUYE LA EDAD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL RENDIMIENTO DE LA PRUEBA <i>SIT-TO-STAND</i> : UN ESTUDIO MULTICENTRICO.
<b>CL 65.</b>	INYECCIÓN DE FLUJO TRANSLARÍNGEO A TRAVÉS DEL PORTAL SUBGLÓTICO EN UN MODELO TRAQUEAL <i>IN VITRO</i> : EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS EN VOLUMEN, PRESIÓN Y FLUJO.
<b>CL 66.</b>	EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO MEDIANTE LA PRUEBA DE CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN ADULTOS CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS. UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.
<b>CL 67.</b>	CONCORDANCIA EN LA RESPUESTA CARDIORRESPIRATORIA A LOS 3 Y 6 MINUTOS DE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN ADULTOS CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.



Sesión	<b>CIRUGÍA 3</b>
Moderadores	Dr. Francisco Suárez y Dra. Claudia Azócar
Salón	Terrazas
Tótem	5
<b>CL 68.</b>	EXERESIS ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTÍNICO POR TÉCNICA MINIMAMENTE INVASIVA ROBÓTICA (RATS).
<b>CL 69.</b>	CIRUGÍA POST-QUIMIOINMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN.
<b>CL 70.</b>	RESECCIÓN DE TUMORES NEUROGÉNICOS INTRATORÁDICOS DE UBICACION COMPLEJA MEDIANTE CIRUGIA TORÁCICA ASISTIDA POR ROBOT.
<b>CL 71.</b>	MIASTENIA GRAVIS RESUELTA POR RATS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN
<b>CL 72.</b>	RATS EN TRAQUEOBRONQUIOMALACIA SEVERA: TRAQUEOBRONCOPLASTÍA CON MALLA E INSTALACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEAL POR BRONCOSCOPIA INTERVENCIONAL.
Sesión	<b>CIRUGÍA 4</b>
Moderadores	Dr. Raúl Berríos y Dra. Virginia Linacre
Saló	Terrazas
Tótem	6
<b>CL 73.</b>	ESOFAGECTOMÍA RATS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN, ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.
<b>CL 74.</b>	MANEJO DE TUMORES ENDOBRONQUIALES. MANEJO POR BRONCOSCOPIA INTERVENCIONAL: PRESENTACION DE DOS CASOS REPRESENTATIVOS.
<b>CL 75.</b>	USO DE VERDE INDOCIANINA EN LA LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR MEDIO DE CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA.
<b>CL 76.</b>	CARCINOMA DE GLANDULA SALIVAL PRIMARIO DE PULMON: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO INUSUAL.
<b>CL 77.</b>	CIRUGÍA DE REDUCCIÓN PULMONAR ROBÓTICA EN SÍNDROME DE SWYER-JAMES: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.
Sesión	<b>INFECCIONES RESPIRATORIAS 2</b>
Moderadores	Dr. Carlos Peña y Dra. Laura Mendoza
Salón	Terrazas
Tótem	7
<b>CL 78.</b>	NEUMONIA POR ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA.
<b>CL 79.</b>	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO INVASIVO EN PACIENTES CON NEUMONIA EN INMUNOSUPRIMIDOS EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO.
<b>CL 80.</b>	IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 SOBRE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO.
<b>CL 81.</b>	CARACTERIZACION DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS.
<b>CL 82.</b>	MIOCARDITIS VIRAL POST-NEUMONIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE.

Sesión	<b>MISCELÁNEO 4</b>
Moderadores	Dra. Mónica Zagolin y Dr. Ricardo Fritz
Salón	Terrazas
Tótem	8
<b>CL 83.</b>	EFFECTOS DE LAS TERAPIAS PARA LA HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR SOBRE LA OXIGENACION EN PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD RESPIRATORIA: REVISION SISTEMATICA Y METAANALISIS.
<b>CL 84.</b>	FACTORES PRONOSTICOS Y MORTALIDAD EN NEUMOPATIAS INTERSTICIALES FIBROSANTES ASOCIADA A HIPERTENSION PULMONAR.
<b>CL 85.</b>	ANEMIA HEMOLITICA MICROANGIOPÁTICA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA SEVERA: REPORTE DE UN CASO.
<b>CL 86.</b>	MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO POR INFECCIÓN POR COVID-19.
Sesión	<b>PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL SUEÑO 3</b>
Moderadores	Dr. Martín Pazmiño y Dr. Víctor Leiva
Salón	Terrazas
Tótem	9
<b>CL 87.</b>	COMPARACION DE MÉTODOS PARA LA MEDICION DEL DELTA DE LA FRECUENCIA CARDIACA DURANTE EVENTOS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.
<b>CL 88.</b>	CARACTERISTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SUEÑO DEL HOSPITAL EDUARDO PEREIRA RAMIREZ DE VALPARAISO.
<b>CL 89.</b>	VERIFICACIÓN DEL CÓDIGO DE DETECCION DE DESATURACION DE OXÍGENO EN COMPARACION CON ABOSA.
<b>CL 90.</b>	HIPOXIA NOCTURNA Y PATRÓN NO DIPPER EN LA ASOCIACIÓN ENTRE PRESIÓN ARTERIAL Y APNEA DEL SUEÑO.
<b>CL 91.</b>	ENDOFENOTIPOS DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN DIFERENTES GRADOS DE OBESIDAD.
Sesión	<b>MISCELÁNEA 5</b>
Moderadores	Dr. Felipe Astorga y Dra. Guacolda Benavides
Saló	Terrazas
Tótem	10
<b>CL 92.</b>	EFICACIA DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS EN DIFERENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.
<b>CL 93.</b>	CARGA ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN Y FRECUENCIA DE ATENCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.
<b>CL 94.</b>	PESQUISA OPORTUNA Y MANEJO EXITOSO DE APNEA CENTRAL EMERGENTE EN GRAN ALTURA. REPORTE DE UN CASO.
<b>CL 95.</b>	CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD RESPIRATORIA DE UNA COHORTE EXPUESTA A ASBESTO EN CHILE.

- 13:30-14:30      **SIMPOSIO INDUSTRIA:**  
**Salón: Bahía 1**
- Enfermedad Pulmonar intersticial e hipertensión pulmonar:**  
**Novedades terapéuticas y perspectiva latinoamericana**
- Gentileza Laboratorio Ferrer
- 
- 13:30-14:30      **SIMPOSIO INDUSTRIA**  
**Salón: Bahía 3**
- De la patogénesis a los rasgos tratables en Asma y EPOC**  
Dr. Juan José Soler y Dr. Gino Fuentes
- Gentileza Laboratorio GSK
- 
- 14:30-16:00      **Bloque Temático Adulto: “Año en revisión”**  
Moderador: Dr. Rodrigo Gil  
Salón: Bahía 2
- 
- 14:30-14:50      **Medicina respiratoria en cuidados intensivos**  
Dr. Andrés Ramírez
- 
- 14:50-15:10      **EPOC**  
Dr. Francisco Osses
- 
- 15:10-15:30      **Enfermedad pulmonar intersticial**  
Dra. Macarena Lagos
- 
- 15:30-16:00      Discusión
- 
- 14:30-16:00      **Bloque Temático Pediátrico: “Vía Aérea”**  
Moderador: Dr. Carlos Flores  
Salón: Bahía 3
- 
- 14:30-14:50      **Estridor congénito y adquirido**  
Dr. Fernando Iñiguez
- 
- 14:50-15:10      **Aspectos importantes en fibrobroncoscopia**  
Dr. Fabio Midulla (Italia)
- 
- 15:10-15:30      **¿Cómo enfrentar un cuerpo extraño en vía aérea?**  
Dr. Alvaro Pacheco
- 
- 15:30-16:00      Discusión
- 
- 14:30-16:00      **Bloque Temático Ramas: “Intervenciones terapéuticas y manejo clínico en pacientes envejecidos”**  
Moderador: Klgo. Alex Campos  
Salón: Bahía 1
- 
- 14:30-14:50      **Entrenamiento de la musculatura respiratoria en personas mayores: fundamentos y estrategias clínicas**  
Klgo. Felipe Aguirre

- 14:50-15:10 **Futuro de la medicina respiratoria en población envejecida**  
Dra. Francisca Franulic
- 15:10-15:30 **Rehabilitación pulmonar en personas mayores. Diseño, implementación y desafíos clínicos**  
Klgo. Felipe Aguirre
- 15:30-16:00 Discusión
- 14:30-16:00 **Bloque Temático Cirugía III**  
Moderador: Dr. Gino Bizjak  
Salón: Arena
- 14:30-14:50 **Cirugía robótica: ¿Afectan la formación de subespecialistas?**  
Dr. Pedro Nabuco (Brasil)
- 14:50-15:10 **Cirugía torácica mínimamente invasiva para no especialistas: ¿Cuáles son los límites?**  
Dr. Raúl Berrios
- 15:10-15:30 **Desarrollo de un programa de cirugía torácica robótica**  
Dr. Pedro Felipe Undurraga
- 15:30-15:50 **Cirugía torácica asistida por robot (RATS) en cirugía no pulmonar**  
Dr. Gerardo Mordojovich
- 15:50-16:00 Discusión
- 16:00-16:30 Café
- 16:30-17:15 **SIMPOSIO**  
Moderador: Dr. Hugo Valenzuela  
Salón Bahía 3
- Conversatorio sobre Enfermedades Pulmonares Intersticiales:  
Una Mirada desde distintas caras de la fibrosis pulmonar**  
Dra. Gabriela Tabaj (Argentina)  
Dra. Silvana Saavedra  
Dra. Lorena Bertín
- Gentileza Laboratorio Boehringer Ingelheim
- 16:30-18:00 **Bloque Temático Ramas: “Enfoques multidisciplinarios sobre pulmón y envejecimiento”**  
Moderador: Klgo. Osvaldo Cabrera  
Salón: Valle
- 16:30-16:50 Evaluación nutricional en el adulto mayor y cuarta edad  
Dra. Daniela Navarrete
- 16:50-17:10 Valorización geriátrica integral en el manejo de las enfermedades respiratorias  
Klgo. Felipe Aguirre
- 17:10-17:30 Manejo nutricional en pacientes respiratorios adulto mayor y cuarta edad  
Dra. Daniela Navarrete
- 17:30-18:00 Discusión

17:30-18:30	<b>Bloque Temático: Investigación Regional Universidad Católica del Norte</b> Moderadora: Dra. Paola Haeger Salón: Arena
17:30-17:50	Medicina de altura Dr. Fernando Moraga
17:50-18:10	<b>Reducción de riesgo de muerte y ventilación mecánica por alto índice Omega 3 en pacientes con COVID grave, en un estudio de casos y controles</b> Dra. Muriel Ramírez
18:10-18:30	Discusión
17:30-18:30	<b>Bloque Temático: Desafíos diagnósticos en imágenes</b> Moderadores: Dra. Paulette Andino - Dr. Francisco Suárez - Dra. Tamara Palavecino Salón: Bahía 3
17:30-17:50	<b>Caso Clínico Adulto</b> Dra. Paula Irazoqui
17:50-18:10	<b>Caso Clínico Quirúrgico</b> Dr. Francisco Suárez
18:10-18:30	<b>Caso Clínico Pediátrico</b> Dr. Francisco Prado
20:30-21:30	<b>Conferencia Cultural Dr. Héctor Orrego Puelma: "Historia del Universo"</b> Moderador: Dr. Mauricio Salinas Salón Bahía 1-2-3
21:30	<b>CENA CLAUSURA</b>

10:00-11:30	<b>Bloque Temático Adulto: “Enfermedades pulmonares raras I”</b> Moderadora: Dra. Claudia Azócar - Dra. Claudia Sepúlveda Salón: Bahía 1
10:00-10:20	<b>Diagnóstico y definiciones de las enfermedades raras pulmonares</b> Dra. Georgina Miranda
10:20-10:40	<b>Patrones en la tomografía de tórax en enfermedades quísticas pulmonares</b> Dr. Juan Carlos Díaz
10:40-11:00	<b>Linfangioleiomiomatosis, ¿Qué sabemos? Directrices futuras</b> Dra. Catalina Briceño
11:00-11:30	Discusión
10:00-11:30	<b>Bloque Temático Pediátrico: “Talleres Respiratorios 1”</b> <b>Moderador:</b> Salón Bahía 3
10:00-10:40	<b>Evaluación funcional respiratoria en enfermedades neuromusculares: Cuantificación, análisis y tratamiento</b> Dr. Francisco Prado Klgo. Antonio Huerta
10:40-11:30	<b>Traqueostomía y sus cuidados a nivel ambulatorio</b> Dr. Carlos Valdebenito Dr. Fernando Iñiguez
11:30-12:00	Café
12:00-13:30	<b>Bloque Temático Adulto: Enfermedades pulmonares raras II</b> Moderadores: Dra. Georgina Miranda - Dr. José Luis Velásquez Salón: Bahía 1
12:00-12:20	<b>Histiocitosis de células de Langerhans, ¿Qué hay de nuevo?</b> Dr. Felipe Reyes
12:20-12:40	<b>Trasplante pulmonar en enfermedades raras pulmonares</b> Dra. Claudia Sepúlveda
12:40-13:00	<b>“Broche de Oro” Lo que no podría faltar: Nuevas terapias para fibrosis pulmonar idiopática</b> Dr. Mauricio Salinas
13:00-13:30	Discusión
12:00-13:30	<b>Bloque Temático Pediátrico: Talleres Respiratorios 2</b> <b>Moderador:</b> Salón: Bahía 3
12:00-12:50	<b>Técnicas de facilitación de la tos: asistencia manual y mecánica</b> Dr. Francisco Prado Klgo. Antonio Huerta
12:50-13:30	<b>Aerosolterapia</b> Dr. Fernando Iñiguez Dr. Jury Hernández
13:30-13:45	Clausura Dr. Mauricio Salinas

Contents.....	i
CL1 ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA Y NEUMONÍA EOSINOFÍLICA CRÓNICA COMO MANIFESTACIONES DE UN SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO: EXPERIENCIA TERAPÉUTICA CON BENRALIZUMAB, REPORTE DE CASO.....	1
CL2 FRACASO A TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ASMA GRAVE: DESCRIBIENDO ESTA ENTIDAD A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	2
CL3 ASMA EXACERBADO EN PACIENTES INGRESADOS AL DEPARTAMENTO DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO DE CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA.....	3
CL4 APLICACION DE LOS PUNTAJES EXACTO Y FEOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TERAPIA BIOLÓGICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCION, CHILE.....	4
CL5 ASMA SEVERA CASI FATAL UN CASO CON SOPORTE EN ECMO VV.....	5
CL6 COMPROMISO GANGLIONAR N2 OCULTO EN CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.....	6
CL7 RESECCION ROBOTICA DE PRIMERA COSTILLA EN SÍNDROME DEL OPERCULO TORACICO ART.....	7
CL8 ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DE PARTES BLANDAS.....	8
CL9 TIMOMAS OPERADOS POR RATS: SERIE DE CASOS INTERVENIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....	9
CL10 MANEJO INTEGRAL DE PARAGANGLIOMA MEDIASTÍNICO CON EXTENSIÓN VERTEBRAL: REPORTE DE CASO. ....	10
CL11 SARCOIDOSIS CARDIACA COMO MANIFESTACION EXTRAPULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.....	11
CL12 CARACTERIZACION CLINICA, SEROLOGICA, RADIOLOGICA Y FUNCIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA ASOCIADA A MESENQUIMOPATIA EN CONTROL EN HOSPITAL DE PUERTO MONTT.....	12
CL13 EVOLUCION DE LA EDAD PROMEDIO DE MUERTE DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 1997 A 2022.....	13
CL14 NEUMONITIS INTERSTICIAL, TIMECTOMIA E INMUNODEFICIENCIA COMUN VARIABLE.....	14
CL15 EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2002 Y 2019.....	15
CL16 ENFISEMA PULMONAR COMO FENOTIPO INUSUAL DE VASCULITIS ANCA MPO. REPORTE DE CASO.....	16
CL17 LOBECTOMIA INFERIOR ROBOTICA COMO CIRUGIA DE REDUCCION DE VOLUMEN EN ENFISEMA HETEROGÉNEO: REPORTE DE CASO.....	17
CL18 EPOC BULOSO VS. NEUMOTÓRAX, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	19

CL19 EVOLUCION DE LA EDAD PROMEDIO DE MUERTE POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 1997 A 2022.....	20
CL20 EMPIEMA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO EN ADOLESCENTE SANA: UNA PRESENTACIÓN INFRECIENTE CON EVOLUCIÓN GRAVE, REPORTE DE CASO.....	21
CL21 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA, PRIMER CASO REPORTADO EN ADULTOS EN ISLA DE PASCUA.....	22
CL22 NOCARDIOSIS PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN DE INMUNOCOMPROMISO POR SÍNDROME DE CUSHING, REPORTE DE UN CASO.....	23
CL23 NEUMONIA POR VARICELA EN INMUNOCONPETENTE. UN DIFERENCIAL A CONSIDERAR EN PACIENTES JOVENES.....	24
CL24 DE NEUMONÍA REFRACTARIA A HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN COMPLICACIÓN POR VIRUS INFLUENZA A.....	25
CL25 CARGA HIPOXICA EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU DISTRIBUCION POR SEXO.....	26
CL26 RIESGO DE SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS PERTENECIENTES AL CESFAM ALBERTO ALLENDE JONES, TALAGANTE.....	27
CL27 ASOCIACION ENTRE LOS SUBTIPOS DE SINTOMAS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LA OBESIDAD.....	28
CL28 FORAMEN OVAL PERMEABLE SOSPECHADO POR HIPOXEMIA DESPROPORCIONADA EN UNA POLISOMNOGRAFIA: REPORTE DE UN CASO CLINICO.....	29
CL29 APNEA CENTRAL EMERGENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. UN DESAFIO TERAPEUTICO. REPORTE DE UN CASO.....	30
CL30 CARACTERISTICAS Y EVOLUCION DE LA LISTA DE ESPERA PARA EL TRASPLANTE PULMONAR EN LA CLINICA SANTA MARIA (2013–2025).....	31
CL31 OXIGENACION POR MEMBRANA EXTRACORPOREA COMO PUENTE AL TRASPLANTE PULMONAR.....	33
CL 32 TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS. EXPERIENCIA DE 13 AÑOS EN EL SISTEMA PÚBLICO CHILENO.....	35
CL33 EFECTOS DEL FLUJO UTILIZADO EN LA CANULA NASAL DE ALTO FLUJO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO EN ADULTOS CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. UN ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO CROSSOVER.....	36
CL34 CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR SOMETIDOS A REHABILITACION RESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	37
CL35 DEBUT DE VIH EN ETAPA SIDA CON TUBERCULOSIS DISEMINADA Y SARCOMA DE KAPOSÍ MULTIORGANICO: EXPERIENCIA TERAPEUTICA CON DOXORRUBICINA.....	38



CL36 CARACTERISTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN MIGRANTES Y NACIONALES, TARAPACA-CHILE.....	39
CL37 RECAIDAS, TUBERCULOSIS EN MENORES DE 15 AÑOS Y RESISTENCIA A FÁRMACOS EN CHILE: ANALISIS DEL PERIODO 2012–2023.....	40
CL38 EXACTITUD DIAGNOSTICA DE GENEXPERT EN DEPOSICIONES PARA TUBERCULOSIS PULMONAR: COMPARACION CON PRUEBAS RESPIRATORIAS DE REFERENCIA EN UNA COHORTE CLINICA.....	41
CL39 MARCACION INTRAOPERATORIA DE NÓDULOS PULMONARES NO PALPABLES MEDIANTE <i>CONE BEAM CT</i> .....	42
CL40 EGRESOS HOSPITALARIOS Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN POBLACIÓN CHILENA, 2001-2018.....	43
CL41 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOBECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPIA (VATS) VS CIRUGÍA ROBÓTICA ASISTIDA (RATS) EN CÁNCER DE PULMÓN.....	44
CL43 TUMOR CARCINOMA PULMONAR - EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	45
CL44 RESECCION DE TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN P. UNIVERSIDAD CATOLICA.....	46
CL45 CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA EN HOSPITAL PÚBLICO DOCENTE EN CHILE: ANÁLISIS DE 79 CASOS DEL PRIMER PROGRAMA NACIONAL.....	47
CL46 CORRELACION BIOPSIAS EBUS-TBNA Y LINFADENECTOMIAS QUIRURGICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ONCOLOGICA REALIZADAS EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.....	48
CL47 SINDROME DE <i>PANCOAST</i> POR SARCOMA SINOVIAL CÉRVICO-TORÁCICO: MANEJO QUIRÚRGICO POST-NEOADYUVANCIA.....	49
CL48 SCHWANNOMAS MEDIASTÍNICOS OPERADOS POR RATS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PUBLICO CHILENO. SERIE DE CASOS.....	50
CL49 PSEUDOTUMOR PULMONAR SECUNDARIO A VASCULITIS ANCA-GRANULOMATOSIS CON POLIANGELITIS: REPORTE DE UN CASO.....	51
CL50 HALLAZGO DE TRAQUEOBRONCOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSTICA EN PACIENTE CON DESTETE VENTILATORIO DIFÍCIL: REPORTE DE UN CASO.....	52
CL51 FIBROSIS QUÍSTICA DE INICIO TARDÍO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA ADOLESCENCIA Y ADULTEZ. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	53
CL53 IMPACTO DEL CAMBIO EN LA INTERPRETACION DE LA ESPIROMETRIA.....	55
CL54 EXPERIENCIA DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN UN POLICLÍNICO PRIORIZADO DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.....	56
CL55 EFICACIA DE LAS TECNICAS MANUALES DE FLUJO LENTO UTILIZADAS EN LA KINESIOLOGIA RESPIRATORIA EN MENORES DE DOS AÑOS CON BRONQUIOLITIS: REVISION SISTEMATICA Y METAANALISIS.....	57

CL56 EVALUACIÓN DE LA NUEVA INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA.....	58
CL57 FACTORES CLÍNICOS Y FUNCIONALES EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADOS A DESATURACIÓN EN TEST DE MARCHA 6 MINUTOS.....	59
CL58 RESPIRACION PERIODICA COMO PREDICTOR DE FRACASO EN LA TITULACION DE CPAP EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.....	60
CL59 VALIDEZ LONGITUDINAL DE UN CUESTIONARIO DE SUEÑO: CONCORDANCIA CLINICA Y ASOCIACION ENTRE PESO Y AHÍ.....	61
CL60 DE LA POLIGRAFIA AL OXIMETRO INTELIGENTE: CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE APNEALINK Y BIOLOGIX.....	62
CL61 VALIDACION DE UNA NUEVA MEDIDA DE CARGA HIPOXICA (PUC HB) EN EL ESTUDIO SIMPLIFICADO INTEGRAL DE SUEÑO.....	63
CL62 COMPARACION DE LA SENSIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DEL METODO DE REFERENCIA VERSUS CODIGO PUC EN LA DETECCION DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN MUJERES.....	64
CL63 RESULTADOS DE PROGRAMA DE PREHABILITACION Y REHABILITACION PULMONAR EN CIRUGIA TORACICA TRAS 1 AÑO DE IMPLANTACION EN UN HOSPITAL PUBLICO CHILENO.....	65
CL64 COMO INFLUYE LA EDAD Y LA ACTIVIDAD FISICA EN EL RENDIMIENTO DE LA PRUEBA <i>SIT-TO-STAND</i> : UN ESTUDIO MULTICENTRICO.....	66
CL65 INYECCIÓN DE FLUJO TRANSLARÍNGEO A TRAVÉS DEL PORTAL SUBGLÓTICO EN UN MODELO TRAQUEAL <i>IN VITRO</i> : EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS EN VOLUMEN, PRESIÓN Y FLUJO.....	67
CL66 EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO MEDIANTE LA PRUEBA DE CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN ADULTOS CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS. UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. ....	68
CL67 CONCORDANCIA EN LA RESPUESTA CARDIORRESPIRATORIA A LOS 3 Y 6 MINUTOS DE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN ADULTOS CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS. ....	69
CL68 EXERESIS ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTINICO POR TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA ROBÓTICA (RATS).....	70
CL69 CIRUGIA POST-QUIMIOINMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.....	71
CL70 RESECCION DE TUMORES NEUROGÉNICOS INTRATORÁDICOS DE UBICACION COMPLEJA MEDIANTE CIRUGIA TORACICA ASISTIDA POR ROBOT.....	72
CL71 MIASTENIA GRAVIS RESUELTA POR RATS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.....	73
CL72 RATS EN TRAQUEOBRONQUIOMALACIA SEVERA: TRAQUEOBRONCOPLASTÍA CON MALLA E INSTALACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEAL POR BRONCOSCOPÍA INTERVENCIONAL.....	74

CL73 ESOFAGECTOMIA RATS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARÁN, ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.....	75
CL74 MANEJO DE TUMORES ENDOBRONQUIALES. MANEJO POR BRONCOSCOPIA INTERVENCIONAL: PRESENTACION DE DOS CASOS REPRESENTATIVOS.....	76
CL75 USO DE VERDE INDOCIANINA EN LA LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR MEDIO DE CIRUGIA ROBÓTICA TORÁCICA.....	77
CL76 CARCINOMA DE GLÁNDULA SALIVAL PRIMARIO DE PULMÓN: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO INUSUAL.....	78
CL77 CIRUGÍA DE REDUCCIÓN PULMONAR ROBÓTICA EN SÍNDROME DE SWYER-JAMES: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....	79
CL78 NEUMONIA POR ENFERMEDAD MENINGOCOCICA INVASIVA.....	80
CL79 ESTUDIO MICROBIOLÓGICO INVASIVO EN PACIENTES CON NEUMONIA EN INMUNOSUPRIMIDOS EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO.....	81
CL80 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 SOBRE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO.....	82
CL81 CARACTERIZACION DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL (VRS) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS.....	83
CL82 MIOCARDITIS VIRAL POST NEUMONIA POR <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> .....	84
CL83 EFECTOS DE LAS TERAPIAS PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SOBRE LA OXIGENACIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD RESPIRATORIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.....	85
CL84 FACTORES PRONÓSTICOS Y MORTALIDAD EN NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES FIBROSANTES ASOCIADA A HIPERTENSIÓN PULMONAR.....	86
CL85 ANEMIA HEMOLITICA MICROANGIOPÁTICA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA SEVERA: REPORTE DE UN CASO.....	87
CL86 MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO POR INFECCIÓN POR COVID-19.....	88
CL87 COMPARACION DE METODOS PARA LA MEDICIÓN DEL DELTA DE LA FRECUENCIA CARDIACA DURANTE EVENTOS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.....	89
CL89 VERIFICACION DEL CÓDIGO DE DETECCIÓN DE DESATURACIÓN DE OXÍGENO EN COMPARACIÓN CON ABOSA.....	90
CL90 HIPOXIA NOCTURNA Y PATRÓN NO <i>DIPPER</i> EN LA ASOCIACION ENTRE PRESION ARTERIAL Y APNEA DEL SUEÑO.....	91

CL91 ENDOFENOTIPOS DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN DIFERENTES GRADOS DE OBESIDAD.....92

CL92 EFICACIA DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS EN DIFERENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS. ....93

CL93 CARGA ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN Y FRECUENCIA DE ATENCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.....94

CL94 PESQUISA OPORTUNA Y MANEJO EXITOSO DE APNEA CENTRAL EMERGENTE EN GRAN ALTURA. REPORTE DE UN CASO..... 95

CL95 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD RESPIRATORIA DE UNA COHORTE EXPUESTA A ASBESTO EN CHILE.....96

## CL1 ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA Y NEUMONÍA EOSINOFÍLICA CRÓNICA COMO MANIFESTACIONES DE UN SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO: EXPERIENCIA TERAPÉUTICA CON BENRALIZUMAB, REPORTE DE CASO.

Felipe Gallardo F., Paulina Trujillo M., Miljenko Lolas M. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** El síndrome hipereosinofílico (SHE) es un grupo heterogéneo de enfermedades infrecuentes caracterizado por eosinofilia persistente y daño orgánico por infiltración tisular. Puede afectar corazón, pulmón, tubo digestivo, piel y SNC, con alta morbilidad y riesgo vital. El tratamiento clásico con corticoides sistémicos, pero sus efectos adversos han impulsado nuevas terapias biológicas dirigidas a la depleción eosinofílica. **Descripción del caso:** Mujer sin antecedentes mórbidos, con diagnóstico de asma de difícil control a los 35 años con respuesta parcial a broncodilatadores y corticoides inhalados en altas dosis. Cursa con múltiples hospitalizaciones dentro de las que destacan: Neumonía sin microorganismo aislado con respuesta a corticoides sistémicos, cuadro de miocarditis interpretado como post viral tratada con antiinflamatorios y esteroides sistémicos, pancreatitis sin causa identificada asociado a cuadro de diarrea crónica. Dentro de los estudios realizados presenta eosinófilos en sangre hasta 46% (RAE 5980) en ausencia de corticoides sistémicos que disminuyen hasta 17% (RAE 1853) tras inicio de prednisona 10 mg al día. Evoluciona con nuevo episodio de neumonía, LBA con 60% de eosinófilos, compatible con Neumonía eosinofílica crónica. Se inician bolos de metilprednisolona y luego Prednisona. De estudio destaca: IgA, IgG, IgM normales. IgE total 1021. IgE e IgG de *Aspergillus* negativo. ANCA MPO y PR3 negativos. Estudio de parásitos negativos. Espirometría normal, con variabilidad entre controles. FeNO 33 ppb. Mutación FIP1L1-PDGFRα negativa. Se configura el diagnóstico de SHE idiopático con compromiso pulmonar, gastrointestinal, posiblemente miocárdico. Evoluciona con crisis obstructivas frecuentes requiriendo ciclos de esteroides, por lo anterior, desarrolla síndrome de Cushing secundario. Se decidió iniciar benralizumab, considerando evidencia en asma grave y su beneficio emergente en SHE. Tras 6 meses de tratamiento se logran disminuir esteroides, actualmente con 7.5 mg al día de Prednisona, RAE 0%. **Diagnóstico:** SHE idiopático con compromiso multisistémico. Neumonía eosinofílica crónica. Asma grave eosinofílico. **Discusión:** Los anticuerpos monoclonales anti-IL5 se presentan como una alternativa eficaz y más segura que la terapia esteroidal, aunque con evidencia limitada para patologías de baja frecuencia como el SHE. Revisar experiencias locales en SHE resulta valioso para mantener el nivel de sospecha, diagnóstico oportuno, descartar diferenciales y tratar apropiadamente.

## CL2 FRACASO A TRATAMIENTO BIOLOGICO EN ASMA GRAVE: DESCRIBIENDO ESTA ENTIDAD A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.

Miguel Antúñez R., Mario Arellano F. Clínica Alemana - Hospital Padre Hurtado.

**Introducción:** Se considera fracaso terapéutico a tratamiento biológico en asma grave cuando, tras al menos seis meses de iniciado el biológico, el paciente presenta una exacerbación grave que requiere hospitalización, deterioro funcional o nueva necesidad de corticoides sistémicos prolongados. La evaluación de la falla debe ser sistemática, diferenciando entre fracaso primario (ausencia de respuesta inicial) y secundario (pérdida de respuesta tras un período de control). **Caso clínico:** Paciente masculino de 67 años, con asma eosinofílica grave de inicio tardío, dependiente de corticoides orales. Se inicia tratamiento con un biológico anti-IL-5, con buena respuesta inicial y control de la enfermedad durante 12 meses. Posteriormente, presenta recaída clínica y funcional, con reaparición de síntomas y necesidad de reiniciar corticoides sistémicos a dosis altas, configurando un fracaso secundario. Tras evaluación multidisciplinaria, se decide cambio de biológico a un agente anti-IL-4/IL-13, observándose mejoría clínica sostenida, control sintomático, suspensión completa de corticoides sistémicos y normalización funcional (VEF<sub>1</sub>/CVF 70,2%; VEF<sub>1</sub> 3,54 L; CVF 5,04 L; FENO 25 ppb). Actualmente el paciente se mantiene estable, asintomático y con ACT de 25 puntos, bajo tratamiento biológico quincenal. **Discusión:** El fracaso primario se define como la ausencia de respuesta significativa a los 4-6 meses de tratamiento, caracterizada por persistencia de exacerbaciones, síntomas o requerimiento de corticoides, sin mejoría en la función pulmonar pese a buena adherencia y control de comorbilidades. El fracaso secundario corresponde a la pérdida de eficacia posterior a una respuesta inicial, evidenciada por recurrencia de síntomas o deterioro funcional luego de un período de control. Las causas de falla terapéutica son multifactoriales, incluyendo selección inadecuada del biológico para el endotipo inflamatorio, falta de adherencia, presencia de comorbilidades no controladas y mecanismos inflamatorios alternativos o superpuestos no cubiertos por la terapia dirigida.

## CL3 ASMA EXACERBADO EN PACIENTES INGRESADOS AL DEPARTAMENTO DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO DE CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA.

Juan Giraldo Paramo, Patricio Vallejo Vergara, Miguel Antúnez R., Rodrigo Pérez. Clínica Alemana de Santiago.

**Introducción:** El asma exacerbado con insuficiencia respiratoria puede requerir hospitalización y soporte ventilatorio avanzado, incluyendo oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). La caracterización clínica de estos pacientes a nivel latinoamericano es limitada. **Materiales:** Estudio retrospectivo descriptivo de 440 pacientes hospitalizados por asma e insuficiencia respiratoria entre 2017–2023. Se analizaron edad, sexo, antecedentes médicos, tipo de soporte ventilatorio, mortalidad y estancia en UCI. **Resultados:** La edad media fue de  $54 \pm 19$  años (17–96), con predominio femenino (54%). La mayoría no tenía comorbilidades relevantes; se registró EPOC en 1.8% y asma previa en 2.0%. Respecto al soporte, 111 pacientes (25%) no lo requirieron, 124 (28%) recibieron VMNI, 182 (41%) VMI y 23 (5%) ECMO. La mortalidad global fue 3.6% (16 pacientes), mayor en VMI (5.5%) y ECMO (8.7%) frente a VMNI (1.6%) y sin soporte (1.8%). En el análisis etario destacó la mortalidad en mayores de 40 años donde las muertes se concentraron en VMI. La estancia en UCI aumentó con la complejidad del soporte: mediana de 2 días sin soporte, 4 en VMNI, 10 en VMI y 17 en ECMO. **Conclusiones:** Los pacientes hospitalizados por asma fueron principalmente adultos de mediana edad, mujeres y con baja carga de comorbilidad. La mayoría requirió soporte ventilatorio, con mortalidad global baja, aunque más elevada en VMI y ECMO. La duración en UCI se incrementó según la complejidad del soporte. Estos hallazgos permiten caracterizar mejor a esta población y orientar la planificación de recursos críticos.

## CL4 APLICACION DE LOS PUNTAJES EXACTO Y FEOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TERAPIA BIOLOGICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCION, CHILE.

Lisette Aguayo, Carmen Riquelme T., Miguel Aguayo C., Jorge Yáñez V. Hospital Guillermo Grant Benavente.

