

**CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE LA DETECCIÓN DE
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LOS HOGARES GERIÁTRICOS**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Cano Mejía Ana María

Cardona Quintero Vanessa

Medellín, Colombia

2014



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

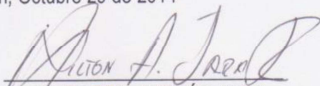
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

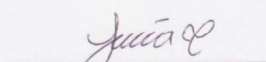
NOTA DE ACEPTACIÓN

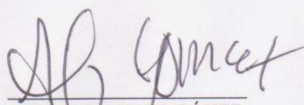
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: “**Capacitación al personal de salud acerca de la detección de accidente cerebrovascular en hogares geriátricos**”, elaborado por los estudiantes: ANA MARÍA CANO MEJÍA y VANESSA CARDONA QUINTERO, del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Sobresaliente

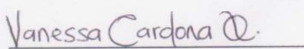
Medellín, Octubre 29 de 2014


LIC. MILTON ANDRÉS JARA
Coordinador Investigación FCS


ESP. LINA ORTÍZ
Asesor Metodológico


DR. ALEJANDRO GÓMEZ
Asesor temático


ANA MARÍA CANO MEJÍA
Estudiante


VANESSA CARDONA QUINTERO
Estudiante

Se agradece por su contribución, compromiso y dedicación para el desarrollo de este proyecto al asesor temático Alejandro Gómez Álvarez, asesora metodológica Lina María Ortiz, a la Corporación Universitaria Adventista y al hogar gerontogeriatrico Sol de Atardeceres

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

Facultad de Ciencias de la salud

Tecnología en atención prehospitalaria de urgencias, emergencias y desastres.

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE LA DETECCIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LOS HOGARES GERIÁTRICOS

Cano Mejía Ana María

Cardona Quintero Vanessa

Psic. Lina María Ortiz

TAPHUED Alejandro Gómez Álvarez

15 Octubre 2014

El personal de salud de los hogares geriátricos no cuenta con el suficiente conocimiento acerca de accidente cerebrovascular por lo tanto el propósito de este proyecto es capacitar este personal acerca de la detección oportuna de la sintomatología y realizar la primera respuesta, y de esta forma disminuir la morbilidad y mortalidad en los adultos mayores debido que son una población vulnerable por su edad y factores de riesgo que predisponen a sufrir un accidente.

Este proyecto tiene un enfoque de investigación cualitativo el cual se caracteriza como lo menciona Juliao (39) porque describe sucesos complejos de las comunidades, exige a los

investigadores un contacto directo con la población que se está estudiando lo cual beneficia tanto al participante como al capacitador, brinda la oportunidad de intervención de los receptores, utiliza la observación, la entrevista y otros como técnicas para su desarrollo, además no utiliza pruebas estandarizadas por las ciencias sociales. El proyecto se relaciona con el tipo de investigación descriptiva ya que como lo menciona Juliao (39) busca caracterizar al personal de salud como el objeto de estudio, señalando sus características y desarrollando una representación de los mismos, puede servir de base para futuros proyectos con mayor nivel de profundidad. Se utilizará como instrumento para la recolección de información las entrevistas realizadas al personal de salud.

El resultado obtenido al finalizar la capacitación fue positivo tanto para los participantes como para los capacitadores debido a que la información transmitida pudo alcanzar los objetivos planteados, mediante el pretest se logró analizar la deficiencia en el tema tratado pero durante el desarrollo se fortalecieron conocimientos, conceptos básicos, detección y manejo inicial del accidente cerebrovascular, aclararon dudas, el material utilizado ayudo a que el personal adquiriera nuevos conocimientos que a partir de dicha capacitación podrán ser utilizados en situación de accidente. La información brindada logró ser captada por los participantes y que en el momento que necesiten recordar conceptos básicos, manifestaciones clínicas, escala de Cincinnati y actuación en caso de posible accidente cerebrovascular se les facilitará ya que tienen bases adquiridas en la capacitación, material visual y practico que corresponde a los afiches y guías prácticas diseñadas específicamente para el personal de salud encargado de los adultos mayores y el hogar geriátrico donde se realizó dicha capacitación. En el desarrollo de dicho proyecto se consigue sensibilizar a la población respecto al cuidado que deben recibir los adultos mayores ya que la detección temprana de cualquier enfermedad logra su oportuno tratamiento el cual disminuye las complicaciones que se desencadenan después que se presente el accidente.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto está enfocado en las capacitaciones para el personal cuidador de adultos mayores respecto a la detección oportuna del accidente cerebrovascular debido a que no cuentan con suficientes conocimientos en cuanto a la identificación del accidente cerebrovascular.

