



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo original

Programa de Área Neuroprotegida. Un nuevo concepto en optimización de la atención prehospitalaria del accidente cerebrovascular



Matías Alet^{a,*}, Gabriel Persi^a, María Martha Esnaola^a, Alejandra Zárate^b, Pablo Dileo^b, Joana Rodrigues dos Reis^b, Hebe Leone^b y Marcelo Halac^b

^a Comisión Directiva y Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Neurológica Argentina, Buenos Aires, Argentina

^b Dirección Médica de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de enero de 2025

Aceptado el 24 de marzo de 2025

On-line el 6 de mayo de 2025

Palabras clave:

Accidente cerebrovascular

Argentina

Educación

Programa

Protección

RESUMEN

Introducción y objetivos: La enfermedad vascular es responsable del 28% de las muertes en Argentina, con un 17% debido a accidentes cerebrovasculares (ACV). Los ACV son la principal causa de discapacidad en adultos y su tratamiento depende fundamentalmente del tiempo. La Dirección Médica de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, en colaboración con la Sociedad Neurológica Argentina, ha implementado un programa de Área Neuroprotegida para mejorar la respuesta ante un ACV en todas sus áreas.

Métodos: El programa incluyó 5 etapas: análisis local, diseño de capacitación, confección de un algoritmo de acción, implementación y monitorización, y evaluación de resultados. Se realizaron 20 sesiones de capacitación teóricas y prácticas para 300 agentes, con simulacros para evaluar la efectividad del programa. También se realizaron encuestas pre y poscapacitación para medir el conocimiento sobre el ACV.

Resultados: Las encuestas mostraron un aumento significativo en el conocimiento sobre el ACV en todas las áreas evaluadas. Un 88% de los participantes comprendió qué es un ACV y el 94,9% de participantes pudo reconocer correctamente los síntomas asociados luego de la capacitación. También se observó una comprensión más clara sobre los factores de riesgo. Los simulacros demostraron una respuesta efectiva con tiempos menores de 30 minutos para la notificación de emergencias. Antes de la capacitación, se detectó una demora de 140 minutos para la atención de un individuo con síntomas de ACV, mientras que luego de implementado el programa, se activó el protocolo de atención en menos de 30 minutos.

Conclusión: El programa de neuroprotección diseñado entre la Dirección Médica de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y la Sociedad Neurológica Argentina ha demostrado

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: matias.alet@gmail.com (M. Alet).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2025.03.002>

1853-0028/© 2025 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

ser efectivo, mejorando el conocimiento y la capacidad de respuesta ante un ACV. Este modelo puede replicarse en otras instituciones, optimizando la atención prehospitalaria y reduciendo la mortalidad y discapacidad por ACV.

© 2025 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Neuroprotected Area Program: A new concept in optimizing pre-hospital stroke care

A B S T R A C T

Keywords:
Stroke
Argentina
Education
Program
Protection

Introduction and objectives: Vascular disease accounts for 28% of deaths in Argentina, with 17% due to cerebrovascular disease. Stroke is the leading cause of disability in adults, and its treatment is time-dependent. The Medical Directorate of the Honorable Chamber of Deputies of the Nation, in collaboration with the Argentine Neurological Society, has implemented a Neuro-protected Area program to improve stroke response in all its areas.

Methods: The program included 5 stages: local analysis, training design, creation of an action algorithm, implementation and monitoring, and evaluation of results. Twenty theoretical and practical training sessions were conducted for 300 agents, with drills to assess the program's effectiveness. Pre- and post-training surveys were also conducted to measure stroke knowledge.

Results: The surveys showed a significant increase in stroke awareness across all evaluated areas. Eighty-eight percent of participants understood what a stroke is, and 94.9% of participants were able to correctly recognize the associated symptoms after the training. There was also a clearer understanding of risk factors. Drills demonstrated an effective response with emergency notification times under 30 minutes. Before the training, a delay of 140 minutes was detected in attending to an individual with stroke symptoms, whereas, after the program was implemented, the care protocol was activated in less than 30 minutes.

Conclusion: The neuro-protection program designed by the Medical Directorate of the Honorable Chamber of Deputies of the Nation and the Argentine Neurological Society has proven to be effective, improving knowledge and response capacity to strokes. This model can be replicated in other institutions, optimizing prehospital care and reducing stroke mortality and disability.

