

JUN 18-19
2026

HOTEL MARRIOTT

Av. Presidente Kennedy 5741,
Las Condes, Santiago, Chile



Asociación Chilena de Enfermedades
Vasculares Encefálicas

LIBRO DE RESUMENES
Trabajos Libres

4° CONGRESO CHILENO DE
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
ACV: Liderar con ciencia, cuidar con impacto



Santiago, 18 y 19 Junio 2026

ISBN: 978-956-08231-1-3

N° de Radicación: 240969

Título: Libro de resúmenes 4to Congreso Chileno de Enfermedades Cerebrovasculares

Subtítulo: "ACV: Liderar con ciencia, cuidar con impacto"

Fecha del evento: 18 y 19 junio 2026

Tipo de publicación:
Obra colectiva / Libro digital

Autores:
Múltiples autores (ver listado completo en el contenido)

Editores científicos:
Flga. Alejandra Jara Cárcamo
EU. Alejandra Venegas Peña
Flga. Scarlett Cole Neira
Dra. Anita Olivos Jeneral

Entidad organizadora:
Asociación Chilena de Enfermedades Vasculares Encefálicas (ACEVE)

Año de publicación:
2026

Ciudad de edición:
Santiago

Idioma:
Español/Inglés

Contacto:
contactoaceve@gmail.com

Asociación Chilena de Enfermedades Vasculares Encefálicas

Directorio de la Asociación Chilena de Enfermedades Vasculares Encéfálicas

Presidente: Dr. Victor Hugo Navia
Vicepresidenta: EU. Mackarena Zapata
Secretario: Dr. Freddy Constanzo
Tesorera: Flga. Michelle Casanova Román
Past President: Dr. Pablo Lavados
Director: Dr. Enrico Mazzon
Director: Dr. Paulo Zuñiga
Director: Dra. Anita Olivos Jeneral
Director: Dr. Mario Rivera Lam
Director: Dr. Pablo González Valdivieso

Comité Organizador Congreso

Dr. Enrico Mazzon - Presidente
Dr. Freddy Constanzo
Dr. Pablo González Valdivieso
Dr. Mario Rivera Lam
Dr. Victor Hugo Navia
Dr. Rodrigo Rivas
Dr. Javier Poblete
Dr. Ronald Soto
Dra. Paula Muñoz-Venturelli
Dra. Anita Olivos Jeneral
EU. Mackerena Zapata
EU. Alejandra Venegas Peña
Flga. Michelle Casanova
Flga. Lilian Toledo Rodríguez
Flga. Scarlett Cole Neira
Flga. Alejandra Jara Cárcamo

Comisión Organizadora Trabajos Científicos

Flga. Alejandra Jara Cárcamo - Presidenta
EU. Alejandra Venegas Peña
Flga. Scarlett Cole Neira
Dra. Anita Olivos Jeneral

Asociación Chilena de Enfermedades Vasculares Encefálicas

Patrocinadores

Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia (SOCHIMU)
Sociedad de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN)
Sociedad Chilena de Diabetología (SOCHIDIAB)
Sociedad Chilena de Medicina Física y Rehabilitación (SOCHIMFYR)
Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular (SIECV)
Colegio de Enfermeras de Chile
Colegio de Fonoaudiólogos de Chile A.G. (COLFONO)
Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G.
Red Neurorehabilitación Araucanía
Facultad de Medicina - Universidad Católica de la Santísima Concepción (UCSC)
Universidad San Sebastián

Comité evaluador Trabajos científicos

Dr. Luciano Sposato, Neurólogo
Dr. Víctor Durán, Neurólogo
Dr. Mario Rivera Lam, Neurólogo
Dra. Paula Muñoz -Venturelli, Neuróloga
Dr. Pablo González Valdivieso, Neurólogo
Dr. Jonathan González
Flga. Lilian Toledo Rodríguez
Flga. Violeta Romero
EU. Jessica Constanzo
Klga. Arlette Doussoulin

Contenido

PALABRAS DE BIENVENIDA AL CONGRESO	9
PRESENTACIÓN DEL COMITÉ ORGANIZADOR TRABAJOS CIENTÍFICOS	10
RESÚMENES 4TO CONGRESO DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	11
<u>TRABAJOS PREMIADOS POR PARES EVALUADORES</u>	12
1º LUGAR PRESENTACIÓN ORAL EN SESIÓN PLENARIA: STRATEGIES TO PROMOTE ADHERENCE TO CLINICAL RECOMMENDATIONS FOR CHRONIC DISEASES IN PRIMARY HEALTHCARE IN CHILE	13
2º LUGAR PRESENTACIÓN ORAL EN SESIÓN PLENARIA: FUNCTIONAL DEPENDENCY AS THE MAIN PREDICTOR OF EMOTIONAL BURDEN AFTER STROKE	14
3º LUGAR PRESENTACIÓN ORAL EN SESIÓN PLENARIA: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN RESIDENTES DE GRAN ALTURA: ANÁLISIS EN LA PAZ, BOLIVIA	15
1º LUGAR PRESENTACIÓN ORAL DE PÓSTER: IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA TELEACV EN LA ATENCIÓN DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR A NIVEL COMUNAL EN CHILE: ESTUDIO ECOLÓGICO CON DATOS GRD, 2019-2024	16
2º LUGAR PRESENTACIÓN ORAL DE PÓSTER: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE QUE DEBUTA CON ATAQUE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO: SERIE DE CASOS	17
3º LUGAR PRESENTACIÓN ORAL DE PÓSTER: CORRELACIÓN ENTRE EL TERRITORIO VASCULAR DE LESIÓN Y LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA MEDIDA POR LA ESCALA FILS EN PACIENTES CON ACV INGRESADOS A CLÍNICA ALEMANA DE TEMUCO	18
<u>CATEGORÍA PRESENTACIÓN ORAL EN SESIÓN PLENARIA</u>	19
A CLINICAL-BIOCHEMICAL MODEL FOR EARLY PREDICTION OF THREE-MONTH FUNCTIONAL OUTCOME AFTER ISCHEMIC STROKE	20
<u>CATEGORIA PRESENTACIÓN ORAL DE PÓSTER</u>	21
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO MULTIFOCAL CON PRESENTACIÓN CLÍNICA COMO SÍNDROME DE AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA	22

Contenido

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ACV EN EL HOSPITAL DE TALAGANTE, CHILE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2024-2025	23
ANTICOAGULACIÓN PRECOZ Y RESOLUCIÓN DE TROMBO INTRACARDÍACO EN ACV CARDIOEMBÓLICO: IMPLICANCIAS EN EL MOMENTO DE CIRUGÍA CARDÍACA	24
ATAQUE CEREBROVASCULAR CRIPTOGÉNICO ASOCIADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN ENTRE 2021-2025	25
BIFURCACIÓN INTRATORÁCICA DE LA ARTERIA CARÓTIDA COMÚN DERECHA: ¿VARIANTE ANATÓMICA O ALGO MÁS ALLÁ?	26
CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA PARA EL ÉXITO O FRACASO DE LA EXTUBACIÓN EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS ADULTOS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE	27
CATEGORIZACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UTAC Y UTI NEUROQUIRÚRGICA: DEMANDA ASISTENCIAL Y CARGA DIARIA DE ATENCIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	28
DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CEFALEA ICTAL: SÍNDROME DE SJOGREN COMO CAUSA DE VASCULITIS CEREBRAL Y SIMULACIÓN DE UN SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE	29
DISECCIÓN CAROTÍDEA BILATERAL ESPONTÁNEA CON INFARTOS EN TERRITORIO LIMÍTROFE ACA/ACM EN PACIENTE JOVEN	30
EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE 65 HORAS DE TERAPIA MOTORA INTENSIVA (HABIT-ILE) EN ADULTOS CON ACV SUBAGUDO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PILOTO	31
ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL (TMS) ASOCIADA A REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: SERIE DE CASOS EN HOSPITAL DE PUERTO MONTT	32
ESTENOSIS CAROTÍDEA DE ETIOLOGÍA INFLAMATORIA COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL: MÁS ALLÁ DE LA ATEROMATOSIS	33

Contenido

IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE TRANSICIÓN EN PACIENTES CON ATAQUE CEREBROVASCULAR TRAS EL ALTA DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN ÑUBLE	34
PRESENTACIÓN CAMALEÓNICA DE INFARTO CEREBRAL	35
SÍNDROME DE MOYAMOYA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO	36
STENT BASILAR Y TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA MULTIFOCAL: DESAFÍO EN EL USO DE DOBLE ANTIAGREGACIÓN	37
STROKE MIMIC POR TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: PRESENTACIÓN COMO HEMIPARESIA AGUDA DE ETIOLOGÍA NO VASCULAR	38
TERAPIA ENDOVASCULAR EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: SERIE DE CASOS 2020-2026 EN HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO	39
TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA TARDÍA EN INFARTO CEREBRAL SUBAGUDO: IMPLICANCIAS FISIOPATOLÓGICAS EN CONTEXTO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE DE ALTO RIESGO	40
TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN GRAN ALTITUD EN LA PAZ: SEVERIDAD CLÍNICA E IMPACTO DEL COMPROMISO DEL SISTEMA VENOSO PROFUNDO EN UNA COHORTE BOLIVIANA	41
VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ESCALA DE CINCINNATI EN EL TRIAGE APLICADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ACV EN EL HOSPITAL DE TALAGANTE	42
<u>CATEGORÍA EXHIBICIÓN DE PÓSTER SIN PRESENTACIÓN ORAL</u>	43
ANÁLISIS DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN CHILE, 2021-2024	44
ATEROMATOSIS INTRACRANEAL EXTENSA Y AGOTAMIENTO DE LA RESERVA CEREBRAL: ¿QUÉ MÁS PODRÍAMOS HACER POR NUESTROS PACIENTES?	45
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL CRANEAL COMO CAUSA REVERSIBLE DE DETERIORO COGNITIVO: REPORTE DE 3 CASOS CON TERAPIA ENDOVASCULAR Y REVISIÓN	46

Contenido

HEMICRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN INFARTO MALIGNO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA: TOMA DE DECISIONES EN UN ESCENARIO DE ALTO RIESGO	47
OCLUSIÓN DE ARTERIA DE PERCHERON: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE INFARTO CEREBRAL, REPORTE DE CASO	48
SÍNDROME MEDULAR SECUNDARIO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL ESPINAL EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO EMBOLIZADO Y REVISIÓN	49
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO EN CHILE ENTRE 2020 Y 2023: ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR SEXO, EDAD Y DURACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	50
VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICO	51
VASOESPASMO SECUNDARIO A ABUSO CRÓNICO DE ERGOTAMÍNICOS. SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE EXTRACRANEAL Y LEUCOENCEFALOPATÍA	52
AGRADECIMIENTOS	53
PROGRAMA	54
AUSPICIADORES	59
PATROCINADORES	60

Palabras de bienvenida al Congreso

Estimados colegas, profesionales de la salud, investigadores, pacientes y miembros de la comunidad ACEVE:

En nombre del Comité Organizador, es un honor darles la bienvenida al 4° Congreso de Enfermedades Cerebrovasculares de Chile 2026, instancia académica que se ha consolidado como un espacio de referencia para el intercambio de conocimiento y el fortalecimiento de esta disciplina a nivel nacional y regional.

Bajo el lema “liderar con ciencia, cuidar con impacto”, esta edición del congreso pone en relieve la responsabilidad compartida de sustentar nuestras decisiones en evidencia de calidad y de traducir este conocimiento en intervenciones que generen un impacto significativo en la atención de las personas con enfermedades cerebrovasculares.

El programa científico ha sido concebido para favorecer el intercambio de conocimiento, la discusión crítica y la difusión de investigación de calidad, creando un espacio propicio para generar aprendizajes que fortalezcan la práctica clínica basada en la evidencia y orientada a resultados.

La presente publicación, que reúne los trabajos científicos aceptados en el congreso, constituye un reflejo del creciente desarrollo de la investigación en enfermedades cerebrovasculares en el país. Los estudios aquí presentados evidencian el compromiso de la comunidad científica con la generación de conocimiento relevante, riguroso y aplicable, así como con la mejora continua de la calidad de la atención de nuestros pacientes.

Agradecemos a todos los autores por sus valiosas contribuciones, las cuales enriquecen esta obra y fortalecen el avance de nuestra especialidad.

Atentamente,

Enrico Mazzon
Presidente del 4° Congreso de Enfermedades Cerebrovasculares de Chile 2026
Asociación de Enfermedades Vasculares Encefálicas, ACEVE

Presentación del Comité Organizador Trabajos Científicos

El 4° Congreso Chileno de Enfermedades Cerebrovasculares ACEVE 2026, bajo el lema “ACV: Liderar con ciencia, cuidar con impacto”, surge como un espacio de encuentro orientado a fortalecer el desarrollo científico, clínico y humano en torno al abordaje del accidente cerebrovascular en Chile y Latinoamérica.

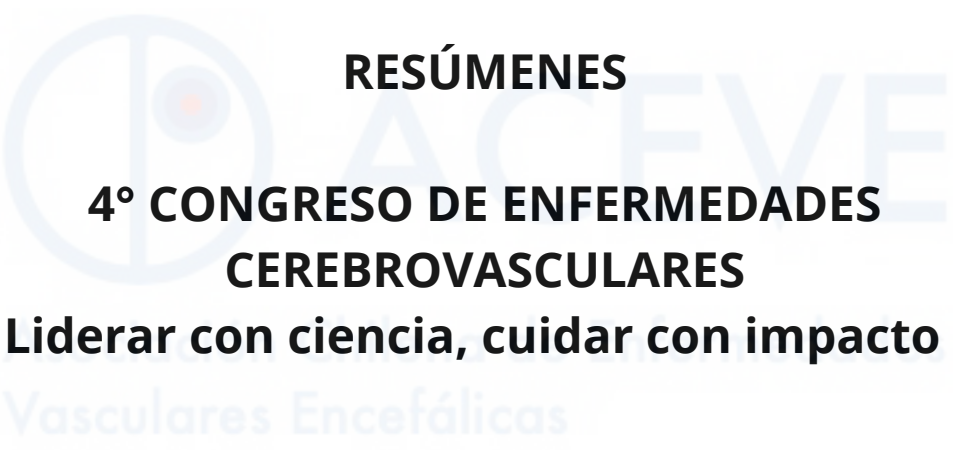
En un escenario donde los desafíos asociados al ACV continúan impactando de manera significativa a las personas, sus familias y los sistemas de salud, creemos que avanzar requiere no solo generar evidencia, sino también transformarla en acciones concretas, colaborativas y centradas en las necesidades reales de quienes viven esta condición.

Este Libro de Resúmenes reúne los trabajos científicos aceptados para esta edición del congreso, representando el esfuerzo, compromiso y dedicación de profesionales, investigadores y estudiantes provenientes de distintas disciplinas y contextos de atención. Cada uno de estos aportes refleja la importancia del trabajo interdisciplinario, la innovación y la búsqueda constante de estrategias que permitan mejorar la prevención, el tratamiento agudo, la rehabilitación y la reintegración de las personas con ACV.

Como Comité Organizador de Trabajos Científicos, agradecemos profundamente a quienes confiaron en este espacio para compartir sus experiencias, investigaciones y proyectos. Asimismo, reconocemos el trabajo de quienes participaron en los procesos de evaluación y revisión, contribuyendo al desarrollo de un congreso con altos estándares académicos y científicos.

Esperamos que esta publicación no solo represente un registro del trabajo presentado durante ACEVE 2026, sino también una herramienta que promueva nuevas ideas, colaboraciones y desafíos para continuar fortaleciendo el cuidado integral de las personas con enfermedades cerebrovasculares.

**Comité Trabajos Científicos
Congreso ACEVE 2026**



RESÚMENES

4° CONGRESO DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Liderar con ciencia, cuidar con impacto

The logo of the Asociación Chilena de Enfermedades Vasculares Encefálicas (ACEVE) is visible as a large, light blue watermark in the background. It features a stylized circular emblem on the left and the acronym 'ACEVE' in large, bold, sans-serif capital letters on the right.

TRABAJOS PREMIADOS POR PARES EVALUADORES

Asociación Chilena de Enfermedades
Vasculares Encefálicas

STRATEGIES TO PROMOTE ADHERENCE TO CLINICAL RECOMMENDATIONS FOR CHRONIC DISEASES IN PRIMARY HEALTHCARE IN CHILE

Alejandra Venegas Peña¹, Francisca González^{1,5}, Francisca Bascur¹, María Paula Madrid², Alexandra Obach², Paula Muñoz Venturelli^{1,3,4}

¹ Clinical Studies Center, Institute for Science and Innovation in Medicine, Faculty of Medicine, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.

² Intercultural Global Health Center, Institute for Science and Innovation in Medicine, Faculty of Medicine, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.

³ The George Institute for Global Health, Faculty of Medicine, University of New South Wales, Sydney, Australia.

⁴ Neurology Service, Department of Neurology and Psychiatry, Clínica Alemana de Santiago, Faculty of Medicine, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

⁵ Faculty of Health Sciences Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, Spain.