**Introducción:** El asma grave se define como aquella que requiere altas dosis de fármacos de control o permanece mal controlada pese a tratamiento completo y manejo de comorbilidades. Las terapias biológicas dirigidas a endotipos inflamatorios han demostrado reducir exacerbaciones, disminuir la corticodependencia y mejorar modestamente la función pulmonar. Sin embargo, la respuesta clínica es heterogénea, lo que ha impulsado el desarrollo de escalas estandarizadas. Entre ellas, FEOS y EXACTO permiten evaluar la eficacia de manera complementaria: la primera como medida continua sensible y la segunda mediante categorías clínicas fácilmente aplicables. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de ambas escalas en pacientes con asma grave en tratamiento biológico en el Policlínico de Broncopulmonar del Hospital Guillermo Grant Benavente. **Materiales:** Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo en pacientes  $\geq 18$  años con asma grave no controlada, atendidos entre 2017 y agosto de 2025. Se incluyeron aquellos con al menos 6 meses de tratamiento biológico (omalizumab, mepolizumab, benralizumab o dupilumab). Se registraron variables demográficas, clínicas, funcionales, biomarcadores y de control del asma (ACT, exacerbaciones). Los datos se recolectaron antes de iniciar biológicos, 6 y 12 meses. 28 cumplieron criterios y fueron analizados. En todos se aplicó EXACTO a los 6 y 12 meses, y FEOS a los 12 meses. **Resultados:** De los 28 pacientes, 82,1% eran mujeres, 82,1% entre 40–69 años. El 57,2% presentó obesidad. El 75% era corticodependiente. La terapia más frecuente fue mepolizumab (50%). El fenotipo predominante fue asma T2 mixta con un 71,4%. Las escalas EXACTO y FEOS fueron concordantes y reflejaron la misma dirección en la respuesta clínica. FEOS ofreció una medida continua sensible, mientras que EXACTO permitió categorizar la respuesta en niveles clínicamente útiles. El EXACTO a 6 meses mostró valor predictivo sobre la respuesta a 12 meses. El mayor beneficio clínico se observó en los superrespondedores, quienes presentaron valores de FEOS significativamente más altos. **Conclusiones:** EXACTO y FEOS son herramientas complementarias y concordantes para evaluar la respuesta a terapias biológicas en asma grave. EXACTO facilita la clasificación clínica en categorías de respuesta, mientras FEOS entrega sensibilidad cuantitativa. La evaluación temprana con EXACTO a 6 meses puede anticipar la respuesta sostenida a 12 meses, constituyéndose en una herramienta útil para la toma de decisiones terapéuticas.



## CL5 ASMA SEVERA CASI FATAL UN CASO CON SOPORTE EN ECMO VV.

Juan Giraldo, Miguel Antúnez R., Patricio Vargas V. Clínica Alemana de Santiago.

**Introducción:** El asma con insuficiencia respiratoria constituye una causa de ingreso a unidades de paciente crítico, con una minoría de pacientes que progresa a insuficiencia respiratoria hipercápnica y requiere ventilación mecánica, lo que incrementa los costos de atención y la morbi mortalidad en estos pacientes. En situaciones refractarias, la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha consolidado como una opción de rescate, particularmente en estatus asmático severo. Mikkelsen y col reportan una supervivencia superior en pacientes asmáticos sometidos a ECMO en comparación con otras indicaciones, alcanzando hasta un 83,3%. Este caso ejemplifica el rol de ECMO en un escenario clínico de extrema gravedad. **Descripción del caso:** Se trata de mujer joven con antecedente de asma sin tratamiento y rinitis alérgica tratada con inmunoterapia en la infancia. Consultó por disnea progresiva y tos, con pobre respuesta a salbutamol. Presentó falla respiratoria hipoxémica, obstrucción bronquial severa y mala mecánica ventilatoria, sin respuesta a broncodilatadores ni oxigenoterapia, lo que motivó ventilación mecánica invasiva con sedación y bloqueo neuromuscular. Persistió atrapamiento aéreo y elevadas presiones pese a esteroides e infusiones broncodilatadoras, por lo que se instauró ECMO veno-venoso al sexto día de ventilación. El soporte permitió reducir parámetros ventilatorios y aliviar atrapamiento, siendo extubada en el segundo día y decanulada tras cinco días de soporte, sin complicaciones. Evolucionó con rehabilitación progresiva, destete de oxígeno y alta a domicilio tras breve estancia en UCI. Al alta recibió LABA/ICS con salida a estrategia SMART para reducir uso de  $\beta_2$  de acción corta, además de intervenciones ambientales y de exposiciones. En controles mostró mejoría clínica, adherencia y recuperación funcional. Tras cese del tabaquismo, a más de seis meses lleva vida normal. **Diagnóstico:** Asma Potencialmente Fatal. **Discusión:** El Asma Potencialmente Fatal constituye una indicación reconocida de ECMO en adultos. Este caso muestra que la implementación temprana de ECMO puede evitar el daño asociado a ventilación mecánica prolongada y favorecer la recuperación funcional, disminuir el impacto de la debilidad adquirida en UCI, con supervivencias mucho mayores que otras indicaciones de ECMO. Se deben considerar por supuesto los gastos asociados de la terapia ECMO y disponibilidad al igual que el nivel de experiencia del centro ECMO a cargo.

## CL6 COMPROMISO GANGLIONAR N2 OCULTO EN CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

Galo Cardenas, Javier Vega, Jorge Marín, Carolina Novakovic, Nicolás Von Jentschy K., Matilde Mejias, Huáscar Rodríguez, David Lazo, Pedro Undurraga. Equipo de Cirugía Torácica - Hospital Clínico San Borja Arriarán, HCSBA.

**Introducción:** el compromiso ganglionar N2 oculto corresponde a la presencia de metástasis linfonodales a nivel mediastínico ipsilateral y/o subcarinal, detectadas en el intra o postoperatorio de pacientes con etapificación clínica N0 o N1. **Materiales:** estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron a todos los pacientes con cáncer pulmonar NSCLC con etapificación clínica completa, según normas internacionales (**N0** sin metástasis, **N1:**Metástasis intrapulmonares, peribronquiales o hiliares ipsilaterales). **N2a:**Metástasis en una única estación ganglionar mediastínica o subcarinal ipsilateral. **N2b:** Metástasis en múltiples estaciones ganglionares mediastínicas y/o subcarinales ipsilaterales. **N3:**Metástasis en ganglios hiliares o mediastínicos contralaterales o en ganglios escalenos o supraclaviculares). fueron clasificados como N0 o N1 y posteriormente sometidos a cirugía resectiva pulmonar + linfadenectomía mediastínica, con confirmación histológica ganglionar N2, entre octubre 2022 y junio 2025. Se consideraron las variables: edad, género, localización del tumor primario, patrón radiológico, tipo de estudio invasivo del mediastino, estadio clínico, tipo de cirugía, abordaje, estadio, estación ganglionar comprometida, tamaño de la metástasis, histología, grado de resección y momento de la confirmación. Se excluyeron aquellos pacientes con terapia neoadyuvante, metástasis a distancia y cirugías resectivas con fines diagnósticos. **Resultados:** 78 pacientes, 8 cumplieron criterios de inclusión. La edad promedio 76 años, predominio del género femenino (87,5%). El tumor primario se ubicó preferentemente en el lóbulo inferior derecho (50%), siendo sólido (75%), periférico (62,5%) y menor a 3 cm (75%) en la mayoría de los casos. El estudio invasivo de mediastino predominante fue la biopsia transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial (37,5%) y el estadio clínico más frecuente IA2 (37,5%). La cirugía más común fue la lobectomía (87,5%) mediante abordaje videotoracoscópico y robótico (50% c/u). El estadio patológico predominante fue IIIA (50%). Existió compromiso del grupo 7 en 100% de los casos. El tamaño se distribuyó entre micro y macrometástasis. El adenocarcinoma fue la histología más frecuente (87,5%) y en el 75% de los casos se logró una resección R0. La confirmación histológica fue principalmente postoperatoria (75%). **Conclusiones:** a pesar de aplicar algoritmos recomendados, mediante técnicas validadas, el compromiso ganglionar N2 oculto sigue existiendo. Esto genera un cambio en la etapificación con mal pronóstico.

## CL7 RESECCION ROBOTICA DE PRIMERA COSTILLA EN SINDROME DEL OPERCULO TORACICO ART.

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín, David Lazo, Salim Rave, Ignacia Del Pino, Nicolas Von Jentschyk, Javier Vega, Huáscar Rodríguez, Pedro Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** El síndrome del opérculo torácico (SOT) corresponde a la compresión de estructuras vasculo-nerviosas en el estrecho torácico superior. Su forma arterial es infrecuente (**Descripción del caso:** Estudio observacional retrospectivo tipo reporte de caso. Se analizó una paciente de 54 años, sin comorbilidades relevantes, que consultó por parestesias y dolor en la extremidad superior derecha de seis meses de evolución, exacerbados por el ejercicio. Se realizaron estudios diagnósticos que incluyeron electromiografía (EMG) y pletismografía de volumen respiratorio (PVR), compatibles con SOT arterial. El angio-TAC mostró estenosis leve de ambas arterias subclavias y ectasia post-estenótica derecha. La resonancia magnética del plexo braquial evidenció hipertrofia del músculo escaleno medio derecho, sin compresión directa del plexo. Se descartó patología cervical y musculoesquelética. Las maniobras provocadoras reproducían sintomatología. Se indicó infiltración con toxina botulínica en escalenos, con mejoría parcial. Debido a la persistencia del cuadro, se decidió realizar resección robótica de primera costilla derecha (diciembre/2024). La cirugía fue realizada bajo anestesia general, con la paciente en decúbito lateral izquierdo. La costilla fue seccionada y extraída completamente sin incidentes intraoperatorios. La evolución postoperatoria fue favorable, con resolución completa de los síntomas, sin complicaciones, y alta precoz (7° día). **Diagnóstico:** Síndrome opérculo torácico arterial. **Discusión:** El SOT arterial representa un desafío diagnóstico y terapéutico. A diferencia de los abordajes tradicionales (transaxilar y supraclavicular), mediante el robot, se permite una mayor visión y exposición de las estructuras involucradas, evitando la retracción del paquete neurovascular. De esta forma, se permite una resección segura y precisa, proporciona una resección completa y una recuperación funcional más rápida. Este caso refuerza la importancia de considerar alternativas quirúrgicas avanzadas en centros especializados, para optimizar seguridad, resultados funcionales y calidad de vida.

## CL8 ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DE PARTES BLANDAS.

Carolina Novakovic, Jorge Marín, Huáscar Rodríguez, David Lazo, Pedro Undurraga, Javier Vega, Nicolás Von Jentschky. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** Desde las primeras resecciones pulmonares en la década de 1930, la cirugía torácica ha avanzado en la reconstrucción de defectos complejos. La estabilidad de la pared torácica es clave para preservar la función respiratoria, proteger órganos intratorácicos y lograr una adecuada recuperación funcional. Las neoplasias de partes blandas que comprometen estructuras musculares y óseas pueden requerir abordajes amplios. El uso de materiales sintéticos, colgajos musculares y técnicas reconstructivas permite abordar defectos mayores con resultados oncológicos y funcionales favorables. **Descripción del caso:** Estudio descriptivo-retrospectivo de un paciente operado por los equipos de cirugía torácica y plástica del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Paciente hombre, 17 años, con masa costal izquierda de 2 años evolución. PET-CT mostró lesión hipermetabólica de 88×71mm, inicialmente sospechosa de sarcoma. En marzo 2025, se realizó resección en bloque con márgenes ampliados y reconstrucción tridimensional con materiales protésicos e injertos musculares regionales. La resección incluyó costillas 7<sup>a</sup>-10<sup>a</sup> con márgenes adecuados y reconstrucción mediante placas STRATOS y malla ePTFE. Se cubrió con colgajo de serrato anterior y dorsal ancho, colgajo fasciomiocutáneo de recto abdominal (VRAM) y colgajos dermograsos dorsal y lumbar. Postoperatorio favorable, con extubación precoz. Presentó infección respiratoria con buena respuesta a antibióticos. Alta al 18<sup>o</sup> día. Biopsia definitiva confirmó fibromatosis desmoide, márgenes negativos. Paciente en seguimiento sin recidiva al cuarto mes, con buena función respiratoria. **Discusión:** La fibromatosis desmoide es una neoplasia benigna pero localmente agresiva, con alta recurrencia, requiriendo resecciones amplias que generan defectos significativos. El sistema STRATOS ofrece estabilidad, biocompatibilidad y fácil fijación. Los colgajos regionales permiten cobertura funcional y estética. Este caso destaca la importancia de la planificación y coordinación multidisciplinaria para lograr reconstrucción segura y efectiva, con resultados funcionales y oncológicos óptimos.

## CL9 TIMOMAS OPERADOS POR RATS: SERIE DE CASOS INTERVENIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Carolina Novakovic, Jorge Marín, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Pedro Undurraga, Nicolás Von Jentschky. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** Los timomas son neoplasias epiteliales tímicas y representan el tumor más frecuente de mediastino anterior en adultos. Su diagnóstico suele ser incidental mediante imágenes, y se asocian a síndromes paraneoplásicos como la miastenia gravis. El tratamiento de elección es quirúrgico, mediante timectomía o timomectomía en estadios tempranos, con el objetivo de lograr resección completa (R0), ya que la invasión capsular o extracapsular se asocia a mayor riesgo de recurrencia. En los últimos años, la cirugía mínimamente invasiva, especialmente la cirugía robótica asistida (RATS), ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz frente a la esternotomía tradicional, sobre todo en etapas iniciales. **Descripción del caso:** Estudio descriptivo-retrospectivo de una serie de 7 casos con sospecha imagenológica de timoma, operados por RATS entre octubre 2022 y enero 2025. Se excluyeron los tratados por otros abordajes o con sospecha carcinoma tímico. Se analizaron variables clínicas (edad, sexo, comorbilidades, síntomas, miastenia), intraoperatorias (tiempo acople y consola, sangrado, conversión), y postoperatorias (estadía hospitalaria, complicaciones Clavien-Dindo, histología, mortalidad a 30 días). Mujeres: 4. Hombres: 3. Edad promedio 54 años (rango: 33–69), 42,8% con miastenia gravis. Comorbilidades más frecuentes: hipertensión arterial y dislipidemia (28%). Promedio tiempo acople: 6,6min, y de consola: 88,5min. Sangrado estimado: <100 cc, sin conversiones ni complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio no hubo complicaciones mayores (Clavien-Dindo  $\geq$  III) ni mortalidad a 30 días. Estadía hospitalaria promedio fue 3,5 días. Anatomía patológica reportó timoma en 71,4%, hiperplasia tímica verdadera 14,3% y timolipoma 14,3%. Entre los timomas, 12,5% fueron subtipo B1, 12,5% AB, 25% B2-B3, y 12,5% no especificado. Solo un caso presentó compromiso capsular microscópico, sin invasión a tejidos adyacentes (Masaoka-Koga IIa). Márgenes quirúrgicos todos negativos y sin invasión linfovascular ni ganglionar. **Discusión:** La resección de lesiones tímicas por RATS es segura y efectiva en pacientes seleccionados, permitiendo resección completa con baja morbilidad, corta estadía hospitalaria y sin necesidad de conversión. Nuestra experiencia respalda la cirugía robótica como una alternativa válida al abordaje tradicional en el tratamiento de lesiones tímicas de diagnóstico precoz, especialmente en centros con experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

## CL10 MANEJO INTEGRAL DE PARAGANGLIOMA MEDIASTÍNICO CON EXTENSIÓN VERTEBRAL: REPORTE DE CASO.

Galo Cárdenas, Jorge Marín, Carolina Novakovic, Salim Rave, Nicolás Von Jentschky, Javier Vega, Huáscar Rodríguez, David Lazo, Pedro Undurraga. Equipo de Cirugía Torácica - Hospital Clínico San Borja Arriarán, HCSBA.

**Introducción:** Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos derivados de células de la cresta neural. En la región torácica suelen ser no funcionales, aunque hasta el 66 % pueden secretar catecolaminas. El diagnóstico combina resonancia magnética (RM), PET/CT o gammagrafía MIBG, complementados con biopsia e inmunohistoquímica. En RM se observan masas hipervasculares bien delimitadas, con realce intenso y señal hiperintensa en T2. Su resección quirúrgica implica alto riesgo de sangrado y complicaciones cardiovasculares; tradicionalmente se aborda mediante cirugía abierta, aunque la toracoscopia mínimamente invasiva ha ganado relevancia. En casos con factores histológicos de riesgo (necrosis, mitosis elevadas o márgenes estrechos) puede considerarse radioterapia adyuvante.

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 54 años, con hipertensión, obesidad e insulinoresistencia, consultó por dorsalgia crónica. La RM evidenció una masa paravertebral derecha entre T4–T7 con invasión ósea, foraminal y del canal raquídeo. El PET/CT mostró lesión hipermetabólica. Biopsia guiada por TAC confirmó paraganglioma simpático, con cromogranina, sinaptofisina y S100 positivos, y Ki-67: 10 %. Se programó cirugía conjunta con equipo de traumatología de columna y cirugía de tórax. Artrodesis T3–T9 y resección tumoral en dos tiempos: abordaje posterior con estabilización vertebral seguido de toracotomía para exéresis del componente mediastínico. La paciente presentó paro cardiorrespiratorio intraoperatorio reversible y evolucionó favorablemente, con alta tras 10 días. El estudio histopatológico describió tumor de 12 cm con invasión ósea, muscular y linfovascular, 10 % de necrosis, 20 mitosis por 2 mm<sup>2</sup> y márgenes negativos. Se indicó radioterapia adyuvante. Actualmente permanece en sin recurrencia local a los 6 meses de seguimiento.

**Diagnóstico:** paraganglioma mediastínico con extensión vertebral. **Discusión:** Se trata de un paraganglioma mediastínico posterior con invasión vertebral, de comportamiento localmente agresivo y manejo quirúrgico complejo. El abordaje secuencial permitió una resección segura y reconstrucción vertebral eficaz. La presencia de factores histológicos de riesgo justificó el uso de radioterapia adyuvante. La evolución favorable subraya la importancia del enfoque multidisciplinario en tumores torácicos complejos, donde la coordinación entre especialidades resulta clave para optimizar los resultados oncológicos, funcionales y de seguridad perioperatoria.

## CL11 SARCOIDOSIS CARDIACA COMO MANIFESTACION EXTRAPULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.

Hugo Valenzuela Correa, Mario Arellano, Mario Arellano Franklin. Clínica Alemana, Instituto Nacional del Tórax, Universidad Del Desarrollo.

**Introducción:** La sarcoidosis cardíaca (SC) es una complicación granulomatosa de la sarcoidosis sistémica, clínicamente relevante por su heterogeneidad, dificultad diagnóstica y elevado riesgo de arritmias, insuficiencia cardíaca y muerte súbita. **Descripción del caso:** Paciente mujer de 67 años con antecedentes de HTA, asma, tabaquismo suspendido y granulomas faciales tratados previamente. En 2023 consulta por adenopatías, con PET-CT que reveló compromiso ganglionar supra e infradiaphragmático, micronódulos pulmonares y lesiones nodulares musculoesqueléticas, sugerentes de sarcoidosis. Tras estudios prolongados, en diciembre 2024 se confirma el diagnóstico mediante EBUS y mediastinoscopia. En 2025, en un control de PET-CT, y luego RM cardíaca demostró captación parcheada y cicatrices, compatibles con compromiso cardíaco; tanto el holter como el ecocardiograma fueron normales. Con Espirometría sin alteraciones restrictivas. Tiene ECA elevado y niveles de Receptor soluble IL-2 en rango normal. En agosto 2025, se establece diagnóstico de sarcoidosis torácica, Scadding I, con probable afectación cardíaca. En comité multidisciplinario se indica tratamiento inmunosupresor con prednisona y metotrexato, además de monitorización clínica y de laboratorio. **Diagnóstico:** Sarcoidosis cardíaca. **Discusión:** La SC es una manifestación inflamatoria granulomatosa de la sarcoidosis sistémica, con prevalencia clínica del 5–10% y hasta 30% en estudios de autopsia. Puede presentarse como entidad aislada y su espectro clínico varía desde formas asintomáticas hasta muerte súbita. Los hallazgos más frecuentes incluyen bloqueos auriculoventriculares, arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca y aneurismas ventriculares. El diagnóstico es complejo y requiere integración de clínica, biomarcadores, ECG, ecocardiografía, resonancia magnética y PET-FDG; la biopsia endomiocárdica tiene baja sensibilidad por el compromiso parcheado. El tratamiento se basa en inmunosupresión con corticoides e inmunomoduladores, junto con manejo de arritmias y dispositivos implantables, reservando trasplante en casos avanzados. La SC constituye una causa mayor de morbilidad, siendo la segunda causa de muerte en sarcoidosis tras la afectación pulmonar, con pronóstico dependiente de la función ventricular y extensión de la fibrosis. El tratamiento de la sarcoidosis cardíaca se basa en inmunosupresión con corticoides y ahorradores como metotrexato; en casos refractarios, biológicos, además de manejo de arritmias y, de ser necesario, necesidad de DAI-Resincronizador.

## CL12 CARACTERIZACION CLINICA, SEROLOGICA, RADIOLOGICA Y FUNCIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA ASOCIADA A MESENQUIMOPATIA EN CONTROL EN HOSPITAL DE PUERTO MONTT.

Krikor Koury<sup>1</sup>, Carolina Toro L.<sup>2</sup>, Priscila Torres R.<sup>1</sup>, Michel Álvarez I.<sup>1</sup>, Javiera Álvarez M.<sup>1</sup>, Carla Rubilar M.<sup>3</sup>, Mónica Arriagada L.<sup>3</sup>, Raúl Riquelme O.<sup>4</sup>, Javier Riquelme de la F.<sup>4</sup>.

1. Médico becado de Medicina Interna, Universidad San Sebastián.

2. Médico becado de Geriátrica, Universidad San Sebastián.

3. Interna de medicina, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia.

4. Médico broncopulmonar, Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.

**Introducción:** Se presenta una cohorte de pacientes con EPD asociada a mesenquimopatía en control en el Policlínico de Reumatología y Broncopulmonar del Hospital de Puerto Montt, describiendo su frecuencia, manifestaciones clínicas y evolución funcional. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo de pacientes  $\geq 18$  años en seguimiento entre 2011 y 2025, con consentimiento informado, consignando datos clínicos, serológicos, radiológicos y pruebas de función pulmonar (PFP). **Resultados:** Ingresaron 38 pacientes, 84,2% mujeres, edad mediana de 63,5 años (28–79). El 68,4% ingresó tras la creación del comité broncopulmonar-reumatología (CBP/RM) en 2022. Las mesenquimopatías más frecuentes fueron artritis reumatoide (AR) (34,2%, todas seropositivas), miopatías inflamatorias (21,1%, principalmente síndrome antisintetasa), síndrome de Sjögren (SJ) (18,4%) y esclerosis sistémica (15,8%). Un 21% tuvo enfermedad mixta o superposición. El 47,4% presentó ANA positivos ( $\text{ANA} \geq 1/160$  en 77,8% de estos), FR en 60,5% y anti-CCP en 39,5%. En miopatías, los anticuerpos más frecuentes fueron Ro52 (21,1%), PL-7 (10,5%), Ku (7,9%) y PM/Scl (2,6%). Los patrones tomográficos más frecuentes fueron neumonía intersticial no específica (NINE) (28,9%) y neumonía intersticial usual (NIU) definitiva (23,7%) o probable (18,4%). En la evaluación funcional inicial, la CVF tuvo una mediana de 86,5% del valor esperado (RIC 73–102,3%), mientras que la DLCO fue 56% (RIC 46–70%), mostrando afectación difusora predominante. Las peores PFP basales fueron de los pacientes con SJ con CVF de 70% y DLCO de 44%. La variabilidad temporal y disponibilidad irregular de PFP limitó los análisis estadísticos sobre evolución, sin embargo, el grupo en total evidenció a los 12 meses una disminución de tanto CVF (mediana -2%) y DLCO (mediana -9,5%). El tratamiento más usado fue micofenolato (50%), seguido de metotrexato (31,6%) y leflunomida (18,4%); 34,2% usó corticoides crónicos, 7,9% pulsos de ciclofosfamida, 5,3% terapias biológicas y 13,2% sildenafil por hipertensión pulmonar o por fenómeno de Raynaud. **Conclusiones:** Predominio femenino, con patrón imagenológico NINE seguido de NIU, compromiso difusor persistente y amplio uso de inmunosupresores convencionales. La relativa estabilidad funcional global sugiere control adecuado bajo seguimiento multidisciplinario. Estos resultados refuerzan la necesidad de pesquisa proactiva de EPD en AR y SJ, junto a consolidar CBP/RM en hospitales regionales.



## CL13 EVOLUCION DE LA EDAD PROMEDIO DE MUERTE DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 1997 A 2022.

Laura Mendoza I.<sup>1,2</sup>, Vivianne Agar F.<sup>1</sup> Olivia Horna<sup>1,3</sup>, Gabriel Cavada Ch.<sup>1,3</sup>. 1. Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo. 2. Hospital Clínico Universidad de Chile. 3. Departamento de Epidemiología, Escuela De Salud Pública, Universidad de Chile.

**Introducción:** La Fibrosis pulmonar idiopática (FPI) presenta gran impacto por su morbimortalidad. En estudio nacional publicado hace algunos años (Mendoza *et al*, Rev chil enferm resp 2021, 3:293-302) se demostró que las tasas de mortalidad por FPI en Chile presentaban una tendencia progresiva al aumento entre los años 2002 al 2015. No se cuenta con información de la evolución de la edad promedio de muerte de las personas con FPI en Chile. El propósito del presente estudio epidemiológico es describir y evaluar la esperanza de vida de la FPI en Chile. **Materiales:** En la base de datos de mortalidad por Fibrosis pulmonar idiopática (FPI) publicada por el DEIS (códigos J84.0 a J84.9) se colapsó la información de la edad de muerte al promedio de dicha edad en todos los pacientes y desagregados por sexo para los años 1997 al 2022 (edad promedio de muerte por año a partir de los 40 años de edad). La evolución de edades promedio de muertes se modeló mediante el modelo de regresión de PRAIS- WINSTEIN (modelo autoregresivo de primer orden), las rectas de regresión se compararon mediante los tests de coeficientes basados en la distribución F-Snedecor. Se utilizó un nivel de significación del 5% y los datos se procesaron en STATA versión 19.0. **Resultados:** En el período desde año 1997 al 2022 la edad promedio de muerte varió desde 74,6 a 78,8 años en todos los pacientes con FPI, mientras que en hombres esta variación fue desde 73,1 a 77,0 años y en mujeres desde 75,6 a 80,2 años, en el curso del período se observa estabilidad en la brecha de años de esperanza de vida entre mujeres y hombres. **Conclusiones:** La edad promedio de muerte de los pacientes con FPI en Chile presenta evolución hacia el alza progresiva y manteniendo estabilidad en la brecha de años entre mujeres y hombres, pero con una edad promedio más baja que la de la población general.

## CL14 NEUMONITIS INTERSTICIAL, TIMECTOMIA E INMUNODEFICIENCIA COMUN VARIABLE.

Juan Giraldo, Marcela Gómez, Hugo Valenzuela. Clínica Alemana de Santiago.

**Introducción:** Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) representan un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente cuando se asocian a inmunodeficiencias primarias o adquiridas. Dentro de estas, el síndrome de Good (combinación de timoma con inmunodeficiencia humoral) es infrecuente pero clínicamente relevante por su elevada susceptibilidad a infecciones, fenómenos autoinmunes y complicaciones respiratorias crónicas. En este contexto, la distinción entre neumonitis organizada criptogénica (COP), neumonitis por hipersensibilidad (NHS) y neumonitis intersticial asociada a inmunodeficiencia es fundamental para orientar el manejo y evitar la exposición prolongada e ineficaz a esteroides. **Descripción del caso:** 38 años sano, corredor, timectomía, presentó COVID-19 en septiembre de 2022, con insuficiencia respiratoria parcial sin focos de condensación iniciales. Reingresó dos semanas después con disnea y tos seca, evidenciándose en la TC tórax condensaciones multifocales compatibles con COP. Recibió pulsos de metilprednisolona (750 mg) y egresó con prednisona en descenso progresivo. Durante 2023–2024 evolucionó con recaídas intermitentes tratadas con corticoides y antibióticos empíricos. En abril de 2024 reconsultó por disnea progresiva (mMRC 2) y aumento de opacidades en TC. En comité multidisciplinario se decidió fibrobroncoscopia con LBA y criobiopsia, que mostró neumonitis intersticial predominantemente celular sin granulomas ni cuerpos de Masson. Ante insuficiencia respiratoria requirió nuevo pulso de metilprednisolona. Posteriormente se pesquisó marcada hipogammaglobulinemia (IgG 300 mg/dl, IgA 11 mg/dl, IgM 9 mg/dl) y linfocitos B CD19 en 0%, en el contexto de timectomía previa por timoma. Se inició infusión periódica de inmunoglobulina humana, acompañado de refuerzo y actualización de vacunas, con evolución favorable: ausencia de infecciones, desaparición de infiltrados pulmonares y mejoría clínica sostenida durante más de dos meses, en paralelo a descenso progresivo de prednisona hasta la suspensión. **Diagnóstico:** Síndrome de GOOD. **Discusión:** Este caso ilustra la relevancia del estudio acabado de una presentación típica pero recidivante de COP y encaminado a la medicina de precisión. La ausencia de granulomas o cuerpos de Masson en la biopsia, junto con la deficiencia de inmunoglobulinas y linfocitos B son las claves. La respuesta favorable al reemplazo con inmunoglobulina humana respalda el rol patogénico de la inmunodeficiencia más que de un proceso exclusivamente inflamatorio esteroide-dependiente.

## CL15 EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2002 Y 2019.

Laura Mendoza <sup>1,2</sup>, Gabriel Cavada Ch. <sup>1,3</sup>. 1. Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo. 2.Hospital Clínico Universidad de Chile. 3. Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

**Introducción:** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las principales enfermedades respiratorias crónicas del adulto, con gran impacto en la salud pública derivado de su alta morbilidad y mortalidad. La Organización Mundial de la Salud estima que la EPOC se mantiene entre las principales causas de mortalidad en el mundo. En Chile la EPOC fue incluida en el 2006 dentro de las enfermedades cubiertas por ley GES para favorecer su acceso a diagnóstico y manejo oportunos. Junto con esto, los cambios en la ley antitabaco han logrado disminuir la prevalencia de tabaquismo en la población nacional de un 42.2% en el año 2003 a un 32,5% en el 2016. El propósito de este estudio es estimar la evolución de la tasa de mortalidad por EPOC en Chile en los últimos años. **Materiales:** Estudio epidemiológico de diseño ecológico en el cual se obtuvieron las tasas crudas de mortalidad por EPOC entre los años 2002 y 2019 a partir de la información obtenida de las bases de datos secundarias de libre disposición de los fallecidos por diagnóstico compatible con EPOC (Códigos CIE J41 hasta J44.9) de 40 años y más junto con la población general de mismo rango etario y período. El análisis de tendencias se realizó utilizando el modelo de regresión de París. **Resultados:** Las tasas anuales de mortalidad por EPOC entre los años 2002 y 2019 fluctuaron en un rango desde el valor más alto de 50,4 en el año 2007 hasta 38,5 en el año 2019 (por 100 mil habitantes de 40 años y más). Hay una tendencia significativa a la baja de 0,45 muertes por año por 100 mil habitantes de 40 años y más entre los años 2002 y 2019 ( $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** La evolución de la tasa de mortalidad por EPOC en Chile presenta una tendencia a la baja, la que podría estar asociada a las políticas públicas de salud en nuestro país. Reducir la prevalencia de tabaquismo en la población general junto con mejorar el acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento pudieran contribuir a reducir la mortalidad por EPOC en Latinoamérica.

## CL16 ENFISEMA PULMONAR COMO FENOTIPO INUSUAL DE VASCULITIS ANCA MPO. REPORTE DE CASO.

Felipe Gallardo F., Daniel Ramos S., Felipe Reyes C., Camila Antivilo C., Felipe Aller R., Mauricio Jalón V., Hugo Valenzuela C. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** El compromiso pulmonar en la vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) es frecuente, destacando la hemorragia alveolar difusa y la enfermedad pulmonar intersticial (EPID). El enfisema ha surgido recientemente como una manifestación emergente, incluso en pacientes no fumadores. Su fisiopatología no está claramente definida y podría relacionarse con daño inflamatorio crónico y episodios previos de hemorragia alveolar.

**Descripción del caso:** Paciente sexo masculino, 54 años, no fumador, con antecedentes de múltiples hospitalizaciones por exacerbaciones respiratorias virales, COVID-19 en el 2020 (2 episodios hospitalizado), desde dicha hospitalización en seguimiento por EPID y enfisema de causa indeterminada. En el 2025, 2 hospitalizaciones por neumonía por virus respiratorio sincicial y parainfluenza. Actualmente derivado a hospitalización desde policlínico por disnea progresiva de 6 meses de evolución hasta mMRC 4 y desaturación en reposo hasta 78% FiO2 ambiente. De los estudios destacaba en TC de tórax enfisema generalizado, con zonas confluentes configurando bulas, además de cambios fibróticos. Arteria pulmonar con diámetro de 38mm. Ecocardiograma con estimación de presión sistólica de arteria pulmonar de 44mmHg. Cavidades derechas dilatadas, FEVI 40%. Se rescataron exámenes de función pulmonar previos donde destacaba una espirometría dentro de los rangos normales, DLCOc severamente reducida (24%) y un anticuerpo anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) mieloperoxidasa (MPO) por ELISA positivo >100U/mL. Además con hematuria microscópica y deterioro de función renal (Creatinina 2,4mg/dL, con previa de hace 1 mes 1,1mg/dL), compatible con una glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP). Alfa-1-antitripsina normal. Se interpreta como una vasculitis ANCA MPO activa con compromiso pulmonar y renal. Se decide en conjunto con nefrología realizar biopsia renal e inicio de bolos de metilprednisolona e inducción con rituximab.

**Diagnóstico:** Vasculitis ANCA MPO activa con compromiso pulmonar enfisematoso/fibrótico y compromiso renal.

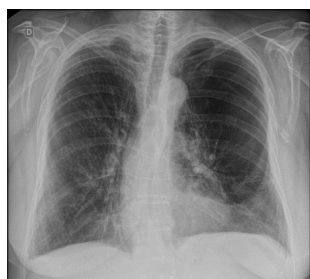
**Discusión:** La coexistencia de enfisema y vasculitis ANCA MPO constituye una manifestación inusual, especialmente en ausencia de tabaquismo. Reportes recientes sugieren que este fenotipo podría formar parte de un espectro más amplio de la enfermedad. En este caso, el hallazgo adquiere relevancia al coexistir con una GNRP, condición de mal pronóstico que exige un abordaje terapéutico precoz y multidisciplinario.