© 2025 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

La enfermedad vascular tiene un enorme impacto en la salud de la sociedad, representando aproximadamente el 28% de las causas de muerte en nuestro país. De estas, un 17% se deben a accidentes cerebrovasculares (ACV), que además son la primera causa de discapacidad en adultos^{1,2}. Los espacios «cardioasistidos» o «cardioprottegidos» son un sistema que ha demostrado ser útil en la disminución de la mortalidad, y se han aplicado ampliamente a nivel mundial, incluso siendo incorporados en leyes de salud pública³.

En esta línea, los ACV, especialmente el ACV isquémico, poseen dos características fundamentales a resaltar: tienen tratamientos cuya efectividad está directamente vinculada al tiempo transcurrido y no presentan sintomatología previa que alerte sobre el momento en que van a ocurrir. Por esta razón,

la asistencia prehospitalaria es fundamental para mitigar sus posibles consecuencias. Además, los ACV son altamente frecuentes, con una incidencia anual estimada en Argentina de 109,7 por cada 100.000 habitantes para un primer evento vascular, y una prevalencia del 2% en la población mayor de 40 años^{4,5}.

A nivel mundial, varias encuestas han demostrado que los conocimientos sobre los síntomas típicos del ACV, los principios de prevención y la necesidad de una rápida admisión en un hospital en caso de ACV son muy limitados en muchos países, incluso entre personas con un alto nivel educativo^{6,7}. Hasta ahora, en nuestro país, este problema se ha abordado mediante numerosas campañas educativas con el propósito de concientizar a la población sobre qué es un ACV, mejorar el reconocimiento correcto de los síntomas y promover una respuesta rápida y adecuada⁸. Estas campañas se han orientado principalmente a la comunidad, con el objetivo de reducir los tiempos hasta el inicio del tratamiento.

En este contexto, surge una iniciativa novedosa desde la Dirección Médica de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación (HCDN), después de haber conseguido la acreditación como «área cardioprottegida». Se decidió implementar un sistema similar para el manejo del ACV. Para ello, se convocó a la Sociedad Neurológica Argentina (SNA), y conjuntamente se diseñó un plan estratégico de abordaje *in situ*, con parámetros preestablecidos y organizados, con el fin de crear un espacio donde la ocurrencia de un ACV sea rápidamente reconocida, correctamente asistida y velozmente transferida a un área del sistema de salud preparada para su correcto tratamiento. De esta forma, la HCDN se propone como el primer destinatario del Programa de Área Neuroprotegida en nuestro país.

Métodos

Programa de Área Neuroprotegida

El Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la SNA diseñó un programa para la acreditación en formación y manejo no médico de la sospecha de ACV y sus diagnósticos diferenciales. Este programa tiene como objetivo favorecer un rápido reconocimiento de los síntomas y una puesta en marcha local organizada, evitando demoras innecesarias y errores frecuentes antes del arribo del sistema de emergencias médicas.

El programa se estableció en 5 etapas. La primera etapa fue el análisis de las características locales, en donde se evaluaron aspectos edilicios, recursos humanos, organización del personal y regulaciones internas, entre otros factores. La segunda etapa fue el diseño del plan de capacitación local, que incluyó establecer el número mínimo necesario de personas a capacitar, sus roles y distribución. La tercera etapa fue la confección de un algoritmo de acción local, lo que permitió establecer un nexo eficiente con los sistemas de emergencias. La cuarta etapa fue la implementación y monitorización durante el plazo de acreditación, lo que incluyó capacitaciones, ajustes de los mecanismos de acción y nuevas estrategias. Y, por último, la etapa de evaluación de los resultados, realizada a través de simulacros y encuestas dirigidas.

El proceso completo de acreditación abarcó los siguientes puntos:

- Conformación del grupo de asesoramiento, entrenamiento y evaluación.
- Diagnóstico del nivel de conocimiento sobre el ACV en la HCDN: a través de una encuesta semiestructurada, se evaluó la información que tenían los participantes antes del entrenamiento y al finalizar la capacitación, para medir la adquisición de los contenidos.
- Asesoramiento en temas edilicios y organizativos, junto con colocación de cartelera y señalética específica (fig. 1).
- Confección del algoritmo de acción ante la sospecha de ACV: adaptado a la HCDN, con descripción del circuito de comunicación, el recorrido de salida de emergencia y los actores participantes (fig. 2).
- Entrenamiento teórico y práctico.
- Evaluación teórica a través de encuestas al personal entrenado y realización de simulacros en el área.

Entrenamiento teórico y práctico

Durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2023, se realizaron 20 sesiones de capacitación, cada una de 2 horas de duración, impartidas por 13 médicos especialistas en Neurología Vascular, integrantes del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la SNA. Antes del inicio de los entrenamientos, se difundió la información a todo el personal de la HCDN mediante piezas gráficas y audiovisuales a través de los canales de comunicación interna de la institución (figs. 3 y 4).