Los objetivos específicos plasmados en la elaboración del proyecto se lograrán mediante el desarrollo de la capacitación. El proyecto se encuentra dividido en cinco capítulos los cuales contienen: justificación, planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivo general y específicos, viabilidad del proyecto, limitaciones, impacto, marco conceptual, marco referencial, marco institucional, marco histórico, marco geográfico, marco legal, marco teórico, alcance del proyecto, metodología, plan de trabajo, presupuesto, descripción de la población, árbol de problemas, árbol de objetivos, conclusiones y recomendaciones.

La investigación del proyecto se realizará con el fin de enterarnos de los conocimientos en cuanto al manejo del accidente cerebrovascular (ACV) que el personal de salud encargado de los adultos mayores en los hogares geriátricos, por tal motivo el proyecto está centrado en poder aumentar el conocimiento del personal de salud en cuanto a un accidente cerebrovascular (ACV) y reducir notablemente la morbilidad en los adultos mayores es un beneficio para todas las personas que están en rededor de ellos. Por estas razones las capacitaciones que se brindarán beneficiarán tanto a los adultos mayores como al personal de salud.

Los adultos mayores son una población, en la cual la mayoría de personas no le dan la importancia que en realidad se merecen para mejorar su calidad de vida. Por esto el mayor propósito es brindar la capacitación a los encargados para que procedan a la atención del accidente que conllevan a la muerte en tan solo unas horas o de manera súbita.

CONTENIDO

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Justificación.....	1
2. Planteamiento Del Problema	2
3. Pregunta De Investigación	3
4. Objetivos.....	3
4.1. Objetivo General.....	3
4.2. Objetivos Específicos	4
5. Viabilidad Del Proyecto	5
6. Limitaciones Del Proyecto	6
7. Impacto del proyecto	7

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

1. Marco conceptual.....	11
2. Marco referencial.....	12
3. Marco institucional.....	21
4. Marco histórico	24
4.1. Historia del Accidente Cerebrovascular	24
4.2. Historia de los hogares geriátricos	25
5. Marco geográfico	29
6. Marco legal	31
7. Marco teórico	33

CAPITULO TRES. METODOLOGÍA

1. Alcance del proyecto.....	46
2. Metodología	46
3. Plan de trabajo	62
4. Presupuesto	65

CAPITULO CUATRO. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1. Descripción de la población	66
---	-----------