## CL17 LOBECTOMIA INFERIOR ROBOTICA COMO CIRUGIA DE REDUCCION DE VOLUMEN EN ENFISEMA HETEROGENEO: REPORTE DE CASO.

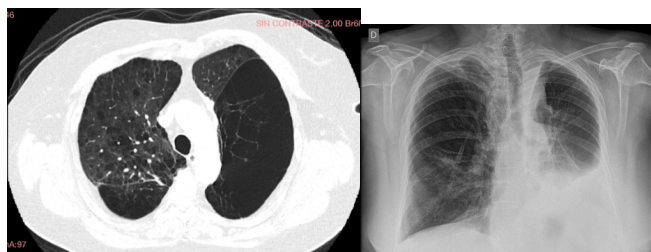
Gerardo Mordojovich, Isidora Kegevic, Raimundo Santolaya C., Pablo Pérez C., Manfred Zink R., José Ortega S., Raúl Berríos S.. Hospital Fuerza Aérea de Chile, Universidad Mayor - Hospital Fuerza Aérea de Chile, Clínica Alemana de Santiago.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) avanzada con enfisema severo representa un desafío clínico significativo. Cuando la terapia médica y la rehabilitación no son suficientes, la reducción de volumen pulmonar permite mejorar la mecánica ventilatoria y la calidad de vida. El *National Emphysema Treatment Trial* (NETT) mostró que la cirugía de reducción de volumen (LVRS) ofrecía beneficios en pacientes con enfisema heterogéneo de lóbulos superiores, mientras que el CELEB trial comparó LVRS con válvulas endobronquiales, confirmando que ambas técnicas son efectivas, con diferentes perfiles de riesgo. La evidencia en pacientes con afectación de lóbulos inferiores es escasa. La cirugía robótica, ha ampliado el espectro de la cirugía torácica al ofrecer visión tridimensional y manipulación precisa del parénquima, reduciendo complicaciones postoperatorias. **Descripción del caso:** Mujer de 65 años, con antecedentes de EPOC GOLD E secundario a tabaco, uveítis anterior. Usuaria de oxígeno 2 L/min, con disnea mMRC 4 y múltiples exacerbaciones desde 2015. Estudio funcional mostró FEV1 45%, VEF1/CVF 35%, DLCO 33% y RV 185%. No se realizó test de marcha. TC mostró enfisema difuso, con gran bula en el lóbulo inferior izquierdo, desplazamiento mediastínico y compresión del lóbulo superior ipsilateral. Se discute caso en comité multidisciplinario, decidiéndose lobectomía inferior izquierda robótica (Da Vinci Xi). Postoperatorio sin fuga aérea, con alta al sexto día. En control a 1 mes, presentó capacidad funcional mMRC2, con requerimiento de oxígeno 1 lt/min. Camina 200 metros sin detenerse. **Diagnóstico:** EPOC GOLD E. Enfisema pulmonar con hiperinsuflación. **Discusión:** La LVRS ha demostrado eficacia en enfisema de lóbulos superiores. La experiencia en lóbulos inferiores es limitada. Este caso muestra que, en pacientes seleccionados, la resección anatómica dirigida puede ser una alternativa segura y eficaz. El CELEB trial destacó que tanto la cirugía como las válvulas mejoran la calidad de vida, aunque la cirugía implica mayor riesgo inicial y las válvulas complicaciones como neumotórax o reintervención. La cirugía robótica aporta ventajas: precisión en la disección, visión 3D de alta definición y menor trauma tisular, lo que reduce la morbilidad. En esta paciente, el abordaje robótico permitió una recuperación rápida y sin complicaciones, contrastando con lo reportado clásicamente en LVRS abierta.

Imágenes pre-operatorias:



Imágenes post-operatorias:



## CL18 EPOC BULOSO VS. NEUMOTÓRAX, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Sebastián Lux, Ana Pinto F., Josefina Lihn W., Isabel García N., Francisca Pérez V., Constanza Donoso G. Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Santiago de Chile y Universidad de Chile.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) avanzada constituye un desafío clínico y terapéutico, especialmente en pacientes con fenotipo enfisematoso y buloso, en quienes el diagnóstico diferencial con complicaciones agudas como el neumotórax puede ser complejo y de alto riesgo. Además, el manejo ventilatorio en este subgrupo plantea dificultades adicionales, dado el temor a inducir complicaciones mecánicas, lo que exige juicio clínico cuidadoso. **Descripción del caso:** Varón de 63 años, con diagnóstico de EPOC tabáquico de 10 años de evolución, exfumador (60 paquetes/año, suspensión hace 15 años), hipertenso y usuario de oxigenoterapia domiciliar 2 L/min. Fenotipo enfisematoso-buloso, exacerbador frecuente, última hospitalización en julio 2025. Consulta a urgencias el 19/05/25 por disnea progresiva, aumento del requerimiento de oxígeno, tos productiva y compromiso de conciencia. Ingresó con insuficiencia respiratoria global: pH 7,32; pCO<sub>2</sub> 73; pO<sub>2</sub> 37; SatO<sub>2</sub> 66,9%. Se conectó a ventilación mecánica no invasiva (VMNI), mejorando parámetros (pH 7,33; pO<sub>2</sub> 61; pCO<sub>2</sub> 64). Una radiografía de control mostró imagen sugerente de neumotórax izquierdo y la ecografía pleural reveló ausencia de deslizamiento en contexto de enfermedad bulosa. Tomografía confirmó enfisema bulloso extenso y bronquiectasias, sin evidencia de neumotórax. Estudios infecciosos negativos. Evolucionó en unidad de tratamiento intermedio con VMNI, con destete progresivo a cánula nasal de alto flujo (CNAF), logrando uso exclusivo nocturno al egreso. **Diagnóstico:** Insuficiencia respiratoria global en paciente con EPOC GOLD E, buloso, exacerbador frecuente, ex-tabáquico. **Discusión:** Este caso ilustra dos desafíos principales. Primero, el diagnóstico diferencial entre bulas enfisematosas y neumotórax, que puede condicionar decisiones críticas como el drenaje pleural, potencialmente catastróficas en ausencia de confirmación. El uso de la ecografía de tórax bedside puede desviar el diagnóstico por lo que hay que valorarla con criterio. Segundo, el manejo ventilatorio en pacientes con EPOC buloso genera aprensiones en el equipo clínico por el riesgo de barotrauma, aunque la VMNI ajustada a objetivos de alivio de la carga respiratoria y normalización del pH se mostró segura y efectiva. La estrategia combinada con CNAF permitió un destete progresivo exitoso. Este caso resalta la importancia del criterio clínico, el empleo racional de herramientas diagnósticas y la individualización del soporte ventilatorio en EPOC avanzado con enfermedad bulosa.

## CL19 EVOLUCION DE LA EDAD PROMEDIO DE MUERTE POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 1997 A 2022.

Laura Mendoza I.<sup>1,2</sup>, Gabriel Cavada Ch.<sup>1,3</sup>, Olivia Horna C.<sup>3</sup> 1. Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo, 2. Hospital Clínico Universidad de Chile, 3. Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

**Introducción:** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) junto con tener alta prevalencia, tiene gran impacto en la salud pública. En Chile, fue incluida a partir del año 2006 dentro de las enfermedades cubiertas por ley GES (Garantías Explícitas de Salud) para favorecer su acceso a diagnóstico y manejo oportunos y poder disminuir su impacto en la salud pública. En otro estudio del mismo grupo investigador se observó tendencia significativa a la baja de la mortalidad por EPOC en Chile entre los años 2002 y 2019. No se cuenta con información de la evolución de la esperanza de vida de la EPOC en Chile. El propósito del presente estudio epidemiológico es describir y evaluar la evolución del promedio de muerte de la EPOC en Chile. **Materiales:** En la base bases de datos de mortalidad por EPOC del DEIS (códigos CIE 10 J41 a J44.9), se colapsó la información de la edad de muerte al promedio de dicha edad en todos los pacientes y desagregados por sexo para los años 1997 al 2022 (edad promedio de muerte por año a partir de los 40 años de edad). La evolución de estas edades promedio de muerte se modeló mediante el modelo de regresión de PRAIS- WINSTEIN (modelo autoregresivo de primer orden), las rectas de regresión se compararon mediante los tests de coeficientes basados en la distribución F-Snedecor. Se utilizó un nivel de significación del 5% y los datos se procesaron en STATA versión 19.0. **Resultados:** En el período desde años 1997 al 2022 la edad promedio de muerte varió desde 76,4 a 81,8 años en todos los pacientes, mientras que en hombres esta variación fue desde 75,6 a 80,2 años y en mujeres desde 77,3 a 83,4 años, en el curso del período estudiando la brecha de género se mantiene sin cambios significativos. **Conclusiones:** La edad promedio de muerte de la EPOC en Chile presenta evolución hacia el alza progresiva, similar a la de la población general, pero manteniendo estabilidad en la brecha de años entre mujeres y hombres.



## CL20 EMPIEMA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO EN ADOLESCENTE SANA: UNA PRESENTACIÓN INFRECIENTE CON EVOLUCIÓN GRAVE, REPORTE DE CASO.

Felipe Gallardo F., Lorena Sánchez O., Rodrigo Araya A., Luis Soto G., Lorena Bertín F., Alberto Cuevas V., María José Soto L. Hospital San Pablo de Coquimbo. Universidad Católica del Norte.

**Introducción:** El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SARM-AC) ha emergido como una causa relevante de infecciones graves en pacientes jóvenes e inmunocompetentes. Su presentación como neumonía necrotizante o empiema en adolescentes sanos es infrecuente, aunque potencialmente fatal. El curso clínico suele ser progresivo, con requerimientos de soporte ventilatorio y manejo quirúrgico pleural. **Descripción del caso:** Paciente de sexo femenino, 18 años, con sobrepeso. Consulta por 7 días de tos y fiebre, tratada con amoxicilina/ácido clavulánico sin respuesta. Evolucionó con disnea de reposo y dolor pleurítico, por lo que acudió a urgencias. Al ingreso con hipoxemia y fiebre de 39°C. Radiografía de tórax evidenció velamiento de recessos costofrénicos. Se traslada a centro de mayor complejidad, donde evolucionó con insuficiencia respiratoria y shock séptico, requiriendo conexión a ventilación mecánica invasiva. TC de tórax evidenció neumonía multifocal con empiema tabicado bilateral. FilmArray neumonía de aspirado endotraqueal detecta *Staphylococcus aureus* ( $10^6$  copias) meticilino resistente con detección del gen *mec A/C* y del *mec right extremity junction* (MREJ), además de un rinovirus. Se inicia vancomicina sin lograr niveles adecuados, por lo que se cambia a linezolid. VIH negativo. Por el empiema bilateral, se decide ingreso a pabellón. Durante la toracoscopía, se evidenció una cavidad pleural ocupada por derrame pleural loculado y placas de fibrinopus, engrosamiento pleural. Se realiza aseo y decorticación, logrando adecuada expansión pulmonar. Cultivo positivo para SARM-AC. Evolución favorable con suspensión de vasoactivos y extubación 48 horas posterior a la cirugía. Se realiza paso a linezolid oral con plan de completar 4 semanas totales. Se recibe desde instituto de salud pública resultado de leucocidina de Pantón- Valantine (PVL) positiva. **Diagnóstico:** Neumonía grave complicada con empiema bilateral por SARM-AC, en paciente inmunocompetente. **Discusión:** La neumonía por SARM-AC representa una entidad grave e inusual en adolescentes sanos, como factor de riesgo descrito de evolución más agresiva, paciente solo tenía sobrepeso. En Chile, los casos descritos son escasos, pero con curso clínico similar y alta agresividad. La identificación etiológica mediante técnicas moleculares permite un manejo dirigido, fundamental para mejorar el pronóstico. La presencia de la toxina PVL se asocia a mayor mortalidad y cuadros más severos, principalmente en niños y adultos jóvenes.

## CL21 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR *LEGIONELLA PNEUMOPHILA*, PRIMER CASO REPORTADO EN ADULTOS EN ISLA DE PASCUA.

Andrés Ramírez C., Felipe Cayupi G., Javier Voisin C., Luis Mosqueira M., Marichel Gutiérrez R., Francisco Arancibia H. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** La *Legionella pneumophila* es una causa de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el 2-9% de los casos. El espectro de presentación va desde formas leves hasta casos graves con insuficiencia respiratoria aguda y muerte. Se puede sospechar en pacientes que no responden a los betalactámicos y que tengan antecedentes de exposición a inhalación de aerosol de agua contaminada. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 44 años, que vive en Isla de Pascua, con antecedentes de tabaquismo suspendido hace 1 año. Cursa con cuadro de 7 días de evolución de CEG, fiebre, tos irritativa, náuseas y vómitos. Consulta en urgencia del hospital de Hanga Roa, se diagnóstica Influenza A y se inicia oseltamivir. Dos días después fue hospitalizada, porque reaparece la fiebre, dolor pleurítico izquierdo, tendencia a la hipotensión, falla renal aguda (AKI II), hiperlactatemia, acidosis y PCR > 250 mg/L. Se agrega a la terapia ceftriaxona endovenoso y oxígeno suplementario (3lt x min), no obstante, después del 5to día continua febril y con progresión de las opacidades pulmonares comprometiendo los 5 lóbulos, sin requerimiento de DVA ni de soporte respiratorio. Se traslado en avión a la UTI del Instituto Nacional del Tórax. Nuevo AngioTC de tórax muestra opacidades condensantes bilaterales, derrame pleural bilateral leve y cavitación en LSI. Se cambio terapia a meropenem + vancomicina EV, el estudio microbiológico con antígeno urinario fue positivo a *Legionella pneumophila* grupo 1 y se adicionó levofloxacin EV y luego oral. Su evolución fue favorable con regresión de parámetros inflamatorios y mejoría radiológica y fue dada alta. **Diagnóstico:** Neumonía por *Legionella pneumophila*. **Discusión:** *Legionella* es un importante agente de neumonía grave de la comunidad. Reportes nacionales la colocan en segundo lugar y cuarto lugar como agentes bacterianos de NAC, que debe plantearse en caso de evolución tórpida. Es el primer caso reportado de NAC por *Legionella pneumophila* en la Isla de Pascua. Si bien, inicialmente se determinó que correspondía a NAC por influenza A, la falta de respuesta a oseltamivir y betalactámicos con persistencia de la fiebre, parámetros inflamatorios elevados y progresión de las opacidades pulmonares hacen sospechar la presencia de *Legionella pneumophila*, que fue confirmado. La falta de sospecha clínica y la limitada disponibilidad de test diagnósticos hacen que sea subdiagnosticada.

## CL22 NOCARDIOSIS PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN DE INMUNOCOMPROMISO POR SÍNDROME DE CUSHING, REPORTE DE UN CASO.

Sebastián Haro G., Anna Luz Castelli T., Andrés Ramírez C., Felipe Gallardo F., Tomás León Villarroel. Hospital del Salvador, Instituto Nacional del Tórax. Hospital de Coquimbo. Hospital del Carmen.

**Introducción:** La nocardiosis es una infección localizada o sistémica que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos, siendo la localización pulmonar el sitio más frecuente. La transmisión proviene principalmente de la inhalación de esporas o mediante la inoculación directa en la piel y mucosa ocular. Se han descrito más de 90 especies de *Nocardia*, de éstas más de la mitad son reconocidas como patógenos en humanos. Las especies de importancia médica más conocidas son *Nocardia farcinica*, *Nocardia abscessus*, *Nocardia nova* y *Nocardia brasiliensis*. Pese a ello, es una forma de presentación infrecuente de infección pulmonar, siendo aún menos frecuente su presentación en inmunocompromiso endógeno. Presentamos el caso clínico de un paciente con síndrome de Cushing en debut que presentó compromiso pulmonar por *Nocardia brasiliensis* para aportar casos a la literatura. **Descripción del caso:** Mujer de 65 años, diabética, hipertensa de reciente diagnóstico con cáncer de mama operado y tratado. Hospitalizada por cuadro de hipokalemia severa sintomática. Su estudio etiológico fue sugerente de síndrome de Cushing por secreción ectópica de adrenocorticotropina (ACTH): Aldosterona y renina baja, cortisol AM elevado (38 ug/dL). Cortisol post dexametasona elevado (65 ug/dL). A la tomografía computada (TC) de abdomen-pelvis con aumento homogéneo de ambas suprarrenales. TC por emisión de positrones con F18-NOTA Octreotide (FAN) y fluorodeoxiglucosa sin hallazgos sugerentes de neoplasia neuroendocrina. Resonancia magnética (RM) de silla turca con microadenoma hipofisiario de 2 mm interpretado como no secretor. Reposición intravenosa de potasio y bicarbonato. Evolucionó con tos seca, disnea y dolor pleurítico. TC tórax destacó pequeños nódulos pulmonares sólidos derechos y masa pulmonar hasta 7 centímetros en base izquierda asociado a derrame pleural. Se realizó biopsia percutánea con estudio histológico y cultivos positivos para *Nocardia brasiliensis*. Se inició tratamiento con imipenem y cotrimoxazol forte por 32 días, continuando luego monoterapia con cotrimoxazol forte por 10 días adicionales, con remisión de sintomatología y resolución de lesiones en imágenes de control a los 4 meses. **Diagnóstico:** Nocardiosis pulmonar. **Discusión:** la infección por *Nocardia* pulmonar es una entidad poco común asociada a una alta mortalidad, por lo que su índice de sospecha debe ser elevado, sobre todo en casos como el expuesto, en debut de una patología con inmunocompromiso endógeno, son excepcionales, tras revisar la literatura exhaustivamente, lo que hace más valiosa la presentación del mismo. Se debe realizar un estudio microbiológico completo para el diagnóstico de especie y susceptibilidad para el uso de antibioterapia dirigida, siendo el tiempo de diagnóstico variable según las herramientas diagnósticas disponibles.

## CL23 NEUMONIA POR VARICELA EN INMUNOCONPETENTE. UN DIFERENCIAL A CONSIDERAR EN PACIENTES JOVENES.

Andrés Ramírez C., Francisco Arancibia H., Luis Mosqueira M., Marichel Gutiérrez R., Javier Voisin C. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** La varicela es una enfermedad altamente contagiosa, comúnmente experimentada en la infancia, que se caracteriza por fiebre y erupciones vesiculares. Los virus presentes en estas vesículas cutáneas pueden aerosolizarse y así transmitir el virus varicela zoster a otras personas por nariz y boca. La neumonía es la complicación grave más frecuente de la varicela en adulto. Descrita por primera vez en 1942. Su incidencia es variable entre el 5-50%, manifestándose de manera más frecuente en inmunosuprimidos. A continuación, describimos el caso de una neumonía por varicela en un paciente inmunocomprometido en espera de trasplante cardíaco. **Descripción del caso:** Masculino, 20 años. ICFEr 18%, asma. Ingres a nuestro centro para estudio pretrasplante y apoyo con drogas vasoactivas para compensar ventrículo derecho. Antecedente reciente de influenza A y TEP. Manejo inicial con milrinona, anticoagulación y rehabilitación cardiopulmonar. Cursó con deterioro hemodinámico por lo que requirió de apoyo de drogas vasoactivas. Posteriormente, febril taquicárdico hipotenso. Inicio antibióticos de segunda línea y se pancultivo al paciente. Se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis donde destacan múltiples focos de condensación bilaterales no confluentes sin derrame pleural. Panel respiratorio ampliado negativo. Del laboratorio, PCR baja sin leucocitosis, gases normales, plaquetas normales. A los dos días, inicia rash máculo papular de predominio cabeza y tronco. Se realiza aspirado nasofaríngeo y se inicia terapia con aciclovir endovenoso. Favorable respuesta, disminución precoz del soporte ventilatorio, retiro de antibióticos y soporte de drogas. A los 5 días, resultado de aspirado nasofaríngeo con PCR (+) para Varicela Zoster. Completó tratamiento con aciclovir vía oral, sin mayores incidentes. **Diagnóstico:** Neumonía por Varicela Zoster en Inmunocompetente. **Discusión:** La neumonía por varicela no es una causa habitual de neumonía en inmunocompetente. Habitualmente el hallazgo cutáneo aparece de manera diferida y los hallazgos tomográficos son inespecíficos. se describen clásicamente lesiones nodulares de 5-10 mm con vidrio esmerilados y confluentes de distribución homogénea y micronódulos calcificados. Su evolución es favorable cuando el diagnóstico e inicio de terapia es precoz, en las distintas series, por lo que se hace fundamental la sospecha clínica precoz, reforzar su prevención con la vacuna y objetivar el estudio microbiológico.

## CL24 DE NEUMONÍA REFRACTARIA A HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN COMPLICACIÓN POR VIRUS INFLUENZA A.

Katalina Medina A., Felipe Sánchez M., Francisca Rinaldi L., Baird Zegpi K. Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso, Hospital Provincial Quillota Petorca.

**Introducción:** La hemorragia alveolar difusa (HAD) es un síndrome grave con causas inmunológicas y no inmunológicas, entre estas últimas las infecciones. En pacientes inmunocompetentes se ha asociado a influenza A, dengue, leptospirosis, malaria, y *Staphylococcus aureus*. Se presenta el caso de una HAD secundaria a neumonía por Influenza A asociada glomerulonefritis infecciosa. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 52 años con antecedentes de hipertensión arterial consulta en urgencias por coriza, odinofagia, mialgias y fiebre de cuatro días de evolución. Al ingreso está hipertensa, taquicárdica y subfebril, por lo que se toma una radiografía de tórax que descarta neumonía. Por tanto, se inicia tratamiento sintomático para bronquitis aguda. Consulta a los dos días por persistencia del cuadro y aparición de astenia, diarrea y emesis. Se toma nueva radiografía mostrando infiltrado peribronquial alodonoso a derecha. En laboratorio destaca anemia moderada, PCR elevada y deterioro de función renal. Se maneja como neumonía adquirida en la comunidad, pero evoluciona con desaturación, hemoptisis y falla renal aguda. Por tanto, se deriva a hospital de mayor complejidad. Cursa con falla respiratoria grave, requiriendo ventilación mecánica no invasiva y posterior intubación. Frente a evolución tórpida y lavado broncoalveolar con cultivo negativo, hemático (+++) y galactomanano (-), se realiza estudio por sospecha de vasculitis con síndrome pulmón-riñón, se inician bolos de corticoides y plasmaféresis con mejoría de la función renal. **Diagnóstico:** En laboratorio destaca PCR viral (+) para influenza A H1N1, complemento bajo, IgG elevada, serologías negativas (ANCA, Anticuerpos AMBG, ANA, ENA, anti-DNA, VHB, VHC), orina completa con >100 eritrocitos por campo, por lo que impresiona origen viral. **Discusión:** La HAD por influenza A es un cuadro infrecuente, pero de alta mortalidad cuyo diagnóstico suele retrasarse al simular neumonía atípica, con evolución tórpida y refractaria a tratamiento. Una serie de casos brasileña reporta que de 21 pacientes fallecidos por Influenza A, 5 tuvieron HAD. El virus influenza, mediante daño endotelial y capilar alveolar, puede causar sangrado intraalveolar masivo, hipoxemia grave y falla respiratoria de rápida progresión. Este caso enfatiza la necesidad de una alta sospecha clínica, donde deben integrarse diversos estudios y considerar oportunamente soporte ventilatorio, mejorando el pronóstico general.

## CL25 CARGA HIPOXICA EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU DISTRIBUCION POR SEXO.

Joaquín Nieto, Eva Retamal R., Diana Pozuelo C., Arthur Eumann M., Sebastián Jiménez Z., Daniel Salomons, Mario Henríquez B., Gonzalo Labarca T. Hospital Clínico La Florida, Universidad Castilla-La Mancha., Universidad Autónoma de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Universitari Arnau De Vilanova I Santa Maria.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad prevalente y clínicamente heterogénea. El índice de apnea-hipopnea (IAH) es el indicador más utilizado para clasificar su gravedad y orientar el manejo; sin embargo, no refleja la variabilidad fisiológica de la AOS como los distintos patrones de hipoxemia, variaciones en la respuesta autonómica y diferencias según el sexo. La carga hipóxica (CH) ha surgido como una métrica innovadora para cuantificar el impacto fisiológico de la AOS. El objetivo de este estudio fue describir la distribución de la carga hipóxica en hombres y mujeres con AOS en un hospital público chileno. **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo en adultos  $\geq 18$  años con AOS (IAH  $\geq 5$  eventos/hora) diagnosticada con poligrafía respiratoria. La somnolencia diurna se evaluó con la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE). La CH se calculó a partir de la señal de oximetría y se expresó como %min/hora, en función la duración del registro. Los resultados se expresaron en medianas y rangos intercuartílicos [RIQ] y se compararon con test de Wilcoxon, se consideró significativo un valor  $p \leq 0,05$ . El trabajo contó con la aprobación del Comité Ético Científico del servicio. **Resultados:** Se incluyeron 853 adultos con AOS, 48,8% mujeres y 51,2% hombres, con mediana de edad de 57 años [48;65]. El IAH fue mayor en hombres (35,9 [20,4;61,1]) que en mujeres (25,0 [15,2;40,8];  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en el porcentaje del tiempo de registro con saturación de oxígeno bajo 90 (CT90, mediana 26 [8; 60]), ni en los puntajes de ESE (12 [8;17]). En cambio, la CH fue significativamente mayor en hombres (32,6 [10,9;99,2]) que en mujeres (16,6 [6,4;42,0];  $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** En esta cohorte, los hombres con AOS presentaron mayor IAH y mayor CH que las mujeres, sin diferencias en CT90 ni en somnolencia diurna. Estos hallazgos sugieren que la CH, al reflejar directamente la desaturación producida por los eventos respiratorios, aporta información complementaria al IAH y al CT90 en la caracterización de la AOS según sexo. Esto refuerza su utilidad como marcador fisiológico para la práctica clínica y la investigación.

## CL26 RIESGO DE SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS PERTENECIENTES AL CESFAM ALBERTO ALLENDE JONES, TALAGANTE.

Leticia Jadue F.<sup>1</sup>, Sade Valdés C.<sup>2</sup>, Tamara Morales M.<sup>2</sup>, Betsabé González N.<sup>2</sup>, Catalina Torres S.<sup>2</sup>, Alex Campos A.<sup>3</sup>, Patricio Norambuena R.<sup>3</sup>. 1. Kinesióloga, académica Escuela de Kinesiología, Universidad de Santiago de Chile. 2. Estudiante de Kinesiología, Universidad de Santiago de Chile. 3. Kinesiólogo, Cesfam Alberto Allende Jones, Talagante.

**Introducción:** El Síndrome de apnea e hipoapnea del sueño (SAHOS) afecta a mil millones de personas mundialmente, aumentando el riesgo cardiovascular, somnolencia diurna, irritabilidad, deterioro de la calidad de vida y otros. Su prevalencia aumenta con la edad y obesidad. En Chile, el Sahos podría afectar a un 49% de la población adulta y es más común en hombres. Se conoce que existe un solapamiento de SAHOS y EPOC, se desconoce su prevalencia en otras respiratorias crónicas como el asma, o si los chilenos al aumentar la esperanza de vida y la obesidad pudiese tener mayor prevalencia. Se requiere conocer la situación local para abordar de manera integral y lograr un nivel de control adecuado de las respiratorias crónicas. Estudio transversal analítico para medir el riesgo de Sahos en personas con asma y epoc del Cesfam Alberto Allende Jones, aplicando stop bang y evaluando si hay correlación entre el riesgo leve, moderado y severo; y variables psicosociales (actividad física, consumo de OH, educación, ocupación, otras. **Materiales:** 120 pacientes con asma y epoc, se les tomaron medidas antropométricas y se aplicaron test para las variables de interés. Aprobado por comité de ética Usach y occidente. Se usa el paquete estadístico Jamovi versión 2.7.6. Se calculó la mediana, promedio y la desviación estándar para las variables continuas. Para el análisis bivariado, que considera el riesgo de SAHOS y las variables independientes, se realizó por medio de Chi cuadrado, con el cálculo de OR y sus respectivos IC y cuando la naturaleza de la variable independiente fue categórica, usando prueba exacta de Fisher cuando las observaciones era menor a 5. **Resultados:** El promedio de edad fue de 64.8 años, la mediana de los años de estudio fue 10. Más de un 80% de los evaluados presentaron un riesgo de padecer Sahos moderado o alto. Un 75% tenía un nivel de educación menor a 12 años de escolaridad, sin embargo, esta variable no presentó una correlación con un mayor riesgo de sahos. Tampoco el sexo y la obesidad se correlacionaron con un mayor riesgo de Sahos, sin embargo, la HTA se correlacionó con mayor riesgo de Sahos moderado y alto con un valor  $p < 0.001$ . **Conclusión:** El riesgo de padecer SAHOS en la población evaluada es mayor que lo conocido hasta ahora en la población general y variables como la HTA se correlacionan con un riesgo moderado y alto de sufrir SAHOS. Urgen medidas para un diagnóstico y tratamiento oportuno del Sahos para compensar patologías de base.

## CL27 ASOCIACION ENTRE LOS SUBTIPOS DE SINTOMAS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LA OBESIDAD.

Mario Henríquez, Daniel Solomons, Andrea Millán, Belén Huincahue Toro, Cristián Cáceres, Eduardo Cruces A., Gonzalo Labarca. Núcleo de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile, Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile, Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad heterogénea, con una elevada prevalencia global y múltiples manifestaciones clínicas. La obesidad constituye una de sus comorbilidades más frecuentes, aunque su prevalencia en esta población presenta una amplia variabilidad. **Objetivo:** Determinar la asociación entre obesidad y síntomas de AOS en una cohorte clínica. **Materiales:** Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional utilizando datos de la cohorte SantOSA, un estudio prospectivo de base clínica que evalúa las consecuencias de la AOS en pacientes derivados a un centro terciario de Santiago de Chile. La evaluación del sueño incluyó un cuestionario estandarizado sobre síntomas de AOS (ronquidos, apneas observadas, insomnio, somnolencia diurna y cefalea matutina) junto con la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) en su versión validada en español. Además, se efectuó una poligrafía respiratoria (PR) tipo III, siguiendo guías internacionales y con análisis manual efectuado por especialistas sin conocimiento del estado clínico de los participantes. La obesidad se definió como un índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, con clasificación en grados I-III. Mediante análisis de clases latentes se identificaron tres subtipos sintomáticos de AOS: No somnoliento, sueño perturbado (presencia frecuente de síntomas de insomnio con somnolencia normal o leve (ESS  $\leq 10$ ) y, somnolencia diurna excesiva. **Resultados:** Se incluyeron 1.167 sujetos. La prevalencia de obesidad fue del 50%, y el 46% de los pacientes obesos presentó AOS grave. La obesidad se asoció significativamente con mayor riesgo de pertenecer a los subtipos de sueño perturbado y somnolencia diurna excesiva. La relación entre IMC y somnolencia diurna excesiva se mantuvo independiente de la edad, el sexo, la severidad de la AOS (índice de eventos respiratorios, Respiratory Disturbance Index [RDI]) y el tiempo con saturación. **Conclusiones:** La obesidad es altamente prevalente en personas con AOS y se relaciona con mayor somnolencia diurna y alteraciones del sueño, independientemente de factores sociodemográficos y clínicos.



## CL28 FORAMEN OVAL PERMEABLE SOSPECHADO POR HIPOXEMIA DESPROPORCIONADA EN UNA POLISOMNOGRAFIA: REPORTE DE UN CASO CLINICO.

Fernando Javier Descalzi M., Sofía Descalzi R., Christian Dauvergne M., Ariel Cisternas V., Martín Castillo M., Constanza Gutiérrez V. Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo..

**Introducción:** Ocasionalmente en los polisomnogramas se registran periodos de desaturación de oxígeno bajo 90%, lo que es un reflejo de la gravedad de la apnea del sueño. Sin embargo, a veces se observan estos periodos sin correlatos con el índice de apneas obstructivas. Esto debe hacernos sospechar la coexistencia de otras patologías.

**Descripción del caso:** Paciente de 36 años, sexo masculino con antecedente de hipotiroidismo subclínico, dislipidemia, sobrepeso y tabaquismo consulta otorrinolaringología por cuadro de larga data de ronquidos asociado a mala calidad de sueño y somnolencia, al examen cardiopulmonar destaca normal. Se indica polisomnografía basal con resultado de índice de eventos respiratorios (IER) 8.1 eventos/hora, tiempo de desaturación bajo 90% (CT90): 19.3% con desaturación máxima de 83%. Se diagnostica un síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) leve por IER, asociado a hipoxemia nocturna. Se considera que hipoxemia es desproporcionada por lo que es derivado a broncopulmonar especialista en sueño para estudio de ésta, quien indica estudio con tomografía axial computarizada de tórax con resultado de signos de bronquiolitis y mínimo enfisema pulmonar. Además, se realiza estudio de función pulmonar con espirometría basal y broncodilatador, capacidad de transferencia de monóxido de carbono y test de marcha, todos con resultado normal. Se indica ecocardiograma bidimensional con Doppler, mostrando test contraste salino sugerente de shunt intracardiaco. A continuación, se procede a cierre de Foramen Oval Permeable mediante instalación de dispositivo tipo Amplatzer. Posteriormente se realiza ecocardiograma que demuestra dispositivo de cierre bi-disco tipo Amplatzer normoinserito a nivel de fosa oval, sin interferir con estructuras vecinas y sin movimiento independiente. Posteriormente se realiza control con nueva polisomnografía basal que muestra IER 8.0 eventos/hora, CT90 0% con desaturación máxima de 90%. **Diagnóstico:** Foramen Oval Permeable con hipoxemia desproporcionada al Índice de Apnea del Sueño. **Discusión:** Cuando en una polisomnografía se encuentra un porcentaje de tiempo de desaturación de oxígeno bajo 90% se debe estudiar con TAC de Tórax, función pulmonar y Ecocardiograma con Test de Burbuja, para establecer la causa de esta hipoxemia. Este caso clínico refleja el hallazgo de un FOP en un paciente con estas características.

## CL29 APNEA CENTRAL EMERGENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. UN DESAFIO TERAPEUTICO. REPORTE DE UN CASO.

Roberto Mondaca, Miguel Aguilar G., Gonzalo Labarca T. Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

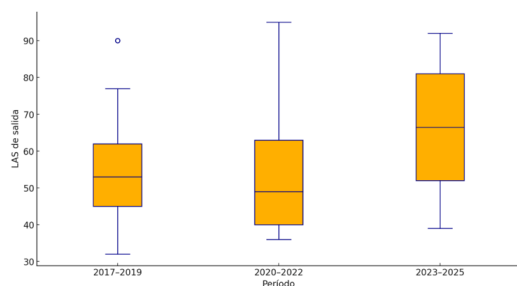
**Introducción:** La apnea central emergente por tratamiento (TECSA) es una complicación del uso de CPAP en Apnea Obstructiva del sueño (AOS), con apneas centrales que emergen o aumentan en 4-19%. Atribuible principalmente a inestabilidad en el control respiratorio, plantea desafíos en el manejo clínico, ya que requiere ajuste de tratamiento y monitoreo adicional. A continuación, se presenta un caso complejo con manejo exitoso de TECSA. **Descripción:** Mujer, 68 años antecedentes de hipertensión, asma, cáncer de mama tratado, accidente cerebrovascular (ACV), AOS hace 10 años, alta incidencia de eventos y mala tolerancia a CPAP por presiones elevadas. Refiere disnea, sibilancias nocturnas, somnolencia diurna, nicturia (IMC 37). En polisomnograma tuvo 109 eventos/hora(ev/h) con hipoapneas y apneas centrales, que aumentaron tras titulación con CPAP (marca ResMed Modelo Air sense 10) a 115 eventos centrales/hora. Se descartó obstrucción corregible y se planificó titulación con CPAP, acetazolamida y mascarilla no ventilada. La terapia redujo el IER a 4,3ev/h y finalmente a 2,4ev/h con eliminación de eventos centrales. Se observó hipoxemia residual nocturna, atribuida a comorbilidad cardíaca. Se indica CPAP con mascarilla oronasal 10 CMH<sub>2</sub>O, acetazolamida 125 mg antes de dormir, y tratamiento de patologías asociadas. Tras 3 meses, presenta mejoría significativa de somnolencia diurna (Epworth 1/24), control de eventos obstructivos y eliminación completa de eventos centrales, demostrando la eficacia del manejo combinado. **Diagnóstico:** *Treatment Emergent Central Sleep Apnea*. **Discusión:** La TECSA, es una apnea central que surge tras el inicio de presión positiva en pacientes con AOS, con prevalencia de hasta 19%. Se atribuye a inestabilidad del control respiratorio que puede persistir o resolverse espontáneamente. En este caso es posible que el ACV fuese una de las potenciales causas del mal control respiratorio. El enfrentamiento del tratamiento es un desafío, pues requiere ajuste, y aún no existe una estandarización en los criterios de manejo. Estrategias como acetazolamida, oxígeno nocturno y mascarillas no ventiladas para aumentar la reserva de CO<sub>2</sub>, han mostrado resultados prometedores. La experiencia sugiere que, mediante terapia combinada y seguimiento, incluso en pacientes con alto índice de eventos centrales, puede resolverse la TECSA y evitar cambios a otras modalidades ventilatorias. Sin embargo, falta evidencia para definir un enfoque estándar.

## CL30 CARACTERISTICAS Y EVOLUCION DE LA LISTA DE ESPERA PARA EL TRASPLANTE PULMONAR EN LA CLINICA SANTA MARIA (2013–2025).