Introduction: Non-communicable chronic diseases represent a major global public health challenge. Despite advances in pharmacological therapies and health technologies, their long-term effectiveness largely depends on treatment adherence. Poor adherence is associated with inadequate disease control, increased hospitalizations, higher healthcare costs, as well as a higher risk of preventable complications, including cardiovascular and cerebrovascular events such as stroke. Evidence indicates that adherence is a complex and multifactorial phenomenon shaped by interacting individual, social and health system factors. This study aimed to establish consensus on recommendations to strengthen treatment adherence among individuals with chronic conditions in primary health care (PHC) in Chile, integrating the perspectives of patients and healthcare professionals.

Methods: A qualitative study using a two-stage Delphi methodology was conducted in Chilean primary health care. In stage 1 (diagnostic phase), focus group discussions with patients with chronic conditions and primary healthcare professionals explored barriers and facilitators to treatment adherence. In stage 2 (consensus phase), three Delphi rounds conducted between October and December 2025 established consensus on recommendations. The Tanahashi health service coverage model was applied as a conceptual framework to structure data coding and organize the analysis of recommendations.

Results: A total of 11 participants took part in the focus groups during Stage 1, generating statements on barriers and facilitators to treatment adherence. In Stage 2, 37 participants from different regions of the country completed three Delphi rounds. Consensus was reached on 48 recommendations across the Tanahashi dimensions. The highest priority recommendations emphasized strengthening the patient's active role in self-care, improving communication and trust in the patient-provider relationship, enhancing care coordination within primary healthcare teams, and addressing structural barriers related to workforce capacity, infrastructure and service availability. Digital health tools were identified as potential strategies to improve access and support treatment adherence.

Conclusions: Treatment adherence among individuals with chronic conditions remains a major public health challenge shaped by interacting individual, organizational and health system factors. Strengthening adherence in primary health care may contribute to improving chronic disease control and reducing the risk of major complications.

Keywords: Treatment adherence, chronic disease, cardiovascular disease prevention, primary health care, health systems.

FUNCTIONAL DEPENDENCY AS THE MAIN PREDICTOR OF EMOTIONAL BURDEN AFTER STROKE

Cristian Valverde R., MD^{1,2}; Julio Godoy A., MD³; Dafne Yuretic M., MD^{1,2,3}; Francisco Idrovo Q., MD^{1,2}; Mérida Terán J., MD^{1,2,3}; Keren Zambrano P., MD^{1,2}

¹ Neurology Department, Félix Bulnes Cerda Hospital, Santiago, Chile

² Postgraduate Program in Adult Neurology, University of Santiago, Chile

³ Postgraduate Program in Adult Neurology, Universidad Mayor, Santiago, Chile

Background: Emotional disorders are common after stroke and are associated with worse functional recovery and increased healthcare burden. However, the clinical determinants of post-stroke depressive and anxiety symptoms remain incompletely understood, particularly in Latin American populations.

Objective: To determine the prevalence of depressive and anxiety symptoms after stroke and to identify independent predictors, with particular emphasis on functional status and symptom co-occurrence.

Methods: We conducted a cross-sectional study including adult patients evaluated within three months of stroke at a tertiary care center. Depressive symptoms were assessed using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and anxiety symptoms were measured with the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). High-risk symptoms were defined as scores ≥ 10 on each scale. Multivariable logistic regression models were used to identify independent predictors of depressive symptoms, anxiety, and their co-occurrence.

Results: Among 300 patients (median age 68 years; 41.7% female), high-risk depressive symptoms were present in 31.3%, anxiety in 18.0%, and co-occurring symptoms in 13.7%. Functional dependency emerged as the strongest independent predictor across all models. Compared with functionally independent patients, those with moderate disability had a 3.5-fold higher odds of depression and nearly fourfold higher odds of anxiety, while severe disability was associated with more than eightfold increased odds of depressive symptoms and over fivefold increased risk of co-occurring emotional disorders. Age and sex were not independently associated with these outcomes. A clear dose-response relationship between functional disability and emotional outcomes was observed.

Conclusions: Functional dependency is the primary determinant of emotional distress after stroke, strongly predicting depressive symptoms, anxiety, and their co-occurrence. These findings support the implementation of disability-oriented mental health screening as part of routine post-stroke care and highlight the need for integrated strategies addressing both physical and psychological recovery.

Contact: crvalverde1995@gmail.com

3º LUGAR PRESENTACION ORAL EN SESIÓN PLENARIA

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN RESIDENTES DE GRAN ALTURA: ANÁLISIS EN LA PAZ, BOLIVIA

Gary Chambi-Quilla¹; Alberto Chambi-Quilla²; Katherine N. Ramirez¹; María Isabel Cusicanqui Giles¹; Damaris Quispe Martela³; Jorge Fortun de la Quintana¹

¹ Depto. Neurología, Hospital de Clínicas Universitario, UMSA, La Paz, Bolivia

² Medical Muñoz, Santa Cruz, Bolivia

³ Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), La Paz, Bolivia

⁴ Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Sede La Paz, Universidad Privada Franz Tamayo (UNIFRANZ), Bolivia

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV), incluyendo sus variantes isquémica (ACVi) y hemorrágica (ACVh), constituyen la primera causa de discapacidad adquirida y la segunda de mortalidad a nivel mundial. La residencia a gran altura (GA) se asocia a condiciones fisiológicas particulares, como hipoxia crónica (HC) y eritrocitosis, que podrían modificar el perfil epidemiológico

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, y factores de riesgo de pacientes con ACV atendidos en el Departamento de Neurología (DN) del Hospital de Clínicas Universitario (HCU) ubicado en GA.

Material y Metodología: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de ACV ingresados al DN del HCU de La Paz, Bolivia, (3600 m.s.n.m), dic. 2017–dic. 2025. Se establecieron siete grupos de edad entre los 18 y ≥84 años. Se analizaron variables demográficas, tipo de ACV, factores de riesgo, mortalidad y distribución temporal. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva utilizando una base de datos en Excel v21.

Resultados: Se incluyeron 335 pacientes (media 62.3 ± 14.2 años); 52% mujeres. El ACVi fue el tipo predominante (66%) frente al ACVh (34%). Un hallazgo crítico fue que el 47.8% (n=160) de los pacientes no presentó comorbilidades tradicionales previas. En el subgrupo con comorbilidades (n=175), la hipertensión arterial fue universal (100%), seguida de dislipidemia (52.5%), diabetes (25.7%) y eritrocitosis (25.1%). El grupo etario de 62–72 años representó el pico de vulnerabilidad, concentrando la mayor carga de comorbilidades y casos totales (n=118). Se observó una marcada estacionalidad: el ACVi predominó en invierno (julio, 77.4%) y el ACVh en primavera (octubre, 43.8%). La supervivencia global fue del 87%. Conclusiones: En GA, casi la mitad de los eventos de ACV ocurren en pacientes sin factores de riesgo clásicos, sugiriendo que la HC y la eritrocitosis son determinantes críticos de vulnerabilidad. En pacientes con patología base, la hipertensión actúa como el factor de riesgo absoluto. La séptima década de vida constituye el periodo de mayor riesgo, donde la convergencia de factores metabólicos y ambientales exige estrategias de prevención específicas para medicina de altura.

Palabras claves: Accidente Cerebrovascular, Isquémico, Hemorrágico, Altura.

Contacto: garymednc23@gmail.com

1° LUGAR PRESENTACION ORAL DE PÓSTER

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA TELEACV EN LA ATENCIÓN DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR A NIVEL COMUNAL EN CHILE: ESTUDIO ECOLÓGICO CON DATOS GRD, 2019-2024

Daniela Navarro¹, Paula Muñoz Venturelli^{1,2}, Enrico Mazzon^{1,2}, Marilaura Núñez³.

¹ Centro de Estudios Clínicos, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

² Servicio de Neurología, Departamento de Neurología y Psiquiatría, Clínica Alemana de Santiago, Chile.

³ Doctorado en Ciencias e Innovación en Medicina, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Introducción: La atención del Ataque Cerebrovascular (ACV) es tiempo-dependiente. La trombolisis cerebral dispone de una estrecha ventana terapéutica, por lo que la estrategia de TeleACV surge para cubrir esta brecha.

Objetivo: Describir, a nivel comunal, las características clínicas, tratamientos y mortalidad intrahospitalaria asociados a ACV y compararlos antes y después de la estrategia.

Metodología: Estudio descriptivo observacional, con análisis retrospectivo de la base de datos Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Los códigos utilizados como diagnóstico principal fueron I60 a I64 según CIE-10. Se evaluaron eventos de ACV entre 2019 y 2024, en tres grupos de comunas correspondientes a la población asignada a sus hospitales de derivación, donde se implementó estrategia TeleACV. La unidad de análisis fue cada episodio de atención, comparando el período pre-implementación (pre-I) y post-implementación (post-I) del TeleACV en los tres hospitales. Se realizaron regresiones logísticas ajustadas por sexo y edad, usando Stata19.

Resultados: Se analizaron 2590 eventos, de los cuales 859 (33,2%) correspondieron al periodo pre-I y 1731 (66,8%) al post-I. La edad promedio fue de 69,2±14,3 años, predominó el sexo masculino (1443; 55,7%), sin detectarse diferencias entre periodos. Las tasas de trombolisis aumentaron significativamente (de 0,93% (8/859) pre-I a 6,47% (112/1731) post-I; OR_a=7,34; 95%IC 3,56-15,11) y no significativo de las trombectomías (de 0,12% (1/859) a 0,40% (7/1731); OR_a=3,43; 95%IC 0,42-28,18). Hubo una reducción no significativa en mortalidad intrahospitalaria (pre-I 12,92% (11/859) vs post-I 11,55% (200/1731), OR_a=0,89; 95%IC 0,69-1,14). Tampoco fueron significativos los cambios en las tasas de traslados hospitalarios (OR_a=1,29; 95%IC 0,76-2,18), de los procedimientos ni de las complicaciones: catéter urinario (OR_a=0,89; 95%IC 0,74-1,08), gastrostomía (OR_a=0,80; 95%IC 0,49-1,30), sonda nasogástrica (OR_a=0,87; 95%IC 0,71-1,05), lesiones por presión (OR_a=1,06; 95%IC 0,74-1,52), infección urinaria (OR_a=1,04; 95%IC 0,7-1,36) y neumonía aspirativa (OR_a=0,94; 95%IC 0,72-1,23).

Conclusiones: A nivel comunal, la implementación de la estrategia TeleACV se asocia con un aumento significativo —aproximadamente siete veces— en la tasa de trombolisis. Asimismo, se observa una tendencia no significativa al incremento de la trombectomía y a la disminución de la mortalidad intrahospitalaria. Estos hallazgos refuerzan la relevancia de mantener y expandir esta estrategia en centros que requieran optimizar la atención del ACV. En este análisis de ACV por comunas se puede apreciar el significativo aumento de siete veces en la tasa de trombolisis en el periodo post-I del TeleACV, así como una tendencia a aumentar la de trombectomía y disminuir la mortalidad intrahospitalaria. Esto refuerza la relevancia de mantener esta estrategia e implementarla en aquellos centros que la requieran.

Palabras Claves: TeleACV, Accidente cerebrovascular, Trombolisis, Mortalidad.

2° LUGAR PRESENTACION ORAL DE PÓSTER

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE QUE DEBUTA CON ATAQUE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO: SERIE DE CASOS

Rocío Pacheco^{1,2}, Pablo Lavados¹, Verónica Olavarría¹, Alejandro Brunser¹, Diego Herrero¹.

¹Clínica Alemana de Santiago

²Hospital Base Valdivia

Introducción: El Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) es un diagnóstico clínico-radiológico de curso habitualmente benigno, con resolución espontánea del cuadro clínico pero que en algunos casos puede debutar con complicaciones graves, como una hemorragia intracerebral (HIC) o Hemorragia subaracnoidea de la convexidad (HSAc).

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas de pacientes con SVCR y Hemorragia intracraneal, atendidos entre los años 2020 y 2026 en Clínica Alemana de Santiago (CAS).

Métodos: Estudio observacional de una serie de pacientes hospitalizados en Clínica Alemana de Santiago entre enero de 2020 y marzo de 2026, con SVCR y ACV hemorrágico, y que consintieron en participar del Registro de Enfermedades Cerebrovasculares de la Clínica Alemana de Santiago (RECCA).

Resultados: Se incluyeron 232 pacientes con SVCR; 10 (4,3%) debutaron con ACV hemorrágico inicial. Edad media 58,6 años (DE 14; IC 95% 48.6–68.6), 90% fueron mujeres (IC 95% 59.6–98.2). NIHSS ingreso mediana 0 (RIC 0–1); 30% mejoró y 70% se mantuvo en 0. El gatillante más frecuente fue el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (40%; IC 95% 16.8–68.7), seguido de puerperio y simpaticomiméticos (20% cada uno; IC 95% 5.7–51.0). La cHSA por si sola predominó (50%; IC 95% 49.0–94.3) sobre HIC (20%; IC 95% 23.7–76.3), todas lóbulos; coexistieron ambos tipos de hemorragia en un 30% (IC 95%; 10.8–60.3). El patrón angiográfico fue arrosariado en 80% (IC 95%; 49.0–94.3), con predominio de afectación en el territorio de la arteria cerebral media (87.5%; IC 95% 52.9–97.8). A 3 meses, el 100% alcanzó entre [0–2] puntos en la escala de Rankin modificada.

Conclusiones: En esta serie de casos, el SVCR hemorrágico se caracterizó por un predominio de hemorragia subaracnoidea de la convexidad, en asociación con desencadenantes habituales, un patrón angiográfico arrosariado y desenlaces funcionales favorables, lo que refuerza el carácter principalmente benigno y reversible de la enfermedad.

Palabras Clave: Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible - Hemorragia subaracnoidea Hemorragia intracerebral - Angiografía por tomografía computarizada.

Contacto: rpacheco@alemana.cl

3° LUGAR PRESENTACION ORAL DE PÓSTER

CORRELACIÓN ENTRE EL TERRITORIO VASCULAR DE LESIÓN Y LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA MEDIDA POR LA ESCALA FILS EN PACIENTES CON ACV INGRESADOS A CLÍNICA ALEMANA DE TEMUCO.

Rodrigo Rivas Sanhueza^{1,3}, Zarhi Marín Parra^{1,2}, Verónica Moraga Barra¹, Fernanda Venegas Rodríguez¹ Fernanda Moreno Soto¹

¹Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Alemana de Temuco

²Docente clínico carrera Fonoaudiología, Universidad Mayor de Temuco

³Universidad de La Frontera, Departamento de Especialidades Médicas, Temuco.

Introducción: La disfagia orofaríngea es una complicación prevalente en el ataque cerebrovascular (ACV) que condiciona el pronóstico y la calidad de vida. La neuroanatomía de la lesión, visualizada mediante resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC), podría actuar como un predictor clave en la severidad y recuperación de la deglución.

Objetivos: Correlacionar el territorio de lesión y el tipo de ACV con la severidad inicial y la evolución funcional de la disfagia orofaríngea al egreso, utilizando la escala Food Intake Level Scale (FILS).

Metodología: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se analizó una muestra de base de datos de 104 pacientes con diagnóstico de ACV (Isquémico/Hemorrágico), atendidos por el equipo del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de Clínica Alemana de Temuco entre 2024 y 2025. Se registraron variables de neuroimagen (RM/TC) para determinar el territorio vascular y la severidad neurológica inicial (NIHSS). La función deglutoria se evaluó mediante la escala FILS al ingreso y al egreso hospitalario. El análisis estadístico incluyó pruebas de Kruskal-Wallis, Wilcoxon y correlación de Spearman, considerando significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados: Se encontró una correlación inversa fuerte entre el puntaje NIHSS y el FILS inicial ($r_s = -0,68$; $p < 0,01$). Los infartos totales de la circulación anterior (TACI) presentaron la mayor severidad inicial (Mediana FILS = 2; RIC 1-4). Los eventos hemorrágicos ingresaron con mayor compromiso funcional que los isquémicos, pero demostraron una tasa de recuperación significativamente más marcada (FILS: $+2,2 \pm 0,9$; $p < 0,005$). Los pacientes con compromiso de circulación posterior exhibieron alta variabilidad funcional y mejoras significativas al egreso ($p < 0,01$), mientras que los infartos lacunares mantuvieron niveles de normalidad (FILS > 8) en el 92% de los casos.

Conclusiones: El territorio vascular y la naturaleza del ACV son predictores determinantes de la función deglutoria. La neuroimagen constituye una herramienta esencial para identificar riesgos de aspiración que escalas clínicas generales como el NIHSS pueden subestimar, particularmente en lesiones de fosa posterior. Estos hallazgos permiten estratificar la prioridad de la intervención fonoaudiológica según el territorio lesionado, optimizando los tiempos de rehabilitación y acelerando la recuperación de una alimentación oral segura.

Palabras clave: ACV, Disfagia, Escala FILS, Neuroimagen, Rehabilitación.

Contacto: rrivas@alemana.cl

The logo for ACEVE (Asociación Chilena de Enfermedades Vasculares Encefálicas) is positioned in the background. It features a stylized circular emblem on the left, containing a vertical line and a small orange circle. To the right of the emblem, the word "ACEVE" is written in large, light blue capital letters. Below this, the full name of the association is written in smaller, light blue capital letters.