Como parte del proceso, la SNA y la Dirección Médica de la HCDN diseñaron un plan de capacitación que incluyó datos sobre la epidemiología del ACV en nuestro país, conceptos básicos sobre fisiopatología y tipos de ACV, información sobre factores de riesgo, métodos de reconocimiento de signos y síntomas de un ACV y entrenamiento en un algoritmo de acción acorde a los recursos locales (basado en tópicos establecidos en el Consenso Argentino de ACV y en guías internacionales).

Las capacitaciones se realizaron en distintos sectores de la HCDN, como el Salón Blanco en el Palacio de la Cámara de Diputados, el Auditorio del edificio anexo de la Cámara de Diputados y en diversas áreas de trabajo. Se logró capacitar a 300 agentes de diversas áreas de la HCDN (Anexo, imágenes disponibles en el material suplementario). También se grabó una sesión en vivo, la cual se subió a la página web de Capacitación de la HCDN, permitiendo que sea accesible para su visualización.

Planificación y puesta en marcha de las encuestas

Para evaluar la eficacia de nuestra campaña educativa sobre el reconocimiento de los síntomas del ACV y la preparación ante dichos eventos, se diseñaron y llevaron a cabo encuestas pre y poscapacitación. El objetivo de las mismas era medir el conocimiento y la percepción de los participantes sobre el ACV antes y después de la intervención educativa. Las encuestas fueron diseñadas para cubrir varios aspectos clave del conocimiento sobre el ACV, incluyendo: concepto de accidente isquémico transitorio (AIT)/ACV, percepción de la frecuencia de los trastornos circulatorios cerebrales, reconocimiento de los síntomas comunes del ACV e identificación de factores de riesgo asociados al ACV, entre otros. La encuesta completa puede verse en el [material suplementario](#).

Las encuestas se administraron en 2 fases, ya que se recabaron datos antes de la capacitación para establecer una línea de base, lo que permitió evaluar el conocimiento previo de los participantes sobre el ACV. La encuesta realizada al finalizar la capacitación se administró para medir los cambios en el conocimiento y la percepción de los participantes.

Análisis de datos: se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las respuestas obtenidas en ambas encuestas para determinar la efectividad de la capacitación. Los datos se analizaron para identificar cambios en el conocimiento de los participantes.

Simulacros

Se realizó, de manera programada, un simulacro de ACV en las dependencias de la HCDN con el objetivo de documentar, en



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial de Neurología



DIPUTADOS
ARGENTINA

ÁREA NEUROPROTEGIDA

SÍNTOMAS DE UN ACV

SI SÚBITAMENTE SENTÍS

- Debilidad o adormecimiento de un brazo, una pierna o la mitad de la cara
- Confusión o dificultad para hablar o entender
- Problemas para ver, con un ojo o ambos
- Pérdida del equilibrio o de la coordinación
- Dolor de cabeza muy intenso

LLAMÁ DE INMEDIATO AL NÚMERO DE EMERGENCIA
INTERNO 4444 – DIRECTO 60754444
AÚN CUANDO LOS SÍNTOMAS HAYAN DESAPARECIDO

¿Qué hacer mientras aguardamos la ayuda?

Si se sospecha un ACV	Activar al equipo médico o al sistema de emergencias	Cuidados mientras se espera la llegada de ayuda médica	Cuando llegue la asistencia médica
- Mantener la calma. - Tranquilizar a la persona. - Ayudarla a sentarse o acostarse en una posición cómoda. - No administrar ningún medicamento. No dar alimentos ni líquidos.	Llamar inmediatamente! - Describir síntomas y ubicación de la persona. - Proporcionar información clara y concisa. - Tomar nota de la hora y minutos del inicio de los síntomas.	- Mantener a la persona confortable. - Si pierde el conocimiento o deja de respirar, iniciar RCP según protocolo de Área Cardioprotegida. - Informar a seguridad o a responsable de área.	- Se trasladará al consultorio médico para monitoreo, estabilización y cuidados. - Se evaluará derivación por sistema de emergencia al centro que pueda dar el tratamiento necesario.



Por consultas comunicate a los internos **8751 / 8752**,
o al email consultoriodeprevencion@hcdn.gob.ar.

Figura 1 – Modelo de señalética, revisado y consensuado con las autoridades de la HCDN y el equipo médico de la SNA.