Ricardo Varas A., Diego Paredes G., Rodrigo Villarroel F., Virginia Linacre S., Francisco Suárez V., César Paulsen M., Pablo Salazar E., Claudia Sepúlveda L., Mauricio Fica D., Clínica Santa María.

**Introducción:** La lista de espera (LE) para el trasplante pulmonar (TP) constituye un registro dinámico y estructurado, cuya priorización se basa en el *Lung Allocation Score* (LAS). El TP está indicado en pacientes con enfermedades respiratorias en fase terminal que cumplan criterios estrictos. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y la evolución de los pacientes incluidos en la LE para el TP en la Clínica Santa María. **Materiales:** Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes incorporados a la LE para el TP de la Clínica Santa María, Santiago de Chile, entre enero de 2013 y junio de 2025. Para el análisis temporal de diferentes variables (LAS disponible desde 2017), la cohorte se dividió en cuatro periodos: 2013–2016, 2017–2019, 2020–2022 y 2023–2025. **Resultados:** Hubo 154 ingresos a la LE. La mediana de edad fue de 59 años (RIC: 51–63), el 64,3% eran hombres (99/154). El 65,6% (101/154) tenía el diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática (FPI). En cuanto a la condición clínica al ingreso, el 76,6% fue en condición estable (118/154), el 18,2% descompensada (28/154) y el 5,2% fue con oxigenación por membrana extracorpórea (8/154). El 57,8% de los ingresos fue trasplantado (89/154), el 20,8% falleció (32/154), el 11,7% fue desactivado (18/154) y el 9,7% permanece en espera activa (15/154). La mediana de tiempo de espera para el TP fue de 5,8 meses (RIC: 1,5–12,8). El 36% de los trasplantes (32/89) ocurrió dentro de los primeros 90 días desde su ingreso a la LE. El LAS en los trasplantados tuvo una mediana de 52 (RIC: 43–73). Con respecto al análisis por periodos, la mediana de edad se mantuvo constante. La proporción de hombres y de FPI fue mayor durante los primeros periodos. La tasa de trasplante mostró una tendencia decreciente, disminuyendo desde un 78% (25/32) en el periodo 2013–2016, a un 42% (16/38) en 2023–2025. En paralelo, se evidenció un aumento progresivo del LAS en los trasplantados, con una mediana de 53 (RIC: 45–62) en el periodo 2017–2019, que se elevó a 66 (RIC: 52–81) en el periodo 2023–2025. (Figura 1). **Conclusiones:** Nuestra cohorte presentó una gravedad clínica superior en comparación con registros internacionales, destacando una mayor proporción de ingresos por FPI (65,6% vs 32,4% como promedio global) y un LAS más elevado (mediana 52 vs 32 en Eurotransplant). Este perfil podría explicarse por factores locales, como la baja tasa de donación y los mayores tiempos de espera.

Figura 1. Box plot del LAS por periodos





## CL31 OXIGENACION POR MEMBRANA EXTRACORPOREA COMO PUENTE AL TRASPLANTE PULMONAR.

Ricardo Varas A., Diego Paredes G., Rodrigo Villarroel F., Virginia Linacre S., Francisco Suárez V., César Paulsen M., Pablo Salazar E., Claudia Sepúlveda L., Mauricio Fica D. Clínica Santa María.

**Introducción:** La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es cada vez más utilizada como puente al trasplante pulmonar (ECMO bridge) en pacientes con deterioro cardiopulmonar terminal, fenómeno frecuente en las listas de espera (LE) de pacientes con enfermedades rápidamente progresivas asociado a países con bajas tasas de donación. Existen múltiples modalidades de ECMO bridge, como veno-venosa (VV) y veno-arterial (VA). **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de la cohorte de pacientes sometidos a ECMO bridge en el programa de trasplante pulmonar de Clínica Santa María entre marzo 2013 y junio 2025. Se incluye información de la ficha clínica. Se considera ECMO bridge como el período comprendido entre el inicio de la asistencia y el trasplante o muerte. Se define urgencia a aquellos pacientes con Lung Allocation Score (LAS) > 45 o según resolución de la comisión de trasplante. La sobrevida se estimó mediante el método de Kaplan-Meier. **Resultados:** De 154 ingresos a la LE, un 56.5% (87/154) fue hospitalizado por descompensación, un 95.4% de ellos (83/87) adquirió estatus de urgencia nacional y un 32.2% (28/87) de los hospitalizados requirió ECMO bridge (18% de los casos totales). Del total de pacientes en ECMO bridge, el 64.3% (18/28) logró ser trasplantado. Las estrategias de asistencia inicial utilizadas fueron ECMO V-V en 89% (25/28) y ECMO V-A en 11% (3/28). En 2 pacientes se realizó asistencia central V-A, ambos casos portadores de hipertensión pulmonar primaria. El grupo de pacientes en ECMO bridge que fue trasplantado versus el que falleció antes de trasplantarse tuvo una mediana de edad menor (50 vs 55 años) y un menor número de casos de fibrosis pulmonar (72% versus 90%). El resto de las variables están resumidas en la tabla 1. La sobrevida de los pacientes trasplantados sin ECMO bridge versus los trasplantados con ECMO bridge fue de 94% (85%-98%, 95% CI) versus 77% (49%-91%, 95% CI) a los 12 meses, 75% (61%-84%, 95% CI) versus 60% (30%-80%, 95% CI) a los 36 meses y 62% (47%-74%, 95% CI) versus 45% (14%-72%, 95% CI) a los 60 meses. Las diferencias en sobrevida no alcanzaron significancia estadística ( $p = 0.12$ ,  $0.29$  y  $0.29$  para 12, 36 y 60 meses, respectivamente). **Conclusiones:** ECMO permite trasplantar un número significativo de pacientes en falla cardiopulmonar catastrófica con una muy buena sobrevida en el corto y largo plazo. Los resultados del programa son comparables con otras series internacionales como los del registro UNOS.

**Tabla 1.** Factores asociados a trasplante exitoso durante ECMO bridge. Análisis univariado y multivariado

Variable	Trasplantados (n=18)	Fallecidos en ECMO (n=10)	p (univariado)	OR ajustado (95% IC)	p (multivariado)
Edad, años	50 [39-58]	55 [54-58]	0.35	0.88 (0.50-1.56)	0.49
IMC, kg/m <sup>2</sup>	25.1 [23.5-26.0]	26.1 [23.5-28.1]	0.65	0.78 (0.45-1.43)	0.53
PSAP, mmHg	60 [38-70]	62 [56-75]	0.33	0.83 (0.46-1.31)	0.51
TAPSE, mm	21 [18-23]	17 [13-20]	0.06	1.56 (0.91-2.90)	0.14
Días en ECMO bridge	23 [11-31]	14 [7-27]	0.49	1.48 [11-31]	0.20
Días en lista de espera	48 [18-142]	76 [48-162]	0.24	0.86 (0.34-1.7)	0.84
LAS al ingreso	65 [44-88]	44 [38-48]	0.04	1.7 (0.71-3.51)	0.25
Fibrosis pulmonar n (%)	13 (72.2%)	9 (90.0%)	0.39	1.32 (0.41-4.01)	0.40



## CL 32 TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS. EXPERIENCIA DE 13 AÑOS EN EL SISTEMA PÚBLICO CHILENO.

Joel Melo T.<sup>1</sup>, Daniela Vidal V.<sup>2</sup>, Felipe Cayupi G.<sup>1</sup>, Claudia Sepúlveda L.<sup>1</sup>, Erika Donoso G.<sup>1</sup>, Virginia Linacre S.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Instituto Nacional del Tórax, <sup>2</sup>Becada Respiratorio, Universidad de Concepción.

**Introducción:** El trasplante pulmonar (TP) es una opción terapéutica en pacientes con bronquiectasias (BQ) por fibrosis quística (BQ-FQ) y sin fibrosis quística (BQ-NFQ) con insuficiencia respiratoria y en fase avanzada de enfermedad. Nuestro objetivo es describir la experiencia de pacientes trasplantados por bronquiectasias en el Instituto Nacional del Tórax, único centro público que realiza este procedimiento. **Materiales:** Estudio retrospectivo, descriptivo con análisis de registros clínicos de pacientes TP por BQ desde agosto de 2010 a diciembre de 2023. Se analizaron datos demográficos, IMC, VEF1 basal, microbiología y enfermedad de base pre trasplante; tipo de trasplante, complicaciones quirúrgicas y médicas, supervivencia y causas de muerte post trasplante. **Resultados:** De 120 TP realizados en el periodo, 22 han sido por BQ (18,3%). De estos, 12 pacientes eran BQ-FQ (54,54%) y 10 BQ-NFQ (45,45%). La mediana de edad fue 23 años (18-34), un 59,1% de sexo masculino. El IMC promedio basal fue 21 y el VEF1 promedio basal de 28,4%. Un 77,2% tenía infección crónica preTP, siendo el agente más frecuente *Pseudomonas aeruginosa*. Un 63,6% se encontraba hospitalizado y un 45,5% se trasplantó en urgencia nacional. Un 91% fue por técnica bipulmonar. Las complicaciones quirúrgicas fueron infrecuentes, siendo la estenosis de la vía aérea la predominante (4,5%). Las principales complicaciones médicas en el primer año fueron de origen infeccioso, destacando las infecciones bacterianas que requirieron hospitalización (63,6%), y los rechazos agudos del injerto (36,4%). Después del primer año se redujeron las infecciones bacterianas que necesitaron hospitalización (47,1%), y destaca la disfunción crónica del injerto (35,3%). El VEF1 promedio a 1 y 5 años post TP fue de 73,2% y 70,6%, respectivamente. La supervivencia a 1, 5 y 10 años fue de 77,3%, 52,4% y 45,9%, respectivamente. Se realizó un análisis de supervivencia mediante prueba de log-rank no encontrando diferencias significativas entre los pacientes con BQFQ y BQNFQ ( $p=0.54$ ) (figura 1). La principal causa de muerte fue el rechazo crónico del injerto pulmonar (63,3%). **Conclusiones:** Los pacientes trasplantados con BQ presentan favorable sobrevida a largo plazo. La principal complicación en el primer año son las infecciones, siendo una causa frecuente de hospitalización; después del primer año predominan las infecciones y la disfunción crónica de injerto. La principal limitante de la sobrevida a largo plazo es el rechazo crónico.

## CL33 EFECTOS DEL FLUJO UTILIZADO EN LA CANULA NASAL DE ALTO FLUJO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO EN ADULTOS CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR. UN ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO CROSSOVER.

Iván Ramírez<sup>1,2</sup>, Ruvistay Gutiérrez-Arias<sup>1,3</sup>, Ariela Moreno-Huircaleo<sup>1</sup>, Natalia Guajardo-Latorre<sup>1</sup>, Francisco Salinas-Barahona<sup>1,4</sup>, Felipe Cayupí<sup>1</sup>, Joel Melo<sup>1</sup>, Claudia Sepúlveda<sup>1</sup>, Virginia Linacre<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional del Tórax, <sup>2</sup>Universidad Diego Portales, <sup>3</sup>Universidad Andrés Bello, <sup>4</sup>Universidad de las Américas.

**Introducción:** La cánula nasal de alto flujo (CNAF) mejora la tolerancia al ejercicio en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Sin embargo, se desconoce el efecto de diferentes flujos en la respuesta cardiorrespiratoria y el rendimiento de adultos en espera de trasplante pulmonar (LTx). Nuestro objetivo fue comparar el efecto de diferentes flujos de la CNAF en la capacidad funcional de realizar ejercicio de adultos hospitalizados candidatos a LTx. **Materiales:** Realizamos un ensayo clínico aleatorizado crossover entre ago/2024 y may/2025. Consideramos pacientes adultos hospitalizados en el Instituto Nacional del Tórax. Incluimos pacientes con fibrosis pulmonar (FP) que formaban parte de la lista de espera o que fueron hospitalizados para completar su estudio pretrasplante. Aplicamos 4 pruebas de caminata de 6 minutos (PC6min) a cada paciente; una basal con 15 lpm de O<sub>2</sub> por mascarilla con reservorio y 3 con CNAF a 40, 50 y 60 lpm de flujo y O<sub>2</sub> suficiente para mantener SpO<sub>2</sub> ≥ 90%. El orden de las PC6min fue aleatorio. Nuestro estudio fue aprobado por el CEC-SSMO (SSMOrient060824). **Resultados:** Incluimos 10 pacientes, 60% hombres, con una media de 58 años (DE 9). Antes del ingreso hospitalario, los pacientes tuvieron una media de capacidad vital forzada de 42% (DE 13), DLCOc de 32% (DE 6), PSAP de 62 mmHg (DE 10) y TAPSE de 19 mm (DE 2). Además, los pacientes presentaron una mediana de fuerza muscular medida por MRC-SS de 54 puntos (RIC 42-57) y de 11 repeticiones (RIC 2-22) en la prueba sentarse-pararse en 1 minuto. La mediana de la distancia recorrida en 6 minutos en la PC6min basal fue de 163 metros (RIC 94-115), la cual aumentó en 36 y 66 metros con 50 y 60 lpm de CNAF, respectivamente. **Conclusiones:** La utilización de CNAF en pacientes adultos con FP candidatos a LTx que se encuentran hospitalizados mejora su capacidad funcional de realizar ejercicio. El rendimiento en la PC6min mejoró y el tiempo de vuelta a la calma se redujo a medida que se utilizaron mayores flujos en la CNAF. Estos hallazgos pueden ser considerados al momento de planificar la rehabilitación respiratoria de estos pacientes.



## CL34 CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR SOMETIDOS A REHABILITACION RESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Ruvistay Gutiérrez-Arias, Iván Ramírez, Natalia Guajardo-Latorre, Ariela Moreno-Huircaleo, Francisco Salinas-Barahona, Joel Melo, Felipe Cayupi, Claudia Sepúlveda, Virginia Linacre. Instituto Nacional del Tórax y Universidad Andrés Bello. Universidad Diego Portales, Universidad de Las Américas.

**Introducción:** La rehabilitación respiratoria (RR) es un pilar fundamental en pacientes con enfermedades avanzadas candidatos a trasplante pulmonar (TP). Si bien existen estudios ambulatorios de RR, la evidencia es escasa en cuanto a las características de pacientes hospitalizados. Nuestro objetivo fue caracterizar los pacientes candidatos a TP sometidos a RR pretrasplante intrahospitalaria en el Instituto Nacional del Tórax (INT). **Materiales:** Realizamos un estudio observacional descriptivo retrospectivo. Incluimos adultos candidatos a TP independiente de su patología de base y que se encontraban hospitalizados en la unidad de RR intrahospitalaria del INT para TP entre sep/2022 y jul/2025. Recolectamos información de variables sociodemográficas, condición previa a la hospitalización, duración de la hospitalización, desenlaces clínicos, función física, y del programa de RR al que fueron sometidos. Nuestro estudio fue aprobado por el CEC-SSMO (CECSSMOrient011024-4). **Resultados:** Incluimos 34 pacientes, 53% mujeres, con una mediana de edad de 60 años (rango 29-67). La patología respiratoria con mayor prevalencia fue la fibrosis pulmonar (FP) (94%). Antes de la admisión hospitalaria, los pacientes tuvieron una media de la capacidad vital forzada de 45% (DE 12) y una mediana del DLCOc de 33% (RIC 30-39). Al ingreso, los pacientes presentaron una mediana de la fuerza muscular medida por MRC-SS de 54 puntos (RIC 48-56) y realizaron una mediana de 12 repeticiones (RIC 7-15) en la prueba sentarse-pararse en 1 minuto. Cuatro pacientes (12%) fueron conectados a oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) mediante la estrategia ECMO vigil. Todos los pacientes realizaron ejercicio aeróbico y de fuerza usando cánula nasal de alto flujo. La mayoría realizó 40-60' de ejercicio aeróbico inter-válico en bicicleta estática (2-3 d/s) y de fuerza (1-2 d/s). Los pacientes estuvieron hospitalizados una mediana de 68 días (rango 9-575); 10 pacientes (29%) fueron sometidos a TP bipulmonar, 16 (47%) fallecieron debido a progresión o exacerbación de su enfermedad, y 3 (9%) fueron dados de alta o trasladados a otro centro de salud. **Conclusiones:** Los pacientes hospitalizados candidatos a TP sometidos a RR en el INT padecen en su mayoría FP. Esta población exhibe un deterioro importante de la función física y respiratoria al momento de ser hospitalizados, presentan largas estadías hospitalarias, falleciendo la mitad de ellos durante la espera.

## CL35 DEBUT DE VIH EN ETAPA SIDA CON TUBERCULOSIS DISEMINADA Y SARCOMA DE KAPOSÍ MULTIORGÁNICO: EXPERIENCIA TERAPEÚTICA CON DOXORRUBICINA.

Lisette Aguayo, M,ko Grbic Reyes, Carmen Riquelme T., Jorge Yáñez V. Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

**Introducción:** La coinfección tuberculosis–VIH es un problema relevante de salud pública. En 2022 la OMS notificó 10,6 millones de casos de tuberculosis, de los cuales 6,3 % correspondieron a personas con VIH, con 167.000 muertes atribuibles. En Chile, la coinfección alcanzó 8,5 % de los casos diagnosticados en 2021, con elevada mortalidad en series nacionales. Esto refuerza la importancia del diagnóstico precoz y la pesquisa activa en personas con VIH. Además, el sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente en este grupo, constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 43 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por 2 meses de baja de peso, dolor abdominal y diarrea intermitente. El estudio inicial evidenció granulomas intestinales y hepáticos, evolucionando con hipoxemia severa, fiebre y hemoptisis que requirieron intubación e ingreso a UCI. Los exámenes mostraron hemocultivo positivo para SAMS, panel viral positivo para metapneumovirus, VIH confirmado, TAC de tórax con neumopatía multifocal y lesiones cutáneas y orales compatibles con sarcoma de Kaposi. GeneXpert en deposiciones resultó positivo, iniciándose tratamiento anti-TBC, y posteriormente presentó PCR positiva para SARS-CoV-2. Se inició TARV a las dos semanas, y ante progresión pulmonar asociado a deterioro clínico se decidió en equipo multidisciplinario iniciar quimioterapia con doxorubicina liposomal. Evolucionó con mejoría clínica y suspensión de oxígeno logrando alta médica. Completo 6 ciclos de quimioterapia con respuesta parcial desde el punto de vista pulmonar, se mantiene en TARV, completo tratamiento anti-TBC. **Diagnóstico:** Insuficiencia respiratoria aguda parcial, Tuberculosis diseminada, sarcoma de Kaposi diseminado, PPVI en etapa SIDA, bacteriemia por SAMS, infección viral por metapneumovirus y SARS COV 2 **Discusión:** Se presenta un caso complejo de paciente con diagnóstico simultáneo de VIH, tuberculosis diseminada, sarcoma de Kaposi pulmonar, coinfección viral (metapneumovirus y SARS-CoV-2) y además bacteriemia y neumonía por SAMS. La evolución favorable se logró mediante un abordaje multidisciplinario, destacando la importancia del diagnóstico precoz, inicio oportuno de TARV, tratamiento prolongado anti-TBC, antibióticos y quimioterapia.

## CL36 CARACTERISTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN MIGRANTES Y NACIONALES, TARAPACA-CHILE.

Olivia Janett Horna-Campos, Alejandra Puga Arriagada, Astrid Ugalde Wolff, María José Guzman Bello, Yeymi Pérez Juárez, Claudia Rojas Caniuqueo, Marinella Mazzei Pimentel, Javiera Henríquez Matta, Gabriel Cavada Chacón. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile., Facultad De Ciencias Para El Cuidado De La Salud, Universidad San Sebastián, Valdivia, Chile, Magíster En Salud Pública, Universidad De Chile. Servicio De Salud Iquique.

**Introducción:** En Chile, los casos de TBC en migrantes aumentaron de 7,1% en 2014 a 29,7% en 2023, constituyéndose en el principal grupo de riesgo. En Tarapacá, la tasa (41,8 por 100.000 hab.) triplica la nacional y más de la mitad corresponde a migrantes. Este estudio caracteriza a pacientes migrantes y nacionales y estima la mediana de retraso diagnóstico en Tarapacá durante 2024. **Materiales:** Cohorte retrospectiva con 80 participantes ingresados al programa de TBC. Se aplicó un cuestionario que recogió información clínica, sociodemográfica, país de origen y fechas de inicio de síntomas y diagnóstico. Se excluyeron casos no residentes en la región. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes; las continuas, con medidas de tendencia central y dispersión. El retraso diagnóstico se definió como la diferencia entre la fecha de diagnóstico y la de inicio de síntomas. Los factores asociados a casos de TBC en migrantes se analizaron mediante regresión logística. Proyecto FONIS SA24I0238, aprobado por CEISH (Acta 095). **Resultados:** El 65,2% correspondió a hombres; el 57,5% fue diagnosticado en atención primaria, el 92,5% mediante PCR y el 88,8% presentó tuberculosis pulmonar. El 45% eran migrantes, principalmente de Bolivia (63,9%), Perú (13,9%) y Venezuela (13,9%). Entre ellos, el 52,8% se encontraba en situación irregular y el 30,6% había ingresado por pasos no habilitados. La edad media fue 43 años en migrantes y 48,5 en nacionales. La hemoptisis se presentó en el 41,4% de los migrantes y en el 23,8% de los nacionales. El retraso diagnóstico fue de 38 días (mín: 2; máx: 504) en migrantes y 41 días (mín: 4; máx: 717) en nacionales. Se asociaron significativamente a TBC en migrantes: sexo masculino (OR=0,24; IC95%: 0,09–0,61), fiebre (OR=3,2; IC95%: 1,2–8,4), antecedente de prisión (OR=0,08; IC95%: 0,01–0,73) y tabaquismo (OR=0,3; IC95%: 0,1–0,8). **Conclusiones:** La tuberculosis en migrantes de Tarapacá representa un problema creciente, con alta proporción de casos en situación irregular y retrasos diagnósticos similares a los nacionales. Las diferencias en sintomatología y factores asociados, como fiebre, hemoptisis, antecedente de prisión y consumo de tabaco, subrayan la necesidad de estrategias diferenciadas de pesquisa y control dirigidas a esta población vulnerable. Pese a las limitaciones del tamaño muestral y el muestreo por conveniencia, los hallazgos aportan evidencia útil para orientar intervenciones regionales.

## CL37 RECAIDAS, TUBERCULOSIS EN MENORES DE 15 AÑOS Y RESISTENCIA A FÁRMACOS EN CHILE: ANALISIS DEL PERIODO 2012–2023.

Olivia Janett Horna-Campos, Victor Hernandez H., Catalina Erices C., Sofía Gacitúa U., Sofía Flores L., Mario Benjamín Méndez, Jhonatan Castro H.. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriaran, Hospital Claudio Vicuña.

**Introducción:** Los esquemas de tratamiento de seis meses recomendados por la OMS incluyen regímenes diarios. El número total de dosis se relaciona con el riesgo de recaída. **Materiales:** Diseño ecológico descriptivo. Se revisaron los informes anuales oficiales de tuberculosis del Programa Nacional de Eliminación y Control de la Tuberculosis de Chile (PROCET) correspondientes al período 2012–2023. Se definió como “caso nuevo de TBC” todo diagnóstico realizado por primera vez; como “recaída” a aquellos con antecedente previo de TBC; y como “resistencia antibiótica” a los casos resistentes a isoniazida, rifampicina o ambos, según las normas del programa. En el análisis se calcularon anualmente las proporciones de recaídas, casos en menores de 15 años y resistencias antibiótica. Para evaluar los cambios en las tendencias de estas proporciones en el tiempo se aplicó el modelo de Prais-Winsten. **Resultados:** La proporción de recaídas osciló entre 8,5% y 4,7%, con una tendencia decreciente desde 2017. En menores de 15 años los casos se duplicaron, pasando de 2% a 3,5%, mientras que la resistencia a fármacos aumentó de 0,8% a 4,7%. El análisis de tendencia mostró que las recaídas disminuyeron en promedio 0,45 por 100 casos por año respecto a 2012 (IC95%: –0,99 a 0,08;  $p=0,087$ ), sin alcanzar significancia estadística. En contraste, los casos en menores de 15 años y la resistencia a fármacos aumentaron significativamente, con incrementos promedio anuales de 0,61 por 100 casos (IC95%: 0,016 a 1,16; **Conclusiones:** Los resultados sugieren que los esquemas reducidos implementado en Chile, en comparación con las 180 dosis utilizadas en otros países, podría contribuir a la ausencia de una disminución significativa en las recaídas y al aumento de las resistencias observadas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de revisar los esquemas terapéuticos y considerar ajustes que fortalezcan el control de la tuberculosis en el país. El incremento de casos en menores de 15 años podría indicar un efecto indirecto en la transmisión. Entre las principales limitaciones se encuentran el diseño ecológico y el uso de fuentes secundarias, sujetas a posibles sesgos de registro.

## CL38 EXACTITUD DIAGNOSTICA DE GENEXPERT EN DEPOSICIONES PARA TUBERCULOSIS PULMONAR: COMPARACION CON PRUEBAS RESPIRATORIAS DE REFERENCIA EN UNA COHORTE CLINICA.

Carmen Gloria Riquelme T., Fabian Mora S., Lisette Aguayo C., Jorge Yáñez V.. Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad De Concepción.

**Introducción:** La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. El diagnóstico oportuno es un desafío, especialmente en poblaciones con baja bacilífera, niños y pacientes con dificultades para expectorar. El sistema GeneXpert MTB/RIF y su versión Ultra han demostrado alto rendimiento en muestras respiratorias, siendo recomendados por la Organización Mundial de la Salud como pruebas rápidas moleculares iniciales. En la última década, diversos estudios han evaluado el uso de deposiciones como matriz alternativa, particularmente en población pediátrica, con resultados variables en sensibilidad, pero con alta especificidad. Sin embargo, la evidencia en adultos y en cohortes mixtas sigue siendo limitada, y aún no existe consenso respecto a su integración en algoritmos diagnósticos. **Materiales:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional, utilizando una cohorte de pacientes con sospecha de tuberculosis pulmonar atendidos en Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción entre noviembre 2022 a febrero 2025. Se incluyeron pacientes con resultado disponible de Xpert MTB/RIF Ultra en deposiciones (prueba índice) y al menos una prueba de referencia (cultivo, Xpert en muestras respiratorias o biopsia). **Resultados:** Los resultados mostraron una sensibilidad de 64,3% (IC95% 35,6–86,0) y una especificidad de 95,8% (IC95% 88,0–99,1), con VPP de 75,0% y VPN de 93,3%. La concordancia con Xpert en esputo fue elevada, con sólo dos casos discordantes. De los casos con Xpert positivo de esputo, el 66% tuvieron Xpert positivo en deposiciones correspondientes a cargas “Trazas” y “Baja”, mientras que el único caso no detectado en deposiciones presentó carga “Muy baja” en esputo, lo que sugiere una tendencia a menor detección en deposiciones cuando la carga bacilar es muy baja. En los pacientes con muestras repetidas de deposiciones, los resultados fueron concordantes entre sí, sin detección adicional al repetir la prueba. En esta serie la obtención de dos muestras no mejoró la sensibilidad diagnóstica del Xpert en deposiciones. **Conclusiones:** El análisis muestra que el Xpert en deposiciones posee una sensibilidad moderada (≈64%) y una alta especificidad (≈96%) frente a un estándar de referencia compuesto. Esto traduce un alto valor predictivo negativo, lo que respalda su utilidad para descartar tuberculosis en escenarios donde no es posible obtener muestras respiratorias. Su rendimiento puede ser especialmente valioso en pacientes pediátricos, ancianos o con dificultad para expectorar.

## CL39 MARCACION INTRAOPERATORIA DE NÓDULOS PULMONARES NO PALPABLES MEDIANTE *CONE BEAM CT*.

Patricio Salas, Ethan Rothfeld, Maria Solovera R. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La identificación de nódulos pulmonares no palpables en el intraoperatorio representa un desafío para el cirujano torácico debido a la necesidad de diagnóstico más precoz. Por ello se han ocupado diversos métodos de marcación que permiten la identificación de estos nódulos. Una de ellas es la marcación intraoperatoria mediante Cone Beam CT. El objetivo es describir la técnica y resultados de la marcación y resección de nódulos pulmonares no palpables mediante la marcación intraoperatoria con Cone Beam CT. **Materiales:** Estudio retrospectivo de 16 pacientes con nódulos pulmonares usando marcación intraoperatoria percutánea bajo Cone Beam CT. Las resecciones se realizaron en el Hospital Clínico de la P. Universidad Católica entre el 2021 y el 2025. Se consideran datos demográficos, características de los nódulos, y morbilidad asociada. **Resultados:** Entre el 2021 y el 2025 se operaron 16 pacientes, 12 mujeres y 4 hombres, con edad promedio de 58 años (27 a 90 años). Se resecaron 19 nódulos, con un tamaño promedio de 7,2mm (rango 3 a 20 mm) y una profundidad promedio de 14,1 mm (rango 2,2 a 31 mm). Los nódulos correspondían a 11 nódulos sólidos, 4 con opacidad de vidrio esmerilado y 1 quístico. La histología mostró 12 nódulos metastásicos, en su mayoría adenocarcinoma colónico (83%), 4 correspondientes a cáncer pulmonar y 3 de origen benigno. Los márgenes de las muestras fueron en promedio 8,5 mm. El tiempo operatorio fue en promedio 120 min (rango 60 a 150 min) y la estadía hospitalaria promedio fue de 2.3 días (rango de 2 a 3 días). No hubo morbilidad asociada. **Conclusiones:** Presentamos la serie de primeros casos realizados en Chile de marcación intraoperatoria de nódulos pulmonares mediante Cone Beam CT. Mostramos que esta técnica de marcación facilita la resección de nódulos pulmonares no palpables o de ubicación difícil durante la videotoracoscopia.

## CL40 EGRESOS HOSPITALARIOS Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN POBLACIÓN CHILENA, 2001-2018.

Ignacio Alarcón<sup>1</sup>, Francisco Arancibia<sup>2</sup>, Susana Mondschein<sup>1,3</sup>, María Paz Saavedra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ingeniería Industrial, U de Chile, <sup>2</sup>Instituto Nacional del Tórax, <sup>3</sup>Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN)

El Cáncer de Pulmón es el más frecuente a nivel mundial con 2,5 millones de casos nuevos el año 2022 y líder en mortalidad alcanzando 1,8 millones de muertes. En Chile el 2022 se notificaron 3.680 muertes por Cáncer de Pulmón (DEIS) pero no se dispone de registros actualizados. El objetivo del estudio es estimar tasa de egresos hospitalarios, mortalidad y analizar la tendencia del Cáncer de Pulmón en Chile durante 2001-2018. **Método:** Estudio epidemiológico analítico basado en datos del Registro Civil - Defunciones y datos de egresos hospitalarios proporcionados por DEIS. Se adicionan datos CENSA para estimar distribución poblacional de Chile en el período de estudio, desagregada por previsión de salud, región, sexo y grupo etario. Los casos fueron identificados a partir de códigos CIE-10 C33–C34 correspondientes a neoplasias malignas de tráquea, bronquios y pulmón, complementados con códigos C780, C398, C399, D021, D022 y D381 para incluir metástasis. Se calculó tasa de egresos hospitalarios (TEH), mortalidad bruta y estandarizada por edad, grupo etario, sexo, residencia y previsión. Se estimó sobrevida a 5 años mediante curvas de Kaplan–Meier. **Resultados.** Durante el período 2001–2018 la TEH ajustada por edad de Cáncer de Pulmón se mantuvo estable, la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó de 14,2 a 11,9 muertes por 100.000 habitantes, con un cambio porcentual anual (CPA) de -1.22%, ( $p<0.05$ ). La incidencia y mortalidad fueron mayor en: grupo etario de 80-84 años, hombres y regiones de Antofagasta y Arica-Parinacota. La sobrevida a 5 años en beneficiarios Fonasa A fue de 10% vs ISAPRES de 30%. Riesgo de mortalidad es mayor en hombres, adultos mayores y en FONASA A–C (modelo de Cox ajustado por edad, región, previsión y sexo). **Conclusiones.** Las TEH y mortalidad por Cáncer de Pulmón en Chile son elevadas, la mortalidad estandarizada por 100.000 habitantes va en descenso (CPA -1,22%) y existen marcadas desigualdades por sexo, edad, región y previsión. Urge mejorar acceso y oportunidad de atención y fortalecer registros poblacionales.



## CL41 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOBECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPIA (VATS) VS CIRUGÍA ROBÓTICA ASISTIDA (RATS) EN CÁNCER DE PULMÓN.

Carolina Novakovic, Jorge Marín, Salim Rave, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Pedro Undurraga. Clínica Las Condes.

**Introducción:** Las lobectomías pulmonares son una cirugía habitual en el tratamiento del cáncer de pulmón. En las últimas décadas, técnicas mínimamente invasivas, especialmente la videotoracoscopia asistida (VATS) y la cirugía robótica asistida (RATS), han adquirido relevancia al buscar una resección tumoral completa con menor morbilidad. Sin embargo, persisten dudas sobre posibles diferencias en sus resultados perioperatorios y oncológicos. **Materiales:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes sometidos a lobectomía por VATS o RATS en el Hospital Clínico San Borja Arriaran entre diciembre 2022 y mayo 2025. Variables evaluadas: edad, sexo, comorbilidades, abordaje quirúrgico, lateralidad, tipo cirugía, histología, estadio tumoral, linfonodos resecados, complicaciones postoperatorias (tipo, severidad), días hospitalización, índice paquete año (IPA) y tiempo quirúrgico. Se efectuaron análisis descriptivos y comparaciones entre grupos mediante pruebas "t" de Student para variables continuas y chi-cuadrado o Fisher para las categóricas. Se excluyó los operados por toracotomía. **Resultados:** 48 lobectomías, excluyendo 3 de patología benigna. Grupos comparativos VATS (n=28) y RATS (n=17). Sin diferencias significativas en variables continuas: Edad (VATS 69.18±9.56 vs RATS 68.06±8.02; p=0.676). IPA (VATS 15.75±18.67 vs RATS 19.99±38.68; p=0.677). Días hospitalización (VATS 4.89±2.82 vs RATS 7.53±11.33; p=0.359). Linfonodos resecados (VATS 12.25±5.12 vs RATS 13.76±9.09; p=0.536). Tiempo quirúrgico (VATS 268.82±113.68min vs RATS 247.12±51.65min; p=0.388). No hubo diferencias significativas en sexo, tipo cirugía, lateralidad, tipo histológico, estadio, frecuencia ni severidad de complicaciones (p=NS). **Conclusiones:** No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas en los principales indicadores clínicos, oncológicos y quirúrgicos. La distribución entre los grupos fue homogénea, y aunque se observaron diferencias numéricas (mayor duración quirúrgica en VATS y mayor estadía hospitalaria en RATS), carecieron de relevancia estadística. Tampoco hubo diferencias relevantes en la severidad de las complicaciones. La VATS y RATS demostraron resultados clínicos, oncológicos y perioperatorios equivalentes. Por lo tanto, la elección del abordaje podría basarse en la experiencia del equipo y la disponibilidad tecnológica. Se recomienda ampliar la muestra y realizar seguimiento a largo plazo para determinar posibles diferencias.

## CL42 CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL CON METASTASIS ENDOBRONQUIAL.

Carmen Riquelme, Lisette Aguayo Castillo, Jorge Yáñez V., Adriana Andrade A., Daniela Vidal V. Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.