CATEGORIA
PRESENTACION ORAL EN SESIÓN PLENARIA

Asociación Chilena de Enfermedades
Vasculares Encefálicas

A CLINICAL-BIOCHEMICAL MODEL FOR EARLY PREDICTION OF THREE-MONTH FUNCTIONAL OUTCOME AFTER ISCHEMIC STROKE

Andrés Rodríguez, Eduardo López, Carola Figueroa, María José Rubilar, Esteban Navarro, Jaqueline Araneda, Carlos Escudero

Vascular Physiology Laboratory, Group of Research and Innovation in Vascular Health (GRIVAS Health), Department of Basic Sciences, Faculty of Sciences, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.
Clinical and Pre-Clinical Sciences Department, Faculty of Medicine, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
Servicio de Neurología, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillan, Chillán, Chile

Background: Early prognostic stratification after acute ischemic stroke is essential to guide management and optimize resource allocation, particularly in resource-limited settings. However, the incremental value of routinely available biochemical markers over established clinical scales remains uncertain. We aimed to identify early clinical and laboratory predictors of poor functional outcome three months after first-ever ischemic stroke.

Methods: We conducted a retrospective cohort study including consecutive adults with first-ever ischemic stroke admitted to a tertiary hospital between 2018 and 2019. Sociodemographic, clinical, and laboratory variables obtained within 48 hours of admission were analyzed. Poor functional outcome was defined as modified Rankin Scale (mRS) ≥ 3 at three months. Multivariable regression models were constructed to identify independent predictors and assess model discrimination.

Results: Among 404 patients (median age 68.1 years; 43.1% female), 53% experienced poor functional outcome at three months, including 11% mortality. Older age, pre-stroke disability, and severe stroke (NIHSS ≥ 16) were independently associated with poor prognosis. Admission hyperglycemia (≥ 118 mg/dL) was independently associated with increased risk of poor outcome (RR 1.56, 95% CI 1.26–1.94), whereas higher platelet count ($\geq 192.5 \times 10^9/L$) was associated with reduced risk (RR 0.71, 95% CI 0.57–0.88). A combined clinical-biochemical model demonstrated good discrimination (AUC 0.90) for predicting poor functional outcome.

Conclusions: Routine biochemical parameters, particularly admission glucose and platelet count, provide incremental prognostic value when integrated with established clinical predictors. These findings support the use of simple, low-cost markers to improve early risk stratification after ischemic stroke, with potential applicability across diverse healthcare settings.

Keywords: first ischemic stroke, prognosis, early biomarkers, functional

Contact: arodriguez@ubiobio.cl



CATEGORIA
PRESENTACION ORAL DE PÓSTER

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO MULTIFOCAL CON PRESENTACIÓN CLÍNICA COMO SÍNDROME DE AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

Moisés Amar Collantes¹, Diego Bastias Bravo², Maximiliano Schuller Martínez³, Emilia Herrera Barahona⁴, Vicente Godoy Mandiola⁵, Sergio Andre Legua Koc⁶

¹Médico EDF, CESFAM San Pablo, San Pablo, Chile

²Médico EDF, Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel, Putaendo, Chile

³Médico EDF, Hospital de Nancagua, Nancagua, Chile

⁴Médica EDF, PSR Melinka, Comuna de Guaitecas, Chile

⁵Médico EDF, Consultorio de La Cruz, La Cruz, Chile

⁶Neurólogo, Jefe Unidad Neurología Hospital San Camilo, San Felipe, Chile

Introducción: La Amnesia Global Transitoria (AGT) es un síndrome clínico caracterizado por la aparición súbita de amnesia anterógrada, con eventual compromiso retrógrado, que se resuelve espontáneamente en menos de 24 horas. Si bien su fisiopatología se asocia a una disfunción transitoria del hipocampo, la AGT constituye un fenotipo clínico, por lo que es fundamental descartar causas estructurales, entre ellas el accidente cerebrovascular (ACV).

Objetivo: Describir un caso de ACV isquémico con presentación clínica compatible con síndrome de amnesia global transitoria y destacar la importancia del estudio etiológico mediante neuroimagen.

Metodología: Reporte de caso clínico de un paciente adulto mayor evaluado en servicio de urgencias, con análisis clínico, imagenológico y evolución hospitalaria.

Resultados: Paciente de 76 años, con antecedente de hipertensión arterial, presentó inicio súbito de desorientación temporoespacial y compromiso de la memoria reciente tras un evento emocional significativo, manifestado por preguntas perseverantes y repetitivas, con preservación del nivel de conciencia y sin focalidad neurológica. La tomografía computada inicial fue normal. La resonancia magnética cerebral evidenció lesiones isquémicas agudas, destacando compromiso del hipocampo mesial izquierdo con restricción en difusión e hipointensidad en ADC, compatibles con ACV isquémico. El electroencefalograma fue normal. El paciente presentó resolución completa de la amnesia anterógrada dentro de las primeras 24 horas, sin déficit neurológico residual.

Conclusiones: El ACV isquémico puede manifestarse clínicamente como un síndrome amnésico transitorio con características típicas de AGT, especialmente cuando compromete estructuras hipocampales. La identificación de lesiones isquémicas estructurales excluye el diagnóstico de AGT idiopática y tiene implicancias relevantes en el manejo, orientando el tratamiento hacia la prevención secundaria vascular.

Palabras clave: Amnesia global transitoria; Accidente cerebrovascular isquémico; Hipocampo; Resonancia magnética; Síndrome amnésico.

Contacto: peque.amar97@gmail.com

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ACV EN EL HOSPITAL DE TALAGANTE, CHILE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2024-2025

Camila Palomo Vásquez¹, Claudio Vera García²

¹Médico Urgencia, Hospital de Talagante

²Enfermero Hospital de Talagante

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial, es una emergencia neurológica que requiere diagnóstico y tratamiento oportuno, mediante trombólisis intravenosa dentro de una ventana de 4,5hrs.

Su implementación enfrenta desafíos, particularmente en hospitales periféricos o con limitaciones en el acceso a neurólogos. En Chile, el Hospital de Talagante se ha convertido en centro de referencia para la atención de ACV mediante telemedicina, es el único centro con capacidad de TAC y teletrombólisis de la provincia y sectores aledaños.

Objetivo: Analizar la experiencia local con respecto a la activación de telemedicina, en un centro de salud nivel secundario.

Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo.

Resultados: Entre enero de 2024 y junio de 2025, el Servicio de Urgencias registró 51.477 consultas, 977 correspondieron a sospechas de ECV. Se activó TeleACV en 327 casos (33%), y de ellos, 79 pacientes (24%) recibieron trombólisis $\leq 4,5$ horas. De los casos no trombolizados ($n=248$), las principales causas fueron inicio de síntomas poco claros (15,3%), pseudo-ACV o trastorno funcional (12,1%), ACV hemorrágico (11,7%), ataque isquémico transitorio (10,1%) y minor stroke (8,9%), sumando el 58%. En los pacientes trombolizados, el 46,8% recibió tratamiento trombolítico en promedio 1 hora 7 minutos. El 81% de los códigos ACV fueron categorizados en un tiempo ≤ 10 minutos desde su ingreso al hospital. El 84,8% obtuvo neuroimagen en ≤ 25 minutos y el tiempo promedio desde neuroimagen a telemedicina fue 23 min, de evaluación neurológica a trombólisis 27min. Se utilizó tenecteplase en el 75,9%; un 15% fue candidato a trombectomía. El 51,38% de los códigos ACV fueron hombres, edad promedio 66 años. Los principales centros derivadores fueron los hospitales de Peñaflor (20,5%) y Melipilla (20,2%).

Conclusiones: Estos resultados evidencian un desempeño asistencial cercano a estándares internacionales, con tiempos adecuados de categorización y neuroimagen, destacando la relevancia del uso de telemedicina en la trombólisis aguda.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, isquemia cerebral, infarto cerebral, terapia trombolítica.

Contacto: camilaapalomo@gmail.com

ANTICOAGULACIÓN PRECOZ Y RESOLUCIÓN DE TROMBO INTRACARDÍACO EN ACV CARDIOEMBÓLICO: IMPLICANCIAS EN EL MOMENTO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Angel Jimenez Ledezma¹, Juan Pedraza Varas², Nicolas Rebolledo Villar³

¹Residente de Neurología, Universidad de Santiago de Chile (USACH).

²Neurólogo, Hospital El Carmen, Santiago, Chile.

³Neurólogo, Clínica Dávila Recoleta, Santiago, Chile

Introducción: El trombo ventricular izquierdo constituye una fuente cardioembólica de alto riesgo asociada a eventos cerebrovasculares isquémicos y recurrencia embólica. La anticoagulación sistémica representa el tratamiento estándar; sin embargo, el momento óptimo de inicio tras un accidente cerebrovascular (ACV) reciente continúa siendo motivo de debate debido al equilibrio entre riesgo hemorrágico y prevención de recurrencia embólica. Asimismo, existe escasa evidencia que oriente el momento adecuado de intervención quirúrgica en pacientes con trombos intracavitarios cardíacos tras un ACV reciente.

Objetivo: Describir un caso de ACV cardioembólico asociado a trombo ventricular izquierdo de gran tamaño, con resolución rápida tras anticoagulación precoz, y discutir sus implicancias en la toma de decisiones respecto al manejo quirúrgico.

Metodología: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. Se analizó la evolución clínica, estudios de neuroimagen y ecocardiografía seriada de un paciente con ACV isquémico y trombo ventricular izquierdo documentado durante su hospitalización.

Resultados: Paciente masculino de 44 años que presentó ACV isquémico frontoinsular izquierdo con un NIHSS inicial de 10. Durante el estudio etiológico se identificó un trombo apical del ventrículo izquierdo de gran tamaño (39×22 mm) mediante ecocardiografía transtorácica. Se inició anticoagulación precoz con enoxaparina terapéutica a las 48 horas del evento neurológico, con ajuste posterior de dosis. La evolución clínica fue favorable, con mejoría neurológica progresiva hasta NIHSS 2. Ante la presencia inicial de un trombo intracavitario voluminoso se discutió manejo quirúrgico urgente en conjunto con cardiología y cirugía cardíaca. No obstante, un ecocardiograma transesofágico realizado al día 11 evidenció resolución completa del trombo ventricular, por lo que se descartó la indicación quirúrgica y se continuó manejo anticoagulante.

Conclusiones: La anticoagulación precoz en pacientes seleccionados con ACV cardioembólico y trombo ventricular izquierdo puede asociarse a resolución rápida del trombo y evitar intervenciones quirúrgicas potencialmente riesgosas. Este caso destaca la importancia del manejo multidisciplinario y pone de manifiesto la limitada evidencia existente respecto al momento óptimo de cirugía cardíaca en pacientes con trombo intracavitario y ACV isquémico reciente.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, trombo ventricular izquierdo, anticoagulación precoz, cardioembolismo, cirugía cardíaca.

Contacto: angel.jimenez@usach.cl

ATAQUE CEREBROVASCULAR CRIPTOGÉNICO ASOCIADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN ENTRE 2021-2025

Nicolás Flores Uribe¹, Camila Zúñiga², Francisca Blásquez², Leticia Polanco³, Aldo Letelier⁴

¹Residente de Neurología, Universidad de Valparaíso

²Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso

³Enfermera, Hospital Carlos Van Buren

⁴Neurólogo Vascular, Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebrovascular, Hospital Carlos Van Buren

Introducción: El ataque cerebrovascular (ACV) es la quinta causa específica de años de vida saludable perdidos entre 60-74 años en Chile. El foramen oval permeable (FOP) está presente en 25% de la población y se asocia al desarrollo de embolia paradójal llevando a ACV [OR 5.1]. El diagnóstico puede realizarse mediante el test de burbujas con ecocardiograma o Doppler transcraneano. Su manejo puede ser médico con antiagregación/anticoagulación o cierre percutáneo en algunos pacientes.

Objetivos: Describir características clínicas, ecocardiográficas, imagenológicas, outcomes funcionales y recurrencias de eventos cerebrovasculares a corto plazo de pacientes con ACV criptogénico y FOP. Objetivo secundario: evaluar la proporción de FOP cerrados y tiempo cierre-diagnóstico.

Metodología: Cohorte retrospectiva de pacientes con ACV isquémico criptogénico y FOP en Hospital Carlos Van Buren entre 2021 y 2025. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades, localización de infarto, características ecocardiográficas y recurrencias de eventos cerebrovasculares.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, 9 hombres, mediana de edad 47 años [IQR 28-66], 8 hipertensos, 14 pacientes mRS 0. 12 ACV fueron en territorio de la arteria cerebral media (ACM). El RoPE score mostró una mediana de 7 puntos [RIC 4.5-9.5], 7 pacientes RoPE>7. El tamaño del shunt al ecocardiograma solo fue descrito en 8 pacientes; 6 pacientes tenían un aneurisma del septo auricular. Dado lo anterior la clasificación de PASCAL solo pudo calcularse con certeza en este grupo, de estos 2 calificaron como posibles y 6 como probables. Se realizó cierre percutáneo de FOP en 9 pacientes, mediana de tiempo diagnóstico-cierre de 9.5 semanas. A 12 meses del ACV 2 pacientes de cada grupo presentaron una recurrencia; y 12 pacientes fueron mRS<3.

Conclusiones: Se observó un perfil de pacientes jóvenes con pocas comorbilidades, con compromiso predominante del territorio de la ACM, consistente con mecanismo embólico. El RoPE score y PASCAL mostraron una probabilidad intermedia-alta de riesgo de embolia paradójal. Todos los cierres de FOP se realizaron en los primeros 6 meses posteriores al evento, lo cual es acorde a lo sugerido por la literatura. La mayoría de pacientes se mantuvo con mRS <3 12 meses posterior al evento.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Foramen Oval Permeable, Embolia paradójal

Contacto: nicolas.floresurib@gmail.com

BIFURCACIÓN INTRATORÁCICA DE LA ARTERIA CARÓTIDA COMÚN DERECHA: ¿VARIANTE ANATÓMICA O ALGO MÁS ALLÁ?

Gustavo Palominos Parra^{1,2}, Diego Alveal Seguel^{1,2}, Sebastián Fernández Osses^{1,2}, Camila Castillo Peña Saez^{1,2}, Marcelo Peldoza Wattier^{1,2}

¹ Departamento de Especialidades Médicas. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

² Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco, Chile.

Introducción: La bifurcación de arteria carótida común (ACC) generalmente ocurre entre los niveles C3-C5, pero existen bifurcaciones entre C1-C7. La bifurcación intratorácica es rara, siendo un hallazgo importante de consignar dadas sus implicancias diagnósticas y terapéuticas.

Objetivos y Metodología: Reporte de caso con bifurcación intratorácica de la ACC. Se discute la relevancia de su detección y posibles dificultades terapéuticas.

Resultados: Paciente masculino de 57 años, con hemiplejía derecha, afasia y mirada fija a izquierda. AngioTC de encéfalo y cuello, con evaluación en fases sin contraste, arterial y venosa, incluyendo reconstrucciones multiplanares, MIP y VRT. Además del hallazgo principal de oclusión de ramas distales de la arteria cerebral media izquierda que explican el cuadro clínico y displasia fibromuscular en arterias carótida interna y vertebral contralaterales a la lesión, se identificó una variante anatómica de bifurcación intratorácica a nivel de T1-T2 de la ACC derecha, con bulbo carotídeo adyacente al lóbulo tiroideo ipsilateral. La variante descrita es rara, siendo el primer reporte del año 1973 y hasta la fecha existen alrededor de 10 casos reportados, muchos de estos asociados a Síndrome de Klippel-Feil. En nuestro caso, se encontró la presencia de displasia fibromuscular en la carótida interna y en la vertebral derecha, sin existir una asociación descrita entre estas entidades. La existencia de esta variante anatómica se explica por una alteración embriológica, con la regresión anormal del tercer arco aórtico y la persistencia del ductus caroticus, produciendo una ACC corta y bifurcación precoz. Esto tiene implicancias diagnósticas al dificultar la ventana de evaluación de la bifurcación y del bulbo carotídeo al ultrasonido. Su relevancia en lo terapéutico radica en la dificultad técnica del abordaje quirúrgico para endarterectomía o tiroidectomía, así como también para la realización de intervenciones endovasculares, por la posición más inferior del bulbo y la íntima relación de la carótida interna con el lóbulo tiroideo ipsilateral.

Conclusiones: La bifurcación intratorácica de la ACC derecha es una variante anatómica rara, que debe ser reconocida para evitar errores diagnósticos y planificar adecuadamente procedimientos quirúrgicos o intervencionistas.

Palabras clave: Arteria carótida común, bifurcación carotídea intratorácica, variante anatómica, AngioTC.

Contacto: gustavopalominos@gmail.com

CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA PARA EL ÉXITO O FRACASO DE LA EXTUBACIÓN EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS ADULTOS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Castillo Fernández A.¹, León Navarro D.², Testa Jorquera F.¹, Toledo Olivárez C.³

¹ Unidad de Cuidados intensivos adulto, Hospital Puerto Montt.

² Universidad San Sebastián, sede Valdivia

³ Unidad de Cuidados intensivos adulto, Hospital de Castro

Introducción: La ecografía diafragmática como predictora de extubación se ha respaldado por varias revisiones. Sin embargo, la mayor parte de la evidencia proviene de poblaciones críticas heterogéneas, con incertidumbre sobre su aplicabilidad en pacientes neurocríticos adultos.

Objetivo: Identificar y caracterizar la evidencia disponible sobre la capacidad predictiva de la ecografía diafragmática para el éxito (EE) y/o falla de extubación (FE) en pacientes neurocríticos adultos.