Cadena de supervivencia HCDN

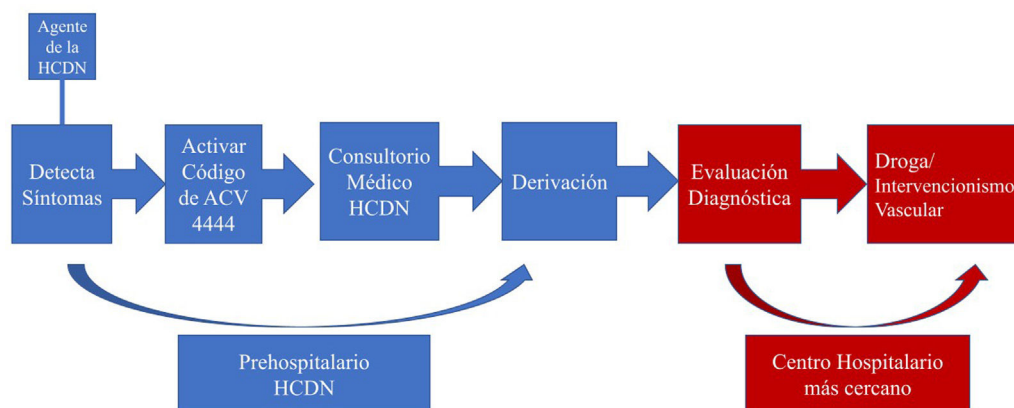


Figura 2 – Protocolo de acción ante una sospecha de ACV en la HCDN.

una práctica simulada, los pasos establecidos en las capacitaciones teóricas. Considerando variables como la cantidad de personal, el tránsito y las dificultades de acceso, se eligieron 2 localizaciones estratégicas dentro del edificio de la HCDN: una en el sector de Recursos Humanos y otra en el área de Higiene y Seguridad. Se estableció un rango horario y se dio preaviso con 24 horas de anticipación a todo el personal sobre la realización del simulacro.

Se llevaron a cabo 2 simulaciones de eventos neurovasculares agudos: en una de ellas se simuló un ACV y en la otra se simuló un AIT. La métrica principal para evaluar la respuesta del simulacro fue el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la realización efectiva del llamado al servicio de emergencias, considerándose el simulacro fallido si el llamado, en la categoría de código rojo con síntomas compatibles con ACV, no se realizaba antes de los 30 minutos de iniciada la simulación de los síntomas. Además, se evaluó la correcta puesta en marcha de las diferentes partes intervinientes, como el reconocimiento de síntomas, las acciones realizadas, los tiempos de aviso, la llegada del personal médico, el llamado al servicio de emergencias y el traslado al área de seguridad a la espera de la ambulancia.

Informe final y acreditación

Finalizado el proceso de capacitación de forma exitosa, se redactó un informe final, que incluyó tanto los resultados de las encuestas como de los simulacros. Este fue evaluado por el Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares y la Comisión Directiva de la SNA para confirmar que se alcanzaron los objetivos propuestos del Programa. Tras esta evaluación, se otorgó la acreditación de Área Neuroprotegida a la HCDN. Esta acreditación tiene una validez de un año, con opción de renovación.

Resultados

Encuestas de evaluación

Se realizó un análisis de las respuestas de los participantes antes y después de recibir la capacitación. Se recogieron datos previos para establecer una línea de base y se compararon con las respuestas obtenidas luego de la capacitación. Este método de evaluación permitió obtener una mejor comprensión de la eficacia de la capacitación en el conocimiento de los participantes.

Antes de recibir la capacitación, únicamente el 22,1% de los agentes de la HCDN tenía un conocimiento claro sobre el concepto de ACV/AIT. Después de completar la capacitación, este porcentaje aumentó, alcanzando el 87,9% de los participantes que entienden correctamente qué es un ACV/AIT. Este aumento en la comprensión del tema resalta la efectividad de la capacitación proporcionada. Al inicio, solo el 66,4% de los participantes percibía que los trastornos circulatorios cerebrales eran frecuentes. Al finalizar la capacitación, este porcentaje aumentó significativamente, con un 82% reconociendo la frecuencia de estos trastornos circulatorios cerebrales. Antes de la capacitación, el 82% de los participantes estaba familiarizado con los síntomas más comunes del ACV, que incluyen la pérdida súbita del habla, de la fuerza, de la sensibilidad y de la vista. Este porcentaje se incrementó al finalizar el entrenamiento, alcanzando el 94,9%. Por último, entre los factores de riesgo reconocidos en la encuesta inicial, el 65,9% de los participantes identificaba la hipertensión arterial y/o el colesterol elevado, el 47,1% mencionaba el tabaquismo y el 45,7% incluía el sobrepeso y la obesidad. Después de la capacitación, se observó una comprensión más clara sobre los factores de riesgo asociados al ACV (figs. 5 y 6).