**Introducción:** El carcinoma de células de Merkel es un tumor neuroendocrino cutáneo raro y agresivo. La presencia de metástasis endobronquiales es excepcional, representando un desafío diagnóstico y terapéutico, y suele asociarse a enfermedad avanzada con mal pronóstico y necesidad de abordaje multidisciplinario. **Descripción del caso:** Varón de 84 años, con antecedentes de carcinoma células de Merkel en muslo izquierdo operado el año 2017. Cursa en septiembre de 2024 con neumonía y atelectasia pulmón izquierdo. Se estudio con TC tórax que informo atelectasias total del pulmón izquierdo y contenido endoluminal en el bronquio principal y sus ramas pulmonares sugerentes de neoplasia. Se realiza Fibrobroncoscopia con toma de biopsia, que informa obstrucción completa bronquio principal izquierdo por lesión proliferativa. Biopsia indica mucosa respiratoria infiltrada por carcinoma neuroendocrino de alto grado y extensa necrosis, compatible con metástasis de carcinoma de células de Merkel, citoqueratina 20 positiva difusa intensa, INSM1 positiva difusa intensa. Comité de oncología decide Avelumab, pero deterioro progresivo del estado general, al control en PS 3, se desestima inmunoterapia e ingresa a cuidados paliativos. Fallece en agosto 2025. **Diagnóstico:** Carcinoma de células de Merkel con metástasis endobronquial. **Discusión:** El carcinoma de células de Merkel con metástasis endobronquiales representa una presentación extraordinariamente rara de enfermedad avanzada, de mal pronóstico. La incidencia de carcinoma de células de Merkel en países occidentales es 0,6–0,7 por 100.000 persona-años y la supervivencia a 5 años varía entre 48–63% globalmente, empeorando con enfermedad avanzada. La frecuencia exacta de metástasis endobronquiales no ha sido determinada en grandes series, pero en reportes de casos el pulmón representa el 6–7% de los sitios de metástasis a distancia inicial, pero sin especificar compromiso endobronquial. El enfoque terapéutico combina inmunoterapia sistémica como primera línea en enfermedad metastásica, con posibles intervenciones locales paliativas (radioterapia o cirugía endobronquial) para preservar función respiratoria.



## CL43 TUMOR CARCINOIDE PULMONAR - EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Luis Mosqueira M., Javier Voisin C., Marichel Gutiérrez R., Andrés Ramírez C., Cristina Fernández F., Felipe Reyes C. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** El tumor carcinoide primario pulmonar es un tumor de presentación infrecuente (< 1% de los tumores pulmonares). El objetivo de este trabajo retrospectivo y descriptivo fue caracterizar la incidencia, características y evolución de los pacientes tratados por tumor carcinoide pulmonar en el Instituto Nacional de Tórax en la última década. **Materiales:** Se realizó revisión de la base de datos de la Unidad de Anatomía Patológica del INT, entre los años 2013 y 2024. Tras filtrar diagnósticos erróneos y duplicados se identificaron 120 casos de tumor carcinoide pulmonar. Se revisó exhaustivamente registros clínicos asociados buscando datos demográficos, clínicos, histológicos y de tratamiento. **Resultados:** De los 120 casos identificados, 75 (64.46%) fueron en pacientes femeninos. La lateralidad derecha fue predominante (65%, 78 casos) siendo frecuente el compromiso del lóbulo medio derecho. Un 23.6% fueron endobronquiales. La presentación clínica más habitual fue el hallazgo radiológico incidental en pacientes asintomáticos (39%), seguido de la tos y disnea. La resolución quirúrgica fue la alternativa terapéutica de elección (sobre el 80% de los casos), siendo la lobectomía lo más habitual. 71.90% fueron catalogados como carcinoides típicos. Se presentó recidiva en sólo 8 casos. De los casos analizados, 5 fallecieron durante el período en análisis, si bien no es posible concluir que fallecieron a causa de este diagnóstico de acuerdo a sus certificados de defunción. **Conclusiones:** En nuestra serie, el tumor carcinoide fue más común en pacientes mujeres, con edades algo mayores a lo descrito en la literatura. La forma de presentación habitual es el hallazgo radiológico incidental. La lateralidad derecha es frecuente, y la ubicación endobronquial fue cercana al 25%. La resolución quirúrgica fue la opción terapéutica más común, con recidiva escasa.

## CL44 RESECCION DE TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN P. UNIVERSIDAD CATOLICA.

Julián Peña H.<sup>1</sup>, Patricio Salas V.<sup>2</sup>, María Eliana Solovera R.<sup>2</sup>, Felipe Bannura Y.<sup>2</sup>. <sup>1</sup> Residente Cirugía general P. Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup> Cirujano de tórax P. Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los tumores fibrosos solitarios de la pleura son neoplasias del tejido conectivo con una incidencia baja, siendo los más frecuentes dentro de los tumores fibrosos solitarios. No tienen una distinción por sexo, en general se observa más en adultos jóvenes y es asintomático u olisintomático, pudiendo presentar disnea, dolor torácico o síndromes paraneoplásicos como Doege-Potter. El diagnóstico es generalmente incidental. Aunque la mayoría suele tener un comportamiento benigno, entre un 18% y un 32% de los casos pueden mostrar rasgos malignos. **Materiales:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes operados por el equipo de cirugía de tórax del Hospital Clínico UC desde el 2010 hasta enero 2025. **Resultados:** En los 15 años evaluados operaron 18 pacientes con TFSP, de los cuales 8 fueron hombres y 10 mujeres. La distribución de edades fue de 25 a 75 años, con un promedio de 53.7 años. Dentro de los antecedentes mórbidos la hipertensión arterial se observó en 33.33%, Diabetes 5.55%, EPOC 5.55%, Asma 5.55%, Tabaquismo 22.22%, Neoplasia (linfoma) 5.55%, nódulo pulmonar solitario 5.55% y sin antecedentes en un 38.88%. Las presentaciones más frecuentes fueron: Asintomático 38.88%, dolor torácico 33.33%, disnea 5.55%, tos 11.11%, taquicardia 5.55% y dolor abdominal 5.55%. En cuanto a la cirugía, el 61.11% de los casos fue con abordaje abierto y un 38.88% con toracoscopia, la ubicación se distribuyó con 9 casos en pulmón derecho (LSD 2, LMD 1 y LID 6) y 9 casos en pulmón izquierdo (LSI 2 y LII 7). En cuanto al origen de estos, el 72.22% se originaron de la pleura visceral, el 16.66% de la pleura parietal y el 11.11% fue de origen mixto. Solo hubo 1 complicación quirúrgica (hemotórax). La pieza operatoria, el tamaño promedio fue 10.5 cm de diámetro mayor y peso promedio 507 g. La estadía hospitalaria fue 4,8 días promedio. Al estudio anatomopatológico 3 casos (16.6%) tuvieron resección R2 por bordes positivos, pero solo uno de los casos se asoció a recidiva. Las mitosis promedio fueron de 2.44 por mm<sup>2</sup>, pero en casos con recidiva fue de 12 por mm<sup>2</sup>. En el seguimiento a largo plazo 2 casos tuvieron recidiva (11.11%). **Conclusiones:** Si bien los TFSP son una patología rara, en nuestro centro se lograron diagnosticar y tratar en promedio 1 caso al año, con distribución homogénea entre hombres y mujeres, sin algún antecedente predisponente, además al tener una clínica inespecífica en general es un hallazgo imagenológico. Se observó recidiva similar a lo descrito en la literatura actual (10-15%), por lo que se debería plantear seguimiento a largo plazo.

## CL45 CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA EN HOSPITAL PÚBLICO DOCENTE EN CHILE: ANÁLISIS DE 79 CASOS DEL PRIMER PROGRAMA NACIONAL.

Galo Cárdenas, Jorge Marín, Salim Rave, Manuel Huarac, Javiera Paiva, Javier Vega, Nicolás Von Jentschy K., Huáscar Rodríguez, David Lazo, Pedro Undurraga. Equipo de Cirugía Torácica - Hospital Clínico San Borja Arriarán, HCSBA.

**Introducción:** La cirugía torácica asistida por robot (RATS) es una técnica mínimamente invasiva que permite realizar movimientos precisos en espacios anatómicos complejos, con visualización tridimensional y articulación multiangular del instrumental. Ha demostrado seguridad y eficacia comparables a la cirugía abierta y video-asistida, con ventajas como menor sangrado, dolor postoperatorio reducido y alta hospitalaria precoz. En Latinoamérica su adopción ha sido lenta, y en Chile existen pocos reportes, centrados principalmente en patologías urológicas. Hasta ahora, no se han publicado estudios que evalúen su implementación en cirugía torácica. **Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo de 79 pacientes sometidos a RATS entre diciembre de 2022 a enero de 2025 en el HCSBA. Se analizaron variables perioperatorias (tiempo de consola, *docking*, sangrado, complicaciones intraoperatorias) y postoperatorias (dolor a las 24 horas, días de pleurostomía, hospitalización, complicaciones a 30 días y mortalidad). Se excluyeron pacientes operados por diferente abordaje durante el mismo periodo. **Resultados:** 79 pacientes (39 H y 40 M), con una mediana de edad de 66 años. 81% presentó patología oncológica y el 79,7% tenía comorbilidades. El tiempo de *docking* tuvo una mediana de 5 minutos, y el de consola 110 minutos. El sangrado <100 ml en 65,8% de los casos. El dolor postoperatorio a las 24 horas tuvo una mediana de EVA 1/10. La mediana de días de pleurostomía y hospitalización fue de 3 días. 2,5%(2) complicaciones intraoperatorias, 12,7%, (10) postoperatorias, sin mortalidad a 30 días. La tasa de conversión es del 1,2%. **Conclusiones:** La cirugía torácica asistida por robot (RATS) demostró ser una técnica factible y segura en esta serie inicial de casos, con bajas tasas de complicaciones, mínima conversión y ausencia de mortalidad a 30 días. Los tiempos quirúrgicos observados fueron adecuados considerando la etapa de implementación del programa, mientras que los resultados perioperatorios —bajo sangrado, escaso dolor postoperatorio y corta estancia hospitalaria— respaldan las ventajas del abordaje mínimamente invasivo. Este estudio constituye el primer reporte nacional de RATS aplicada a cirugía torácica, evidenciando su viabilidad y beneficios potenciales en el contexto latinoamericano. La expansión de la experiencia institucional, junto con un seguimiento prolongado, permitirá evaluar de manera más robusta los resultados oncológicos y funcionales, así como optimizar la curva de aprendizaje y estandarizar la técnica en nuestro medio.

## CL46 CORRELACION BIOPSIAS EBUS-TBNA Y LINFADENECTOMIAS QUIRURGICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ONCOLOGICA REALIZADAS EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín, Constanza Díaz, Jorge Marín, Matías Lyner, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Nicolás Von Jentschky, Pedro Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriaran.

**Introducción:** La etapificación ganglionar es un componente fundamental en el manejo del cáncer pulmonar en estadios tempranos, ya que determina el pronóstico y guía el tratamiento. El ultrasonido endobronquial con punción transbronquial con aguja fina (EBUS-TBNA), es una técnica operador dependiente que requiere curva de aprendizaje. Permite realizar de forma ambulatoria el diagnóstico citológico de compromiso mediastínico. Debido a sus características, y para confiabilidad de esta técnica, es importante que los equipos correlacionen sus resultados con las biopsias obtenidas en las posteriores linfadenectomías quirúrgicas. **Materiales:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes sometidos a EBUS-TBNA y LAM desde mayo 2023 hasta febrero 2025. Los datos fueron recopilados de la base de datos del equipo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con lesiones accesibles por vía aérea central, evaluados previamente con estudios de imagen (Tomografía Computada (TC) y/o Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT)). Se excluyeron pacientes que se negaron a realizar el procedimiento, pacientes con EBUS que no fueron sometidos posteriormente a linfadenectomía mediastínica. Se analizaron variables demográficas, características del procedimiento y concordancia diagnóstica entre las muestras de EBUS y LAM. **Resultados:** De un total de 182 procedimientos EBUS-TBNA realizados, 28 pacientes (15.3%) fueron sometidos a LAM. La edad promedio fue de 71 años, 50% fueron mujeres. Los grupos ganglionares más frecuentemente estudiados fueron el grupo 4 (36.5%) y grupo 7 (34.6%). El 9.6% de las biopsias ganglionares de EBUS fueron informados como positivos para células neoplásicas. El 85.7% de los casos mostró concordancia entre los hallazgos histopatológicos de EBUS y LAM. El adenocarcinoma fue el subtipo histológico más frecuente (54.5%), seguido por tumores neuroendocrinos. La mayoría de los pacientes (64.2%) presentaron etapificación ganglionar N0. No se registraron complicaciones post procedimiento. **Conclusiones:** Menos del 20% de los pacientes fueron candidatos a LAM, con alta concordancia (87.8%) entre biopsias EBUS y quirúrgicas. El adenocarcinoma fue el subtipo más frecuente, predominando en mujeres. EBUS demostró alta sensibilidad, especificidad y seguridad, sin complicaciones. Su eficacia diagnóstica y modalidad ambulatoria lo posicionan como una técnica costo-efectiva y reproducible frente a métodos invasivos como la mediastinoscopia, especialmente en el contexto del servicio público con alta demanda asistencial.

## CL47 SÍNDROME DE PANCOAST POR SARCOMA SINOVIAL CÉRVICO-TORÁCICO: MANEJO QUIRÚRGICO POST-NEOADYUVANCIA.

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín, Matas Lyner, Salim Rave, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Nicolás Von Jentschky, David Lazo, Felipe Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** El síndrome de *Pancoast* suele presentarse como tumores pulmonares no microcíticos localizados en el vértice pulmonar, infiltra estructuras adyacentes (pared costal, plexo braquial y vasos subclavios). Clínicamente caracterizado por dolor, debilidad muscular, síndrome de Horner y obstrucción venosa. El tratamiento estándar para tumores resecables incluye quimiorradioterapia neoadyuvante seguida de resección quirúrgica en bloque con linfadenectomía mediastínica. El síndrome de Pancoast secundario a sarcomas de partes blandas es infrecuente. Su manejo suele ser quirúrgico, con resección en bloque del tumor y estructuras comprometidas. No obstante, el pronóstico es reservado debido a la tasa de recurrencia local y a distancia, siendo fundamental la detección precoz y la resección completa (R0) para mejorar los resultados oncológicos. **Descripción del caso:** La paciente fue una mujer de 41 años sin antecedentes oncológicos, que consultó por omalgia derecha, parestesias en C8 y síndrome de Horner. La tomografía cérvico-torácica reveló una masa sólida de  $9,6 \times 8 \times 11$  cm en base de cuello, con extensión a mediastino superior y vértice pulmonar derecho. La resonancia magnética mostró infiltración del plexo braquial hacia raíces de C7 y C8. El PET-CT descartó enfermedad metastásica. Biopsia incisional confirma sarcoma sinovial monofásico G2. Se indicó quimiorradioterapia neoadyuvante con doxorubicina-ifosfamida y 3000 cGy. Seguido de intervención quirúrgica multidisciplinaria. Tras neoadyuvancia, hubo reducción a  $7,2 \times 6,8 \times 6,8$  cm con disminución del SUVmax y mejoría clínica. En la intervención, llevada a cabo en marzo/2025, se realizó resección en bloque con neuromonitorización, en colaboración con los equipos de Cirugía de Cabeza y Cuello y Neurocirugía. El procedimiento incluyó lobectomía superior derecha, escalenectomía y preservación del plexo braquial, mediante cérvico-esternotomía. **Diagnóstico:** Sarcoma sinovial fusiforme. **Discusión:** La presentación de sarcomas como tumores de Pancoast es extremadamente rara. La literatura apoya un enfoque multimodal radical (QMT-RT-cirugía) para mejorar la resecabilidad y la sobrevida. Este caso demuestra que, incluso ante compromiso neurovascular, un tratamiento curativo radical tras neoadyuvancia es viable en pacientes seleccionados, destacando la importancia del abordaje multidisciplinario y la planificación oncológica-quirúrgica.

## CL48 SCHWANNOMAS MEDIASTÍNICOS OPERADOS POR RATS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PUBLICO CHILENO. SERIE DE CASOS.

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín Matías Lyner, Catalina Rojas, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Nicolás Von Jentschyk, Jorge Marín, Pedro Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriaran.

**Introducción:** Los Schwannomas representan aproximadamente el 75 % de los tumores neurogénicos del mediastino posterior. Se originan en las células de Schwann de nervios intercostales o la cadena simpática, con una incidencia global estimada de 0,3–0,4 por 100.000 personas/año. Suelen ser benignos y de diagnóstico incidental, aunque pueden causar síntomas por compresión de estructuras vecinas. El tratamiento de elección es la resección completa, mediante toracotomía, cirugía toracoscópica (VATS) o robótica (RATS). En casos complejos puede requerirse abordaje combinado con neurocirugía. El enfoque mínimamente invasivo es preferido cuando es factible.

**Materiales:** Estudio descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron cuatro pacientes operados mediante RATS entre octubre de 2023 y diciembre de 2024. Se analizaron variables preoperatorias, intraoperatorias (tiempo de docking y consola, sangrado, complicaciones) y postoperatorias (pleurostomía, estadía hospitalaria, complicaciones según Clavien-Dindo, mortalidad a 30 días). Los procedimientos se realizaron con plataforma Da Vinci X bajo anestesia general. Se utilizaron tres trocares, visión toracoscópica asistida y, en un caso complejo, se realizó toracotomía. La disección siguió el plano capsular, preservando estructuras críticas. Todas las resecciones fueron completas (R0), y la extracción fue mediante bolsa endoscópica o mini-incisión protegida. **Resultados:** Los cuatro pacientes (2 hombres, 2 mujeres), con edad promedio de 61 años, presentaron al menos una comorbilidad, siendo la más común DM2. El síntoma predominante fue de origen respiratorio. No se registraron complicaciones intraoperatorias mayores ni mortalidad a 30 días. La estadía hospitalaria fue uniforme y las complicaciones postoperatorias estuvieron dentro de lo reportado en series internacionales. **Conclusiones:** La cirugía robótica para Schwannomas mediastínicos posteriores es segura y eficaz, incluso en pacientes con comorbilidades o ubicación compleja. Permite resecciones completas con bajo riesgo, preservando estructuras nobles. La experiencia respalda su uso en centros especializados, aportando evidencia a una literatura aún escasa.

## CL49 PSEUDOTUMOR PULMONAR SECUNDARIO A VASCULITIS ANCA-GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: REPORTE DE UN CASO.

Rodrigo Araya A., Felipe Gallardo F., Luis Soto G., Marcela Maureira L. Hospital San Pablo de Coquimbo.

**Introducción:** El pseudotumor pulmonar hace referencia a lesiones pulmonares que simulan neoplasias en estudios de imagen, pero que en realidad corresponden a procesos no neoplásicos, generalmente benignos. Los pseudotumores son parte del amplio espectro de presentación de afecciones pulmonares en la GPA, que incluye desde nódulos, masas, lesiones cavitadas, hemorragia pulmonar, afección intersticial con fibrosis y otras. La histopatología de los pseudotumores revelan inflamación de tipo granulomatoso, referidos como granulomas de centro no caseoso en el caso de las GPA. **Descripción del caso:** En 2023 se evalúa a paciente mujer de 52 años, no fumadora, con antecedente de granulomatosis con poliangeítis con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA-C) y anticuerpos anti proteinasa de neutrófilos (PR3) positivas desde los 41 años, en remisión con azatioprina y prednisona, consulta por tos y disnea progresiva de 6 meses. Se realiza TC de tórax que evidencia una gran masa sólida-quística en lóbulo inferior izquierdo. Se completa estudio con PET-CT 18 FDG que evidencia alta tasa metabólica. Se realiza biopsia percutánea bajo ecografía, la cual inicialmente sugería cáncer pulmonar de células no pequeñas, probablemente adenocarcinoma, por lo que se realiza lobectomía inferior izquierda. **Diagnóstico:** El estudio histológico definitivo revela proceso inflamatorio agudo y crónico con necrosis, abscesos, fibrosis subpleural, focos hemorrágicos, tejido granulatorio y áreas mixoides con vasos entremezclados, sin evidencia de neoplasia ni microorganismos. Se descartan metástasis en linfonodos hiliares. El caso se discute en comité multidisciplinario, concluyéndose pseudotumor pulmonar en contexto de GPA. Se ajusta tratamiento, aumentando prednisona y reemplazando azatioprina por rituximab, con excelente evolución clínica, sin recidivas ni nuevas manifestaciones de GPA hasta mayo de 2025. **Discusión:** El diagnóstico de pseudotumores pulmonares en GPA es un gran desafío clínico, dada su similitud radiológica con neoplasias o infecciones, especialmente en pacientes con riesgo aumentado de cáncer por inmunosupresores. El enfoque requiere integrar imagenología avanzada, antecedentes clínicos y confirmación histológica, diferenciándolos de lesiones inflamatorias, granulomatosas o infecciosas. El diagnóstico definitivo a menudo requiere confirmación histopatológica por biopsia. Este fue el primer caso reportado en nuestro nosocomio, siendo las series de casos mundiales bastante escasas sobre todo las que se someten a cirugía de exéresis. Por lo anterior, este caso, no hizo crecer enormemente en cuanto a experiencia locorregional del equipo.

## CL50 HALLAZGO DE TRAQUEOBRONCOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSTICA EN PACIENTE CON DESTETE VENTILATORIO DIFÍCIL: REPORTE DE UN CASO.

Lorena Sánchez, Felipe Gallardo F., Rodrigo Araya A., Luis Soto G., Marcela Maureira L. Hospital San Pablo de Coquimbo, Universidad Católica del Norte.

**Introducción:** La traqueobroncopatía osteocondroplástica (TBO) es una enfermedad benigna e infrecuente, caracterizada por la presencia de nódulos submucosos osteocartilaginosos que protruyen hacia la luz traqueobronquial, respetando la pared posterior. Su etiología es desconocida y habitualmente se diagnostica de forma incidental durante una fibrobroncoscopía (FBC). Puede simular o agravar patologías respiratorias obstructivas, manifestándose con tos crónica, disnea o sibilancias, y en casos avanzados ocasionar obstrucción significativa de la vía aérea, dificultando el destete ventilatorio. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una paciente de 67 años con EPOC GOLD E, hospitalizada por neumonía grave por Influenza A, que evolucionó con insuficiencia respiratoria severa y requirió ventilación mecánica invasiva. Durante el destete presentó crisis obstructivas recurrentes y fracaso en la extubación por estridor, siendo imposible la reintubación incluso con técnicas avanzadas, tanto por el equipo de UCI como por un operador experto (Anestesiólogo). Ante la imposibilidad de permeabilizar la vía aérea, se realizó traqueostomía de urgencia sin complicaciones. La tomografía computada mostró engrosamiento nodular calcificado de la tráquea y bronquios principales, respetando la pared posterior. La FBC reveló múltiples nódulos cartilaginosos irregulares que reducían la luz traqueal, hallazgos compatibles con TBO. La paciente permanece en evaluación para colocación de prótesis traqueal debido al compromiso estructural persistente y la dificultad para el destete ventilatorio. **Diagnóstico:** Traqueobroncopatía osteocondroplástica crónica en paciente con EPOC y traqueostomía prolongada. **Discusión:** La TBO es infrecuente y subdiagnosticada. Esta coexistencia podría haber contribuido a la gravedad del cuadro y a la dificultad de destete, atribuida a una obstrucción fija central más que al parénquima pulmonar. En el ventilador se evidenció patrón obstructivo con aplanamiento de la curva flujo-volumen, presión pico elevada (59 mmHg), presión meseta normal (24 mmHg) y compliance conservada. La TBO es una entidad infrecuente y subdiagnosticada; no cuenta con tratamiento específico, por lo que el manejo se centra en controlar comorbilidades, rehabilitación respiratoria, seguimiento broncoscópico y, en casos severos, intervenciones endoscópicas paliativas.



## CL51 FIBROSIS QUÍSTICA DE INICIO TARDÍO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA ADOLESCENCIA Y ADULTEZ. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

Joel Melo<sup>1</sup>, María Paz Ibar<sup>1</sup>, Paula Irazoqui<sup>1</sup>, Rocío Danton<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional del Tórax, <sup>2</sup>Universidad de la Frontera.

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética y multisistémica, generalmente diagnosticada en la edad pediátrica. La falta de tamizaje neonatal en Chile ha permitido que casos permanezcan sin diagnóstico hasta la adolescencia o la adultez. Estos pacientes pueden presentar manifestaciones clínicas atípicas, lo que representa un verdadero desafío diagnóstico. **Objetivos:** Describir la población de pacientes con FQ cuyo diagnóstico se realizó en la adolescencia o adultez, controlados en el Instituto Nacional del Tórax (INT), principal centro de referencia de adultos en Chile. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos. Se revisaron registros clínicos entre el 2012 y 2024 de pacientes con FQ cuyo diagnóstico se realizó a una edad  $\geq 15$  años. Se evaluaron variables demográficas, nutricionales, función pulmonar, microbiología, genética, comorbilidades y mortalidad. **Resultados:** De un total de 123 pacientes controlados en el periodo de estudio, en 23 casos (19%) el diagnóstico se realizó a una edad  $\geq 15$  años. La mediana de edad fue de 27 años (r:15-70), siendo un 65% mujeres. El IMC promedio fue 25 kg/m<sup>2</sup>, un 9% estaba bajo peso y un 18% tenía criterios de obesidad. El VEF<sub>1</sub> promedio al diagnóstico fue 53% (r:17–104%, mediana 50%) y al momento del diagnóstico el 30% presentaban enfermedad pulmonar avanzada. Los motivos de consulta más frecuentes fueron bronquiectasias (78%) e infecciones respiratorias recurrentes (52%). Si bien la mayoría de los pacientes fueron suficientes pancreáticos, un 17% presentó insuficiencia pancreática severa. Las comorbilidades predominantes fueron DM (22%), ABPA (22%) y cirrosis hepática (9%). Todos los pacientes tenían infección crónica bacteriana, siendo los predominantes: *SAMS* (52%), *SAMR* (35%), *Pseudomonas spp.* (48%), *Aspergillus spp.* (26%) y *Stenotrophomonas maltophilia* (13%). Un 70% contaba con estudio genético, siendo F508del la mutación más frecuente (65% de los testeados). Un 43% (10) tuvieron 3 o más hospitalizaciones el último año de seguimiento. La mortalidad fue de 6 pacientes (26%), principalmente por enfermedad pulmonar avanzada (83%). **Conclusiones:** En nuestra cohorte, los pacientes con FQ diagnosticados en la adolescencia y la adultez fueron en su mayoría suficientes pancreáticos, con manifestaciones principalmente respiratorias y una alta frecuencia de infección crónica por *SA* y *Pseudomonas*. Una proporción significativa tenía compromiso funcional avanzado al diagnóstico, presentaban exacerbaciones respiratorias recurrentes y frecuentes hospitalizaciones. La principal causa de muerte fue de origen respiratorio. Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica en adultos con bronquiectasias e infecciones respiratorias recurrentes con el fin de realizar un diagnóstico oportuno.

## CL52 SEGUIMIENTO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA EN TRATAMIENTO CON ELEXACFTOR / TEZACFTOR / IVACFTOR (ETI).

Constanza Piderit S., Joel Melo T., Paula Irazoqui G., Nicolás Pavez P., María Teresa Parada C. Universidad de Concepción, Instituto Nacional del Tórax, Clínica Las Condes, Clínica Universidad de Los Andes.

**Introducción:** ETI es una terapia moduladora del regulador de la conductancia transmembrana (CFTR) de fibrosis quística (FQ). En Chile está indicado en pacientes mayores de 6 años con al menos una mutación F508 en el gen CFTR o una mutación en este gen que sea susceptible a responder. Se asocia a mejoría en parámetros clínicos y funcionales tales como Índice de Masa Corporal (IMC), VEF1 y exacerbaciones. **Materiales:** Análisis retrospectivo de registros clínicos de pacientes adultos que han recibido ETI en 3 centros hospitalarios. Se incluyeron variables demográficas y clínicas basales, a los 12 y 24 meses del inicio de terapia y documentación de efectos adversos. Se asumió normalidad dado teorema central del límite y se describieron variables como media  $\pm$  desviación estándar. Comparación de variables con t de Student o Wilcoxon. Significancia estadística valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes en tratamiento con ETI de febrero del 2022 a abril del 2025, de los cuales 37 (90%) completaron seguimiento a 12 meses y 17 (40%) a 24 meses. Un 57% fueron mujeres, edad promedio 28.9  $\pm$  12.6 años, el 95% tenía al menos una mutación DF508. El peso basal fue 54.8  $\pm$  10.35 Kg con un IMC de 21.1  $\pm$  3.4 Kg/m<sup>2</sup>. Un 21% era usuario de oxígeno domiciliario y el promedio de exacerbaciones con hospitalización

por paciente era de  $1.5 \pm 2$ . Con ETI mejoraron los parámetros nutricionales con un IMC a los 12 y 24 meses de  $23.5 \pm 3.6$  (p. **Conclusiones:** El tratamiento con ETI en pacientes adultos con FQ se tradujo en una mejoría significativa en parámetros nutricionales y función pulmonar a los 12 meses, beneficio que fue mantenido en el seguimiento a 24 meses. Además, hubo disminución de exacerbaciones de causa respiratoria que requirieron hospitalización. Los efectos adversos fueron leves y transitorios. Destacamos como limitación el bajo porcentaje de pacientes con seguimiento a dos años, propio de una cohorte en curso.

## CL53 IMPACTO DEL CAMBIO EN LA INTERPRETACION DE LA ESPIROMETRIA.

Gonzalo Alvear T., Samuel Reyes V., Loredana Cataldo L., Luis Santibáñez S., Víctor Ramírez S., Fernando Rivas B., Matías Salinas D., Luis Moyano A. Integramédica.

**Introducción:** La espirometría es una herramienta clave para el diagnóstico, clasificación, seguimiento y pronóstico de las enfermedades pulmonares. El 2024, la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias actualizó las recomendaciones del 2018 sobre su interpretación, introduciendo una nueva graduación de la severidad de la obstrucción y una nueva forma de establecer la respuesta broncodilatadora. Nuestro objetivo fue evaluar cómo afecta esta actualización en la interpretación de la espirometría. **Materiales:** Se identificaron de las fichas clínicas electrónicas todas las espirometrías realizadas el año 2024 en los laboratorios de función pulmonar de Integramédica que cumplieron los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad y que resultaron, según las recomendaciones 2018 (r2018), obstructivas y las normales con respuesta broncodilatadora (RB) positiva. Luego de un proceso de anonimización, se reinterpretaron según las recomendaciones 2024 (r2024). Se evaluó la concordancia y diferencias entre las recomendaciones mediante la índice kappa de Cohen y prueba de McNemar. **Resultados:** Se seleccionaron 695 espirometrías que cumplieron los criterios de inclusión (51,7% hombres; edad promedio 52,3 años [11-91 años]). De estas, 614 (88,3 %) fueron obstructivas. En cuanto a la clasificación de severidad de la obstrucción, al comparar ambas recomendaciones, se observaron diferencias. Todas las obstructivas moderadas 2018 (excepto 1) cambiaron a obstrucción leve 2024; todas las moderadamente graves y graves 2018 cambiaron a moderadas 2024 y todas las muy graves 2018 cambiaron a severa 2024. Hubo una tendencia a clasificar la obstrucción como más leve en los hombres y en los más jóvenes y la moderada en las mujeres y los adultos mayores con las r2024. Respecto a los pacientes con RB, el 5,8% de ellos fueron reclasificados como no respondedores según r2024. La índice kappa de Cohen global fue 0,81 (IC 95%: 0,78-0,85), con 90,9% de concordancia bruta. Las r2018 clasificaron 2,7% más casos como reversibles, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,023$ ) versus r2024. El análisis por subgrupos mostró que las r2018 clasificaron significativamente más espirometrías con RB que las r2024 en el grupo de hombres (7,5% más espirometrías con RB con r2018; Mc Nemar: 5,03;  $p=0,025$ ) y en mayores de 64 años (7,4% más espirometrías con RB con r2018; Mc Nemar: 4,35;  $p=0,037$ ). **Conclusiones:** Si bien las r2024 presentan alto grado de concordancia con las r2018, estas tienden a clasificar la obstrucción como menos grave y menos casos como reversibles, esto último especialmente en hombres y adultos mayores de 64 años, lo que podría resultar en mayor riesgo de tratamientos subóptimos e influenciar los protocolos de seguimiento de los pacientes.

## CL54 EXPERIENCIA DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN UN POLICLÍNICO PRIORIZADO DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Andrés Ramírez C., Felipe Reyes C., Javier Voisin C., Luis Mosqueira M., Marichel Gutiérrez R. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** La formación de especialistas en Medicina Interna requiere experiencias clínicas en distintos niveles asistenciales. En el Instituto Nacional del Tórax se ha implementado un modelo de policlínico priorizado en enfermedades respiratorias, enfocado en la evaluación inicial de pacientes derivados desde atención primaria u otros centros con sospecha de patologías respiratorias complejas. Este modelo permite el abordaje de una amplia gama de condiciones, como enfermedades intersticiales pulmonares, cáncer pulmonar, neumonías complicadas y patologías autoinmunes con compromiso pulmonar. El espacio es compartido por un staff broncopulmonar, un residente de subespecialidad y residentes de Medicina Interna de distintos niveles y universidades. Los objetivos fueron describir la experiencia de los residentes de Medicina Interna en el policlínico priorizado, evaluando su percepción sobre el proceso formativo, fortalezas, debilidades y nivel de satisfacción. Asimismo, caracterizar el perfil de los residentes participantes. **Materiales:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se incluyeron todos los residentes que rotaron por el policlínico priorizado del Instituto Nacional del Tórax durante su rotación en Medicina Respiratoria entre enero y marzo de 2025. Se aplicó una encuesta anónima, voluntaria y online, que incluyó variables demográficas y evaluación de aspectos docentes mediante escala Likert (1: totalmente de acuerdo a 5: totalmente en desacuerdo), además de preguntas abiertas. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional. **Resultados:** 66,7% género masculino, promedio 31 años, 92% con experiencia en APS, 53% con experiencia en policlínicos de choque. De lo más destacable en escala 5, entusiasmo docente (80%), interés docente (80%). El resumen de la opinión abierta fue en Fortalezas: Amplia variedad de patologías, docencia cercana y motivada, ambiente formativo y experiencia ambulatoria con subespecialistas. Debilidades: pocos box, sobrecarga y falta de coordinación, sistema informático engorroso, tiempo limitado y docencia variable. **Conclusiones:** El policlínico priorizado representa una instancia formativa valiosa, que favorece el aprendizaje clínico y la docencia entre pares. Pese a dificultades logísticas, los residentes valoraron positivamente la experiencia, destacando la diversidad de patologías y el rol activo que se les otorga en el proceso formativo.

## CL55 EFICACIA DE LAS TECNICAS MANUALES DE FLUJO LENTO UTILIZADAS EN LA KINESIOLOGIA RESPIRATORIA EN MENORES DE DOS AÑOS CON BRONQUIOLITIS: REVISION SISTEMATICA Y METAANALISIS.

Natalia López C., Rodrigo Torres-Castro, Homero Puppo, Edna Ferreira, Matías Otto-Yáñez, Sebastián Vergara, Sayén Huaiquilaf, Roberto Vera-Urbe. Pneumocardiovascular Lab - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidad Autónoma de Chile, Universidad de La Frontera, Temuco, Universidad de Chile.