Métodos: Revisión de alcance según la metodología del Joanna Briggs Institute y reportada conforme a PRISMA-ScR. Se realizaron búsquedas en PubMed/MEDLINE, Scopus, CINAHL, LILACS, PEDro, Embase y CENTRAL. Se incluyeron estudios primarios. La selección y extracción de datos se realizó por revisores independientes.

Resultados: Se incluyeron cinco estudios publicados entre 2018 y 2025. Las mediciones más utilizadas fueron excursión diafragmática (ED) y fracción de engrosamiento diafragmático (FED), observándose variaciones en protocolos ecográficos y tamaños muestrales. Un estudio reportó capacidad predictiva de ED (AUROC 0,83; punto de corte 1,09 cm) y otro estudio asociación entre FE y ED < 1 cm, sin análisis estadístico. La FED no mostró asociación ni capacidad predictiva. En otros estudios, ni ED ni FED se relacionaron con los desenlaces de extubación, pero la evaluación ecográfica de músculos abdominales durante la tos sí mostró desempeño predictivo.

Conclusión: La evidencia disponible es limitada y emergente. La ED es el único parámetro ecográfico diafragmático que ha reportado evidencia predictiva específica en población neurocrítica adulta. Existen estudios que no evidencian valor predictivo para ED pero proponen a la ecográfica de la musculatura abdominal como predictora, lo que abre una emergente línea de investigación.

Palabras clave: Ecografía diafragmática; Excursión diafragmática; Accidente cerebrovascular; Extubación; Pacientes neurocríticos.

Contacto: alfonso.castillof@ug.uchile.cl

CATEGORIZACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UTAC Y UTI NEUROQUIRÚRGICA: DEMANDA ASISTENCIAL Y CARGA DIARIA DE ATENCIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Alejandra Jara Cárcamo¹, Scarlett Cole Neira¹, Loreto Vargas Hernández^{1,2}

¹Hospital Puerto Montt - Servicio Medicina Física y Rehabilitación

²Clínica Andes Salud, Puerto Montt

Introducción: En unidades neurológicas críticas, la atención fonoaudiológica es clave para la seguridad y evolución funcional del paciente. No obstante, la planificación de recursos en salud continúa basándose en indicadores estructurales, como número de camas, que no reflejan la intensidad ni la variabilidad de la demanda terapéutica. En este contexto, realizar una categorización clínica permite objetivar la carga asistencial desde los requerimientos reales de intervención.

Objetivo: Analizar la demanda asistencial y la carga de atención fonoaudiológica en pacientes hospitalizados en UTAC y UTI Neuroquirúrgica, mediante un sistema de categorización clínica, para identificar brechas de cobertura y evaluar su impacto en la planificación del recurso humano.

Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizaron 971 indicaciones de atención fonoaudiológica durante el período noviembre 2025-febrero 2026. Se aplicó un sistema de categorización (C1-C4) que permite estimar la frecuencia de intervención requerida. La demanda total (evaluaciones + sesiones) se comparó con las atenciones efectivamente realizadas en días hábiles.

Resultados: El 69,5% de los pacientes se concentró en categorías de mayor demanda (C1-C2), evidenciando un perfil clínico de alta complejidad que requiere intervención frecuente o diaria. Se estimaron 1137 atenciones requeridas, frente a 915 realizadas, con una cobertura del 80,47% y una brecha asistencial de 222 atenciones (19,52%). La demanda diaria alcanzó 13,69 atenciones requeridas versus 11,02 realizadas.

Conclusiones: La categorización fonoaudiológica permite evidenciar una brecha asistencial significativa (19.52%) que no es capturada por los modelos tradicionales. Al contrastar los resultados con la dotación estimada según orientaciones ministeriales (0,97 profesionales), se observa que esta cubriría solo cerca del 48% de la demanda real, requiriendo aproximadamente el doble de recurso humano para una cobertura adecuada.

Esto demuestra que, incluso cumpliendo el estándar vigente, la atención resulta insuficiente. Los hallazgos cuestionan la validez de los criterios basados en número de camas y refuerzan la necesidad de avanzar hacia modelos de asignación de recursos basados en demanda terapéutica real

Palabras clave: Fonoaudiología, carga asistencial, categorización clínica, rehabilitación, ACV

Contacto: a.jara.carcamo@gmail.com

DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CEFALEA ICTAL: SÍNDROME DE SJOGREN COMO CAUSA DE VASCULITIS CEREBRAL Y SIMULACIÓN DE UN SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE

Dominique Fosk Risnik¹, Felipe José Vial Montes¹, Myriam Andrea Martínez Núñez¹, Martín Cleary Guerrini¹, Ronald Soto Arancibia², Dominique Alexandra Lister Cruzat²

¹Interno Medicina Universidad de los Andes, Universidad de los Andes, Chile.

²Neurólogo Clínica Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes, Chile.

Introducción: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) y las vasculitis del sistema nervioso central son un desafío diagnóstico dada su semejanza radiológica. Mientras el SVCR es transitorio y asociado a desencadenantes, las vasculitis por enfermedades del tejido conectivo requieren de inmunosupresión para evitar daño permanente.

Objetivo: Describir el proceso diagnóstico y evolución clínica de una paciente con eventos cerebrales isquémicos y hemorrágicos debidos a inflamación por Síndrome de Sjogren (SS).

Metodología: Se describe un reporte de caso clínico basado en el análisis de la historia médica, resultados de laboratorio y neuroimágenes de una paciente con compromiso neurovascular.

Resultados: Mujer de 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial y migraña, consulta por visión borrosa, cefalea ictal y dolor torácico. Acude al servicio de urgencias en repetidas ocasiones por recurrencia de la sintomatología, se descartan anormalidades cardíacas y se diagnostica una hemorragia subaracnoidea sulcal bihemisférica y signos de vasoconstricción en segmentos P3-P4. Se hospitaliza para estudio y manejo con diagnóstico de SVCR. Debido a la recurrencia de eventos isquémicos y el hallazgo de proteínas en líquido cerebroespinal se sospechó compromiso vasculítico. Junto a reumatología se decidió estudiar el caso, donde destacaron síntomas como xeroftalmia, serología positiva para SS y una biopsia de glándulas salivales que resulta compatible con la sospecha diagnóstica. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona y nimodipino, con respuesta favorable hasta la resolución completa de su sintomatología. En el seguimiento posterior al alta, bajo esquema inmunosupresor con azatioprina y prednisona se mantiene neurológicamente estable y sin cambios.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de considerar al SS como un diagnóstico diferencial ante cuadros de SVCR que se presentan de manera atípica. La recurrencia de eventos isquémicos y la hiperproteinorraquia fueron elementos clave para sospechar una vasculitis del sistema nervioso central por sobre un SVCR primario. Esta distinción permite brindar un manejo oportuno con terapia inmunosupresora dirigida, la cual fue determinante para la resolución de la clínica y el pronóstico de la paciente. Finalmente, se enfatiza la necesidad de un enfoque multidisciplinario para poder identificar enfermedades sistémicas que puedan causar fenómenos neurovasculares complejos.

Palabras clave: Síndrome de Sjogren (SS), Vasculitis Autoinmune, Síndrome de Vasoconstricción Cerebral Reversible (SVCR).

Contacto: dfosk@miuandes.cl

DISECCIÓN CAROTÍDEA BILATERAL ESPONTÁNEA CON INFARTOS EN TERRITORIO LIMÍTROFE ACA/ACM EN PACIENTE JOVEN

Sarai Espinoza Molina¹, Daniela Lillo Soto¹, Andrés Polit Muñoz²

¹Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

²Médico Cirujano, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La disección de la arteria carótida interna es una causa infrecuente de accidente cerebrovascular (ACV) en la población general, pero representa hasta el 15–25% de los ACV isquémicos en pacientes menores de 50 años. La presentación bilateral es rara y plantea desafíos diagnósticos y etiológicos. Presentamos el caso de una mujer joven con infartos en territorio limítrofe secundarios a disección carotídea bilateral.

Presentación del caso: Paciente femenina de 29 años, sin patologías crónicas y con antecedente de cefalea de una semana previo a consulta, acude por cuadro de un día de evolución caracterizado por parestesias en extremidades superior e inferior derecha y dificultad para la marcha. Al examen neurológico se evidenció paresia braquial M1 y crural M3 derecha, sin otros hallazgos patológicos decidiéndose su hospitalización. La resonancia magnética cerebral mostró infartos subagudos en centro oval, frontal medial, parietal mesial, peritrial y temporooccipital izquierdos, en territorio limítrofe entre la arteria cerebral anterior y la arteria cerebral media. La AngioRMN de vasos cervicales evidenció hematoma subintimal hiperintenso en T1 en ambas carótidas internas cervicales, con flap de disección y estenosis de 50–60% izquierda y estenosis leve derecha con repermeabilización distal, compatibles con disección carotídea bilateral. Durante la hospitalización se complementa estudio, entre ellos descartando patología autoinmune, presentando rápida mejoría clínica con resolución del déficit motor en 48 horas y desaparición progresiva de la cefalea y la alteración de la marcha.

Discusión y conclusión: La bilateralidad en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular sugiere arteriopatía subyacente, siendo la displasia fibromuscular una de las principales etiologías a descartar. El patrón de infartos en territorio limítrofe sugiere un mecanismo hemodinámico secundario a estenosis carotídea. Este caso resalta la importancia de considerar la disección arterial espontánea dentro del diagnóstico diferencial de ACV en pacientes jóvenes, aún sin factores precipitantes evidentes, dado su potencial buen pronóstico con diagnóstico y manejo oportuno, donde su reconocimiento mediante neuroimagen vascular es fundamental.

Palabras claves: carótida interna, disección carotídea, infarto cerebral, neurología.

Contacto: sarai.espinoza707@gmail.com

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE 65 HORAS DE TERAPIA MOTORA INTENSIVA (HABIT-ILE) EN ADULTOS CON ACV SUBAGUDO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PILOTO

Diego García-Valencia¹, Rodrigo Araneda Oyaneder² & Daniela Ebner-Karestinos²

¹ Instituto de Ciencias del Ejercicio y la Rehabilitación, Programa de Doctorado en Ciencias de la Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² Instituto de Ciencias del Ejercicio y la Rehabilitación, Escuela de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es una causa frecuente de discapacidad y produce déficits motores que afectan la autonomía y el desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD). Muchas intervenciones de rehabilitación se centran en la extremidad superior, aunque las AVD requieren coordinación bimanual, control del tronco y participación de las extremidades inferiores. Hand-Arm Bimanual Intensive Therapy Including Lower Extremities (HABIT-ILE) es una intervención motora intensiva basada en aprendizaje motor que integra entrenamiento bimanual orientado a tareas con control postural y uso de las extremidades inferiores. Su aplicación en adultos con ACV subagudo no ha sido aún estudiada.

Objetivo: Investigar la factibilidad y efectividad de 65 horas de intervención HABIT-ILE en adultos con ACV subagudo considerando funciones y estructuras corporales, actividades y participación.

Métodos: Estudio piloto de casos autocontrolados aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello (código 5B2025). Participaron tres adultos con ACV subagudo. Las evaluaciones se programaron antes de la intervención (T0), inmediatamente después (T1) y a los 3 meses (T2). HABIT-ILE se aplicó durante 10 días hábiles consecutivos (6,5 h/día). La medida principal fue la función motora evaluada con el Fugl-Meyer Assessment. Las medidas secundarias incluyeron fuerza de prensión, resistencia a la marcha, equilibrio y cuestionarios de AVD, objetivos funcionales, participación y calidad de vida. En este reporte se presentan los resultados de T0 y T1. La factibilidad se evaluó mediante adherencia al tiempo de terapia, finalización del protocolo y eventos adversos.

Resultados: La factibilidad fue positiva: los tres participantes completaron las 65 horas de intervención, manteniendo más del 80% del tiempo efectivo de práctica y sin eventos adversos. Se observaron mejoras en la puntuación total del Fugl-Meyer Assessment, incluyendo los componentes de extremidad superior e inferior, así como mejoras en el equilibrio. Los objetivos funcionales definidos por los participantes mejoraron en desempeño y satisfacción. En contraste, otros resultados fueron más heterogéneos.

Conclusión: HABIT-ILE parece ser una intervención factible y prometedora para adultos con ACV subagudo. Se requieren estudios controlados con muestras mayores para confirmar su efectividad.

Palabras claves: Accidente cerebrovascular, neurorrehabilitación, entrenamiento intensivo, aprendizaje motor.

Contacto: d.garcavalencia@uandresbello.edu

ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL (TMS) ASOCIADA A REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: SERIE DE CASOS EN HOSPITAL DE PUERTO MONTT

Scarlett Cole¹, Gladys Henríquez¹, Alejandro Ortiz¹, María Constanza Aros¹, Alexia Venegas¹

¹Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital de Puerto Montt, Chile.

Introducción: Las secuelas motoras, funcionales y del lenguaje posteriores al accidente cerebrovascular (ACV) generan limitaciones persistentes que afectan la independencia y participación social. La estimulación magnética transcraneal (TMS) ha emergido como una estrategia de neuromodulación no invasiva con potencial para favorecer procesos de neuroplasticidad cuando se combina con terapia rehabilitadora convencional. Objetivo: Describir los cambios funcionales observados en pacientes con secuelas motoras o afasia post ACV (etapas subagudo a crónico) sometidos a un protocolo de TMS inhibitoria asociado a rehabilitación multidisciplinaria.

Metodología: Serie de casos retrospectiva en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Puerto Montt. Se incluyeron 15 pacientes con ACV en etapa subaguda o crónica (1-11 meses de evolución), evaluados previamente por médico fisiatra y con consentimiento informado. Los participantes recibieron TMS inhibitoria por dos semanas (10 sesiones). Durante la estimulación se realizaron actividades terapéuticas dirigidas por kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología. Posteriormente cada sesión incluyó aproximadamente 45 minutos adicionales de intervención y se indicó programa domiciliario de ejercicios diarios, con mayor énfasis en fines de semana. Los pacientes se agruparon según déficit predominante: extremidad superior (n=5), marcha/equilibrio (n=5) y afasia expresiva (n=5). Se aplicaron evaluaciones estandarizadas pre y post intervención. Como variables principales se analizaron Fugl-Meyer (FMA - ES) para extremidad superior, ABC Scale para evaluar marcha y Screeling para desempeño lingüístico.

Resultados: En el grupo de extremidad superior la mediana de Fugl-Meyer aumentó de 35 a 54 puntos, superando el cambio mínimo clínicamente importante (~10 puntos). En el grupo de marcha la ABC Scale aumentó de 42,4% a 60,4%, superando el cambio mínimo detectable (~13-14%). En afasia expresiva el Screeling aumentó de una mediana de 39,5 a 56 puntos, superando el cambio mínimo detectable (~4-5 puntos).

Conclusiones: La aplicación de TMS inhibitoria asociada a rehabilitación multidisciplinaria intensiva mostró mejoría funcional en dominios motores y del lenguaje en pacientes post ACV. Estos resultados preliminares sugieren que la neuromodulación combinada con terapia convencional podría constituir una estrategia complementaria prometedora en rehabilitación neurológica.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular; estimulación magnética transcraneal; rehabilitación neurológica.

Contacto: cidhpm@gmail.com

ESTENOSIS CAROTÍDEA DE ETIOLOGÍA INFLAMATORIA COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL: MÁS ALLÁ DE LA ATEROMATOSIS

David Oliarte², Victoria Gómez², Cristian Toloza¹, Ricardo Kreisel¹, Alejandro González¹

¹Neurólogo Hospital de Puerto Montt

²Residente Neurología, Universidad San Sebastián, Hospital de Puerto Montt

Introducción: El infarto cerebral se asocia predominantemente a enfermedad aterosclerótica, especialmente en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular. No obstante, existen etiologías, como las arteriopatías inflamatorias, que pueden simular compromiso ateromatoso y condicionar diferencias relevantes en el enfoque diagnóstico y terapéutico. Estudios muestran que hasta un 20% de las vasculitis de grandes vasos pueden no elevar reactantes de fase aguda en etapas iniciales o bajo ciertas condiciones. La superposición fenotípica entre la ateromatosis y la enfermedad inflamatoria es un reto diagnóstico en el paciente geriátrico.

Objetivo: Describir un caso de infarto cerebral secundario a arteriopatía inflamatoria carotídea localizada, inicialmente sugerente de etiología aterosclerótica.

Metodología: Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años, con antecedentes de accidente cerebrovascular previo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, quien consultó por deterioro funcional progresivo, compromiso cognitivo y debilidad de extremidades inferiores.

Resultados: La tomografía computada cerebral evidenció un infarto subagudo parietal mesial derecho. La angiotomografía de vasos de cuello mostró estenosis severa de la arteria carótida interna derecha, inicialmente interpretada como de origen aterosclerótico. La resonancia magnética con estudio de pared vascular evidenció hallazgos compatibles con arteriopatía inflamatoria. El estudio etiológico ampliado, incluyendo evaluación autoinmune e infecciosa, no demostró compromiso sistémico, sugiriendo una vasculitis localizada. En este contexto, se descartó manejo quirúrgico y se indicó tratamiento inmunosupresor con corticoides y metotrexato. El paciente evolucionó hemodinámicamente estable, con persistencia de déficit neurológico motor y requerimiento de rehabilitación integral. Se planificó control imagenológico con angiotomografía de vasos de cuello a los 3 meses para evaluación evolutiva de la lesión vascular.