RECURSOS HUMANOS - DIRECCIÓN MÉDICA

¿CUANTAS NEURONAS PODÉS SALVAR EN UN MINUTO?

¡Sé parte!
Sumate a las próximas capacitaciones
sobre neuroprotección certificadas en la HCDN.



Por consultas comunicate a los internos **8751 / 8752**,
o al email **consultoriodeprevencion@hcdn.gob.ar**.



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial de Neurología



Figura 3 – Gráfica utilizada para la difusión de la campaña de Área Neuroprotegida.

Resultado de los simulacros y puesta en marcha del protocolo de acción

Ambos simulacros, tanto en el caso de un ACV como de un AIT, se cumplieron en tiempo y forma con tiempos menores de 30 minutos desde el inicio de los síntomas hasta la notificación al sistema de emergencias prehospitalario, alcanzando el objetivo principal. En la evaluación a través de lista de comprobación del paso a paso del protocolo local, no se detectaron errores en la secuencia de acciones preestablecidas, y no se

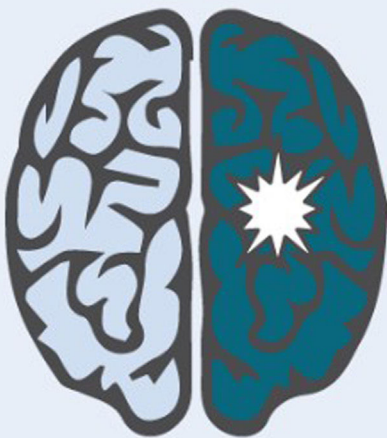
observó ninguna acción inadecuada en el manejo del ACV, completándolo de la forma adecuada.

Antes de la implementación del programa educativo, se registró un evento en la HCDN donde una empleada femenina de 59 años de edad sufrió un ACV. Debido a la falta de capacitación adecuada del personal, se detectó una demora de más de 140 minutos hasta la activación de la derivación necesaria a un centro hospitalario para iniciar el tratamiento, lo que resultó en una pérdida de tiempo crucial en el proceso de atención y traslado. Posteriormente, tras la aplicación del

RECURSOS HUMANOS - DIRECCIÓN MÉDICA

¿SABÍAS QUE EL CEREBRO PUEDE SUFRIR UN ATAQUE?

El ataque cardíaco, no es el único. Es importante que te capacites para **reconocer un ataque cerebral** más rápidamente.
Tu compromiso puede salvar a un compañero, un amigo o un familiar
¡Sumate!




Inscríbete ACÁ

Por consultas comunicate a los internos **8751 / 8752**,
o al email **consultoriodeprevencion@hcdn.gob.ar**.



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial de Neurología



DIPUTADOS
ARGENTINA

Figura 4 – Gráfica utilizada para la difusión de la campaña de Área Neuroprotegida.

programa de capacitación, se observó una mejora significativa en la eficacia de la cadena de supervivencia en un caso reciente de ACV. En esta ocasión, la respuesta del personal fue rápida y efectiva. Una paciente femenina de 65 años recibió atención en un centro hospitalario cercano dentro de los primeros 30 minutos desde el inicio de los síntomas. Este rápido tiempo de respuesta permitió que el tratamiento se iniciara dentro de los tiempos establecidos, lo que contribuyó de manera significativa a mejorar las posibilidades de recuperación.

Estos resultados demuestran que el programa de capacitación implementado no solo aumentó el conocimiento del

personal sobre el ACV, sino que también mejoró la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia, validando así la efectividad de la intervención educativa en la práctica real.

Discusión

En las últimas décadas, las campañas de educación pública se han utilizado ampliamente para influir en el comportamiento de la salud, pero no siempre han mostrado resultados positivos. Diferentes obstáculos, como la financiación