**Introducción:** La bronquiolitis viral aguda (BVA) es la causa principal de morbilidad y hospitalización en lactantes a nivel global. Su manejo se basa en medidas de soporte, siendo la kinesiólogía respiratoria (KTR) una intervención terapéutica habitual de indicación en nuestro país. No obstante, persiste controversia respecto a su eficacia clínica, lo que justifica evaluar su impacto empleando escalas validadas de severidad clínica. **Materiales:** Este estudio es una revisión sistemática que utilizó las bases de datos Cochrane CENTRAL, CINAHL, Embase y PubMed. La búsqueda se basó en la pregunta PICO (P: menores de dos años con BVA; I: Técnicas manuales de flujo lento; C: Cuidados usuales; O: Severidad de la enfermedad. La selección de los estudios fue realizada mediante la plataforma Rayyan, con un proceso de cribado llevado a cabo de forma independiente por dos revisores. En caso de discrepancias, un tercer revisor fue responsable de resolver los conflictos tanto en la etapa de resumen como en la de texto completo. El metanálisis fue realizado por un solo revisor utilizando la diferencia de medias estandarizadas (SMD) y un modelo de efectos aleatorios. El protocolo del estudio está registrado en PROSPERO (CRD420251126274). **Resultados:** Se identificaron 432 estudios, siendo 16 los que cumplieron los criterios de inclusión para la revisión. La mayoría de los estudios incluidos presentó una población con BVA de severidad moderada, con predominio de varones, y solo tres de ellos fueron realizados en contextos ambulatorios. Para la evaluación de la gravedad de la enfermedad, se implementaron ocho modelos de escalas, siendo la escala Wang Clinical Severity Score (WCSS) la más frecuentemente citada. En el metaanálisis, se incluyeron ocho estudios que incorporaron 313 pacientes en el grupo intervención y 270 en el grupo control. Las técnicas manuales de flujo lento redujeron la severidad en 1,14 (0,30-1,98) DE en la población total ( $p=0,008$ ). Al subanalizar por subgrupos, en los pacientes ambulatorios la reducción fue de 2,27 (0,74-3,79). En el funnel plot no encontramos sesgo de publicación. **Conclusiones:** Los hallazgos revelaron que la mayoría de los grupos de intervención mostraron una disminución significativa en sus puntuaciones de severidad en comparación con los grupos control. Los hallazgos indican que la KTR resulta efectiva en la mitigación de la severidad de la bronquiolitis. Sin embargo, estos análisis deben realizarse con cautela debido a la alta heterogeneidad observada.

## CL56 EVALUACIÓN DE LA NUEVA INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA.

Lidia Figueroa R.<sup>1,2</sup>, Solange Meli C.<sup>3</sup>, Fabiola Bermúdez Y.<sup>4</sup>, Rossmery Torres L.<sup>4</sup>, Gonzalo Alvear T.<sup>5</sup> 1.CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, 2.CEP San Lázaro, 3.CESFAM Bernardo Leighton, 4. CESFAM San Gerónimo, 5.Integramédica.

**Introducción:** El año 2024 la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias actualizó las recomendaciones de interpretación de la espirometría, proponiendo una nueva categorización de la severidad de la obstrucción y una nueva manera de establecer la respuesta broncodilatadora (RB). Nuestro objetivo fue evaluar cómo afectan estas nuevas recomendaciones en la interpretación de la espirometría comparado con las recomendaciones del 2018. **Materiales:** Se revisaron las fichas electrónicas para identificar todas las espirometrías realizadas entre noviembre 2021 y diciembre del 2024 en el Centro de Especialidades y en 4 CESFAM de la comuna de Puente Alto, se seleccionaron aquellas clasificadas como obstructivas o las normales con respuesta broncodilatadora positiva, de acuerdo con las recomendaciones 2018 (r2018). Tras un proceso de anonimización, los exámenes fueron reinterpretados según las recomendaciones 2024 (r2024). La concordancia se evaluó con el índice *kappa* de Cohen y las diferencias con la prueba de McNemar. **Resultados:** Un total de 965 espirometrías cumplieron los criterios de inclusión (53,6% mujeres; edad promedio 62,2 años [17-94 años]), 846 (87,7%) fueron obstructivas. En cuanto a la severidad, al comparar ambas recomendaciones, el 79,3% de las obstructivas moderadas 2018 cambiaron a leves 2024; todas las moderadamente graves y graves 2018 cambiaron a moderadas 2024, y todas las muy graves 2018 cambiaron a severa 2024. En cuanto a la RB, el 5,8% de los respondedores 2018 fueron no respondedores 2024. El índice *kappa* de Cohen global fue 0,84 (IC 95%: 0,81-0,88), con 92,2% de concordancia bruta. Las r2018 clasificaron un 9% más de casos como reversibles (McNemar  $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** En nuestra cohorte, la r2024 reclasificó significativamente la categorización de severidad hacia grados más leves y menos casos con RB en los hombres y los mayores de 40 años. Aunque la concordancia global con las r2018 fue alta, las discrepancias podrían tener implicancias clínicas y epidemiológicas relevantes. Se requiere investigación adicional para determinar su impacto en desenlaces clínicos y orientar la implementación de las nuevas recomendaciones.

## CL57 FACTORES CLÍNICOS Y FUNCIONALES EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADOS A DESATURACIÓN EN TEST DE MARCHA 6 MINUTOS.

Anaís C., Joaquín Nieto-Pino, Eva Retamal R., Patricia Peñacoba T., Carme Puy R., José Silva F. Hospital Clínico La Florida, Hospital de La Santa Creu I Sant Pau, Hospital Clínico La Florida.

**Introducción:** Las Enfermedades Pulmonares Intersticiales (EPI) son un grupo de patologías heterogéneas que comprometen el tejido pulmonar. Están asociadas a una alta morbilidad, reducción progresiva de la función pulmonar y calidad de vida. El Test de Marcha de 6 Minutos (TM6M) permite evaluar la capacidad funcional y detectar la desaturación parcial de oxígeno inducida por el ejercicio. Su identificación precoz facilita la planificación terapéutica y la indicación oportuna de oxígeno domiciliario. El objetivo de este estudio es identificar variables clínicas y funcionales asociadas a la desaturación durante el TM6M en usuarios con EPI, al ingreso de un programa de rehabilitación pulmonar. **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo transversal. Se incluyeron adultos con EPI, confirmado mediante tomografía axial computarizada (TAC), que contaran con TM6M y exámenes de función pulmonar, previo a su ingreso a un programa de rehabilitación pulmonar entre 2021 y 2025. Se excluyeron TM6M con registros incompletos de saturación parcial de oxígeno (Spo2), interrumpidos por causas no respiratorias, realizados con oxígeno suplementario o usuarios con limitación funcional para efectuar la prueba. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva y pruebas de hipótesis según la distribución de las variables, considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se analizaron 45 usuarios, cuya mediana de edad fue de 65 años y el 67% fueron mujeres. La CVF presentó una mediana de 74%, el VEF1 de 79% y DLCO de 43%. Durante el TM6M la mediana de la distancia caminada fue de 411 m, el 100% presenta desaturación  $\leq 90\%$ , el 84% alcanza una caída de Spo2  $\geq 4$  puntos y la mediana del nadir fue de 85% [79-91]. En el análisis comparativo, usuarios con caída de Spo2  $\geq 4$  puntos presentaron valores significativamente menores de DLCO (%) (41% vs 62%;  $p < 0,001$ ) y nadir más bajo (84% vs 94%;  $p < 0,001$ ), sin diferencias significativas en CVF, distancia recorrida, disnea o calidad de vida. **Conclusiones:** En este estudio, la desaturación durante el TM6M en personas con EPI, medida como caída  $\geq 4$  puntos en SpO2, se asoció significativamente a menor DLCO, sin asociación con otros factores clínicos ni funcionales. Esto confirma a la DLCO como un marcador clave de alteración del intercambio gaseoso para la identificación temprana de pacientes con riesgo de hipoxemia de esfuerzo.

## CL58 RESPIRACION PERIODICA COMO PREDICTOR DE FRACASO EN LA TITULACION DE CPAP EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

Gonzalo Labarca, Joaquin Nieto-Pino, Eva Retamal R., Bastián Sobrevia, Mario Henríquez B., Daniel Solomons. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico La Florida, Hospital Universitari Arnau de Vilanova I Santa María.

**Introducción:** La respiración periódica (RP), corresponde a periodos de inestabilidad respiratoria, usualmente encontrados en pacientes con Apnea Obstructiva del sueño (AOS) en los que predomina el endotipo Loop Gain (magnitud de la respuesta refleja ventilatoria ante un cambio en la ventilación). Una RP frecuente se ha asociado a fracaso de la presión positiva continua en vía aérea (CPAP) a través de un algoritmo de detección de respiración periódica que analiza la señal proveniente de la cánula nasal de los estudios de sueño. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre RP y éxito en la titulación de CPAP. **Materiales:** Estudio transversal, retrospectivo. Se analizaron pacientes con AOS con indicación de titulación de CPAP autoajutable en domicilio. Se extrajo la señal del estudio de sueño diagnóstico en formato de datos europeos (edf), analizando la señal de cánula nasal en el software Spyder versión 5.5.1. El desenlace primario fue el fracaso en la titulación (definido como índice de apnea-hipopnea [IAH] residual >10 episodios/hora y/o promedio de uso de **Resultados:** Se incluyeron 292 adultos, un 60% hombres, edad 56 [RIQ: 48-55.8] años, IAH 36.7 [RIQ: 24.8-61.5] eventos hora y 14% enfermedad cardiovascular. Una RP elevada ( $\geq 20\%$ ) se asoció con mayor probabilidad de fracaso (OR 2.73; IC95% 1.09–6.67;  $p=0.028$ ) después de ajustar por edad, IMC, sexo, gravedad de la AOS, enfermedad cardiovascular, tipo de mascarilla, percentil 95 de la presión de CPAP, fuga y uso de función de alivio espiratorio. **Conclusiones:** En esta cohorte, una RP elevada fue un predictor independiente de fracaso en la titulación de CPAP en domicilio. Esto apoya que la respuesta inicial a CPAP depende del fenotipo fisiológico y refuerza el valor de la RP como un biomarcador relevante para personalizar el tratamiento de la AOS



## CL59 VALIDEZ LONGITUDINAL DE UN CUESTIONARIO DE SUEÑO: CONCORDANCIA CLINICA Y ASOCIACION ENTRE PESO Y AHÍ.

Andrea Millán<sup>1</sup>, Mario Henríquez-Beltrán<sup>2</sup>, Bastián Sobrevia<sup>3</sup>, Cristian Cáceres<sup>4</sup>, Belén Huincahue-Toro<sup>1</sup>, Daniel Solomons<sup>3</sup>, Gonzalo Labarca<sup>3</sup>. <sup>1</sup> Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile <sup>2</sup> Magíster en Ciencias de la Motricidad Humana, Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile. <sup>3</sup> Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile <sup>4</sup> Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La evaluación de la fiabilidad de los instrumentos clínicos y de investigación es fundamental para garantizar la consistencia de las mediciones en el tiempo. Asimismo, la concordancia en la clasificación de categorías clínicas y su asociación con parámetros como el peso y el índice de apnea-hipopnea (AHI) ofrecen información adicional sobre la precisión y aplicabilidad de las evaluaciones. **Objetivo:** Examinar la consistencia temporal del *Cuestionario de Sueño de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CS-PUC)*, un instrumento de autorreporte administrado al inicio del estudio y a las tres semanas, evaluar la concordancia en categorías clínicas y analizar la correlación entre peso y AHI, con el fin de determinar la comparabilidad y relevancia clínica de las mediciones a lo largo del tiempo. **Materiales:** Se realizó un análisis en una cohorte de 64 adultos voluntarios sin comorbilidades graves, reclutados en un estudio de validación del sueño. El tamaño muestral se estimó para detectar una fiabilidad interna mínima esperada de  $\alpha = 0.80$ , con una potencia del 80 % y un nivel de confianza del 95 %. Se registraron variables como peso, altura, tiempo de sueño y parámetros específicos de insomnio y síndrome de piernas inquietas. La concordancia de categorías clínicas se evaluó mediante el coeficiente *Kappa*, y la relación entre peso y AHI se analizó con pruebas de correlación de Pearson o Spearman según la distribución. **Resultados:** Los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre 0.85 y 0.93, lo que demuestra una excelente fiabilidad interna. La concordancia en categorías clínicas mostró un nivel moderado (*Kappa* = 0.47). El análisis entre peso y AHI evidenció correlaciones estadísticamente significativas, sugiriendo que las variaciones en el peso pueden estar asociadas con cambios en la gravedad de la apnea del sueño. La comparación de las mediciones en ambos momentos reflejó estabilidad en los resultados, lo que respalda la utilidad del cuestionario para el seguimiento clínico e investigativo. **Conclusiones:** Los hallazgos confirman la validez longitudinal y la estabilidad del instrumento, demostrando que las escalas utilizadas son confiables en distintos momentos de medición. Además, la concordancia clínica evaluada mediante *Kappa* y la asociación observada entre peso y AHI aportan información complementaria de relevancia para el monitoreo y la investigación de los trastornos del sueño.

## CL60 DE LA POLIGRAFIA AL OXIMETRO INTELIGENTE: CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE APNEALINK Y BIOLOGIX.

José Marmolejo<sup>1</sup>, Daniel Solomons<sup>4</sup>, Joaquín Nieto<sup>2</sup>, Mario Henríquez<sup>3</sup>, Cristián Bachelet<sup>5</sup>, Gonzalo Labarca<sup>4</sup>. <sup>1</sup> Carrera de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <sup>2</sup> Unidad de Sueño Adulto, Hospital Clínico La Florida <sup>3</sup> Núcleo de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Adventista de Chile, Chillán <sup>4</sup> Department of Respiratory Diseases, School of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile <sup>5</sup> Programa de Medicina del Sueño, Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Biprovincial Quillota Petorca y Clínica MEDS, Santiago, Chile.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) es el trastorno respiratorio del sueño más prevalente a nivel mundial, afectando aproximadamente al 14% de los adultos entre 30 y 69 años. El diagnóstico estándar se realiza mediante polisomnografía (PSG), utilizando el índice de apnea-hipopnea (IAH) como métrica principal. La poligrafía respiratoria (PR) constituye una alternativa válida para la evaluación de la AOS en el domicilio, aunque ambas técnicas presentan limitaciones relacionadas con su costo, disponibilidad y complejidad operativa. En los últimos años, se han desarrollado dispositivos portátiles basados en la oximetría y acelerometría que permiten una evaluación simplificada del sueño. El objetivo de este estudio fue comparar el rendimiento diagnóstico de Biologix, un oxímetro de pulso con acelerómetro integrado, con la PR. **Material y método:** Estudio observacional transversal realizado en pacientes con sospecha de AOS que se sometieron a una poligrafía respiratoria (PR) con el dispositivo ApneaLink Air y, simultáneamente, utilizaron Biologix durante la misma noche. La fiabilidad entre parámetros se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y la concordancia diagnóstica entre dispositivos se analizó utilizando el índice Kappa de Cohen. El estudio fue enviado a Comité Ético Científico local. **Resultados:** Se incluyeron 243 pacientes (67,5% hombres) con una edad media de 43 años. Se observó una fuerte correlación entre dispositivos en los parámetros CT90 (porcentaje del tiempo total de registro con saturación de oxígeno <90%;  $\alpha = 0,96$ ), índice de desaturación de oxígeno (IDO; número de desaturaciones  $\geq 3\%$  por hora;  $\alpha = 0,95$ ) y saturación media de oxígeno ( $\alpha = 0,97$ ). La fiabilidad fue moderada a baja para el flujo nasal máximo y los ronquidos. La concordancia diagnóstica mostró un acuerdo sustancial entre Biologix y la PR (Kappa de Cohen = 0,62;  $p < 0,001$ ). Las frecuencias de clasificación revelaron una distribución similar en las categorías normal, leve, moderada y grave. **Conclusión:** Biologix demostró una fiabilidad elevada y una concordancia diagnóstica sustancial con la poligrafía respiratoria en la estimación de parámetros vinculados a la AOS. Estos hallazgos respaldan su potencial utilidad como herramienta de cribado simplificada en entornos clínicos o domiciliarios, en complemento con la valoración médica especializada.

## CL61 VALIDACION DE UNA NUEVA MEDIDA DE CARGA HIPOXICA (PUC HB) EN EL ESTUDIO SIMPLIFICADO INTEGRAL DE SUEÑO.

Daniel Solomons, Mario Henríquez-Beltrán, Andrea Millán, Bastián Sobrevia, Cristián Cáceres, Belén Huincahue T., Eduardo Cruces A., Gonzalo Labarca. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) suele caracterizarse mediante el índice de apnea-hipopnea (IAH), que requiere polisomnografía. Sin embargo, enfoques más simples y menos invasivos han mostrado potencial para estimar el riesgo de AOS. El Estudio Simplificado Integral de Sueño (ESIS) combina cuestionarios de riesgo y oximetría con el sensor Oxistar de Biologics. Presentamos un nuevo cálculo de carga hipóxica (PUC HB), desarrollado con un algoritmo propio, diseñado para integrarse con los datos de ESIS. **Objetivos:** Validar la medida PUC HB frente a marcadores tradicionales de AOS, particularmente HiS, y evaluar su capacidad para identificar factores de riesgo considerados en ESIS: ronquido intenso, STOP-BANG y somnolencia diurna (Epworth). **Materiales:** Se analizaron datos de 178 participantes de ESIS, incluyendo medidas demográficas, cuestionarios y oximetría. La confiabilidad de las medidas se evaluó mediante alfa de Cronbach. Se examinaron correlaciones entre PUC HB e índices HiS (IDO y CT90). Las asociaciones con factores de riesgo de AOS se evaluaron mediante correlaciones de Pearson y Spearman. **Resultados:** PUC HB mostró alta confiabilidad ( $\alpha = 0.80$ ) y correlación significativa con HiS ( $r = 0.47$ ). PUC HB y HiS HB estuvieron correlacionados ( $p < .001$ ). Sin embargo, PUC HB presentó asociaciones más fuertes con los factores de riesgo de ESIS. Mientras HiS HB se correlacionó con ronquido intenso ( $p < .001$ ) pero débilmente con STOP-BANG ( $p = 0.087$ ) y Epworth ( $p = 0.26$ ), PUC HB mostró correlaciones significativas en los tres dominios ( $p < .05-.001$ ). **Conclusiones:** PUC HB es un indicador válido y confiable de factores de riesgo de AOS. En el contexto de ESIS, demostró asociaciones superiores con síntomas clínicos relevantes frente a HiS HB, apoyando su uso como alternativa factible y no invasiva para estudios poblacionales y monitoreo remoto.

## CL62 COMPARACION DE LA SENSIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DEL METODO DE REFERENCIA VERSUS CODIGO PUC EN LA DETECCION DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN MUJERES.

Daniel Solomons, Mario Henríquez- Beltrán, Andrea Millán, Bastián Sobrevia, Cristián Cáceres, Belén Huincahue T., Eduardo Cruces A., Gonzalo Labarca. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

**Introducción:** La polisomnografía (PSG) permite evaluar la apnea obstructiva del sueño (AOS) a través del índice de apnea-hipopnea (AHI), considerado el gold standard. Más recientemente, se ha propuesto la carga hipóxica (HB) como una métrica alternativa de severidad, calculada a partir de los mismos registros. Para este fin, se dispone del reference model desarrollado en la Universidad de Harvard, mientras que el código PUC representa una nueva aproximación para su cálculo. **Objetivos:** Comparar el desempeño del modelo PUC frente al reference model de Harvard en la estimación de HB y examinar su validez en relación con el AHI. **Materiales y Métodos:** Se analizaron registros PSG de 729 mujeres de un estudio poblacional. Se calcularon AHI y HB mediante ambos modelos (Harvard y PUC). Se aplicaron estadísticas descriptivas y coeficientes de confiabilidad interna ( $\alpha$  de Cronbach). **Resultados:** La muestra tuvo una edad promedio de  $58.1 \pm 14.1$  años. La fiabilidad interna fue alta tanto para el modelo Harvard ( $\alpha = 0.938$ ) como para PUC ( $\alpha = 0.925$ ). PUC reportó medias y medianas de HB de 24.4 y 8.83, menores que las del modelo Harvard (40.0 y 18.4). Para AHI, PUC mostró medias y medianas de 11.2 y 6.98, mientras que el modelo Harvard registró 15.1 y 8.78. En ambos sistemas, la desviación estándar fue elevada, indicando alta dispersión de los datos. Estos hallazgos sugieren que el modelo Harvard es más sensible a eventos de menor intensidad, mientras que PUC tiende a subestimar algunos episodios. **Conclusiones:** El código PUC constituye una alternativa novedosa al reference model de Harvard para la estimación de HB, mostrando alta consistencia interna pero valores sistemáticamente más bajos. Si bien el AHI sigue siendo el estándar de referencia, la concordancia entre ambos modelos respalda la validez de PUC, aunque su menor sensibilidad debe considerarse en aplicaciones clínicas y poblacionales.

## CL63 RESULTADOS DE PROGRAMA DE PREHABILITACION Y REHABILITACION PULMONAR EN CIRUGIA TORACICA TRAS 1 AÑO DE IMPLENTACION EN UN HOSPITAL PUBLICO CHILENO

María José Vicuña, Rubén Valenzuela, Nikol Vergara F., Hugo Álvarez, Micaela Azarola, Pablo Pérez C., Rubén Valenzuela M.. Hospital San Juan de Dios. Santiago.

**Introducción:** La cirugía torácica abarca diversas patologías que suelen asociarse a un deterioro significativo de la capacidad funcional y la calidad de vida. La rehabilitación pulmonar ha demostrado ser eficaz para revertir este deterioro, y recientemente se ha incorporado la prehabilitación como estrategia prequirúrgica, evidenciando beneficios en la condición física, pronóstico, sobrevida y calidad de vida de los pacientes. En Chile, los programas de rehabilitación pulmonar son escasos, especialmente para pacientes quirúrgicos torácicos. En 2024 se implementó un programa estructurado de en el Hospital San Juan de Dios. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del programa en la condición física y calidad de vida de pacientes sometidos a cirugía torácica tras un año de implementación.

**Materiales:** Estudio observacional retrospectivo en pacientes de cirugía torácica entre enero 2024 y enero 2025. Se analizaron 33 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, divididos en grupo de prehabilitación (n=13) y de rehabilitación (n=20). Se aplicaron evaluaciones pre y post intervención con escalas funcionales validadas: calidad de vida (SF-36), disnea (escala mMRC), fragilidad (SPPB), capacidad funcional (ISWT y STST1m), y fuerza muscular (handgrip y STST5r). Se definieron umbrales de mejoría clínica significativa para cada prueba. Se realizaron comparaciones intra y entre grupos mediante t-test pareado, Wilcoxon. Se considero significativo **Resultados:** La mediana de edad fue 63 años; 72,7% fueron operados por cáncer pulmonar. Las cirugías más frecuentes fueron lobectomía (54,5%) y resección en cuña (18,2%). Tras la intervención, ambos grupos mostraron mejorías significativas. Se observó mayor capacidad funcional basal en el grupo de prehabilitación, menor disnea que se redujo en un 88,9%, y aumento en vitalidad (74,3%) y función física (64,3%). En rehabilitación, hubo alzas aún mayores en calidad de vida: vitalidad (116,7%), función física (195,7%) y rol físico (154,4%), todas estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Más del 90% de los pacientes alcanzó mejoría clínica significativa en al menos una variable funcional. **Conclusiones:** La implementación de programas de prehabilitación y rehabilitación pulmonar en cirugía torácica se asocia a mejoras clínicas y estadísticamente significativas en la condición física y calidad de vida de los pacientes. Estos resultados respaldan la integración de intervenciones estructuradas de ejercicio en el manejo perioperatorio.

## CL64 COMO INFLUYE LA EDAD Y LA ACTIVIDAD FISICA EN EL RENDIMIENTO DE LA PRUEBA SIT-TO-STAND: UN ESTUDIO MULTICENTRICO.

Rodrigo Torres-Castro, Matías Otto-Yáñez, Vicente Benavides-Córdoba, Jenifer Rodríguez-Castro, Sofía Dávila-Oña, Mauricio Morales-Satan, Ana Clara Teixeira, Carlos Cruz-Montecinos. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile, Universidad del Valle, Cali, Colombia, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud FUCS, Bogotá Colombia, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Manabí, Ecuador, Universidad UTE. Quito, Ecuador, Federal University of Rio Grande Do Norte Natal, Rio Grande Do Norte, Brazil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** Mantener la capacidad funcional es fundamental para un envejecimiento saludable. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las trayectorias relacionadas con la edad en las pruebas de levantarse y sentarse (STST, por sus siglas en inglés) según los niveles de actividad física (AF) y cuantificar los efectos de la AF en el rendimiento.

**Materiales:** Estudio multicéntrico transversal realizado en 12 ciudades de tres países sudamericanos ( $n=1.283$ ; 56% mujeres; 18–80 años). La capacidad funcional se evaluó mediante 5rep-STST (segundos), 30sec-STST (repeticiones) y 1min-STST (repeticiones). La AF (IPAQ-SF) se clasificó como baja, moderada o alta. Los análisis principales utilizaron modelos aditivos generalizados con un *spline* común para la edad, ajustados por sexo, IMC y tabaquismo; los contrastes por pares emplearon control de multiplicidad. Se derivó una ventaja de edad equivalente (AF alta vs. baja) mediante *bootstrap* paramétrico. Modelos de sensibilidad conscientes de la distribución (binomial negativa para recuentos; Gamma para el tiempo en 5rep-STST) evaluaron la solidez de los resultados. **Resultados:** El rendimiento en las STST disminuyó de forma no lineal con la edad. Una mayor AF se asoció consistentemente con un mejor rendimiento en las pruebas basadas en repeticiones; las diferencias en 5rep-STST fueron pequeñas. En 1min-STST, el grupo con AF alta superó al de AF baja en ~2,5 repeticiones a los 30, 45, 60 y 70 años. En 30sec-STST, las diferencias entre grupos fueron modestas (~0,6–0,9 repeticiones) y, en muchos casos, no significativas tras el ajuste por multiplicidad. La ventaja de edad equivalente para AF alta vs. baja fue de aproximadamente 5–7 años en 1min-STST y de 3–5 años en 30sec-STST en edades de referencia entre 50 y 70 años; las estimaciones de 5rep-STST fueron pequeñas y los intervalos de confianza del 95% incluyeron el cero. Los análisis de sensibilidad respaldaron estos hallazgos. **Conclusiones:** Una mayor AF habitual se asocia con un mejor rendimiento en las STST a lo largo de la edad adulta, independientemente del sexo, IMC y tabaquismo. Las pruebas basadas en repeticiones (1min-STST y 30sec-STST) son más sensibles a las diferencias relacionadas con la AF que la prueba cronometrada 5rep-STST, y la métrica de edad equivalente ofrece un tamaño de efecto clínicamente interpretable.

## CL65 INYECCIÓN DE FLUJO TRANSLARÍNGEO A TRAVÉS DEL PORTAL SUBGLÓTICO EN UN MODELO TRAQUEAL *IN VITRO*: EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS EN VOLUMEN, PRESIÓN Y FLUJO.

Roberto Vera-Uribe<sup>1</sup>, Rodrigo Torres-Castro<sup>1</sup>, Luis Vasconcello-Castillo<sup>1</sup>, Catalina Caro B.<sup>1</sup>, Francisca Lam V.<sup>1</sup>, Catalina Valdovinos B.<sup>1</sup>, Paz Chacón C.<sup>1</sup>, Horacio Cámpora<sup>2</sup>. <sup>1</sup> Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup> instituto FLENI, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El flujo translaríngeo, en pacientes traqueostomizados, suele estar limitado debido a la permanencia prolongada de la cánula de traqueostomía incrementada por la presencia de cuff inflado, generando alteraciones anatómicas y funcionales laríngeas. Existen diferentes técnicas que buscan restablecer este flujo, para mejorar la función laríngea y vocalización. Este estudio evaluó los efectos sobre la presión, volumen y flujo del aire espirado en un modelo traqueal 3D, al inyectar flujos de distinta magnitud a través del portal de aspiración subglótica (PASG) buscando generar flujo translaríngeo con fines terapéuticos. El objetivo fue determinar el efecto en presión, flujo y volumen de los diferentes flujos inyectados a través del PASG, utilizando un cilindro y concentrador. **Materiales:** Estudio experimental cuantitativo en modelo traqueal 3D en el cual se posiciona una cánula de traqueostomía con sistema de aspiración subglótica (CASG). Se aplicaron a través del puerto de aspiración subglótica flujos continuos en magnitud variable entre 1 a 15 L/min con cilindro y de 1 a 5 L/min con concentrador. La presión y flujo se registraron con Fluxmed GrE y volumen con ventilómetro Spire™. Se realizaron mediciones durante 5 minutos. Los datos se analizaron en Stata 13.0, mediante pruebas de Shapiro-Wilk, análisis estadístico descriptivo, ANOVA para determinar diferencia entre grupos para la presión y el flujo, y para el análisis del volumen se realizó regresión lineal. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Se observaron diferencias significativas en flujo espirado según el flujo inyectado ( $p < 0.001$ ), con correlación fuerte ( $\rho = -0.9$ ) entre el flujo inyectado y el flujo medido en el modelo de tráquea. La presión espirada también aumentó significativamente ( $p < 0.001$ ), con correlación débil para cilindro ( $\rho = 0.210$ ) y muy débil para concentrador ( $\rho = -0.095$ ), esto explica que las magnitudes de presión utilizadas disminuyen significativamente por el lumen de la línea de aspiración subglótica. El volumen espirado, incrementó proporcionalmente al flujo inyectado, pero con incremento significativo ( $p < 0.001$ ) y una correlación positiva para el volumen logrado y el flujo inyectado ( $\rho = 0.9$ ). **Conclusiones:** La inyección del flujo translaríngeo aumentó significativamente el flujo, presión y volumen observados en el modelo de tráquea, se recomienda utilizar inyección mediante cilindro. Solo se observan cambios en el volumen observado, pero menores al 80% del flujo inyectado desde 4 litros.

## CL66 EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE REALIZAR EJERCICIO MEDIANTE LA PRUEBA DE CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN ADULTOS CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS. UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.

Osvaldo Cabrera, Adriana Lastra-Morales, Marjorie Valdés-Araneda, Cristián Olave-Contreras, Stephanie Rodríguez-Norambuena, Johanna Salinas-Urtubia, Giovanni Morales-Verdugo, Ruvistay Gutiérrez-Arias. Instituto Nacional del Tórax, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** La prueba de caminata de 6 minutos (PC6m) es uno de los pilares en la valoración integral de pacientes con condiciones de salud respiratorias. El objetivo de nuestro estudio fue describir la capacidad funcional de realizar ejercicio de adultos con enfermedades respiratorias mediante la PC6m. **Materiales:** Realizamos un estudio de corte transversal entre el 24/04 y 29/08 del 2025. Incluimos pacientes mayores de 15 años sometidos a una PC6m en contexto ambulatorio en el Instituto Nacional del Tórax (INT). Consideramos todos los diagnósticos respiratorios confirmados en ficha clínica electrónica según la CIE-10, excluyendo los casos en que la patología principal no fuera respiratoria. Registramos la frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, saturación periférica de oxígeno (SpO2), disnea, y la presencia de desaturación de esfuerzo (DE) (SpO2). **Resultados:** Incluimos 319 pacientes, 61% mujeres, con una mediana de edad de 64 años (RIC 56-72). Las patologías más frecuentes fueron la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) (41%) e hipertensión pulmonar (20%). La mediana de la DR6m fue de 450 metros (RIC 380-502), lo que corresponde a un 80% del teórico (RIC 70-89). Según la CIF, el 54% de los pacientes presentan una limitación leve, seguida de un 27% con limitación moderada. Además, un 42% presentó DE durante la PC6m. Los usuarios de oxígeno domiciliario presentan una peor respuesta al esfuerzo y DR6min ( $p<0,05$ ). Los pacientes con peor respuesta cardiorrespiratoria fueron los que tenían hipertensión pulmonar, EPI y neumonitis por hipersensibilidad ( $p<0,05$ ). **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con patologías respiratorias que se atienden en modalidad abierta en el INT presentaron algún nivel de limitación en la capacidad funcional de realizar ejercicio, destacando la alta prevalencia de desaturación de esfuerzo durante la PC6m.



## CL67 CONCORDANCIA EN LA RESPUESTA CARDIORRESPIRATORIA A LOS 3 Y 6 MINUTOS DE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN ADULTOS CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.

Osvaldo Cabrera, Adriana Lastra-Morales, Marjorie Valdés-Araneda, Cristián Olave-Contreras, Stephanie Rodríguez-Norambuena, Johanna Salinas-Urtubia, Giovanni Morales-Verdugo, Ruvistay Gutiérrez-Arias. Instituto Nacional del Tórax, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Uno de los objetivos de la prueba de caminata de 6 minutos (PC6m) es evaluar la respuesta cardiorrespiratoria (RCR) ante el esfuerzo físico en pacientes con enfermedades respiratorias, fenómeno que podría presentarse antes de que termine la prueba. Nuestro objetivo fue determinar la concordancia de la RCR a los 3 y 6 minutos con la PC6m. Secundariamente, evaluamos si la distancia recorrida (DR) a los 3 minutos permite predecir la distancia total recorrida al finalizar la prueba. **Materiales:** Realizamos un estudio de corte transversal entre el 24/04 y el 29/08 de 2025. Incluimos 319 pacientes de 15 años o más sometidos a una PC6m en el contexto ambulatorio del Instituto Nacional del Tórax (INT). Consideramos todos los diagnósticos respiratorios según la CIE-10, excluyendo los casos en los que la patología principal no fuera respiratoria. Registramos la frecuencia cardíaca (FC), saturación periférica de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) y la desaturación de esfuerzo (DE) (SpO<sub>2</sub> <90% con disminución de 4% o más con respecto al basal) con el monitor MASIMO-Rad-5v y la disnea y DR a los 3 y 6 minutos de la prueba. Para evaluar la concordancia entre variables cuantitativas utilizamos el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el análisis de Bland-Altman. En cambio, para comparar la incidencia de DE entre los minutos 3 y 6 utilizamos la prueba de McNemar. **Resultados:** La FC y la disnea a los minutos 3 y 6 tuvieron una buena concordancia, con un CCI de 0,76 (IC 95% 0,71-0,81;  $p < 0,001$ ) y 0,65 (IC 95% 0,04-0,86;  $p = 0,018$ ), respectivamente. En cambio, la concordancia de SpO<sub>2</sub> fue excelente (CCI 0,95; IC 95% 0,94-0,96;  $p < 0,001$ ), con un sesgo promedio de 0,55%. Además, la diferencia entre las proporciones de detección de DE en los minutos 3 y 6 fue de 1,9% (IC 95%: -1,1 a 4,9), lo que no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,307$ ). En cuanto a la DR, el doble de la distancia alcanzada a los 3 minutos mostró una excelente concordancia con la distancia final (CCI 0,95; IC 95% 0,92-0,96;  $p < 0,001$ ), con un sesgo promedio de 10,7 metros. **Conclusiones:** La determinación de la RCR a los tres minutos de la PC6m, especialmente mediante la medición de la SpO<sub>2</sub>, puede predecir con alta precisión los resultados al finalizar la prueba. Esto permitiría detener la prueba al tercer minuto, sin comprometer la precisión en la determinación de la DR, sobre todo cuando la PC6m se indica para detectar la DE.

## CL68 EXERESIS ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTINICO POR TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA ROBÓTICA (RATS).

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín, Nicole Díaz, David Lazo, Felipe Undurraga, Huáscar Rodríguez, Jorge Marín, Bárbara Ortiz, Constanza Díaz, Carolina Novakovic. Hospital Clínico San Borja Arriaran.