Conclusiones: La presencia de estenosis carotídea en pacientes con factores de riesgo vascular no excluye etiologías alternativas. Actualmente la Vessel Wall Imaging (VWI) o RM de Pared Vascular es el Gold Standard para diferenciar una placa aterosclerótica de una vasculitis. Intervenir quirúrgicamente una arteria inflamada aumenta drásticamente el riesgo de disección o re-estenosis aguda, por lo que es crucial una adecuada caracterización imagenológica para orientar el diagnóstico diferencial y optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

Palabras clave: Infarto cerebral; Arteriopatía inflamatoria; Estenosis carotídea; Resonancia de pared vascular; Diagnóstico diferencial

Contacto: david.oliarte@gmail.com

IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE TRANSICIÓN EN PACIENTES CON ATAQUE CEREBROVASCULAR TRAS EL ALTA DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN ÑUBLE

Claudia Reyes Vargas¹, Miriela Cabrera Morales¹, Alexis Rojo Araya¹, María Rubilar Escanilla¹, Felipe Soto Contreras¹, Andrés Rodríguez Morales^{2,3}

¹Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile

²Facultad de Ciencias, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

³Consorcio de Innovación e Investigación Neurovascular -NEUROVAS

Introducción: El ataque cerebrovascular (ACV) es en todo el mundo una de las principales causas de muerte. Si bien el porcentaje de pacientes que sobreviven a un ACV ha mejorado en los últimos diez años, la mortalidad y el grado de discapacidad sigue siendo alta.

La continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria en pacientes con ACV constituye un desafío, especialmente en contextos con alta carga de enfermedad y limitaciones en el acceso oportuno a controles. La falta de adherencia terapéutica, el desconocimiento de signos de alarma y las brechas en la transición hospital-atención primaria se asocian a mayor riesgo de rehospitalización y mortalidad precoz.

Objetivo: Evaluar el impacto de una intervención de seguimiento telefónico estructurado a los 7-10 días post alta sobre mortalidad, rehospitalización y utilización de servicios de salud en pacientes con ACV.

Metodología: Estudio de cohorte observacional que incluyó 1.417 pacientes egresados con diagnóstico de ACV entre 2024 y 2025. Un total de 485 pacientes (34,2%) recibieron seguimiento telefónico estructurado a los 7-10 días post alta por enfermería, mientras que 932 no.

Las variables primarias fueron mortalidad a 30 y 90 días. Como variable secundaria se evaluó rehospitalización a 7, 30 y 90 días. Se compararon ambos grupos mediante análisis descriptivo y pruebas bivariadas.

Resultados: La mortalidad a 30 días fue menor en el grupo con seguimiento telefónico en comparación con el grupo no contactado (0,62% vs 1,07%), así como la mortalidad a 90 días (1,44% vs 2,04%).

En cuanto a rehospitalización, se observó una mayor tasa en el grupo contactado a 30 días (9,90% vs 8,37%) y 90 días (19,38% vs 14,48%).

Conclusión: El seguimiento telefónico post alta en pacientes con ACV se asocia a una menor mortalidad a corto y mediano plazo. Sin embargo, se observa una mayor tasa de rehospitalización en el grupo intervenido, lo que podría reflejar una detección precoz de complicaciones y mayor utilización de servicios de salud.

Estos hallazgos sugieren que el seguimiento telefónico es una intervención potencialmente efectiva para mejorar resultados clínicos en pacientes con ACV, destacando la necesidad de futuros análisis para confirmar su impacto independiente.

Palabras clave: Stroke, Post-discharge follow-up, Continuity of care, Mortality, Telemedicine.

Contacto: claudia.reyes.v@redsalud.gob.cl

PRESENTACIÓN CAMALEÓNICA DE INFARTO CEREBRAL

Diego Morales Salman¹, Ricardo Kreisel Bahamonde¹, Cristián Toloza¹

¹Servicio de Neurología, Hospital Puerto Montt

Introducción: Las crisis epilépticas que se manifiestan como síntoma heraldo del evento isquémico cerebral agudo están descritas en la literatura pero son de presentación inusual y representan un desafío diagnóstico en la urgencia. Diferenciar esta etiología exige una alta sospecha clínica, especialmente en pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular mal controlados y secuelas neurológicas previas.

Objetivos: Describir un caso clínico de infarto cerebral subagudo manifestada exclusivamente como una convulsión focal motora de novo, resaltando la relevancia del estudio neurovascular exhaustivo y oportuno en pacientes de alto riesgo.

Reporte de caso clínico: Paciente masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y un infarto cerebral isquémico previo (2021) con hemianopsia homónima derecha secuelar. Acude al Servicio de Urgencias por un cuadro súbito de movimientos clónicos involuntarios en la extremidad superior izquierda, de aproximadamente 1 minuto de duración. No presentó compromiso de conciencia, síntomas neurovegetativos ni déficits neurológicos nuevos al examen físico.

Resultados: Al ingreso, destacó un mal control metabólico (HbA1c 10%). El electroencefalograma (EEG) evidenció lentitud intermitente generalizada. La resonancia magnética (RM) de encéfalo confirmó infartos subagudos tempranos frontales medios y parietal superior derechos. Adicionalmente, la AngioTC de cerebro y cuello, junto al Doppler transcraneal, reportaron hallazgos compatibles con estenosis severa o presencia de trombo blanco suboclusivo en la división superior de la arteria cerebral media (ACM) derecha, sumado a una oclusión antigua de la arteria cerebral posterior (ACP) izquierda (P1). El paciente evolucionó estable; se iniciaron medidas de neuroprotección, doble antiagregación plaquetaria (DAPT), estatinas y optimización insulínica.

Conclusiones: Las crisis focales de reciente inicio sin causa metabólica evidente en pacientes de alto riesgo cerebrovascular deben alertar tempranamente sobre una isquemia cerebral subyacente. El uso de RM protocolo stroke fue crucial para confirmar el origen isquémico frente a un cuadro puramente convulsivo. Un abordaje etiológico rápido e instauración de terapia antitrombótica dual optimizan la prevención secundaria.

Palabras Clave: ACV Isquémico; Crisis Focal; Trombo Blanco; Neuroimágenes; Prevención Secundaria.

Contacto: dmorales.salman@gmail.com

SÍNDROME DE MOYAMOYA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodrigo Villegas Guerra¹, Gabriel Arévalo Cisternas²

¹Médico cirujano, Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota.

²Estudiante de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar.

Introducción: El síndrome de Moyamoya corresponde a una angiopatía estenosante crónica de la porción terminal de las arterias carótidas internas, con consecuente formación de vasos colaterales. Tiene una prevalencia 1 en 1.000.000 en otras regiones fuera de Asia (1), con casos limitados reportados a nivel nacional (2). Se diferencia de la enfermedad de Moyamoya ya que se asocia a condiciones subyacentes, frecuentemente de carácter autoinmune o inflamatorio, tal como la colitis ulcerosa (3). Clínicamente, se manifiesta con enfermedad cerebrovascular aguda y aquellas de su patología de base (1).

Objetivos: Reportar la asociación clínica entre el síndrome de Moyamoya y la colitis ulcerosa destacando la importancia del estudio etiológico sistémico en el ataque cerebrovascular juvenil.

Metodología: Presentación de caso clínico mediante la revisión de ficha clínica, estudios imagenológicos, histopatológicos y análisis de la literatura científica actual.

Resultados: Paciente femenina de 19 años, con antecedente de asma, consultó por paresia del hemicuerpo izquierdo asociado a disartria de inicio súbito, precedida por tres días de cefalea holocraneal progresiva. Contaba con historia de cuadro similar transitorio previo y diarrea crónica. Al ingreso, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con paresia facio-braquio-crural izquierda (M3 en escala MRC), hiporreflexia, reflejo cutáneo plantar extensor, hipoestesia y extinción sensitiva ipsilateral.

El AngioTAC de cerebro y vasos de cuello, evidenció una lesión isquémica cortico-subcortical frontoparietotemporal derecha, estenosis severa de la porción terminal de la arteria carótida interna derecha y segmento M1 con presencia de vasos de neoformación compatibles con Moyamoya, hallazgos posteriormente confirmados por angiografía cerebral.

Respecto al estudio etiológico, se pesquisa anemia ferropénica, por lo que se realizó colonoscopia cuya biopsia confirmó el diagnóstico de colitis ulcerosa. Se instauró manejo con medidas de neuroprotección, neurorehabilitación, antiagregación plaquetaria y tratamiento ambulatorio de colitis ulcerosa, logrando una evolución clínica favorable al alta.

Conclusiones: El síndrome de Moyamoya corresponde a una causa infrecuente de ataque cerebrovascular juvenil. En este caso, destaca la importancia del estudio etiológico exhaustivo de patologías asociadas, tal como la colitis ulcerosa. Su alto nivel de sospecha permite al clínico la prevención de importante morbimortalidad asociada.

Palabras clave: Síndrome de Moyamoya, ataque cerebrovascular, colitis ulcerosa, enfermedad inflamatoria intestinal.

Contacto: villegasguerra.r@gmail.com

STENT BASILAR Y TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA MULTIFOCAL: DESAFÍO EN EL USO DE DOBLE ANTIAGREGACIÓN

Macarena Espinoza Silva¹, Allan Espinoza Agurto¹, Juan Pablo Pedraza Varas¹

¹Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú, Santiago, Chile.

Introducción: La oclusión de la arteria basilar posee una alta morbimortalidad. La trombectomía mecánica con instalación de stent requiere doble antiagregación plaquetaria (DAPT) para prevenir la trombosis del dispositivo. Sin embargo, la aparición de una transformación hemorrágica (TH) multifocal posterior a la reperusión plantea un escenario complejo, donde el riesgo de expansión del sangrado se contrapone al riesgo de isquemia del tronco encefálico.

Objetivos: Describir el proceso de toma de decisiones clínicas y el manejo de la antiagregación en un paciente con stent basilar y TH cerebral.

Metodología: Reporte de caso con revisión narrativa de la literatura orientada a la toma de decisiones terapéuticas.

Caso clínico: Hombre de 64 años, ingresa por un accidente cerebrovascular de territorio posterior (NIHSS 13) secundario a oclusión de arteria basilar. Se realiza trombolisis con tenecteplase y trombectomía mecánica (TICI 3) con instalación de stent basilar e inicio de DAPT. A las 48 horas, el paciente presenta una TH multifocal, supra e infratentorial, con foco extenso en hemisferio cerebeloso derecho y vaciamiento subaracnoideo, determinando la suspensión de antiagregantes. Tras mantener estabilidad imagenológica, al octavo día de evolución destaca un nuevo infarto pontino paramediano izquierdo. Ante el riesgo de trombosis del dispositivo, se decide el reinicio de DAPT (Ticagrelor/AAS). En el control angiográfico al día 23, se pesquiza oclusión completa del stent basilar; sin embargo, debido a la ausencia de nuevo quiebre neurológico, se mantiene manejo médico y rehabilitación intensiva. Evoluciona con notable recuperación funcional, logrando bipedestación y un NIHSS de 7 al egreso.

Conclusiones: El manejo de la antiagregación tras una TH y stent basilar representa un dilema terapéutico y requiere un equilibrio riesgo-beneficio individualizado y dinámico.

A propósito de este caso, planteamos que ante la estabilidad imagenológica del sangrado, la protección del tronco encefálico debe ser la prioridad terapéutica, enfocando la discusión no solo a la decisión de suspender o mantener la DAPT, sino también alternativas como el reinicio precoz de monoterapia o el uso de agentes con perfil farmacocinético de rápida depuración como los inhibidores IIb/IIIa. Es imperativo un equilibrio dinámico que prevenga la expansión hemorrágica sin comprometer la permeabilidad del stent.

Palabras clave: ACV isquémico, stent basilar, trombectomía, antiagregación, transformación hemorrágica.

Contacto: macaespinozasl@gmail.com

STROKE MIMIC POR TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: PRESENTACIÓN COMO HEMIPARESIA AGUDA DE ETIOLOGÍA NO VASCULAR

Victoria Gómez², David Oliarte², Ricardo Kreisel¹, Cristian Toloza¹, Alejandro González¹

¹Neurólogo Hospital de Puerto Montt

²Residente Neurología, Universidad San Sebastián, Hospital de Puerto Montt.

Introducción: La hemiparesia es una manifestación neurológica frecuentemente atribuida a etiología vascular; sin embargo, existen causas menos prevalentes que pueden simular un evento cerebrovascular, como la tuberculosis del sistema nervioso central. Se estima que constituye entre el 1% y el 2% de todos los casos de tuberculosis a nivel global. Esta patología, especialmente en pacientes sin inmunosupresión evidente, representa un desafío diagnóstico por su presentación inespecífica.

Objetivo: Describir un caso de hemiparesia de etiología no vascular secundaria a tuberculosis diseminada con compromiso mesencefálico.

Metodología: Se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años, con antecedentes de epilepsia, consumo problemático de alcohol y policonsumo de sustancias, quien consultó por debilidad aguda de hemicuerpo izquierdo y trastorno del habla.

Resultados: Al ingreso destacaba hemiparesia izquierda fluctuante. La tomografía computada cerebral inicial no evidenció lesiones agudas, mientras que la angiotomografía cerebral mostró una lesión pontomesencefálica con edema perilesional. La resonancia magnética cerebral con contraste orientó hacia etiología infecciosa, planteando como principales diagnósticos Tuberculoma vs Toxoplasmosis. El estudio etiológico, incluyendo serologías, análisis de líquido cefalorraquídeo y lavado broncoalveolar, resultó inicialmente negativo para tuberculosis. No obstante, dada la alta sospecha clínica e imagenológica, se inició tratamiento empírico antituberculoso. Posteriormente, la biopsia pulmonar evidenció inflamación granulomatosa necrotizante con bacilos ácido-alcohol resistentes, confirmando el diagnóstico de tuberculosis. El paciente evolucionó favorablemente, con reducción del tamaño de la lesión mesencefálica en controles imagenológicos y mejoría clínica parcial, persistiendo hemiparesia leve.

Conclusiones: Este caso resalta la necesidad de ampliar el diagnóstico diferencial de hemiparesia más allá de la etiología vascular, especialmente en contextos clínicos atípicos. La integración de hallazgos clínicos e imagenológicos permitió un diagnóstico y tratamiento oportunos, incluso en ausencia de confirmación microbiológica inicial, evitando retrasos en una patología potencialmente grave.

Palabras clave: Neurotuberculosis; Tuberculoma mesencefálico; Hemiparesia no vascular; Tronco encefálico; Diagnóstico diferencial

Contacto: vgomezm@correo.uss.cl

TERAPIA ENDOVASCULAR EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: SERIE DE CASOS 2020-2026 EN HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Marcelo Peldoza Wattier^{1,2}, Evelyn Torres Quilaqueo^{1,2}, Jonatan Pérez Coliñanco^{1,2}, Gonzalo Cea Valdebenito^{1,2}, Diego Alveal Seguel^{1,2}, Hugo Jaramillo Matamala^{1,2}

¹ Departamento de Especialidades Médicas. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

² Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco, Chile.

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) corresponde al 0,5-1% de los ataques cerebrovasculares, cuyo pronóstico es favorable con tratamiento farmacológico. Sin embargo, 13,5% de ellos presenta cuadro clínico grave (compromiso de conciencia, afectación de sistema venoso profundo, hemorragia intracraneana, cáncer, sexo masculino) (Ferro et al, 2009). En estos pacientes, el uso de anticoagulantes puede resultar insuficiente y la terapia endovascular es una alternativa.

Objetivos y Metodología: Comunicar aspectos clínicos y técnicos de una serie de casos de TVC sometidos a trombectomía mecánica en nuestro centro, entre 2020 y 2026, seleccionados con 2 o más criterios de gravedad.

Resultados: Se identificaron 15 casos de TVC (5 hombres y 10 mujeres) mediante TC y RM encéfalo, edad promedio 39 años, con puntaje de gravedad (Ferro Score) de 2 puntos (2 casos), 3 puntos (4 casos), 4 puntos (7 casos) y 5 puntos (2 casos). La mayoría de los casos presentó alteración de conciencia, 11 tuvieron compromiso de sistema venoso profundo y 9 hemorragia intracraneana. Todas las intervenciones se realizaron bajo anestesia general, anticoagulación plena con heparina no fraccionada y abordaje femoral combinado. La técnica de trombectomía mecánica fue aspirativa (6 manual, 2 automatizada y 6 combinadas) con distintos sistemas. En dos casos se agregó uso de stent retriever, angioplastia con balón y trombolisis local continua con rTPA por microcatéter a las 12h post intervención. Solo un caso, asociado a COVID, fue reintervenido. No se presentaron complicaciones mayores atribuibles a trombectomía. Todos los pacientes recibieron manejo neurointensivo en UCI, con enoxaparina en fase aguda y seguimiento con TC/RM. Al alta, 9 de 14 casos tuvieron mRS=0-2 con mejoría en el seguimiento y mRS=6 de 21%.

Conclusiones: Se presenta la experiencia local respecto a uso de terapia endovascular complementaria al manejo médico estándar en casos de TVC grave. Dado que se desconoce la prevalencia actual de TVC en la IX región, no es posible realizar una estimación de su impacto a nivel global. Sin embargo, los resultados clínicos en este subgrupo de pacientes, de conocido mal pronóstico, resultan exitosos respecto a la mortalidad cercana al 35% según lo descrito en la literatura.