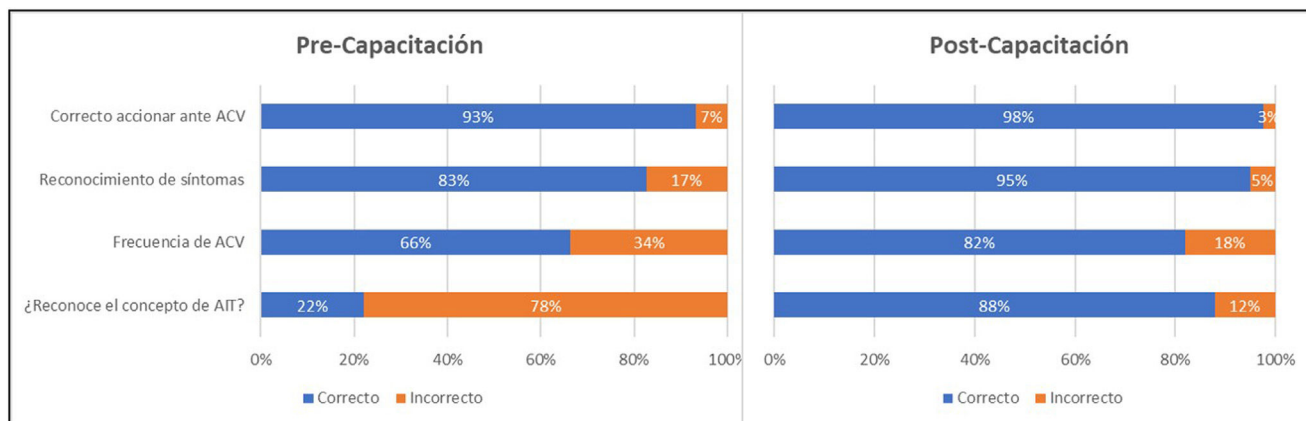


Figura 5 – Resultado de las encuestas realizadas en las fases previas y tras la realización de la capacitación del personal de la HCDN (se muestran algunos ejemplos).

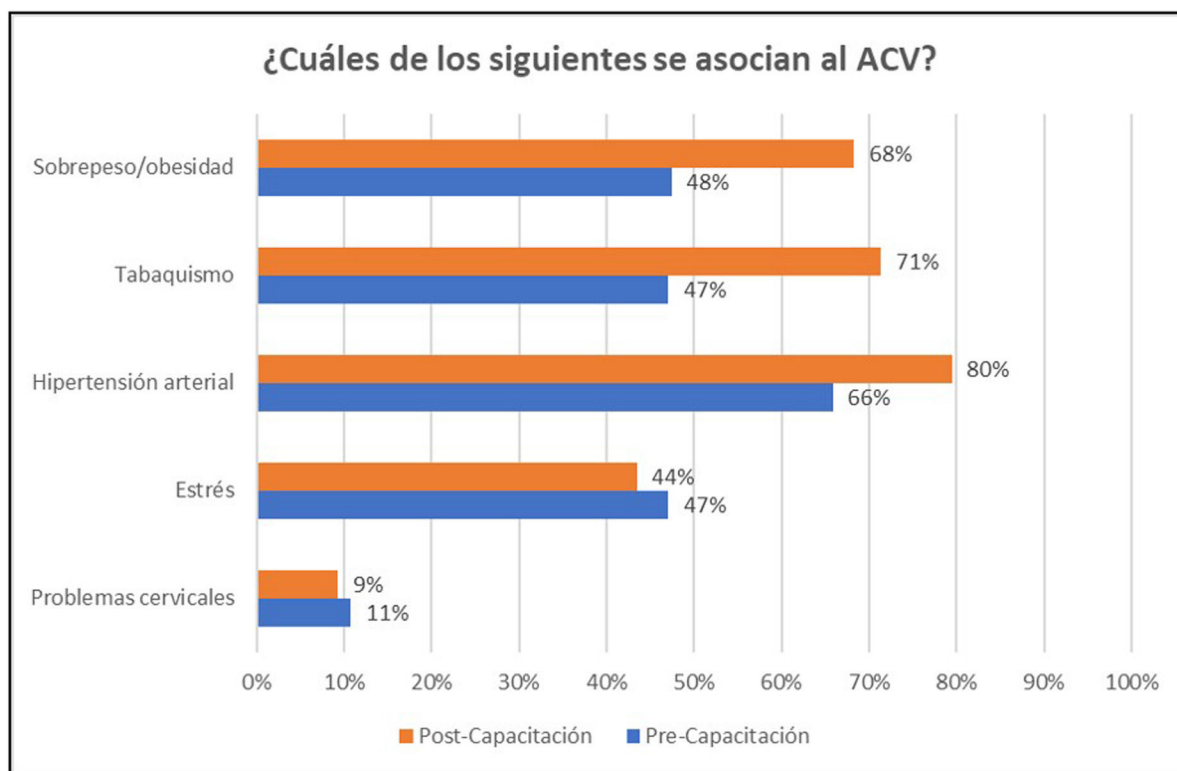


Figura 6 – Reconocimiento de factores de riesgo vascular antes y después de la capacitación.