**Introducción:** Las glándulas paratiroides ectópicas se observan en el 6-16% de los pacientes con hiperparatiroidismo. Estas anomalías pueden representar una causa de fracaso en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo. Los adenomas localizados de manera atípica en el mediastino plantean un desafío considerable para los cirujanos. Históricamente, la resección de estas glándulas ectópicas se ha llevado a cabo mediante procedimientos quirúrgicos convencionales, que incluyen cervicotomía amplia o esternotomía, seguidas por la videotoracotomía y mediastinoscopia. En los últimos años, la cirugía robótica ha emergido como una innovadora alternativa de abordaje mínimamente invasivo. Esta modalidad quirúrgica ofrece un alto grado de precisión, generando resultados similares a las técnicas convencionales y aportando ventajas significativas en comparación con otros abordajes. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 66 años, con antecedentes de hiperparatiroidismo sintomático secundario a adenoma paratiroideo inferior derecho localizado en el nivel VI cervical hacia esternal y situación paratraqueal, diagnosticado mediante Cintigrama y SPECT. Es sometido a paratiroidectomía inferior derecha, sin embargo, PTH post operatoria persiste elevada. Se solicitó TC de tórax que evidenció nódulo mediastínico de 2x2 cm y nuevo Cintigrama reportó acumulación de trazador en región torácica superior a derecha de la línea media. Fue derivado para manejo por equipo de cirugía torácica; se realizó biopsia por EBUS que informó tejido compatible con adenoma paratiroideo, por lo que se decidió manejo quirúrgico. **Diagnóstico:** Adenoma paratiroideo mediastínico. **Discusión:** La utilización del abordaje robótico ha emergido como una modalidad de abordaje mínimamente invasiva que presenta resultados comparables y notables ventajas con respecto a otros enfoques quirúrgicos ofreciendo ventajas, como una visión tridimensional y la optimización de la maniobrabilidad de instrumentos quirúrgicos, permitiendo la disección precisa de las glándulas paratiroides en el mediastino. La plataforma robótica es una plataforma útil para acceder a estructuras mediastínicas de difícil acceso y es comparable con otro tipo de plataformas por lo que podría considerarse como una opción en pacientes con adenomas paratiroides de localización mediastínica en virtud de las ventajas demostradas y la posibilidad de mejorar la precisión y la eficacia en el tratamiento de dichas afecciones.

## CL69 CIRUGIA POST-QUIMIOINMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.

Salim Ravé C., Jorge Marín, Jorge Marín A., Manuel Uarac F., Matías Lyner R., Huáscar Rodríguez G., Javier Vega S., David Lazo P., Carolina Nobakovic A., Felipe Undurraga M. Unidad de Cirugía de Tórax y Broncoscopía intervencional, HCSBA. Unidad de Cirugía de Tórax y Broncoscopía intervencional, Clínica Las Condes.

**Introducción:** La combinación de inmunoterapia y quimioterapia como tratamiento neoadyuvante ha transformado el manejo del cáncer pulmonar no microcítico (NSCLC) resecable. Estudios como *CheckMate 816* demostraron mayores tasas de respuesta patológica completa y supervivencia libre de eventos en estadios IB–IIIA. Sin embargo, este enfoque genera desafíos quirúrgicos como fibrosis hiliar, inflamación e hipervascularización. Presentamos nuestra experiencia con resecciones pulmonares tras quimioinmunoterapia neoadyuvante, enfocándonos en características perioperatorias y resultados anatomopatológicos. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (dic 2023–jun 2025). De las cirugías por cáncer pulmonar, 19 pacientes fueron candidatos a tratamiento neoadyuvante basado en platino y anti PD-1/PD-L1, indicados por comité oncológico. Se incluyeron mayores de 18 años con NSCLC confirmado en estadios IB–IIIA (TNM 9.ª edición) y estudio de extensión completo (PET-CT y/o mediastinoscopia o EBUS). Se excluyeron histologías distintas, mutaciones activadoras en EGFR o ALK, metástasis o contraindicación quirúrgica. Se analizaron variables clínicas, tipo de resección, hallazgos intraoperatorios, complicaciones (Clavien-Dindo) y estado de resección (R0/R1). **Resultados:** De los 19 pacientes tratados, 7 fueron finalmente operados. Edad media 68 años; 68,4 % mujeres. La lobectomía fue el procedimiento más frecuente (74 %). En 2 casos se convirtió a toracotomía. La resección R0 alcanzó 94,7 %. Morbilidad global 21 %, con complicaciones  $\geq$  Clavien-Dindo III en dos pacientes. Se registró una mortalidad perioperatoria. **Conclusiones:** La resección tras quimioinmunoterapia neoadyuvante en NSCLC resecable resultó segura y factible, incluso ante fibrosis hiliar y adherencias. Pese a la mayor complejidad técnica, la morbilidad severa fue aceptable. La selección de casos, la planificación multidisciplinaria y la experiencia del equipo quirúrgico fueron esenciales para mantener la seguridad. Estos resultados respaldan la aplicabilidad de esta estrategia multimodal en el sistema público. Se requieren seguimientos prolongados y series mayores para evaluar su impacto en la supervivencia global y libre de enfermedad.

## CL70 RESECCION DE TUMORES NEUROGÉNICOS INTRATORÁICOS DE UBICACION COMPLEJA MEDIANTE CIRUGIA TORACICA ASISTIDA POR ROBOT.

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín, Javier Vega, Gretchen Günther, Javier Lagos, Antonia González, Tomás Garrido, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Felipe Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** Los tumores neurogénicos corresponden al 25% de los tumores primarios de mediastino y constituyen el 75% de los tumores de mediastino posterior. Se originan de las células de la cresta neural embrionaria y son en su mayoría benignos, sin embargo, por su ubicación pueden provocar serias complicaciones. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Nuestro propósito es presentar la primera serie de pacientes con tumores neurogénicos intratorácicos de ubicación compleja resecados por cirugía torácica asistida por robot (RATS) en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). **Materiales:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes portadores de tumores neurogénicos intratorácicos de ubicación compleja, operados con RATS en el HCSBA entre marzo de 2023 y mayo de 2024. Se consideró como ubicación compleja a aquel tumor en contacto directo con estructuras vasculares o neurales mediastínicas. Se excluyeron aquellos tumores neurogénicos de ubicación no compleja. Se consideraron las siguientes variables: edad, género, síntomas, conversión a toracotomía, tiempo operatorio, histología, tamaño tumoral, días de hospitalización, complicaciones postoperatorias y mortalidad a 30 días. **Resultados:** Se estudió un total de 4 pacientes. La edad promedio fue de 60 años (54-74) con una predominancia del género masculino (3 pacientes). El síntoma más frecuente fue la tos (3 pacientes). No hubo conversión a toracotomía y el tiempo operatorio promedio fue 119 minutos (59-160). La histología más comúnmente observada correspondió a schwannoma (3 pacientes), siendo el tamaño tumoral promedio 51 mm (35-86). La estadía hospitalaria promedio fue 48 horas (24-72), con EVA promedio de 4 al día 1 postoperatorio y no hubo complicaciones postoperatorias ni mortalidad a 30 días. **Conclusiones:** La resección de tumores neurogénicos suele ser un desafío quirúrgico por su localización anatómica. Sin embargo, gracias a las técnicas mínimamente invasivas, particularmente la RATS, se ha logrado disminuir considerablemente la morbilidad de este procedimiento y reducir la estadía hospitalaria. Gracias a que el HCSBA cuenta con cirugía robótica, ha sido posible obtener resultados concordantes con los descritos en la literatura internacional.

## CL71 MIASTENIA GRAVIS RESUELTA POR RATS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN.

Carolina Novakovic, Jorge Luis Marín, Manuel Uarac, Salim Ravé, Javiera Paiva, Pedro Undurraga, Huáscar Rodríguez, David Lazo, Javier Vega, Nicolas Von Jentschyk. Hospital Clínico San Borja Arriaran.

**Introducción:** La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune infrecuente, con prevalencia en Chile de 8,36/100.000 habitantes. Se caracteriza por disfunción en la unión neuromuscular, mediada por autoanticuerpos contra receptores como AChR, MuSK y LRP4, generados principalmente en el timo. Hasta el 65 % de los pacientes presenta hiperplasia tímica y el 10–15 % timoma. La timectomía extendida, con resección de grasa mediastínica y cervical baja, es un pilar terapéutico en MG generalizada con anticuerpos anti-AChR, mostrando beneficios clínicos sostenidos. Actualmente, técnicas mínimamente invasivas como la cirugía video-asistida (VATS) y la robótica-asistida (RATS) han ganado relevancia por su menor morbilidad respecto a la técnica abierta, destacando la cirugía robótica como técnica emergente en nuestro medio. **Descripción del caso:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron 3 pacientes mayores de 18 años con MG, anticuerpos anti-AChR positivos y evaluación tomográfica previa. Se excluyeron pacientes abordados por cirugía abierta, VATS y aquellos con timectomía sin diagnóstico de MG. Se recolectaron variables clínicas, perioperatorias, histológicas y funcionales, incluyendo la escala MG-ADL antes y después de cirugía, mediante ficha clínica y seguimiento telefónico. **Diagnóstico:** Se estudiaron 3 pacientes (2 hombres, 1 mujer) con edad promedio de 68 años. Dos presentaban timoma. Los síntomas predominantes fueron debilidad ocular, motora y disfagia; uno tenía antecedentes de dos crisis miasténicas graves. Todos usaban piridostigmina sobre 240 mg/día, prednisona, y uno, azatioprina. El tiempo promedio de docking fue 4 minutos y de consola, 101 minutos. Todos presentaron sangrado estimado **Discusión:** La experiencia sugiere que la timectomía RATS es segura y factible en MG, incluso con timoma o crisis previas, con tiempos y resultados comparables a reportes internacionales, baja morbilidad y buen control sintomático.

## CL72 RATS EN TRAQUEOBRONQUIOMALACIA SEVERA: TRAQUEOBRONCOPLASTÍA CON MALLA E INSTALACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEAL POR BRONCOSCOPÍA INTERVENCIONAL.

Salim Ravé C., Huáscar Rodríguez G., Jorge Marín A., Manuel Uarac F., Kevin Allar N., David Lazo P., Javier Vega S., Nicolás Von Jentschky R., Pedro Undurraga M. Unidad de Cirugía de Tórax y Broncoscopía intervencional, HCSBA. Unidad de Cirugía de Tórax y Broncoscopía intervencional, Clínica Las Condes. Hospital San Juan, La Serena.

**Introducción:** La traqueobronquiomalacia del adulto es una patología infrecuente caracterizada por colapso dinámico de la vía aérea, que representa un desafío terapéutico en pacientes con intervenciones previas, inflamación crónica o estenosis. En estos casos, la cirugía torácica asistida por robot (RATS) ofrece ventajas técnicas al facilitar la disección precisa del espacio retrotraqueal y la instalación segura de prótesis de sostén. **Material y método:** Estudio observacional retrospectivo tipo reporte de caso, cuyo propósito fue describir una intervención mediante RATS para plastía retrotraqueal con malla y colocación de prótesis Dumon en traqueobronquiomalacia severa. El procedimiento se realizó el 09/06/25. Se analizaron complicaciones y desafíos técnicos en el manejo de una vía aérea compleja. El paciente fue un varón de 71 años con antecedentes de infecciones respiratorias recurrentes, hospitalizaciones prolongadas y uso crónico de prótesis traqueales. La cirugía se efectuó mediante abordaje mediastinal posterior por RATS (plataforma OMNIBOT), con tres brazos robóticos y un puerto de asistencia. Se instaló una prótesis mallada retrotraqueal extraluminal y una endoluminal tipo Dumon. El seguimiento incluyó fibrobronoscopías (FBC) seriadas, radiografías diarias y control de parámetros inflamatorios. **Resultados:** La cirugía se desarrolló sin incidentes. El paciente fue manejado con traqueostomía en UCI, sin complicaciones respiratorias ni infecciosas. En la tercera semana se observó, por FBC, una zona blanquecina en pared membranosa sugerente de sufrimiento mucoso. A los 21 días se retiró la prótesis Dumon por broncoscopía rígida, evidenciando úlcera infracentimétrica sin fístula. Los controles endoscópicos mostraron cierre progresivo. No hubo elevación inflamatoria ni deterioro clínico. Fue dado de alta al día 25 postoperatorio y quinto post-retiro de prótesis, sin exposición de malla ni comunicación traqueoesofágica. **Conclusiones:** La plastía traqueal con malla más prótesis Dumon por RATS demostró ser una opción factible y segura en escenarios complejos. La tecnología robótica permitió un abordaje preciso y el manejo multidisciplinario resolvió una complicación sin necesidad de reintervención. Se requiere acumular experiencia para consolidar esta técnica.

## CL73 ESOFAGECTOMIA RATS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARÁN, ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.

Carolina Novakovic, Jorge Marín, Salim Rave, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Nicolás Von Jentschky, Pedro Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** La esofagectomía es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de esófago resecable. La técnica mínimamente invasiva presenta menos morbilidad respecto a la cirugía abierta. La técnica asistida por robot (RATS) ha demostrado beneficios en visualización y precisión quirúrgica con resultados oncológicos adecuados, sin embargo, aún no existe evidencia que respalde su uso. Los potenciales beneficios, sumados al desarrollo progresivo de la técnica sugieren su implementación en centros públicos. **Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 12 pacientes >18 años, intervenidos entre marzo de 2023 y enero de 2024. Se les realizó esofagectomía de McKeown por RATS, tumorectomía y esofagectomía en cáncer la unión gastroesofágica. Se excluyeron pacientes operados por cirugía abierta o videoasistida. Se evaluaron variables demográficas, intraoperatorias y postoperatorias.

**Resultados:** La edad media fue 62 años. El 100% presentaba patología oncológica. El 75% tenía comorbilidades siendo la más frecuente hipertensión arterial (42% de los casos). El 68% presentó quimioterapia neoadyuvante con esquema FLOT o CROSS. No se registraron conversiones a cirugía abierta ni mortalidad intraoperatoria. El sangrado operatorio fue <300 mL en el 83,3% de los casos. La mediana de tiempo de consola fue 208 minutos, y de hospitalización 37,5 días. Se reportaron complicaciones postoperatorias en 8 pacientes, 4 de ellos grado II, 1 grado IIIA y 4 de ellos IIIB en escala Clavien-Dindo, que requirieron cirugía. No se registró mortalidad a los 30 días. **Conclusiones:** La esofagectomía RATS ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años, actualmente la evidencia es insuficiente para determinar conductas, sin embargo, la mejor visualización y el instrumental articulado sugieren que se pueden lograr mejores tasas de resección completa (RO) y cosecha linfonodal, con menores tasas de sangrado y menor dolor postoperatorio. En nuestro establecimiento, realizamos 12 esofagectomías en un periodo de 22 meses, sin reportar conversión a cirugía abierta ni mortalidad en esta serie. Destaca una tasa de filtración de anastomosis más elevada a lo reportado internacionalmente (7-9%), posiblemente en contexto de neoadyuvancia y de la curva de aprendizaje necesaria en cirugía de alta complejidad. Es necesario recabar experiencia, desarrollando la cirugía RATS en centros públicos, además de generar evidencia local.

## CL74 MANEJO DE TUMORES ENDOBRONQUIALES. MANEJO POR BRONCOSCOPIA INTERVENCIONAL: PRESENTACION DE DOS CASOS REPRESENTATIVOS.

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín, Pedro Undurraga, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Oriana Urbina, Bárbara Rodríguez, Silvana Gatta, David Lazo. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** Los tumores endobronquiales representan un desafío clínico significativo en tórax. La detección temprana y tratamiento son fundamentales para prevenir complicaciones severas como la obstrucción de vía aérea. En las últimas décadas, las técnicas de broncoscopia intervencional han evolucionado, facilitando diagnósticos precisos y resección con enfoques menos invasivos. Este estudio presenta 2 casos tratados en Cirugía Torácica del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), donde se emplearon broncoscopias rígida y flexible con diversas técnicas de exéresis, destacando la eficacia de estas. **Descripción del caso:** Caso 1: Tumor endotraqueal. Hombre de 35 años con antecedente de VIH en tratamiento. 6 meses de disnea progresiva. La imagen de cuello y tórax, mostró un tumor traqueal, tercio medio, con oclusión 90% del lumen, sin signos de diseminación torácica ni cervical. Manejo por broncoscopia rígida asistida por fibrobroncoscopia y asa térmica logrando exéresis del 80% de la masa tumoral. Evolución favorable postoperatoria. Biopsia rápida confirmó un tumor glómico. Caso 2: Tumor endobronquial. Hombre de 45 años, fumador de cannabis. Episodios recurrentes de neumonía. La imagen mostró un tumor en el bronquio principal izquierdo. Manejo por FBC para exéresis tumoral, se identificó un tumor endobronquial a 1 cm de la emergencia del bronquio principal izquierdo. Biopsia rápida negativa para neoplasia. Se utilizó asa térmica y crioterapia para la extracción. Radiografía de tórax posterior sin complicaciones. Alta a las 48 hrs. Biopsia diferida confirmó Hamartoma.

**Diagnóstico:** 1: Tumor glómico. 2: Hamartoma. **Discusión:** En el caso 1, los tumores glómicos corresponden a una neoplasia infrecuente, siendo el 1.6% de las neoplasias de tejidos blandos, cuya manifestación extracutánea es aún más rara, siendo el tracto respiratorio una localización con pocos casos reportados. Se considera la resección tumoral como tratamiento curativo, sin embargo, en casos de resección parcial, tienen riesgo de recurrencia del 5-17%. Por otro lado, el hamartoma representa el 75% de los tumores pulmonares benignos, siendo el 1.4% localizado en bronquios. Este tipo de tumor, hay escasos reportes de caso de recurrencia y malignidad posterior a la resección. Estos casos subrayan la importancia de la broncoscopia intervencional como herramienta en el manejo de tumores endobronquiales, destacando su rol en mejorar la calidad y en la prevención de complicaciones graves.



## CL75 USO DE VERDE INDOCIANINA EN LA LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR MEDIO DE CIRUGIA ROBÓTICA TORÁCICA.

Valentina Vergara, Jorge Luis Marín, Paulina Paiva, Constanza Díaz, Elías Arroyo, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Javier Vega, Pedro Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriaran.

**Introducción:** El quilotórax es la acumulación de quilo en el espacio pleural y puede causar graves complicaciones, con mortalidad reportada a 90 días de hasta 82%. La cirugía intratorácica es la principal causa traumática iatrogénica de quilotórax, con una incidencia de hasta 4% en la cirugía esofágica. La ligadura del conducto torácico (CT) es un pilar quirúrgico de tratamiento. La identificación del CT y su adecuada ligadura utilizando verde de indocianina (VI) por cirugía robótica-asistida (RATS) otorga mayor precisión, acceso y control en la manipulación de estructuras anatómicas. **Materiales:** Análisis descriptivo retrospectivo de 8 pacientes intervenidos entre julio de 2023 y junio de 2025, realizando ligadura de conducto torácico con uso de VI por RATS, a través de plataforma Da Vinci X con cirujanos certificados. Se incluyeron pacientes sometidos a esofagectomías y quilotórax por otros diagnósticos. Se excluyeron aquellos ligados mediante otros abordajes quirúrgicos o sin el uso del tinte. Se analizaron variables epidemiológicas, preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias. **Resultados:** El uso de la técnica con VI asistida por robot permitió la visualización del conducto torácico en la totalidad de intervenciones, sin reportar complicaciones intraoperatorias. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial. La mediana de edad fue de 61 años. Los tiempos quirúrgicos mostraron mediana de *docking* de 6 minutos (rango 1–35) y de consola de 122 minutos (rango 20–290), con notable dispersión atribuible a la inclusión de esofagectomías. La mediana de sangrado intraoperatorio fue de 100ml (rango 100–500). Se observaron dos complicaciones clasificadas como Clavien-Dindo II y IIIB. No se reportó mortalidad en esta serie. **Conclusiones:** La identificación precisa del CT es fundamental para evitar complicaciones graves a causa de una ligadura inadecuada. La técnica con verde indocianina permitió la visualización del CT en la totalidad de los casos. Se necesita mayor tamaño muestral para evaluar la seguridad del procedimiento, optimización de tiempo quirúrgico y eventuales complicaciones postoperatorias versus otros abordajes quirúrgicos.

## CL76 CARCINOMA DE GLÁNDULA SALIVAL PRIMARIO DE PULMÓN: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO INUSUAL.

Josefina Lihn, Sebastián Lux, Gonzalo Valdés Alonso, Claudio Lucero F. Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Chile.

**Introducción:** Los tumores de glándulas salivales son una causa infrecuente de neoplasias de cabeza y cuello, siendo la parótida la localización más común. Su histología es variada, desde lesiones benignas hasta carcinomas agresivos. En raras ocasiones, pueden originarse en tejido ectópico o en pulmón, simulando carcinomas broncogénicos. El diagnóstico requiere imágenes, histología e inmunohistoquímica, siendo un desafío diferenciar entre metástasis de glándulas salivales y tumores primarios pulmonares de tipo salival. A continuación, se expone el caso de un paciente con esta presentación poco habitual. **Descripción del caso:** Hombre de 55 años, con hipertensión, diabetes tipo 2, exfumador. Consultó por aumento progresivo de volumen en región parotídea izquierda de dos años. **Diagnóstico:** La ecografía mostró imagen quística vascularizada y la resonancia magnética describió estructuras vasculares anómalas, interpretadas como malformación arteriovenosa. Con este diagnóstico inicial se planificó angiembolización. Durante el estudio se pesquió incidentalmente en tomografía de tórax una masa sólida de gran tamaño en lóbulo superior derecho con extensión hiliar. La tomografía por emisión de positrones confirmó alta captación metabólica, atelectasia obstructiva y trombo tumoral en vena subclavia izquierda. La resonancia cerebral descartó compromiso secundario. Se realizaron dos biopsias: la primera, transbronquial, resultó negativa; la segunda, por punción percutánea bajo TCI, mostró células neoplásicas con positividad para citoqueratina y GATA3, y negatividad para TTF1. El análisis anatomopatológico concluyó adenocarcinoma primario pulmonar de tipo glándula salival. El caso fue discutido en comité multidisciplinario, donde se estableció etapa IVa e inicio de quimioterapia sistémica. **Discusión:** Los carcinomas primarios de glándulas salivales pulmonares son entidades infrecuentes que plantean dificultades diagnósticas. La inmunohistoquímica permitió orientar hacia origen pulmonar y descartar metástasis. El hallazgo de trombo tumoral en vena subclavia reflejó la agresividad de la enfermedad y condicionó la estadificación avanzada, con impacto terapéutico directo. Este caso destaca la importancia del abordaje multidisciplinario, la correlación clínica-radiológica-patológica y la necesidad de considerar tumores salivales pulmonares en el diagnóstico diferencial de masas torácicas atípicas.

## CL77 CIRUGÍA DE REDUCCIÓN PULMONAR ROBÓTICA EN SÍNDROME DE SWYER-JAMES: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.

Carolina Novakovic, Jorge Marín, David Lazo, Huáscar Rodríguez, Salim Rave, Javier Vega, Nicolás Von Jentschky, Pedro Undurraga. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** El síndrome de Swyer-James (SSJ) es una enfermedad pulmonar infrecuente descrita en 1953, caracterizada por hiperlucidez unilateral secundaria a bronquiolitis obliterante post-infecciosa. Asociada a infecciones respiratorias en la infancia, provoca daño bronquiolar y vascular, hipoplasia arterial pulmonar e hipoperfusión del parénquima. Generalmente asintomático, puede detectarse incidentalmente o manifestarse con disnea, tos, infecciones recurrentes o diagnóstico erróneo de asma. El diagnóstico se apoya en tomografía computada (TC) y gammagrafía ventilación/perfusión. El manejo es médico, centrado en control sintomático y prevención de infecciones, aunque en casos con bronquiectasias severas o deterioro funcional puede considerarse la resección quirúrgica. La cirugía robótica, aunque poco reportada en pediatría, ofrece una alternativa mínimamente invasiva en hospitales con equipos quirúrgicos mixtos. **Descripción del caso:** Estudio descriptivo-retrospectivo, basado en la revisión de ficha clínica de un escolar de 10 años con SSJ sintomático, con antecedentes de asma, rinitis alérgica y trastorno espectro autista. Consultó por disnea progresiva y tos seca. Radiografía: hiperinsuflación del pulmón derecho con desviación mediastinal. TC: enfisema, menor vascularización y atelectasia del lóbulo medio (LM). Fibrobroncoscopía: compresión extrínseca bronquial. Gammagrafía pulmonar: hipoperfusión de 12% del pulmón derecho. Pruebas funcionales: patrón restrictivo moderado. AngioTC: confirmó enfisema panlobular sin hipertensión pulmonar. Se realizó cirugía robótica de reducción pulmonar (febrero 2025). Intraoperatoriamente se observó bulas extensas en LM e inferior (LID), atelectasias y compromiso parcial del lóbulo superior derecho (LSD). Se efectuó resección segmentaria no anatómica del LID y LM. Evolución favorable, sin complicaciones ni requerimiento de oxígeno al alta. **Discusión:** Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz del SSJ en pacientes pediátricos sintomáticos. La cirugía robótica representa una alternativa eficaz y segura incluso en el contexto de un hospital público, ofreciendo un abordaje mínimamente invasivo y resultados funcionales satisfactorios en casos con indicación quirúrgica.

## CL78 NEUMONIA POR ENFERMEDAD MENINGOCOCICA INVASIVA.

Carmen Riquelme, Lisette Aguayo Castillo, Jorge Yáñez V. Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.

**Introducción:** La enfermedad meningocócica invasora es una infección aguda grave causada por *Neisseria meningitidis*, con elevada letalidad y rápida progresión clínica. Aunque clásicamente se presenta como meningitis o meningococcemia, también puede manifestarse como neumonía asociada a bacteriemia. Reportamos un caso de presentación infrecuente con compromiso pulmonar, destacando la importancia del diagnóstico oportuno y del manejo multidisciplinario. **Descripción del caso:** Paciente femenina 43 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, el día 08.08.25 evaluada en urgencias por dolor torácico punzante de dos días de evolución, intenso, con tope inspiratorio y disnea. Niega otros síntomas respiratorios. Se toma EKG que muestra cambios sugerentes de pericarditis aguda y Cardiología realiza ecoscopia en Box evidenciando derrame pericárdico por lo que se indica hospitalizar. Se toma AngioTC de tórax que descarta TEP e informa condensación en lóbulo inferior izquierdo. Inicia manejo con Ampicilina/Sulbactam y Oseltamivir. Evoluciona con deterioro hemodinámico y aumento de los requerimientos de O<sub>2</sub> por lo que se traslada a UTIM para soporte vasoactivo. Se rescata resultado de hemocultivo (+) para *N. meningitidis*, por lo que se ajusta tratamiento a Ceftriaxona. Se realiza punción lumbar que descarta compromiso meníngeo. Se realizó Ecocardiograma formal que informa leve derrame pericárdico (circunferencial 7 mm), se indican repetir estudio en 10 a 14 días. Evoluciona favorablemente, derivándose a HODOM para completar tratamiento antibiótico.

**Diagnóstico:** Neumonía por Enfermedad meningocócica invasiva. **Discusión:** La enfermedad meningocócica invasora continúa siendo una emergencia infecciosa de alta mortalidad, especialmente en sus formas atípicas. La neumonía meningocócica asociada a bacteriemia, aunque infrecuente, representa una manifestación clínica relevante que puede retrasar el diagnóstico si no se sospecha oportunamente. La confirmación microbiológica en sangre permite atribuir el compromiso pulmonar al mismo agente, aun sin aislamiento respiratorio. Este caso resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha, instaurar tratamiento antimicrobiano precoz y considerar soporte multidisciplinario. Asimismo, enfatiza el rol de la vigilancia epidemiológica y la vacunación, según norma MINSAL, como estrategias claves en la prevención poblacional.

## CL79 ESTUDIO MICROBIOLÓGICO INVASIVO EN PACIENTES CON NEUMONIA EN INMUNOSUPRIMIDOS EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO.

Sebastián Lux F., Ximena Cerda A., Francisca Pérez V., Constanza Donoso G. Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

**Introducción:** La neumonía en pacientes inmunocomprometidos representa un desafío clínico por su elevada mortalidad, la diversidad de agentes y las dificultades diagnósticas. Se incluye desde inmunodeficiencias primarias hasta causas adquiridas como neoplasias, trasplantes o terapias inmunosupresoras. La presentación clínica suele ser atípica y la etiología es amplia, con presencia de patógenos oportunistas como *Pneumocystis jirovecii*, *Aspergillus spp.* y virus respiratorios. La broncoscopia con lavado broncoalveolar constituye la herramienta más útil para aumentar el rendimiento diagnóstico, aunque no siempre es factible por la condición clínica. Conocer la epidemiología local y obtener muestras microbiológicas oportunas son claves para guiar el tratamiento y evitar terapias innecesarias. **Materiales:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo en la Unidad de Intermedio del Hospital Barros Luco Trudeau entre enero 2023 y julio 2025. Se incluyeron pacientes con neumonía, inmunosupresión y e ingresados a Unidad de Tratamiento Intermedio. Se evaluó prevalencia de infecciones bacterianas, virales o fúngicas diagnosticadas mediante lavado bronquioalveolar. Se recopilieron resultados de cultivo cuantitativo, PCR multiplex, PCR TBC, cultivo de hongos, galactomanano y PCR para *P. jirovecii*. De la ficha clínica se extrajeron variables demográficas, comorbilidades, tipo de inmunosupresión, tabaquismo y diagnóstico final. La TC de tórax previa definió compromiso focal o difuso. Se realizó análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Se analizaron 55 pacientes con promedio de 59.6 años (54.3% hombres). Tabaquismo (52.7%), EPID (40%) y EPOC (10.9%) fueron las patologías respiratorias más prevalentes. La inmunosupresión fue farmacológica en 74.5%, neoplásica en 21.8% e infecciosa en 3.6%. La TC mostró compromiso difuso en 78.2% y focal en 21.8%. El 34.5% requería CNAF y 78.1% la utilizó durante el procedimiento. Según tipo de inmunosupresión, las infecciones más frecuentes fueron bacterianas (19.5%), virales (12.2%) y fúngicas (12.2%) en farmacológica, mientras que en neoplásica predominó la bacteriana (33.3%). **Conclusiones:** En neumonía en inmunosuprimidos la etiología es heterogénea, lo que resalta la necesidad de un diagnóstico microbiológico preciso para dirigir la terapia y optimizar los desenlaces clínicos.

## CL80 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 SOBRE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO.

Juan Carrillo<sup>1</sup>, Javier Silva A.<sup>1</sup>, Claudio Vargas R.<sup>2</sup> 1. Hospital de Quilpué, 2. Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** La pandemia de SARS-CoV-2, que comenzó a finales de 2019 y se extendió globalmente en 2020, ha tenido un impacto profundo y multifacético en los sistemas de salud en todo el mundo. Hasta 2023, la actividad hospitalaria, incluyendo hospitalizaciones, cirugías y partos ha experimentado cambios significativos debido a la presión ejercida por la pandemia. El objetivo era analizar el impacto en la actividad hospitalaria del sistema de salud chileno. **Material y método:** Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo con los datos de egresos hospitalarios de los años 2019 al 2023, de grupos relacionados por diagnóstico (GRD) publicados por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), provenientes de los 65 hospitales de alta complejidad que codifican en dicha plataforma. Se incluyó en el análisis a los adultos ( $\geq 15$  años). Examinamos la actividad hospitalaria según el Tipo de Ingreso: Urgencia, Programado y Obstétrico. Se analizó la actividad por año, calculando el número y porcentaje de egresos, así como la media, mediana, percentil 75, percentil 90, mínimo y máximo de días de estancia hospitalaria, y la suma de días-cama. Se utilizó Chi cuadrado, ANOVA, Kruskal-Wallis y post hoc de Dunn. **Resultados:** Analizamos un total de 4.719.233 egresos hospitalarios, con 2.782.308 (59%) mujeres, de los cuales 721.772 (15,3%) eran pediátricos ( $< 15$  años), y 3.997.425 (84,7%) eran adultos ( $\geq 15$  años). El análisis bivariado de la media de estancia hospitalaria mostró diferencias significativamente más bajas en los pediátricos los años 2019, 2021 y 2022. Ver resultados en Tabla. **Conclusiones:** En los ingresados por Urgencia hubo un deterioro del 15% en la eficiencia del uso de camas comparando 2019 vs 2021-2022, con recuperación parcial en 2023, pero sin alcanzar niveles pre-pandemia. En la hospitalización Programada la pandemia aceleró forzosamente una transformación positiva: 1) Se logró mayor eficiencia operativa (menores estancias), 2) Se optimizó el uso de camas sin comprometer (aparentemente) los resultados, y 3) Persiste el desafío del déficit acumulado de atenciones (lista de espera quirúrgica). Los ingresos Obstétricos podrían reflejar la caída de la tasa de natalidad en Chile, acelerada por la pandemia. Una caída del 17,3% en 2020, y del 23,6% en 2021, comparado con 2019, con una recuperación parcial el 2022-2023. En suma, la pandemia tuvo un impacto profundo y variado en la actividad hospitalaria, la cual aún no se recupera a los niveles pre-pandemia.

## CL81 CARACTERIZACION DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS.

Daniela Ibarra L., Javiera Álvarez M., Samia Riadi L., Javier Riquelme de la F., María Luisa Rioseco Z., Raúl Riquelme O. Hospital de Puerto Montt.

**Introducción:** El virus respiratorio sincicial (VRS) es una causa relevante de hospitalización en adultos, especialmente en pacientes con comorbilidades, sin embargo, su caracterización clínica en población chilena aún es limitada. **Materiales:** Objetivo: Describir la presentación clínica, comorbilidades, hallazgos radiológicos y evolución de adultos hospitalizados por infección por VRS en un hospital del sur de Chile. **Métodos:** Estudio observacional prospectivo en adultos ( $\geq 18$  años) con VRS confirmado por PCR múltiple, hospitalizados en el Hospital de Puerto Montt entre 2024 y 2025. Se registraron antecedentes, características clínicas, exámenes complementarios y evolución hospitalaria. **Resultados:** Se incluyeron 43 casos, 61% VRS A; 65% mujeres, edad media  $65,2 \pm 19$  años (33%  $\geq 80$  años). El 100% presentó comorbilidades (Charlson medio  $4,6 \pm 3$ ): hipertensión 70%, cardiopatía 47%, diabetes 42%, enfermedad renal crónica 26%, EPOC 21%, asma 19%. El 14% era fumador activo y el 19% exfumadores. El 27% convivía con niños  $\leq 10$  años. Los síntomas más frecuentes fueron tos 86%, disnea 81% y decaimiento 65%, aunque en  $\geq 80$  años predominó un perfil atípico (tos 30%, fiebre 12%). En la auscultación, sibilancias 52%, crépitos 50%. La radiografía o TC fue anormal en 87%, destacando neumonía en 61%, de predominio bilateral (80%) y compromiso  $\geq 3$  lóbulos en 73%. El CURB-65 fue  $\geq 3$  en 14% y el PSI medio  $85 \pm 31$  ( $\geq IV$  en 44%). El motivo principal de hospitalización fue neumonía (37%) y descompensación de comorbilidades (33%). Requirieron VMNI 15, VMI 4 y CNAF 7 pacientes; 4 ingresaron a UCI. Fallecieron 2 casos (5%), ambos con Charlson  $\geq 4$ , uno de ellos atribuible al VRS con insuficiencia respiratoria aguda y otro por ICC asociada a neumonía, de 57 y 68 años respectivamente. La estancia media fue  $11,6 \pm 11$  días. Se estimó que el 43% tuvo hiperreactividad bronquial inducida por VRS. **Conclusiones:** El VRS constituye una causa significativa de hospitalización en adultos, particularmente en pacientes con múltiples comorbilidades. En mayores de 80 años se observó una presentación clínica menos típica, lo que puede dificultar el diagnóstico oportuno. La caracterización de esta población es relevante para optimizar la vigilancia y orientar las indicaciones de las vacunas contra VRS recientemente aprobadas.