Palabras clave: Trombosis venosa cerebral, trombectomía mecánica, sistema venoso profundo, alteración de conciencia.

Contacto: evelyn_torres_q@hotmail.com

TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA TARDÍA EN INFARTO CEREBRAL SUBAGUDO: IMPLICANCIAS FISIOPATOLÓGICAS EN CONTEXTO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE DE ALTO RIESGO

Victoria Gómez², David Oliarte², Alejandro González¹, Cristian Toloza¹, Ricardo Kreisel¹

¹Neurólogo Hospital de Puerto Montt

²Residente Neurología, Universidad San Sebastián, Hospital de Puerto Montt.

Introducción: La transformación hemorrágica es una complicación reconocida del infarto cerebral, reportada en aproximadamente un 10–40% de los casos, habitualmente en fases precoces y en relación con fenómenos de reperfusión. Se define como la extravasación sanguínea dentro de un territorio previamente isquémico. Cuando ocurre en etapas subagudas, generalmente varios días después del evento inicial, se considera una transformación hemorrágica tardía. Este comportamiento es menos frecuente y puede sugerir mecanismos fisiopatológicos distintos, particularmente en infartos de probable origen embólico.

Objetivo: Describir un caso de transformación hemorrágica tardía en un infarto cerebral subagudo y destacar la importancia de ampliar el estudio etiológico en este contexto.

Metodología: Se presenta el caso de un paciente masculino de 65 años, sin antecedentes mórbidos, quien consultó por un cuadro de instalación progresiva de aproximadamente 1 semana de evolución caracterizado por cefalea, alteración visual y compromiso cognitivo.

Resultados: Al ingreso, el examen neurológico evidenció hemianopsia homónima derecha y disartria leve. La tomografía computada cerebral inicial mostró un infarto occipital izquierdo de características subagudas, sin evidencia de hemorragia. Durante la hospitalización, controles imagenológicos seriados demostraron transformación hemorrágica progresiva, con aumento inicial del componente hemorrágico y posterior reabsorción parcial, lo que motivó la suspensión transitoria de antiagregación plaquetaria. Dado el carácter tardío de la transformación hemorrágica, se amplió el estudio etiológico ante la sospecha de un mecanismo embólico. El ecocardiograma transtorácico no evidenció alteraciones significativas; sin embargo, la ecocardiografía transesofágica identificó un foramen oval permeable de gran tamaño, con características anatómicas de alto riesgo, asociado a aneurisma del septum interauricular, en un contexto clínico de probabilidad intermedia según score ROPE. El paciente evolucionó clínicamente estable, persistiendo déficit visual.

Conclusiones: La transformación hemorrágica en fases subagudas del infarto cerebral constituye un hallazgo infrecuente que debe motivar una reevaluación del mecanismo etiológico. En este contexto, la sospecha de origen embólico y la utilización de estudios complementarios como la ecocardiografía transesofágica pueden ser determinantes para orientar el diagnóstico y la conducta terapéutica, incluso cuando la probabilidad clínica no es concluyente.

Palabras clave: Infarto cerebral subagudo; transformación hemorrágica; foramen oval permeable; embolia paradójica; reperfusión tardía

Contacto: vgomezm@correo.uss.cl

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN GRAN ALTITUD EN LA PAZ: SEVERIDAD CLÍNICA E IMPACTO DEL COMPROMISO DEL SISTEMA VENOSO PROFUNDO EN UNA COHORTE BOLIVIANA

Gary Chambi-Quilla^{1,4}, Alberto Chambi-Quilla², Katherine N. Ramirez¹, María Isabel Cusicanqui Giles¹, Damaris Quispe Martela³, Jorge Fortun de la Quintana¹

¹ Depto. Neurología, Hospital de Clínicas Universitario, UMSA, La Paz, Bolivia

² Medical Muñoz, Santa Cruz, Bolivia

³ Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), La Paz, Bolivia

⁴ Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Sede La Paz, Universidad Privada Franz Tamayo (UNIFRANZ), Bolivia

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) es una enfermedad cerebrovascular infrecuente con presentación clínica variable y potencial gravedad. Su fisiopatología implica alteración del drenaje venoso cerebral. La gran altitud podría modificar su expresión clínica. La evidencia en altitudes extremas (>3600 m s.n.m.) es limitada, representando un escenario fisiopatológico único.

Objetivo: Describir las características clínicas, factores de riesgo y hallazgos por neuroimagen en pacientes con TVC a (3600 m s.n.m.), evaluando específicamente el impacto del compromiso del sistema venoso profundo en la severidad clínica y el pronóstico funcional.

Material y Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo de 16 pacientes con TVC atendidos en un centro neurológico de referencia en La Paz, Bolivia (3600 m s.n.m.). Se analizaron variables clínicas, factores de riesgo y hallazgos en neuroimagen. El compromiso venoso se clasificó según criterios internacionales. Se compararon pacientes con y sin compromiso profundo; los resultados se presentan de forma descriptiva.

Resultados: La edad media fue de 39.3 años, con predominio femenino 56.3% mujeres (n=9) y 43.7% hombres (n=7), mostrando una proporción de varones superior a la reportada globalmente. El tiempo medio para el diagnóstico fue de 9.1 días. La cefalea fue el síntoma más frecuente (93.8%), seguida de crisis epilépticas (56.3%) y déficit neurológico focal. Entre los factores de riesgo destacan hipertensión arterial (37.5%), consumo de alcohol (31.3%), puerperio (25%) e infección activa (25%). En neuroimagen, el 25% presentó hemorragia parenquimatosa y el 12.5% infarto cerebral. El compromiso de senos venosos duros fue el más frecuente (43.8%), seguido del compromiso mixto (31.3%) y de venas corticales (18.8%). El compromiso del sistema venoso profundo se identificó en el 12.5% de los casos. Estos pacientes mostraron tendencia a mayor severidad clínica, con mayor déficit neurológico al ingreso, mayor frecuencia de lesiones hemorrágicas y mayor requerimiento de ingreso a unidad de cuidados intensivos, así como mayor tasa de complicaciones neurológicas.

Conclusiones: La TVC en gran altitud afecta principalmente a adultos jóvenes y se presenta con cefalea y crisis epilépticas. Aunque predomina el compromiso de senos duros, la afectación del sistema venoso profundo se asocia con mayor severidad y peores desenlaces, constituyendo un posible marcador de mal pronóstico.

Palabras Claves: Trombosis venosa cerebral, Gran altitud.

Contacto: garymednc23@gmail.com

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ESCALA DE CINCINNATI EN EL TRIAGE APLICADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ACV EN EL HOSPITAL DE TALAGANTE

Claudio Vera García¹, Camila Palomo Vasquez¹

¹Hospital Talagante

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. La detección precoz en los servicios de urgencia es clave para iniciar oportunamente el tratamiento. La escala de Cincinnati es una herramienta simple para identificar signos sugestivos de ACV; sin embargo, su rendimiento diagnóstico puede variar según el contexto clínico, por lo que es importante evaluarla en entornos hospitalarios locales.

Objetivo: Determinar la sensibilidad, especificidad y capacidad diagnóstica de la escala de Cincinnati desde el triage del Servicio de Urgencia del Hospital de Talagante para la detección de ACV.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y retrospectivo de precisión diagnóstica. Se revisaron fichas clínicas electrónicas de pacientes que consultaron por sospecha de ACV en el servicio de urgencia entre enero de 2024 y junio de 2025 y en quienes se dejó registro explícito de la aplicación de la escala de Cincinnati en triage. Los resultados se compararon con su diagnóstico final confirmado mediante evaluación médica y neuroimagen. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos y se realizó análisis mediante curva ROC.

Resultados: Se analizaron 457 pacientes con sospecha de ACV, de los cuales 274 (59,9%) presentaron diagnóstico confirmado y 183 (40,1%) fueron descartados. La escala de Cincinnati mostró una sensibilidad de 73,7% y una especificidad de 52,5%. El valor predictivo positivo fue de 69,9% y el valor predictivo negativo de 57,1%. Se observó que la probabilidad de ACV aumentó progresivamente con el puntaje obtenido en la escala, alcanzando un 88,3% de confirmación en pacientes con tres signos clínicos positivos. El análisis de la curva ROC mostró un área bajo la curva de 0,682, indicando una capacidad diagnóstica moderada.

Conclusiones: La escala Cincinnati aplicada en triage demostró un rendimiento diagnóstico moderado para la detección de ACV, con sensibilidad aceptable, pero especificidad limitada, constituyendo una herramienta útil para el tamizaje inicial en los servicios de urgencia debido a su simplicidad y rapidez de aplicación, sus limitaciones diagnósticas sugieren no utilizarse como único criterio de detección. Integrar esta escala con evaluación clínica y otras herramientas de pesquisa podría mejorar la identificación temprana del ACV.

Palabras claves: Accidente cerebrovascular, Escala de Cincinnati, Triage en urgencias, Precisión diagnóstica, Detección precoz.

Contacto: claudio.enf11@gmail.com

CATEGORIA
EXHIBICIÓN DE POSTER SIN PRESENTACIÓN ORAL

Asociación Chilena de Enfermedades
Vasculares Encefálicas

ANÁLISIS DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN CHILE, 2021-2024

Abdon Sojo Cancine¹, Claudia González Peña², Jesús González Cañas³, Franco Iriarte Guggiana⁴, Giancarlo Lange González⁵

¹ Médico APS, CESFAM Lagunillas, Concepción, Chile.

² Médica APS, CESFAM Tierras Blancas, Coquimbo, Chile.

³ Médico UPC, Hospital San Juan de Dios de La Serena, La Serena, Chile.

⁴ Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, sede Santiago, Chile

⁵ Médico, ACHS – SQM Salar de Atacama, Antofagasta, Chile.

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) se mantiene como una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, representando una carga significativa para los sistemas de salud. En Chile, constituye una causa relevante de hospitalización, especialmente en población adulta mayor.

Objetivo: Establecer la tasa de egreso hospitalario por ACV en Chile durante el período 2021-2024, según sexo, grupo etario y duración de la estadía hospitalaria.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal retrospectivo. Se analizaron los egresos hospitalarios registrados en la base pública del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) entre enero de 2021 y diciembre de 2024, identificados mediante el código CIE-10 I64 (ACV no especificado). Las tasas se calcularon por 100.000 habitantes utilizando proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se evaluaron tasas anuales, distribución por sexo y grupo etario, y promedio de estadía hospitalaria mediante estadística descriptiva. No requirió aprobación ética por utilizar bases anonimizadas de acceso público.

Resultados: Se registraron 21.775 egresos hospitalarios por ACV durante el período, con una tasa global de 29,46 por 100.000 habitantes. La tasa más alta se observó en 2024 (33,90) y la menor en 2021 (25,10). El sexo masculino presentó mayor tasa global (34,01) en comparación con el femenino (25,17). El grupo ≥80 años concentró la mayor tasa de egresos (238,23 por 100.000 habitantes), seguido del grupo 65-79 años (111,40). El promedio de estadía hospitalaria fue de 12,53 días, con un máximo en 2023 (13,08 días).

Conclusiones: Se observó un incremento progresivo de la tasa de egreso hospitalario por ACV entre 2021 y 2024, con predominio en hombres y en adultos mayores. Estos hallazgos sugieren una creciente demanda asistencial hospitalaria asociada al envejecimiento poblacional y refuerzan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención cardiovascular, diagnóstico oportuno y manejo integral.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular; Hospitalización; Chile; Epidemiología; Salud pública.

Contacto: abdonsojo@gmail.com

ATEROMATOSIS INTRACRANEAL EXTENSA Y AGOTAMIENTO DE LA RESERVA CEREBRAL: ¿QUÉ MÁS PODRÍAMOS HACER POR NUESTROS PACIENTES?

Andrea Saldívar Parra¹, Vicente Álvarez Cofré¹, Matias Llaguel Agüero¹, Priscilla López Linares¹, Daniela Westermeier Huayhua¹, Josefina María Longeri Contreras²

¹Pregrado de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Se ha descrito que en pacientes que presentan un accidente isquémico transitorio (TIA), cerca del 8% presentará un accidente cerebrovascular (ACV) en los próximos 30 días¹. De hecho, la presencia de síntomas fluctuantes se ha reportado hasta en un 30% de ellos y se ha asociado con un riesgo más alto de presentar un ACV los siguientes 90 días². El manejo precoz y la estabilidad hemodinámica son factores clave en el abordaje de estos casos, especialmente si el paciente presenta hallazgos compatibles con ateromatosis intracraneal.

Descripción del caso: Hombre de 77 años consultó por déficit focal agudo de 45 minutos de evolución, caracterizado por afasia de expresión, hemihipoestesia y plejía braquiocrural derecha, con presión arterial (PA) 132/66 mmHg. Presentó buena respuesta a volemicización y manejo postural, y una resonancia magnética (RM) protocolo stroke sin lesiones agudas pero con importante ateromatosis intracraneal. No obstante, evolucionó durante la hospitalización con fluctuación neurológica, por lo que se trasladó para estudio avanzado y manejo. Se realizó angiografía y RM perfusión que mostraron infartos subagudos fronto-parietales en territorio de arteria cerebral anterior (ACA) izquierda, signos de oclusión segmento A2 distal, estenosis crítica en segmento M1 y P2 distal ipsilaterales y moderada estenosis en segmento M1 derecho. Se mantuvo conducta expectante y manejo hemodinámico con PA >180/110 mmHg dado alto riesgo de complicaciones de terapia endovascular. Si bien inicialmente presentó mejoría, evolucionó con mala respuesta, consolidación del infarto y déficit severo.

Discusión y conclusiones: Los TIA representan eventos de isquemia cerebral inestable y dinámica, y la presencia de fluctuaciones representa un importante predictor de riesgo de ACV². Por otro lado, la respuesta al manejo de presiones arteriales es compatible con un ACV hemodinámico en contexto de enfermedad ateromatosa extensa³. La posterior evolución a un infarto establecido podría explicarse por la fatiga de mecanismos compensatorios. En consecuencia, ante la presencia de síntomas fluctuantes que responden a medidas hemodinámicas, se debe priorizar un estudio completo para la elección del manejo más adecuado.

Palabras clave: Accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular hemodinámico, fluctuación, ateromatosis intracraneal, resonancia magnética de perfusión

Contacto: asaldivar@uc.cl

FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL CRANEAL COMO CAUSA REVERSIBLE DE DETERIORO COGNITIVO: REPORTE DE 3 CASOS CON TERAPIA ENDOVASCULAR Y REVISIÓN

Jonatan Pérez Coliñanco^{1,2}, Evelyn Torres Quilaqueo^{1,2}, Diego Alveal Seguel^{1,2}, Débora Pollak Werner^{1,2}, Hugo Jaramillo Matamala^{1,2}, Marcelo Peldoza Wattier^{1,2}

¹ Departamento de Especialidades Médicas. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

² Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco, Chile

Introducción: Las fístulas arteriovenosas durales (dAVF) son comunicaciones anómalas entre arterias meníngeas y el sistema venoso intracraneal. Representan 10–15% de las malformaciones vasculares, con mayor frecuencia entre los 50–60 años. Aunque suelen manifestarse con tinnitus pulsátil, cefalea o déficits focales, ocasionalmente se presentan como deterioro cognitivo progresivo o demencia rápidamente progresiva, secundaria a hipertensión venosa y congestión cortical en aproximadamente el 1-2% de los casos.

Objetivo y metodología: Describir tres casos de dAVF con compromiso cognitivo diagnosticados en el Hospital de Temuco destacando su potencial reversibilidad.

Resultados:

Caso 1: Hombre 70 años, deterioro cognitivo progresivo, inicialmente atribuido a encefalitis viral. Neuroimágenes mostraron congestión venosa y sospecha de dAVF. Reevaluación evidenció tinnitus pulsátil y papiledema con deterioro cognitivo previo a encefalitis viral. Angiografía confirmó doble dAVF tipo Merland-Cognard IIa+b con hipertensión venosa cortical. Se realizó embolización con resolución sintomática y mejoría cognitiva significativa.

Caso 2: Hombre, 53 años, desorientación y bradipsiquia. RM inicial compatible con infarto de arteria de Percheron, sin respuesta a manejo médico. Evolucionó con progresión lesional y trombosis del seno recto. Angiografía demostró dAVF a vena de Galeno con reflujo venoso profundo y cortical. Se realizó embolización, con infarto cerebeloso secundario. Evolucionó con recuperación cognitiva parcial, especialmente en memoria.

Caso 3: Mujer de 43 años con un año de evolución de cefalea, deterioro cognitivo y trastorno de la marcha, progresando a dependencia moderada-severa. El estudio confirmó una dAVF multifocal con hipertensión venosa crónica intracraneal. La evaluación neurocognitiva evidenció demencia cortico-subcortical multidominio. Tras embolización y anticoagulación por trombosis venosa asociada, evolucionó con recuperación funcional y mejoría cognitiva significativa, objetivada en evaluación neuropsicológica, con un rol destacado de la rehabilitación multidisciplinaria. En el seguimiento angiográfico persiste un pequeño remanente de la fístula.

Conclusiones: Las dAVF deben considerarse en el diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo progresivo, especialmente ante signos de hipertensión venosa. Su reconocimiento precoz es fundamental, ya que el tratamiento endovascular puede revertir, al menos parcialmente, el compromiso cognitivo y funcional, mejorando de manera significativa el pronóstico. Asimismo, la rehabilitación multidisciplinaria posterior desempeña un papel clave en la optimización de la recuperación funcional.