inadecuada, un entorno poco colaborativo o el uso de mensajes poco desarrollados pueden hacer que las intervenciones sean ineficaces o poco productivas⁹. Las campañas educativas prioritarias deben ser destinadas a reducir los retrasos en la respuesta prehospitalaria a trastornos que ponen en riesgo la vida, como el infarto agudo de miocardio y el ACV agudo. Las revisiones sistemáticas de las intervenciones dirigidas a optimizar la respuesta de emergencia ante un ACV muestran que son capaces de mejorar el conocimiento y la comprensión de la población sobre los síntomas, así como la necesidad de atención de emergencia¹⁰.

En los últimos años, se han llevado a cabo varias investigaciones para conocer los determinantes de la toma de

decisiones que conducen a la acción al inicio de un ACV, ya que se ha evidenciado que esta información es crucial para el desarrollo de intervenciones educativas efectivas para reducir el tiempo de llegada al hospital¹¹. Recientemente, se ha introducido el concepto de «preparación para el ACV», que significa aumentar la capacidad de los individuos no especializados para reconocer los síntomas y tomar medidas inmediatas para buscar tratamiento de emergencia, con el foco en reducir la demora prehospitalaria¹². En particular, es necesario concentrar los esfuerzos en resaltar las razones de la importancia de la respuesta de emergencia en esta situación, creando una comprensión sobre la disponibilidad limitada en el tiempo de las intervenciones agudas¹³.

Se han recomendado varias estrategias para la educación pública sobre los síntomas del ACV, tales como: descripciones culturalmente apropiadas de los signos y síntomas, campañas dirigidas no solo a la población en riesgo, sino también a audiencias distintas del posible paciente con ACV (por ejemplo, los niños), énfasis en la existencia de terapias que pueden mejorar los resultados y minimizar la discapacidad o énfasis en el hecho de que los síntomas del ACV, incluso cuando no parecen severos, son la manifestación de un proceso de enfermedad grave que requiere intervención médica inmediata¹⁴. Además, una evaluación preliminar de las barreras y facilitadores locales para buscar tratamiento de emergencia de inmediato se considera un elemento clave en el diseño de intervenciones educativas con algún potencial de éxito, porque comprender los comportamientos incluye hacer predicciones sobre el motivo por el cual las personas se comportan de la manera en que lo hacen¹⁵.

Con base en estas consideraciones, el Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la SNA, en conjunto con el Equipo Médico de la HCDN, ha podido desarrollar un programa educativo para aumentar la conciencia sobre el ACV y mejorar la preparación para actuar, dirigida a una población específica, basándose en una base teórica sólida y en el análisis de datos de encuestas para conocer el contexto local. Esta estrategia ha permitido diseñar de manera adaptada y dirigida un plan de acción. Las encuestas realizadas con posterioridad permitieron conocer el impacto de la campaña en dicha población. A su vez, la experiencia de la correcta activación del protocolo de acción habiendo finalizado el proceso de entrenamiento y certificación, dan aval y garantía de la importancia y el valor práctico de la estrategia implementada. La principal fortaleza de nuestro programa es su diseño de intervención, con educación presencial acompañada de una evaluación práctica y encuestas para verificar el efecto de la misma.

Conclusión

En este documento hemos presentado los resultados del Programa de Neuroprotección llevado a cabo en colaboración entre la SNA y la Dirección Médica de la HCDN, con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta frente a casos de ACV agudo, centrándose en la capacitación del personal activo de la HCDN.

Este programa ha cumplido su objetivo principal: fortalecer la capacidad de respuesta frente a situaciones de ACV agudo en la HCDN. Ha proporcionado un modelo efectivo y replicable para la capacitación y organización en entornos institucionales similares. La colaboración entre la SNA y la HCDN ha contribuido significativamente a mejorar la conciencia y la preparación para casos de ACV, marcando un avance positivo hacia la neuroprotección en la comunidad.

El diseño de este innovador proyecto tiene el potencial de multiplicar el efecto de las campañas masivas de concientización, modulando localmente los requerimientos necesarios para la correcta detección de síntomas, la acción organizada y la reducción del tiempo perdido, así como evitar conductas contraproducentes durante el manejo del ACV. Además, sienta un precedente fáctico sobre la aplicabilidad y utilidad

del presente sistema, abriendo las puertas a un nuevo paradigma en el manejo de la atención prehospitalaria. Este nuevo enfoque puede ser una herramienta inestimable en la optimización del manejo del ACV en el mismo lugar donde ocurre, hasta su contacto con el sistema de emergencias.