## CL82 MIOCARDITIS VIRAL POST NEUMONIA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*.

Andrés Ramírez C., Luis Mosqueira M., Javier Voisin C., Marichel Gutiérrez R. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio causada por una infección viral, que en su fase aguda puede variar desde síntomas clínicos transitorios hasta síntomas fulminantes como insuficiencia cardíaca aguda, shock cardiogénico o arritmias graves. La miocarditis viral es una infección del miocardio con virus cardiotropos. Un 10% pueden desarrollar miocardiopatía dilatada y luego insuficiencia cardíaca congestiva. En muchos casos graves, los pacientes requieren de soporte con ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*) o balón de contrapulsación intraaórtico (IABP). A continuación, presentamos en caso de un paciente con una neumonía viral que posteriormente desarrolla una miocarditis aguda. **Descripción del caso:** Paciente 21 años, género masculino, obeso, tabáquico activo. Sin otros antecedentes. Cursa con cuadro clínico compatible con Neumonía viral con panel respiratorio (+) para *Haemophilus influenzae*. Manejo antibiótico con azitromicina y posterior alta. Persiste disneico con tos seca, por lo que reconsulta en SU. Se realiza angioTC que muestra opacidades difusas en vidrio esmerilado y elementos de congestión pulmonar. EcoTT al día siguiente, muestra FE (Fracción eyección) 10% hipoquinesia global, Insuficiencia Tricúspidea severa, Insuficiencia Mitral moderada, VCI (Vena Cava Inferior) 24 mm TSVI (Tracto Salida Ventrículo Izquierdo) 8, TAPSE (desplazamiento del anillo tricúspideo) 19 y abundantes líneas de B de Kerley. Evoluciona de manera tórpida con TPSV en contexto de congestión, por lo que se inicia terapia depleitiva agresiva y soporte, con favorable respuesta. Se ajusta terapia aguda de insuficiencia cardíaca, logrando retirarse soporte ventilatorio y logrando ajustar fármacos a vía oral. Se da de alta con control ambulatorio por cardiología y broncopulmonar. **Diagnóstico:** Miocarditis viral por *Haemophilus influenzae*. **Discusión:** Las infecciones virales son la causa más frecuente de miocarditis. Coxackie B y Adenovirus destacan dentro de los cardiotropos. Sin embargo, *Haemophilus influenzae* es una causa rara de esta afección. El contexto clínico compatible (hombre, joven) sin otros antecedentes de relevancia además de su hospitalización previa, con este debut, plantea un diferencial desafiante, que requiere recursos y manejo específico y multidisciplinario.



## CL83 EFECTOS DE LAS TERAPIAS PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SOBRE LA OXIGENACIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD RESPIRATORIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

Rodrigo Torres-Castro, Isabel Blanco, Lucilla Piccari, Agustín García, Elena Gimeno-Santos, Ana M Ramírez, Joan Albert Barberà. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital del Mar, Barcelona, España, Hospital Clínic de Barcelona, España.

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HP) asociada a enfermedad pulmonar conlleva un mal pronóstico. Existe preocupación respecto al posible efecto deletéreo sobre el intercambio gaseoso de los fármacos aprobados para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes con enfermedad pulmonar. Realizamos una revisión sistemática sobre los efectos de los fármacos aprobados para la HAP en la oxigenación arterial en ensayos clínicos aleatorizados (ECA) realizados en pacientes con HP asociada a enfermedad pulmonar. **Materiales:** Se realizaron búsquedas en cinco bases de datos hasta mayo de 2025. Se incluyeron ECA que evaluaran terapias para HAP en pacientes con HP asociada a enfermedad pulmonar y que reportaran mediciones de oxigenación arterial, ya fuera la presión arterial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>) o la saturación arterial de oxígeno (SpO<sub>2</sub>). Para fines de análisis, ambas mediciones se integraron en una sola variable denominada "oxigenación global". Como desenlaces secundarios se analizaron el uso de oxígeno suplementario y la presencia de eventos adversos relacionados con la oxigenación. **Resultados:** De los 393 artículos obtenidos en la búsqueda inicial, se incluyeron nueve artículos que informaban un total de 827 pacientes (64,6% hombres). La oxigenación global al final del ensayo en el grupo de intervención (GI), tratado con una terapia para HAP, fue similar al grupo control (SMD -0,00; IC95% -0,17 a 0,18; p=0,98) (Figura 1). De manera similar, el cambio en la oxigenación global post-intervención en el GI fue comparable al grupo control (SMD 0,01; IC95% -0,22 a 0,24; p=0,91). Los eventos adversos relacionados con la oxigenación fueron semejantes en los brazos de tratamiento y control. **Conclusiones:** Actualmente no existe evidencia consistente proveniente de ECA que sugiera un efecto deletéreo de las terapias para HAP sobre la oxigenación arterial en pacientes con HP asociada a enfermedad pulmonar.

## CL84 FACTORES PRONÓSTICOS Y MORTALIDAD EN NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES FIBROSANTES ASOCIADA A HIPERTENSIÓN PULMONAR.

Felipe Cayupi, Camila Antivilo Canales, Héctor Castañeda T., Felipe Aravena F., Francisco Arancibia H. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** El pronóstico de las neumopatías intersticiales fibrosantes (NIF) es variable, siendo peor la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). En aquellos pacientes que además se complican con hipertensión pulmonar (HTP) se asocia a una menor supervivencia. El objetivo del estudio es determinar factores predictivos y la mortalidad de pacientes con NIF e hipertensión pulmonar. **Materiales:** Estudio observacional retrospectivo. Se evaluaron a todos los pacientes con NIF, que tuvieran estudios de cateterismo cardíaco derecho (CCD) realizado en el Instituto Nacional del Tórax durante 2018-2023. Se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico de NIF, con un compromiso tomográfico mayor del 5% y una CVF menor del 70%. **Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes, con una edad promedio de  $57 \pm 8,9$  años y 50,8% de sexo masculino. Las etiologías más frecuentes fueron las enfermedades del tejido conectivo (ETC) (37,7%) y la FPI (31,1%). Las ETC más frecuentes fueron la esclerosis sistémica y las miopatías inflamatorias. La prevalencia de HTP fue del 63,9%, siendo severa en el 19,7%. No se observaron diferencias significativas entre la presencia de HTP y el tipo de NIF ( $p=0,612$ ). La mediana de la supervivencia de los pacientes con NIF sin HTP, con HTP no severa e HTP severa fue de 29, 18,8 y 13,7 meses, respectivamente. Un 21,3% de los pacientes fueron sometidos a trasplante pulmonar. En el modelo de regresión de Cox ajustado por edad, capacidad vital forzada (CVF), presión arterial pulmonar media (PAPm), resistencia vascular pulmonar (RVP) y tipo de NIF, la edad y el diagnóstico de FPI se asociaron de manera independiente con mayor mortalidad. **Conclusiones:** La HTP es una condición prevalente en los pacientes con NIF. Los pacientes con HTP presentan una menor mediana de supervivencia, sin embargo, en el análisis multivariado los principales factores de riesgo fueron la edad y la presencia de FPI.

## CL85 ANEMIA HEMOLITICA MICROANGIOPÁTICA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA SEVERA: REPORTE DE UN CASO.

Ana Pinto F.<sup>1</sup>, Nathanael Retamal R.<sup>1</sup>, Vicente Rayo B.<sup>2</sup>, Belén Abara C.<sup>2</sup>, Felipe Carrillo H.<sup>2</sup>, Sebastián Lux F.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital del Salvador, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

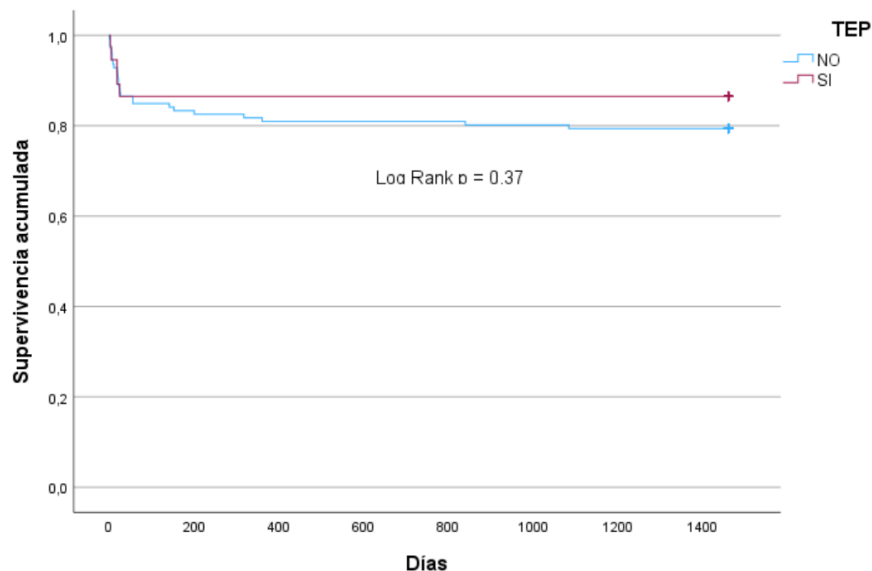
**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara y progresiva, caracterizada por disnea y limitación de la capacidad de ejercicio. La anemia hemolítica microangiopática (MAHA) es la destrucción intravascular de eritrocitos por daño endotelial, manifestándose con esquistocitos en frotis, alza de lactato deshidrogenasa (LDH), baja de haptoglobina e hiperbilirrubinemia indirecta. Existen reportes que asocian HAP con MAHA y trombocitopenia, atribuibles al paso de la sangre por arteriolas pulmonares remodeladas con lesiones plexiformes y depósitos de fibrina. **Descripción del caso:** Mujer de 45 años, con diagnóstico de HAP idiopática de 7 años, en tratamiento con sildenafil y ambrisentan, consulta por disnea progresiva hasta el reposo. Ingresa con insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo cánula nasal de alto flujo (CNAF) y VEC aumentado. Laboratorio: hemoglobina 11,7 g/dL, plaquetas 16.000/μL, esquistocitos en frotis, LDH 614 U/L, bilirrubina total 0,9 mg/dL, creatinina 1,35 mg/dL, orina con acantocitos 2%. Complemento, fibrinógeno, dímero D, Coombs directo y ADAMTS13 normales; haptoglobina disminuida; estudios genéticos del complemento, infeccioso, autoinmune y tomografía sin hallazgos relevantes. Ecocardiograma: foramen oval permeable (FOP) con shunt derecha-izquierda, presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) 118 mmHg. Ante sospecha de microangiopatía trombótica (MAT), recibió 13 sesiones de plasmaféresis, esteroides y tres dosis de rituximab sin respuesta clínica ni bioquímica. Posteriormente, se orienta como MAHA secundaria a HAP severa, iniciándose iloprost inhalado, tadalafilo, diuréticos y espironolactona, con mejoría clínica, descenso de PSAP a 80 mmHg y normalización de parámetros hematológicos. **Diagnóstico:** • Insuficiencia respiratoria aguda • Progresión de HAP idiopática. • MAHA secundaria a HAP. • AKI KDIGO I. **Discusión:** En la HAP severa, la hemólisis mecánica puede originar MAHA localizada al lecho pulmonar, a veces con trombocitopenia asociada. Reportes describen hallazgos similares: esquistocitos, LDH elevada y haptoglobina baja. Se ha documentado acortamiento de la vida media eritrocitaria, correlacionado con peor capacidad funcional y mayor PSAP. En etapas avanzadas, es frecuente la apertura funcional de un FOP; si bien el shunt explica la hipoxemia, la hemólisis se origina principalmente en la circulación pulmonar. Reconocer este fenómeno permite diferenciarlo de MAT sistémicas, interpretar biomarcadores de manera adecuada y definir el pronóstico en pacientes con HAP.

## CL86 MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO POR INFECCIÓN POR COVID-19.

Daniel R., Marichel Gutiérrez R. Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** La pandemia de COVID-19 nos puso frente a un escenario epidemiológico inédito en nuestro siglo. Entre sus manifestaciones, las complicaciones trombóticas, especialmente el tromboembolismo pulmonar (TEP), han sido ampliamente estudiadas. En 2022, publicamos un reporte sobre la utilidad del dímero D en este tipo de pacientes. El objetivo actual es evaluar la mortalidad a largo plazo en este grupo de estudio. **Materiales:** Estudio observacional descriptivo que incluyó a pacientes con COVID-19 hospitalizados en el Instituto Nacional del Tórax, entre febrero y junio de 2021, que contaban con una angiotomografía computada de tórax (AngioTAC). Se recopilieron datos clínicos y se determinó la presencia o ausencia de TEP. El seguimiento de supervivencia se realizó desde el diagnóstico o la exclusión del TEP hasta la muerte por cualquier causa, incluyendo un período de 4 años desde el diagnóstico o el descarte del TEP. **Resultados:** De 163 pacientes con COVID-19 y AngioTAC de tórax, 37 (23%) presentaron TEP. La edad promedio fue de  $53 \pm 14,6$  años, y el 64% eran hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y obesidad. La mortalidad intrahospitalaria global fue de 15 pacientes (9,2%), distribuidos en 11 (6,8%) en el grupo sin TEP y 4 (2,4%) en el grupo con TEP. A los 4 años, la mortalidad total fue de 31 pacientes (19%), con 26 (16%) en el grupo sin TEP y 5 (3%) en el grupo con TEP. Estas diferencias no alcanzaron significación estadística (Figura 1). **Conclusiones:** La mortalidad en pacientes con TEP y COVID-19 predominó durante el período intrahospitalario, sin evidenciarse diferencias significativas en el seguimiento a largo plazo.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier de supervivencia para pacientes con COVID 19 con o sin tromboembolismo pulmonar



## CL87 COMPARACION DE METODOS PARA LA MEDICIÓN DEL DELTA DE LA FRECUENCIA CARDIACA DURANTE EVENTOS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

Daniel Solomons, Mario Henríquez-Beltrán, Andrea Millán, Bastián Sobrevia, Cristián Cáceres, Belén Huincahue T., Eduardo Cruces A., Gonzalo Labarca. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

**Introducción:** El delta de la frecuencia cardíaca es un indicador relevante en la evaluación de trastornos respiratorios durante el sueño. Su medición permite identificar variaciones sutiles en la respuesta cardiovascular durante episodios de apnea, lo que puede reflejar la gravedad y frecuencia de los eventos. **Objetivos:** Comparar el delta de la frecuencia cardíaca entre el método de referencia y el método de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), analizando su correlación y fiabilidad en la detección de eventos de apnea. **Materiales:** Se analizaron 90 registros polisomnográficos correspondientes a mujeres adultas (edad promedio  $61.2 \pm 16.5$ ) participantes de un estudio poblacional. El delta de la frecuencia cardíaca se obtuvo a partir de la señal de ECG registrada en cada polisomnografía. Para ambos métodos (referencia y PUC) se aplicó un filtro para eliminar valores fisiológicamente improbables. Se realizaron análisis de correlación de Pearson y se calcularon coeficientes de fiabilidad interna ( $\alpha$  de Cronbach). **Resultados:** Se encontró una correlación significativa ( $p < 0.0001$ ) entre el método de referencia y PUC, con un coeficiente de Pearson de 0.497. Sin embargo, se observaron discrepancias en los valores del delta de la frecuencia cardíaca, lo que llevó a la eliminación de valores atípicos en ambos métodos. **Conclusiones:** El método de referencia y PUC muestran una correlación significativa en la medición del delta de la frecuencia cardíaca, aunque se requieren más estudios con muestras más grandes y diversas para validar los resultados. Las diferencias observadas sugieren que se deben considerar factores demográficos en futuros análisis. Estos hallazgos resaltan la importancia de la estandarización en la medición del delta de la frecuencia cardíaca en el contexto de la apnea obstructiva del sueño.

## CL88 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SUEÑO DEL HOSPITAL EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ DE VALPARAÍSO.

Cristián Lovera R., María Ignacia Ulloa G., Jorge Navarro S., Alvaro Carrizo A. Hospital Dr. Eduardo Pereira - Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** La caracterización de pacientes en unidades de sueño es fundamental para entender la epidemiología local y optimizar la gestión de recursos. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, antropométricas y poligráficas de los pacientes atendidos en la Unidad de Sueño del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez. **Materiales:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los datos clínicos y de las poligrafías respiratorias de pacientes evaluados en el laboratorio de sueño del hospital en los últimos 5 años. Se recopilaban variables demográficas, clínicas, antropométricas (IMC, circunferencia de cuello), escalas de sueño (*Epworth*, *STOP-Bang*) y resultados de la poligrafía (Índice de Apnea-Hipopnea - IAH, saturación de oxígeno). Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos. **Resultados:** Se analizaron 227 registros, con una edad promedio de 60 años, el 51.5% corresponden a mujeres. El 91% de los pacientes presentó un IAH patológico ( $\geq 5$  eventos/hora), con la siguiente distribución de severidad: 24% leve, 25% moderada y 42% severa. La saturación de oxígeno promedio fue del 94% (mín. 55%) con un CT90 (tiempo con saturación promedio del 29.5%). La población presentó un perfil de obesidad, con un IMC promedio de  $37.9 \text{ kg/m}^2$  y una circunferencia de cuello de 43 cm. Las puntuaciones promedio de las escalas de *Epworth* y *STOP-Bang* fueron de 11,3 y 5,8 puntos, respectivamente. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (35%), diabetes mellitus (22%), y patología obstructiva respiratoria (14%). **Conclusiones:** La población evaluada en nuestra unidad presenta una elevada prevalencia y severidad de trastornos respiratorios del sueño, fuertemente asociada a obesidad, alta carga de comorbilidad cardiovascular y somnolencia diurna significativa. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un diagnóstico y manejo activo de esta patología en nuestro centro.

## CL89 VERIFICACION DEL CÓDIGO DE DETECCIÓN DE DESATURACIÓN DE OXÍGENO EN COMPARACIÓN CON ABOSA.

Daniel Solomons, Mario Henríquez-Beltrán, Andrea Millán, Bastián Sobrevia, Cristián Cáceres, Belén Huincahue T., Eduardo Cruces A., Gonzalo Labarca. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago.

**Introducción:** La detección precisa de eventos de desaturación de oxígeno es crucial para el manejo de trastornos respiratorios durante el sueño. Se desarrolló un código personalizado para analizar archivos EDF y detectar eventos de desaturación en señales de SpO<sub>2</sub>, comparando su rendimiento con el algoritmo ABOSA. La fiabilidad y correlación de los resultados se evaluaron mediante análisis estadísticos. **Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo evaluar la correlación y fiabilidad del código de detección de desaturación de oxígeno en comparación con el algoritmo ABOSA, analizando métricas como T90, T88, carga hipóxica y el índice de desaturación de oxígeno (ODI). **Materiales:** Se procesaron 62 escaneos de polisomnografía de tres muestras de datos, utilizando análisis estadísticos en Jamovi. Se calcularon las correlaciones de Pearson y el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia entre las medidas. Los resultados mostraron una fuerte correlación en la mayoría de las métricas, excepto en T90, que presentó una correlación inaceptable. **Resultados:** Se encontró una correlación significativa ( $p < 0.0001$ ) en 7 de las 8 medidas analizadas, con valores de Cronbach superiores a 0.9 en total de eventos, duración media de eventos y ODI. Las métricas T90 y T88 mostraron correlaciones más débiles, sugiriendo la necesidad de mejoras en la detección de desaturación. **Conclusiones:** El código de detección de desaturación de oxígeno muestra una alta fiabilidad y correlación con el algoritmo ABOSA en la mayoría de las métricas analizadas. Sin embargo, se requieren mejoras en la detección de T90 y T88 para alcanzar niveles de fiabilidad aceptables. Estos hallazgos respaldan el uso del código personalizado para la detección de desaturación en entornos clínicos.

## CL90 HIPOXIA NOCTURNA Y PATRÓN NO *DIPPER* EN LA ASOCIACION ENTRE PRESION ARTERIAL Y APNEA DEL SUEÑO.

Mario Henríquez, Cristián Cáceres, Daniel Solomons, Andrea Millán, Bastián Sobrevia, Belén Huincahue T., Eduardo Cruces A., Gonzalo Labarca. Núcleo de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Adventista de Chile, Chillán. Depto. Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) se asocia estrechamente con alteraciones en la presión arterial y un mayor riesgo cardiovascular. Recientemente, nuevas métricas oximétricas, como la carga hipóxica específica de la apnea del sueño (CHAOS, por sus siglas en inglés), han mostrado mejor capacidad para cuantificar el impacto fisiológico de la AOS que los índices tradicionales. **Objetivo:** Comparar las características oximétricas tradicionales y la carga hipóxica (CHAOS) entre pacientes con patrones Dipper y no Dipper en el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). **Material y métodos:** Análisis preliminar del proyecto Fondecyt N°11240972. Se incluyeron pacientes con diagnóstico reciente de AOS que realizaron un MAPA de 24 horas. Las señales oximétricas del estudio de sueño fueron procesadas mediante un algoritmo en Python (Spyder), calculando la CHAOS como el área bajo la curva de desaturación de oxígeno asociada a los eventos respiratorios. Se compararon los grupos Dipper (descenso  $\geq 10\%$  nocturno) y no Dipper ( $< 10\%$ ) mediante pruebas no paramétricas. **Resultados:** Se analizaron 17 pacientes (Dipper: n=5; no Dipper: n=12). La edad fue 50 [49-61] años e IMC 33 [29-36] kg/m<sup>2</sup>. Los no Dipper mostraron tendencia a menor SpO<sub>2</sub> mínima (77.5 [73-80] vs. 86 [78-86]%) y mayor CHAOS (64.5 [27-74] vs. 18 [13-75] %·min/h), mientras que el IER fue similar entre grupos (27 [21-51] vs. 25.8 [19-33] eventos/h). **Conclusiones:** Los pacientes con patrón no Dipper presentan una mayor carga hipóxica y desaturaciones más profundas, lo que sugiere una exposición hipóxica nocturna más intensa que podría contribuir a un mayor riesgo cardiovascular, incluso con valores similares de IER. **Financiamiento:** Fondecyt de Iniciación N°11240972.

## CL91 ENDOFENOTIPOS DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN DIFERENTES GRADOS DE OBESIDAD.

Gonzalo Labarca, Eduardo Cruces A., Bastián Sobrevia P., Mario Henríquez-Beltrán, Daniel Solomon., Joaquín Nieto P., Eva Retamal R., César Maquilón O., Mónica Antolini. Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad San Sebastián, Universidad Adventista de Chillán, Hospital Eloísa Díaz, La Florida, Clínica Dávila, Santiago.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una patología prevalente, que afecta mayoritariamente hombres. Se ha encontrado una fuerte asociación con la obesidad, donde más de la mitad de los pacientes con AOS son obesos. Actualmente, se desconoce la asociación de obesidad con marcadores fisiopatológicos de la AOS como el loop gain, carga hipóxica, carga ventilatoria y delta de pulso, en mujeres chilenas con AOS. **Materiales:** Estudio prospectivo, de cohorte multicéntrico. Se enrolaron mujeres con diagnóstico de AOS de manera prospectiva en cinco centros de Chile (red UC Christus, Hospital Clínico La Florida, Clínica Davila), mediante poligrafía respiratoria. Las variables demográficas y del estudio de sueño fueron registradas en RedCAP y las señales de los estudios de sueño exportados en formato de datos europeos (edf) fueron analizadas mediante software MATLAB, extrayendo variables de Loop Gain, Déficit Ventilatorio, Carga Hipóxica y respuesta de pulso a los eventos respiratorios. Para fines de análisis, la muestra fue categorizada según el índice de masa corporal (IMC) como: Normal (bajo 25 kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso entre 25-30 kg/m<sup>2</sup>; Obesidad tipo I: entre 30-35 kg/m<sup>2</sup> y Obesidad tipo II o superior: IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>). Los análisis incluyeron test de ANOVA y regresión lineal entre la métrica de interés y la categoría basada en IMC. **Resultados:** Se incluye un total de 355 mujeres, edad media: 48 años, IAH media: 9.5 eventos/hora. Del total de la muestra, se categorizaron según IMC (normales: 11, sobrepeso: 29, Obesidad I: 71 y Obesidad II o más: 244). Comparado con normopeso, existe un aumento significativo en la carga hipóxica en el grupo de mayor IMC. (coeficiente B: 0.35 (IC: 0.03, 0.72, p: 0.03) y de la respuesta de pulso a los eventos respiratorios (coeficiente B: 0.15 (IC: 0.03, 0.27, p: 0.01)). No se encontró asociación con carga ventilatoria (coeficiente beta: 0.15 (IC: -0.18, 0.49, p: 0.36), loop Gain (coeficiente beta: -0.08 (IC: -0.33, 0.16, p: 0.51) y del índice de eventos respiratorios (coeficiente beta: 0.28 (IC: -0.03, 0.58, p: 0.07). **Conclusiones:** En mujeres con obesidad, existe un aumento significativo de la carga hipóxica y respuesta de pulso a los eventos respiratorios asociado con la ganancia de Índice de masa corporal, mientras que medidas tradicionales como el índice de eventos respiratorios no muestra una diferencia significativa. Estos hallazgos deben ser considerados al momento de evaluar el riesgo de mujeres chilenas con AOS.



## CL92 EFICACIA DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS EN DIFERENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.

Juan Carrillo<sup>1</sup>, Carola Valencia<sup>2</sup>, María Trinidad Figueroa<sup>3</sup>, Lisette San Martín<sup>1</sup>, Igor Bastías<sup>4</sup>. 1. Hospital de Quilpué, 2. Municipalidad de Quillota, 3. Hospital Metropolitano, 4. Hospital Félix Bulnes.

**Introducción:** Las enfermedades respiratorias agudas o crónicas, que cursan con insuficiencia respiratoria aguda, constituyen una proporción muy importante de los egresos hospitalarios. Generalmente cursan con estancia hospitalaria prolongada, incluyendo estancia en Unidades de Paciente Crítico, altas tasas de complicaciones y mortalidad. El objetivo fue comparar la eficacia de la ventilación no invasiva (VNI) en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda en pacientes hospitalizados con diversas patologías de base, evaluando indicadores críticos de desenlace. **Material y método:** Primera fase de una revisión narrativa de la literatura y guías clínicas recientes (2020-2023) mediante Inteligencia Artificial (chat.deepseek.com), centrada en el Síndrome de Hipoventilación Obesidad (SHO), EPOC, Neumonía, Asma, Bronquiectasias y Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). La segunda fase contempla realizar similar revisión mediante agentes de IA, y comparar ambos resultados con análisis por humanos de la literatura consultada y revisada por IA, y revisión narrativa tradicional. Se deben considerar estos resultados como H<sub>1</sub> que requiere verificación. **Resultados:** Según estos resultados preliminares, la eficacia de la VNI varía significativamente según la patología subyacente. Los resultados se resumen en la Tabla adjunta. **Resultados Clínicos:** **1. Máximo Beneficio (VNI como estándar de cuidado): SHO y EPOC:** La VNI es fundamental, reduciendo significativamente la intubación, estancia hospitalaria y mortalidad. **2. Beneficio Moderado/Selectivo (Uso cauteloso): Neumonía y Bronquiectasias:** La eficacia depende de la gravedad y las comorbilidades. Requiere monitorización estrecha por riesgo de fracaso. **Asma:** Su uso es controvertido y debe reservarse para casos seleccionados con hipercapnia y fatiga muscular. **3. Beneficio Limitado/No recomendada (Enfoque paliativo): Fibrosis Pulmonar Idiopática:** La VNI no mejora la supervivencia en las exacerbaciones agudas y se asocia a peores desenlaces. Su rol es principalmente paliativo para el confort del paciente. **Conclusiones:** La selección adecuada de pacientes basada en la patología subyacente es el factor crítico para el éxito de la VNI. Mientras que es una terapia que salva vidas en el SHO y la EPOC, su aplicación en la FPI debe reevaluarse, priorizando un enfoque de cuidados paliativos.

## CL93 CARGA ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN Y FRECUENCIA DE ATENCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE PULMONAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Francisco Salinas-Barahona, María Paz Riquelme, Sthefany Quezada, Paola Letelier, Gabriel Salgado-Maldonado, Adriana Lastra-Morales, Iván Ramírez, Ruvistay Gutiérrez-Arias. Instituto Nacional del Tórax, Universidad de las Américas, Universidad de los Andes, Universidad Andrés Bello, Universidad Diego Portales.

**Introducción:** Los pacientes sometidos a trasplante pulmonar (LTx) presentan diversos deterioros que afectan su funcionamiento en las etapas pre y postrasplante. En este contexto, la rehabilitación integral es clave para prevenir o resolver dichas alteraciones. Nuestro objetivo fue describir la carga asistencial de rehabilitación y la frecuencia de atención en la etapa postrasplante de pacientes sometidos a LTx en el Instituto Nacional del Tórax (INT). **Materiales:** Realizamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Incluimos pacientes de 15 años o más sometidos a LTx en el INT entre nov/2023 y jul/2025. Recolectamos la cantidad de atenciones de rehabilitación que recibieron los pacientes en la etapa pre y postrasplante inmediata, considerando las kinesiológicas, fonoaudiológicas, psicológicas, y de terapia ocupacional. Para la etapa pretrasplante de los pacientes hospitalizados, consideramos el periodo de su última hospitalización. Además, describimos la razón profesional/cama para cada disciplina. Nuestro estudio fue aprobado por el CEC-SSMO (SSMOrient060824). **Resultados:** Incluimos 18 pacientes, 56% mujeres, con una edad media de 49,89 años (DE 14,49). Trece pacientes (72%) esperaron hospitalizados el trasplante. La razón kinesiólogo/cama durante el día en las unidades de cuidados medios fue de 1:18,8 y en las de cuidados críticos de 1:11, mientras que en la noche fue de 1:70,5. En el caso de fonoaudiología, la razón fue de 1:70,5, y en terapia ocupacional y psicología, de 1:141. Todos los pacientes recibieron intervenciones kinesiológicas, el 72% psicológicas y fonoaudiológicas, y el 56% de terapia ocupacional. Además, todos los pacientes que estuvieron hospitalizados a la espera de trasplante recibieron intervenciones kinesiológicas, el 77% psicológicas, el 38% fonoaudiológicas y el 70% de terapia ocupacional. En la etapa postrasplante, los pacientes recibieron una mediana de 2,4 atenciones kinesiológicas (RIC 2,2-2,9) en 24 horas: 2 (RIC 1,9-2,2) durante el día y 0,5 (RIC 0,3-0,7) durante la noche. La mediana de atenciones semanales fue de 0,8 para fonoaudiología (RIC 0,4-1,1), 0,7 para terapia ocupacional (RIC 0,6-1,3) y 0,6 para psicología (RIC 0,6-1,2). **Conclusiones:** La carga asistencial de los profesionales de rehabilitación del INT es elevada. Durante el periodo estudiado, la mayoría de los pacientes sometidos a LTx recibieron intervenciones kinesiológicas y psicológicas. Sin embargo, las intervenciones fonoaudiológicas, psicológicas y de terapia ocupacional se realizaron de manera más espaciada.

## CL94 PESQUISA OPORTUNA Y MANEJO EXITOSO DE APNEA CENTRAL EMERGENTE EN GRAN ALTURA. REPORTE DE UN CASO.

Roberto Mondaca, Manuel Valera A., Miguel Aguilar G., Gonzalo Labarca T. Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) se puede complicar con apnea central emergente de forma frecuente, lo que dificulta su manejo, y esto resulta aún más difícil en pacientes que trabajan en grandes alturas. El manejo con CPAP puede ser insuficiente, por lo que se requiere un enfoque precoz sumando otras terapias disponibles como se muestra en este caso clínico. **Descripción del caso:** Hombre, 51 años, minero (3.000 msnm) durante 3 semanas al mes. Hace 2 años consultó por sueño fragmentado y somnolencia diurna. La polisomnografía no mostró eventos respiratorios, pero sí movimientos periódicos de piernas, diagnosticándose síndrome de piernas inquietas, y se deja pregabalina 75 mg/noche. Por persistencia de síntomas (Escala de Epworth 18/24), volvió a consultar. El examen físico mostró IMC de 26.8 kg/m<sup>2</sup> y saturación del 95% a nivel del mar. Debido a alta sospecha de eventos respiratorios en altura, se realizó estudio en esa condición con *WatchPAT*® que arrojó un IAH de 60,9, tiempo con saturación. **Diagnóstico:** Apnea central Emergente complicada por gran altura. **Discusión:** La apnea central emergente es relativamente frecuente en pacientes con AOS y cuando no cede espontáneamente tras uso de CPAP, puede requerir otras alternativas terapéuticas incluidas la servoventilación o BiPAP, siendo importante el seguimiento estrecho para evaluar respuesta. Otras estrategias serían: acetazolamida y oxígeno nocturno, las que también han sido usadas con éxito para apneas centrales de grandes alturas. En pacientes con apneas centrales emergentes y con exposición a hipoxia hipobárica se desestabiliza aún más el control ventilatorio, lo que complica su manejo incluso en quienes su tratamiento era efectivo a nivel del mar. Es crucial realizar estudios diagnósticos tempranos y sencillos en situación de altura como *WatchPAT*® y PR. Un abordaje precoz con uso de gran parte de las terapias mencionadas es clave para el éxito terapéutico.

## CL95 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD RESPIRATORIA DE UNA COHORTE EXPUESTA A ASBESTO EN CHILE.

José Daniel Aguayo <sup>1</sup>, Pamela Farías U.<sup>2</sup>, Juan Hepp V.<sup>2</sup>, Alejandra Salas S.<sup>2</sup>, Constanza Florestano O.<sup>2</sup>, Antonio Hernández M.<sup>2</sup>. 1.Universidad Andrés Bello, Hospital Militar. 2.Hospital Militar.

**Introducción:** La exposición ocupacional al asbesto sigue siendo un problema de salud relevante por su asociación con enfermedades respiratorias graves. En Chile existe poca información local. Este trabajo busca aportar datos nacionales al describir las características clínicas y las principales comorbilidades respiratorias observadas en una cohorte en seguimiento por exposición ocupacional al asbesto. **Materiales:** Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo entre agosto y septiembre de 2025, utilizando la ficha clínica electrónica de 41 personas con antecedente de exposición laboral a asbesto. El estudio contó con aprobación del comité de ética institucional y con consentimiento informado de los participantes. Se registraron variables demográficas, antecedentes médicos, exposición a tóxicos, hallazgos en tomografía computada (TAC) de tórax y pruebas de función pulmonar. El análisis incluyó estadística descriptiva y modelos de regresión para explorar la relación entre tiempo de exposición y alteraciones tomográficas, entre otras variables. **Resultados:** De los 41 sujetos iniciales, 10 fueron excluidos por falta de datos completos o rechazo a participar, conformándose una muestra final de 31 individuos. Se identificaron 2 grupos relevantes, uno con exposición  $\leq 12$  meses ( $n=17$ , Grupo A) que tuvo un promedio de edad de 27 años, y un segundo grupo con exposición de  $>12$  meses (entre 15–120 meses ( $n=14$ , Grupo B) que tuvo promedio de 36 años. En este segundo grupo se pudo identificar una asociación entre el tiempo de exposición y probabilidad de TAC alterado (0,5 puntos porcentuales adicionales por mes de exposición). La comorbilidad más frecuente en el grupo fue del tipo alérgico (rinitis, atopia) que está presente en un 45% del total de la cohorte. Respecto a los hallazgos en TC de tórax, se evidenciaron alteraciones en 35% (11 de 31) de las muestras, de las cuales 6 son nódulos pulmonares, 2 granulomas pulmonares y 2 opacidades en vidrio esmerilado y 1 alteración diafragmática inespecífica. **Conclusiones:** En esta cohorte se evidenció una alta proporción de alteraciones tomográficas inespecíficas y una elevada prevalencia de exposición concomitante a tóxicos. Se identificó una posible asociación entre el tiempo de exposición a asbesto y el riesgo de presentar TAC de tórax alterado. Entre las principales limitaciones destacan el tamaño muestral reducido, la inespecificidad de los hallazgos radiológicos y la imposibilidad de definir específicamente el tiempo desde la primera exposición a asbesto.