Palabras clave: Fístula arteriovenosa dural, Hipertensión venosa cortical, Deterioro cognitivo, Demencia reversible, Tratamiento endovascular.

Contacto: j.perez20@ufromail.cl

HEMICRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN INFARTO MALIGNO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA: TOMA DE DECISIONES EN UN ESCENARIO DE ALTO RIESGO

Andrea Saldívar Parra¹, Vicente Álvarez Cofré¹, María Carolina Iñiguez Besa¹, Matias Llaguel Agüero¹, Daniela Westermeier Huayhua¹, Josefina María Longeri Contreras²

¹Pregrado de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El infarto maligno de la arteria cerebral media (ACM) es una entidad con alta mortalidad. La hemicraniectomía descompresiva (HCD) precoz, antes de las 48 horas de inicio del cuadro, es el estándar para reducir mortalidad y mejorar pronóstico funcional¹. No obstante, su indicación fuera de criterios clásicos es un desafío. Por ello, presentamos el caso de una decisión terapéutica compleja con desenlace clínico favorable, que destaca la importancia de la evaluación individualizada.

Descripción del caso: Mujer de 60 años, con independencia funcional completa y antecedente de Miastenia Gravis generalizada con tratamiento adecuado. Consultó en el Hospital del Cobre por compromiso de conciencia de 13 horas de evolución, con movimientos clónicos generalizados, disartria y hemiplejía izquierda. La tomografía axial computarizada (TAC) evidenció un infarto isquémico extenso fronto-temporo-parietal derecho con compromiso profundo. Evolucionó con deterioro neurológico hasta Glasgow 8-9 y requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Al día siguiente del ingreso se objetivó hipertensión intracraneana, por lo que se inició terapia hiperosmolar. En contexto de un pronóstico desfavorable y limitadas expectativas terapéuticas en el centro de origen, se trasladó al Hospital Clínico UC Christus para evaluación por neurocirugía. Se realizó una nueva TAC que confirmó un infarto subagudo extenso en territorio de la arteria cerebral media (ACM) derecha, con efecto de masa y signos de transformación hemorrágica IH1. Aun cuando llevaba más de 48 horas desde el inicio de los síntomas, se decidió realizar HCD con duroplastia. Al decimosexto día de postoperatorio se evidenció progresión de la transformación hemorrágica a PH1, probablemente relacionada con el inicio de terapia antitrombótica, que se suspendió de forma inmediata. Pese a la gravedad inicial del cuadro, ha tenido una evolución clínica favorable, con recuperación de conciencia, preservación de funciones superiores, y déficit neurológico focal residual en rehabilitación progresiva.

Discusión y conclusiones: Este ejemplo valida la HCD en caso de infarto maligno de la ACM y perfiles clínicos de alto riesgo, conforme a la evidencia disponible². En conclusión, su indicación depende en gran medida de la evaluación individualizada del caso³, una intervención oportuna y un manejo minucioso de las complicaciones.

Palabras clave: Infarto cerebral maligno, arteria cerebral media, hemicraniectomía descompresiva, transformación hemorrágica

Contacto: asaldivar@uc.cl

OCCLUSIÓN DE ARTERIA DE PERCHERON: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE INFARTO CEREBRAL, REPORTE DE CASO

Diego Mansilla Parra¹, Diego Morales Salman¹, David Oliarte Benitez¹, Ricardo Kreisel Bahamonde², Cristian Toloza Avila²

¹Residente Neurología Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián

²Neurólogo Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt

Introducción: La irrigación Talámica paramediana y mesencefálica proviene de ramas originadas de la Arteria Cerebral Posterior (ACP). La Arteria de Percheron (AdP) consiste en un tronco único desde una ACP, con posterior división para irrigar ambos Tálamos y la porción rostral del Mesencéfalo, el cual está presente entre 4-12% de la población. Su oclusión es la causa del 0.1-2% de infartos cerebrales. Su importancia diagnóstica radica en su forma de presentación inespecífica como alteración del estado mental, incluyendo coma; alteración de memoria y parálisis de la mirada vertical; con síntomas residuales altamente discapacitantes.

Objetivo: El objetivo es reportar un caso clínico de infarto cerebral de una presentación infrecuente.

Presentación de caso: Paciente masculino de 50 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Cirugía bariátrica, uso de Fentermina. Presenta cuadro de compromiso de conciencia súbito requiriendo manejo de Vía aérea por el que es trasladado, en tiempo de ventana. Ingresando con mirada desconjugada y midriasis derecha, disártrico, hemiparesia y hemihipoestesia derecha. Se realiza en Urgencias Tomografía y Angiotomografía sin hallazgos, Resonancia protocolo Stroke compatible con infarto bitalámico y mesencefálico, con un NIHSS 12 se indicó Trombolisis. Evoluciona en sopor profundo por lo que requiere ingreso en UCI.

Dentro de su estudio destaca poliglobulia mantenida con Hb > 18; LDL 90, test de burbujas negativo, Ecocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda y Holter de Ritmo sinusal. Evaluado por Hematología definen estudio ambulatorio de poliglobulia. Concluyéndose oclusión de AdP; al alta con NIHSS 4 apático, disártrico, midriasis derecha, limitación en la mirada vertical, paresia facial central y disimetría izquierda.

Discusión y Conclusiones: El infarto de AdP es una causa infrecuente y de manifestación clínica inhabitual de infarto cerebral, siendo fundamental su detección temprana para acceder a terapia de reperfusión. En este caso fue fundamental la resonancia. La causa del cuadro fue indeterminada, con requerimientos de seguimiento tanto neurológico y hematológico.

Palabras clave: infarto cerebral, arteria de percheron, compromiso de conciencia

Contacto: dmansillaparra@gmail.com

SÍNDROME MEDULAR SECUNDARIO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL ESPINAL EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO EMBOLIZADO Y REVISIÓN

Gonzalo Cea Valdebenito ^{1,2}, **Camila Castillo Peña** ^{1,2}, Rosita Gutierrez Vega ^{1,2}, Javier Goycoolea Barrera ^{1,2}, Francisco Sepulveda Nanjari ^{1,2}, Marcelo Peldoza Wattier ^{1,2}

¹ Departamento de Especialidades Médicas. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

² Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco, Chile.

Introducción: Las fístulas arteriovenosas dures espinales (FAVDE) son malformaciones vasculares causadas por un shunt entre una arteria radiculomeníngea y una vena radicular, que generan mielopatía congestiva secundaria a hipertensión venosa. Esto conduce progresivamente a edema, hipoxia y daño medular. Predominan en hombres entre 50 y 70 años, con presentación insidiosa y evolución prolongada, con retrasos diagnósticos frecuentes. Su reconocimiento requiere alto índice de sospecha ante síntomas iniciales inespecíficos.

Objetivos y Metodología: Se presenta un caso de síndrome medular por FAVDE, ingresado al Hospital de Temuco en 2026. Se entregan elementos clínicos, hallazgos de neuroimágenes y manejo terapéutico.

Resultados: Masculino 38 años, antecedente de artritis séptica de rodilla dos meses antes. Cuadro actual de 15 días de lumbalgia moderada, sin respuesta a analgesia y sin déficit neurológico inicial. Consultó con un día de inicio de paraparesia progresiva M3 con nivel sensitivo termoalgésico D8, propiocepción conservada y globo vesical. RM medular mostró extensa mielopatía tumefacta no hipercaptante desde D6 al cono medular, asociada a trayectos vasculares perimedulares dorsales. Se sospechó FAVDE versus mielitis transversa, inició metilprednisolona. Neurodeterioro intrahospitalario a las 24h con síndrome medular completo. Angiografía medular de urgencia confirmó FAVDE desde el foramen a nivel D11 derecho, independiente de Adamkiewicz y se efectuó microembolización del pedículo fistuloso con Squid® mediante técnica pressure cooker, sin incidentes. Rápida mejoría posterior a intervención, recuperando marcha a las 72 horas, con remisión del compromiso esfinteriano y sensitivo. Se dio de alta para neurorehabilitación y seguimiento con RM y angiografía a 3 meses. La edad y el patrón temporal de este caso difieren de la presentación clásica. La RM medular resultó clave para orientar el diagnóstico etiológico, permitiendo además descartar diagnósticos diferenciales relevantes, como compresión extrínseca o patologías inflamatorias desmielinizantes. La rápida progresión clínica obligó a una conducta diagnóstica y terapéutica urgente, lo que permitió un tratamiento oportuno y se asoció a una recuperación neurológica prácticamente completa, sin secuelas.

Conclusiones: Las FAVDE son una causa infrecuente de paraparesia aguda, pero deben considerarse ante mielopatías extensas. La terapia endovascular con agentes embolizantes constituye una alternativa mínimamente invasiva y efectiva.

Palabras clave: Fístula arteriovenosa dural espinal, terapia endovascular, Squid, pressure cooker

Contacto: c.castillo27@ufromail.cl

TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO EN CHILE ENTRE 2020 Y 2023: ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR SEXO, EDAD Y DURACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Camila Rojas D.¹, Elimar Nuñez V.² Daniela Fulginiti.³ Luis Figueroa.³ Catalina Pacheco Aravena.³

¹Médico cirujano, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina.

²Médico cirujano, Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, Venezuela.

³Médico cirujano, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El accidente isquémico transitorio (AIT) es un episodio breve y reversible caracterizado por alteraciones isquémicas focales, con una duración menor a 24 horas (usualmente menor a una hora) y sin evidencia de lesiones sugestivas de infarto cerebral en las imágenes, el cual es causado por una disminución del flujo sanguíneo cerebral por oclusión trombótica o embólica transitoria o por estenosis.

Objetivo general: Determinar la tasa de egreso hospitalario por accidente isquémico transitorio (AIT) en Chile durante el período 2020 a 2023.

Objetivo específico: 1.- Definir la tasa de egreso hospitalario según sexo. 2.- Calcular la tasa de egresos hospitalarios según grupo etario. 3.- Analizar descriptivamente el promedio de estadía hospitalaria.

Materiales y métodos: El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo basado en los egresos hospitalarios por accidente isquémico transitorio durante los años 2020 a 2023 en Chile.

Resultados: Se estudiaron un total de 8,647 casos de egreso hospitalario durante el período comprendido entre los años 2020 y 2023. Con una tasa promedio de egresos hospitalarios de 11,70 casos por cada 100.000 habitantes. En relación a la variable sexo se logra observar que el sexo masculino tuvo mayor TEH con 12,51. La tasa de egreso hospitalario fue mayor en los grupos etarios de personas mayores de 80 años, con una tasa de egreso de 85,58 por 100.000 habitantes. El promedio de estadía hospitalaria durante el periodo de estudio fue de 4,87 días

Conclusión: Este estudio permitió determinar que la tasa de egreso hospitalario por AIT en Chile durante el periodo 2020 a 2023 fue de 11,70 casos por cada 100.000 habitantes, evidenciando diferencias relevantes según sexo, edad y duración de hospitalización. Estos resultados refuerzan la importancia del AIT como una condición clínica que, a pesar de su carácter transitorio, representa una señal de alerta crítica para la prevención de eventos vasculares mayores al no ser diagnosticada, destacando la necesidad de mejorar los sistemas de registro, fortalecer el diagnóstico precoz y promover acciones preventivas dirigidas a los grupos de mayor riesgo.

Palabras clave: Chile, Hospitalización, Neurología, Ataque Isquémico Transitorio.

Contacto: camilarojasd4@gmail.com

VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICO

Francisca Acevedo Aguilar¹, Alfonso Marchesse Aguilera², Marcela Peña Acuña², Roberto Maturana Dasori³, Luis Ortega Ortega³.

¹Becada Neurología. Universidad de Santiago de Chile.

²Interno de Medicina. Universidad Diego Portales.

³Neurólogo. Hospital DIPRECA

Introducción: La vasculitis primaria del sistema nervioso central (VPSNC) es un trastorno inflamatorio que afecta los vasos sanguíneos del cerebro y médula espinal, sin evidencia de vasculitis sistémica. La clínica es inespecífica y debe sospecharse en pacientes con infartos múltiples en diferentes territorios vasculares sin los factores de riesgo tradicionales.

Objetivos: Reporte de VPSNC inicialmente refractaria al tratamiento corticoidal.

Material y métodos: Revisión de antecedentes clínicos y búsqueda bibliográfica.

Caso clínico: Masculino de 43 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial de reciente diagnóstico y accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en territorio de arteria cerebral media (ACM) derecha no secuelado (2024). Consultó por pérdida de fuerza en extremidad superior izquierda de inicio al despertar, sin otros síntomas. Al examen neurológico NIHSS 3 puntos por paresia facial y braquial izquierda e hipoestesia ipsilateral. AngioTAC de cerebro y cuello evidenció menor calibre de arteria carótida interna (ACI) derecha en segmento cervical con engrosamiento difuso de pared, segmento M1 de ACM derecha exhibe fino calibre. DWI mostró infartos subagudos en territorio silviano superficial y profundo derecho de diferente temporalidad. Angiografía digital: Arteriopatía suboclusiva del sifón carotídeo y de ACM derecha. Estudio etiológico para vasculitis, trombofilia, serología y punción lumbar negativos. Se complementó con RMN con estudio de pared con extensa captación de pared del segmento visible de ACI derecha, del segmento M1 derecho y captación focal del segmento M1 izquierdo. Se inició tratamiento con pulsos de Metilprednisolona seguido de Prednisona oral con esquema de descenso. A los 6 meses de tratamiento, AngioRMN con estudio de pared evidenció progresión de estenosis de aspecto inflamatorio en ACI, ACM derecha y ACM izquierda. Se repitieron estudios destacando en punción lumbar LCR levemente inflamatorio con proteinorraquia de 58 mg/dL. Dada la progresión del compromiso vascular intracraneal, en conjunto con Reumatología se inició Rituximab con esquema de inducción y mantención.

Discusión: La VPSNC es una entidad infrecuente, de presentación heterogénea y hallazgos imagenológicos inespecíficos. Este caso destaca la importancia de una evaluación dirigida ante infartos recurrentes con compromiso vascular y la solicitud de AngioRMN con estudio de pared. La progresión pese a corticoides resalta formas refractarias que requieren inmunosupresión avanzada.

Palabras claves: Vasculitis, corticoides, ACV.

Contacto: franciscaacevedoa.il@gmail.com

VASOESPASMO SECUNDARIO A ABUSO CRÓNICO DE ERGOTAMÍNICOS. SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE EXTRACRANEAL Y LEUCOENCEFALOPATÍA

Jenniffer Pérez-Ortiz, MD^{1,2}, Lorena García-Armijos, MD^{1,3}, Dafne Yuretic-Mendoza^{1,4}, Keren Zambrano-Pérez¹, Mérida Terán-Jimenez, MD^{1,2}, Juan Idrovo-Quinde^{1,2}

¹Hospital Félix Bulnes Cerda, Región Metropolitana, Chile.

²Universidad de Santiago de Chile.

³Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁴Universidad Mayor, Santiago.

Introducción: El ergotismo neurovascular es una complicación poco frecuente pero grave del uso crónico de derivados del cornezuelo. Aunque lo habitual es ver isquemia periférica en extremidades, el compromiso de vasos supraaórticos puede gatillar un vasoespasmo tan severo que simula una oclusión orgánica o una vasculitis primaria del SNC. Su importancia radica en el desafío diagnóstico que representa, ya que la reversibilidad del cuadro es la clave para diferenciarlo de arteriopatías estructurales o inflamatorias, evitando así manejos invasivos innecesarios.

Objetivos: Describir un caso de complicaciones neurovasculares graves asociadas al abuso de ergotamínicos y discutir su diagnóstico diferencial, analizando la correlación entre los hallazgos de las neuroimágenes, laboratorios y la evolución clínica de la paciente.

Caso Clínico: Mujer de 63 años con cefalea crónica y abuso de ergotamínicos (hasta 30 comprimidos/semana). Acude a servicio de urgencias por síndrome febril, compromiso de conciencia progresivo, bradipsiquia y afasia motora. La Angio-TC de ingreso : estenosis crítica de la arteria carótida interna (ACI) izquierda y oclusión de ACI derecha. El estudio de LCR mostró pleocitosis (48 cél/mm³, 71% PMN) e hiperproteínorraquia. Se inició manejo empírico para meningoencefalitis bacteriana (Panel molecular (+) para E. coli en LCR, cultivos negativos). La RM cerebro control evidenció leucoencefalopatía que podría estar en contexto tóxico-metabólica /hipóxico-isquémica difusa. Paciente evoluciona con deterioro neurológico y requerimiento de ventilación mecánica. En Angio-TC de control (día 26) se evidencia resolución completa de las estenosis arteriales, confirmando un fenómeno de vasoespasmo severo probablemente secundario a abuso de ergotamínicos. No obstante, mantuvo LCR inflamatorio persistente (4 punciones lumbares con pleocitosis mononuclear).

Conclusiones: El abuso de ergotamínicos puede inducir a vasoespasmo carotídeo crítico reversible capaz de generar daño parenquimatoso difuso. Sin embargo, la persistencia de pleocitosis en LCR obliga a descartar diagnósticos diferenciales como vasculitis del SNC o síndromes paraneoplásicos. Este caso subraya la importancia de la sospecha clínica ante el uso de fármacos vasoconstrictores y la complejidad del manejo en pacientes con respuesta inflamatoria sistémica y neurovascular persistente.