Financiación

No se recibió financiación para la confección del presente manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a los especialistas, integrantes del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la SNA, que ofrecieron su tiempo, conocimientos y experiencia para brindar las capacitaciones en la HCDN: Matías Alet, Guadalupe Bruera, Santiago Claverie, María Martha Esnaola, Maia Gomez Schneider, Fabio González, Leonardo González, Marianela López Armaretti, Gabriel Persi, Virginia Pujol Lereis, Julieta Rosales, María Soledad Rodríguez Pérez y Virginia Tejada Jacob.

También agradecemos su colaboración a la Lic. Noelia Amorín, Directora de Políticas de Recursos Humanos de la HCDN, y a la Lic. Luciana Acuña, Subdirectora de Formación y Desarrollo de la HCDN.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2025.03.002>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud [consultado 17 May 2024]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>.
2. Winter SF, Walsh D, Catsman-Berrepoets C, Feigin V, Destrebecq F, Dickson SL, et al. National plans and awareness campaigns as priorities for achieving global brain health. *Lancet Glob Health*. 2024;12:e697-706.
3. Elhussain MO, Ahmed FK, Mustafa NM, Mohammed DO, Mahgoub IM, Alnaeim NA, et al. The role of automated external defibrillator use in the out-of-hospital cardiac arrest survival rate and outcome: A systematic review. *Cureus*. 2023;15:e47721, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.47721>.
4. Ameriso SF, Alet MJ, Rosales J, Rodríguez-Pérez MS, Povedano GP, Pujol-Lereis VA, et al. Incidence and case-fatality rate of stroke in General Villegas, Buenos Aires, Argentina. The EstEPA population study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2023;32:107058.
5. Ameriso S, Gomez-Schneider M, Hawkes M, Pujol-Lereis V, Dossi D, Alet M, et al. Prevalence of stroke in Argentina: A

- door-to-door population-based study (EstEPA). *Int J Stroke*. 2021;16:280–7.
6. Gandolfo C, Alberti F, del Sette M, Reale N. Stroke prevention and therapy awareness in a large sample of high school students: Results of an educational campaign in the Northern-Western Italy. *Neurol Sci*. 2022;43:6847–54.
 7. Rioux B, Brissette V, Marin FF, Lindsay P, Keezer MR, Poppe AY. The Impact of stroke public awareness campaigns differs between sociodemographic groups. *Can J Neurol Sci*. 2022;49:231–8.
 8. Gandoglia I, Schirinzi E, Hamedani M, Reale N, Siri G, Cecconi R, et al. The PRESTO study: Awareness of stroke symptoms and time from onset to intervention. *Neurol Sci*. 2023;44:229–36.
 9. Caminiti C, Schulz P, Marcomini B, Iezzi E, Riva S, Scoditti U, et al., on behalf of the Educazione e Ritardo di Ospedalizzazione (E.R.O.I) study group. Development of an education campaign to reduce delays in pre-hospital response to stroke. *BMC Emerg Med*. 2017;17:20.
 10. Lecouturier J, Rodgers H, Murtagh MJ, White M, Ford GA, Thomson RG. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment. *BMC Public Health*. 2010;10:784.
 11. Teuschl Y, Brainin M. Stroke education: Discrepancies among factors influencing prehospital delay and stroke knowledge. *Int J Stroke*. 2010;5:187–208.
 12. Boden-Albala B, Quarles LW. Education strategies for stroke prevention. *Stroke*. 2013;44 6 Suppl 1:S48–51, <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000396>.
 13. Hickey A, Mellon L, Williams D, Shelley E, Conroy RM. Does stroke health promotion increase awareness of appropriate behavioural response? Impact of the face, arm, speech and time (FAST) campaign on population knowledge of stroke risk factors, warning signs and emergency response. *Eur Stroke J*. 2018;3:117–25.
 14. Morgenstern LB, Staub L, Chan W, Wein TH, Bartholomew LK, King M, et al. Improving delivery of acute stroke therapy: The TLL Temple Foundation Stroke Project. *Stroke*. 2002;33: 160–6.
 15. Boden-Albala B, Edwards DF, St Clair S, Wing JJ, Fernandez S, Gibbons MC, et al. Methodology for a community-based stroke preparedness intervention: The Acute Stroke Program of Interventions Addressing Racial and Ethnic Disparities Study. *Stroke*. 2014;45:2047–52.