Palabras clave: Ergotismo; Leucoencefalopatía; Vasoespasmo; Cefalea vascular secundaria.

Contacto: jennifferperez@gmail.com

Agradecimientos

El Comité Organizador del 4° Congreso Chileno de Enfermedades Cerebrovasculares ACEVE 2026 expresa su más profundo agradecimiento a todas las personas, equipos e instituciones que hicieron posible la realización de este encuentro científico y la publicación del presente Libro de Resúmenes.

Agradecemos especialmente a cada autor y autora que decidió compartir su trabajo, aportando conocimiento, experiencia e innovación para continuar fortaleciendo el abordaje integral del accidente cerebrovascular. Cada investigación, experiencia clínica y proyecto presentado refleja el compromiso permanente de la comunidad científica y asistencial con la mejora continua del cuidado de las personas con enfermedades cerebrovasculares.

Reconocemos también la invaluable labor del Comité Científico, quienes, mediante un proceso de evaluación riguroso y comprometido, contribuyeron al desarrollo de un programa académico de alto nivel, promoviendo la calidad científica y el intercambio interdisciplinario de conocimientos.

Extendemos nuestro agradecimiento a las instituciones académicas, centros de salud, organizaciones científicas y equipos de investigación nacionales e internacionales que apoyaron la participación de sus integrantes y fomentan constantemente el desarrollo de iniciativas orientadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación en ACV.

Asimismo, agradecemos sinceramente a las entidades colaboradoras, auspiciadores y patrocinadores, cuyo apoyo hizo posible concretar este espacio de encuentro, aprendizaje y colaboración.

Finalmente, reconocemos a todas las personas que, desde distintos roles y espacios de trabajo, contribuyeron con dedicación, tiempo y esfuerzo a la organización y desarrollo de ACEVE 2026.

Este libro representa no solo una recopilación de trabajos científicos, sino también el reflejo de una comunidad comprometida con liderar desde la evidencia, cuidar con impacto y continuar construyendo redes de colaboración orientadas a mejorar la vida de las personas afectadas por enfermedades cerebrovasculares.

Con gratitud,

**Comité Organizador
Congreso ACEVE 2026**

PRESIDENTE COMISIÓN CONGRESO

DR. ENRICO MAZZON

NEURÓLOGO CLÍNICA ALEMANA

COMISIÓN ORGANIZADORA CONGRESO

DR. FREDDY CONSTANZO

DRA. ANITA OLIVOS

DR. VICTOR HUGO NAVIA

EU. MACKARENA ZAPATA

FLGA. MICHELLE CASANOVA

DR. PABLO GONZÁLEZ

DR. MARIO RIVERA

FLGA. ALEJANDRA JARA – PRESIENTA TRABAJOS LIBRES

EU ALEJANDRA VENEGAS

FLGA. SCARLET COLE

DRA. PAULA MUÑOZ – VENTURELLI

DR. JAVIER POBLETE

DR. RODRIGO RIVAS

FLGA. LILIAN TOLEDO

DR. RONALD SOTO

INVITADOS INTERNACIONALES



DR. ALEJANDRO TOMASELLO

JEFE DE SECCIÓN DE NRI – HOSPITAL
UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON,
BARCELONA

BARCELONA, ESPAÑA



DR. BIJOY MENON

MBBS, MD, DM, MSC, FRCPC

HEAD OF NEUROLOGY & PROFESSOR OF
NEUROLOGY, RADIOLOGY AND
COMMUNITY HEALTH SCIENCES.
CUMMING SCHOOL OF MEDICINE.

CALGARY, CANADA



DRA. BRENDA JOHNSON

DNP, MSN, CRNP-BC, ANVP, FAHA

PROFESORA ASOCIADA DE NEUROLOGÍA
CLÍNICA
FACULTAD DE MEDICINA JOHNS HOPKINS

DIRECTORA ADJUNTA DEL CENTRO
INTEGRAL DE ICTUS JOHNS HOPKINS

BALTIMORE, EEUU



DRA. DAIANA DOSSI

JEFA DE SERVICIO DE NEUROLOGÍA
FLENI – ESCOBA

CENTRO INTEGRAL DE NEUROLOGÍA
VASCULAR FLENI

BUENOS AIRES, ARGENTINA



LISA KLEIN

MSN, RN, AGCNS-BC, CNRN

CLINICAL NURSE SPECIALIST
JOHNS HOPKINS HOSPITAL

BALTIMORE, EEUU



DR. LUCIANO SPOSATO

MD, MBA, FRCPC

PROFESSOR OF NEUROLOGY AND HEAD OF THE
STROKE PROGRAM AT THE DEPARTMENT OF
CLINICAL NEUROLOGICAL SCIENCES, LONDON
HEALTH SCIENCES CENTRE (LHSC), WESTERN
UNIVERSITY

ONTARIO, CANADA



DR. THOMAS PLATZ (MD)

DIRECTOR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
NSTITUTE FOR NEUROREHABILITATION AND
EVIDENCE-BASED PRACTICE
(BDH), GREIFSWALD,

REGIONAL VICE-PRESIDENT CENTRAL AND WESTERN
EUROPE,
HEAD EDUCATION COMMITTEE, AND CHAIR SIG
CLINICAL PATHWAYS, WFNR
CO-CHAIR, LANCET COMMISSION ON
NEUROREHABILITATION

ALEMANIA

SALA A

MÓDULO 1 COORDINA: DR. CLAUDIO SACKS Prevención 1aria y 2aria de ACV: fundamentos y avances

8:30–8:50	Grandes hitos en la prevención secundaria	Dr. Rodrigo Salinas
8:50–9:10	Proyecciones y avances en la prevención secundaria	Dr. Alexis Rojo
9:10–9:30	Escenarios complejos de anticoagulación post ACV	Dra. Daiana Dossi
9:30–9:50	Discusión	

9:50–10:30 **Coffee break**

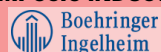
MÓDULO 3 COORDINA: DR. ANDRÉS ROLDAN Atención hiperaguda del ACV

10:30–10:50	Trombolisis intraarterial y antiagregantes endovenosos como nuevos mecanismos de reperfusión	Dr. Andrés Silva
10:50–11:10	¿Cuándo revertir anticoagulación en ACV isquémico?	Dra. Daiana Dossi
11:10–11:30	Trombolisis cerebral ¿Existen las contraindicaciones relativas?	Dr. Andrés Roldán
11:30–11:50	Discusión	

11:50–12:40 **ASAMBLEA ANUAL DE SOCIOS**

SIMPOSIO INDUSTRIA

12:40–13:40



SALA B

MÓDULO 2 COORDINA: FLGA. LILIAN TOLEDO Lo que no se ve también discapacita: los síntomas invisibles del ACV.

8:30–8:50	Trastornos visuoespaciales: negligencias y hemianopsias.	Klgo. Julio Torres
8:50–9:10	Trastornos cognitivo–comunicativos post ACV: no todo es afasia	Flga. Marcela Veliz
9:10–9:30	Delirium y/o cambios conductuales tras un ACV	Evelyn Álvarez E.
9:30–9:50	Discusión	

Coffee break

MÓDULO 4 COORDINA: KLGO. RICARDO VÁSQUEZ Problemas complejos y transversales en rehabilitación post ACV: espasticidad, fatiga y traqueostomía

10:30–10:50	Más allá del cansancio: comprensión clínica y abordaje de la fatiga post ACV	Nps. Christian Salas
10:50–11:10	Complejidades de la espasticidad, desde el concepto hasta el tratamiento	Klga. Arlette Doussoulín
11:10–11:30	Traqueostomía en personas con ACV: desde la indicación hasta el manejo subagudo y crónico	Klgo. Felipe Cerpa y Flga. Katherine Peralta
11:30–11:50	Discusión	

SALA C

ENCUENTRO DE ENFERMERÍA MÓDULO 1

8:30–8:50	Bienvenida y ruta de trabajo Enfermería en ACEVE	Enf. Mackarena Zapata
8:50–9:10	Encuesta Nacional	Enf. Alejandra Venegas
9:10–9:30	Cargas de Enfermería en Unidades ACV.	Enf. Ariel Canales
9:30–9:50	Enlace de pacientes en unidades ACV.	Enf. Claudia Reyes

Coffee break

ENCUENTRO DE ENFERMERÍA MÓDULO 2

10:30–10:50	Protocolos de enfermería en Johns Hopkins	Lisa Klein
10:50–11:10	Entrenamiento de Enfermería en unidades stroke (Johns Hopkins)	Brenda Johnson
11:10–11:30	Registros de enfermería en Johns Hopkins	Lisa Klein
11:30–11:50	Educación sobre ACV a Pacientes en Johns Hopkins	Brenda Johnson



SIMPOSIUM INDUSTRIA

12:40–13:40



PLENARIO

13:40–14:40

PRESENTACIÓN TRABAJOS CIENTÍFICOS LIBRES



Hall central

14:40–14:50

INAUGURACIÓN CONGRESO

PRESIDENTE ACEVE: DR. VICTOR HUGO NAVIA
PRESIDENTE CONGRESO: DR. ENRICO MAZZON

PLENARIO 1

COORDINAN: DR. VICTOR HUGO NAVIA

Políticas públicas en ACV: liderar con ciencia, cuidar con impacto

14:50–15:10

Financiamiento del ACV en Chile (GES/LDU/GRD)

15:10–15:30

Implementación de la gestión en red del ACV

15:30–15:50

ACV y objetivos sanitarios de la década (prevención 1aria y 2aria, disminuir carga del ACV, RH)

15:50–16:10

Desafíos para optimizar el cuidado y rehabilitación en ACV

PANEL DE INVITADOS

16:10–16:50

Coffee break

Coffee break

PLENARIO 2

COORDINA: DR. PAULA MUÑOZ–VENTURELLI

Ciencia e Investigación aplicada al ACV

16:50–17:20

Ensayos clínicos recientes en ACV

Professor Bijoy Menon

17:20–17:35

Discusión panel

Professor Bijoy Menon
Dr. Luciano Sposato
Dr. Thomas Platz

17:35–17:55

Metodologías de investigación innovadoras en ACV – Plataformas y datos federados

Professor Bijoy Menon

17:50–18:10

Discusión panel

Professor Bijoy Menon
Dr. Luciano Sposato
Dr. Thomas Platz

18:10–18:40

CONFERENCIA MAGISTRAL

Resultado del ensayo clínico TRIDENT

PROFESSOR CRAIG ANDERSON

18:50–20:00

NOCHE INAGURAL

PRESENTACIÓN INICIATIVA ANGELS Y ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS



SALA C

13:40–14:40

PRESENTACIÓN TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS

15:30–16:50

CUPOS
LIMITADOS

ENCUENTRO DE INVESTIGADORES ACT- GLOBAL

SALA A

MÓDULO 5 COORDINA: DR. AGUSTÍN BRANTE Neurocardio

8:30–8:50	Imágenes cardíacas avanzadas para el estudio de ACV criptogénico	Dr. Julian Vega
8:50–9:10	Diagnóstico y biomarcadores en disfunción de orejuela izquierda	Dr. Luciano Sposato
9:10–9:30	Disfunción de orejuela izquierda en ESUS y FA: tratamiento	Dr. Luciano Sposato
9:30–9:50	Discusión	

9:50–10:30 **Coffee break**

MÓDULO 7 COORDINA: DR. RODRIGO RIVERA Neurointervencional

10:30–10:50	One step y métricas. Flujo intrahospitalario del ACV	Dr. Alejandro Tomasello
10:50–11:10	Imagenes en stroke y trombectomía	Dr. Juan Pablo Cruz
11:10–11:30	Update de ACV por oclusión de vasos distales	Dr. Alejandro Tomasello
11:30–11:50	Discusión	

Quick Updates

11:50–12:40

Metas de presión arterial en paciente recanalizado – Dr. Javier Poblete
Trombolisis en ventana extendida sin software automatizado – Dr. John Cerda
Marcadores diagnósticos prehospitales de ACV/HIC – Dr. Rodrigo Guerrero
Tecnologías en neurorrehabilitación: utilidad de estimulación magnética transcraneana – T.O Mauricio Basoalto
Estrategias de bigdata en ACV – Jorge Pérez

SALA B

MÓDULO 6 COORDINA: DR. RODRIGO RIVAS Innovación y evidencia en rehabilitación en personas con ACV

8:30–8:50	Key–evidence based practice recommendation for stroke rehabilitation as currently identified by the Lancet Commission on Neurorehabilitation	Dr. Thomas Platz
8:50–9:30	Innovación y evidencia en rehabilitación: Kinesiología, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional.	Flga. Marcela Veliz Klgo. Gonzalo Rivera T.O Sebastian Gallegos.
9:30–9:50	Discusión	

Coffee break

MÓDULO 8 COORDINA: DR. JAIME VALLEJOS Rehabilitación post ACV: estándares, brechas y políticas que aseguren acceso y calidad

10:30–10:50	Stroke rehabilitation service implementation.	Dr. Thomas Platz
10:50–11:10	Más allá de sobrevivir al ACV: Rehabilitación, políticas públicas y mejora del funcionamiento en Chile	T.O. Camilo Águila
11:10–11:30	Policy Brief de rehabilitación pos ACV fusión con Demandas y necesidades de rehabilitación desde la mirada de la persona con ACV.	Flga. Michelle Casanova
11:30–11:50	Discusión	

SIMPOSIUM INDUSTRIA

11:50–12:50

Innovación y tecnología en Neurorehabilitación:
Redefiniendo estándares para la recuperación post ACV –
Dr. Claudio Soto; Dra. Ximena Fava y Flga. Olivia Sanhueza

SALA C

ESPACIO SIMULACION NEUROINTERVENCIONAL

Coffee break

ESPACIO SIMULACION NEUROINTERVENCIONAL

SIMPOSIUM INDUSTRIA

11:50–12:50

SALA A

12:50–14:00 **ALMUERZO: SIMPOSIUM INDUSTRIA** **Medtronic**

MÓDULO 9 COORDINA: DR. MARIO RIVERA Neurocrítico en enfermedad cerebrovascular

14:00–14:20	¿Sirve el oxígeno suplementario en el manejo del ACV agudo?	Dr. José Valenzuela
14:20–14:40	Manejo de Presiones en ACV ¿Sirve dar fluidos?	Dr. Mario Rivera
14:40–15:00	Utilidad de la ecoscopia cardíaca realizada por neurología	Dr. Victor Duran
15:00–15:20	Discusión	

15:20–16:00 **Coffee break**

MÓDULO 13 COORDINA: DR. ARNOLD HOPPE Controversias

16:00–16:20	Trombectomía en pacientes con LVO y NIHSS bajo: ¿Intervención precoz o esperar evolución?	Dr. Luis Ortega vs Dr. Pablo González
16:20–16:40	Realidad virtual en neurorrehabilitación: ¿efecto neurobiológico o herramienta de adherencia?	Klgo. Ricardo Vasquez vs Nps. Priscila Rivera
16:40–17:00	Atorvastatina en prevención secundaria ¿intensidad máxima universal o personalización según riesgo?	Dr. Rodrigo Guerrero vs Dr. Pablo Lavados
17:00–17:20	Estenosis carotídea en paciente asintomático: ¿revascularizar o sólo tratamiento médico?	Dr. Alejandro Brunser vs Dr. Diego Gutiérrez

17:20–18:30

ACTIVIDAD DE CIERRE 
PREMIACIÓN TRABAJOS CIENTÍFICOS LIBRES

SALA B

12:50–14:00 **ALMUERZO: SIMPOSIUM INDUSTRIA**
Más allá del ACV: el verdadero desafío de la anticoagulación – Dr. Ronald Soto **axxonpharma**

MÓDULO 10 COORDINA: ENF. JESSICA CONSTANZO Enfermería

14:00–14:20	Contactabilidad de pacientes para mejorar Listas de espera	Ing. Jorge Perez
14:20–14:40	Experiencia de especialidad de enfermería en neurología	Enf. Cristina Hidalgo
14:40–15:00	Resultados estudio costo efectividad y utilidad, en cuidados de transición pacientes ACV.	Enf. Noelia Rojas
15:00–15:20	Discusión	

Coffee break

MÓDULO 14 COORDINAN: DR. MARIO RIVERA; DR. PABLO BRINCK Taller de Neurosonología. Y DR. VICTOR DURÁN



TALLER DE NEUROSONOLOGÍA

Inscripciones gratuitas desde 18/05 – 28 CUPOS

16:00–17:20

SALA C

ESPACIO DEMOSTRACIONES REHABILITACIÓN

Coffee break

AUSPICIAN



www.aceve.cl
@aceve_chile
contactoaceve@gmail.com

PATROCINAN



**SOCIEDAD CHILENA
MEDICINA DE
URGENCIA**



SOCHIDIAB
SOCIEDAD CHILENA DE DIABETOLOGÍA



**Red
NeuroRehabilitación
Araucanía**



**UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN**
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA



UCSC

FACULTAD DE
MEDICINA



**Colegio de Terapeutas
Ocupacionales de Chile A.G.**

MEMBER OF WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS - WFOT
MIEMBRO DE LA CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES - CLATO



ISBN: 978-956-08231-1-3



9 789560 823113



Asociación Chilena de Enfermedades
Vasculares Encefálicas