2. Árbol de problemas.	67
3. Árbol de objetivos	68
CAPITULO CINCO. CONCLUSIONES,	
RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	86
ANEXOS.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Impacto del proyecto.....	7
Tabla 2. Factores de riesgo.....	34
Tabla 3. Secuelas y complicaciones físicas.....	37
Tabla 4. Alteraciones del humor.....	37
Tabla 5. Alteraciones cognitivas.....	38
Tabla 6. Alteraciones para las actividades de la vida diaria.....	38
Tabla 7. Importancia detección temprana.....	39
Tabla 8. Actuación por el personal encargado en sospecha de ACV.....	42
Tabla 9. Escala de Cincinnati.....	43
Tabla 10. Escala de coma de Glasgow.....	44
Tabla 11. Pretest del participante.....	47
Tabla 12. Post test del participante.....	48
Tabla 13. Encuesta de apreciación.....	50
Tabla 14. Plan de lección.....	51
Tabla 15. Manual del participante.....	55
Tabla 16. Plan de trabajo.....	61
Tabla 17. Presupuesto.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Mapa 1. Medellín.....	30
Figura 1. Oclusión de una arteria cerebral por un trombo.....	33
Figura 2. Recuperación ACV.....	38
Figura 3. Terapia ACV.....	38
Figura 4. Cadena de supervivencia.....	41
Figura 5. Escala de Cincinnati.....	43
Figura 6. Afiche detección accidente cerebrovascular.....	58
Figura 7. Guía practica cara externa.....	59
Figura 8. Guía practica cara interna.....	60
Grafico 1. Árbol de problemas.	66
Grafico 2. Árbol de objetivos.....	67
Figura 9. Resultados Pretest 1/4.....	70
Figura 10. Resultados pretest 2/4.....	71
Figura 11. Resultados Pretest 3/4.....	72
Figura 12. Resultados Pretest 4/4.....	73
Figura 13. Resultados Post Test 1/8.....	74
Figura 14. Resultados Post Test 2/8.....	75
Figura 15. Resultados Post Test 3/8.....	76
Figura 16. Resultados Post Test 4/8.....	77
Figura 17. Resultados Post Test 5/8.....	78
Figura 18. Resultados Post Test 6/8.....	79
Figura 19. Resultados Post Test 7/8.....	80
Figura 20. Resultados Post Test 8/8.....	81
Figura 21. Resultados encuesta de apreciación 1/4.....	82
Figura 22. Resultados encuesta de apreciación 2/4.....	83
Figura 23. Resultados encuesta de apreciación 3/4.....	84
Figura 24. Resultados encuesta de apreciación 4/4.....	85

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Justificación

El personal de salud encargado de atender a los adultos mayores en los hogares geriátricos deben poseer el conocimiento necesario para encargarse de una situación de accidente cerebrovascular, los adultos mayores son los que sufren las consecuencias ya que el accidente cerebrovascular puede ser prevenido y reducirse su morbilidad si se actúa de la forma correcta. Poder aumentar el conocimiento del personal de salud en cuanto a la detección de un ACV y reducir notablemente la morbilidad en los adultos mayores es un beneficio para todas las personas que están en rededor de ellos, los primeros beneficiados serán los adultos mayores y después serán sus familias y amistades, es satisfactorio para sus familiares saber que sus padres o sus abuelos están en un lugar donde el personal de salud que los acompaña cada día busca aumentar su conocimiento para beneficios de ellos. Por estas razones las capacitaciones que se brindarán beneficiarán tantos a los adultos mayores como al personal de salud.

2. Planteamiento Del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define accidente cerebrovascular (ACV) como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular. Las ACV corresponden a la tercera causa de muerte en los países desarrollados, siendo la población adulta la más afectada. La incidencia de la enfermedad aumenta de manera exponencial conforme aumenta la edad. (1)

En los hogares geriátricos el personal encargado son en su mayoría personas que no tienen el suficiente conocimiento sobre la detección oportuna de un accidente cerebrovascular, debido a esto aumenta la morbilidad y la mortalidad del adulto mayor. El personal al cuidado de los adultos mayores espera tener una respuesta de los profesionales en salud, desconociendo que pueden evitar y responder oportunamente antes de que la enfermedad avance y pueda causar la muerte. Debido a la edad, la población está más vulnerable a tener un accidente cerebrovascular, por esta razón los cuidadores de estas personas deben saber manejar esta situación en cualquier momento.

Los adultos mayores son una población la cual la mayoría de personas no les dan la importancia que en realidad se merecen para mejorar su calidad de vida. Por esto el mayor propósito es brindar la capacitación a los encargados para que procedan a la atención del accidente que conllevan a la muerte en tan solo unas horas o súbitamente. Al estar capacitando a los cuidadores, los adultos mayores y sus familias van a sentir seguridad y van a tener confianza en estos lugares al saber que cuentan con personal con suficiente capacitación para responder a cualquier accidente que se les presente.

3. Pregunta De Investigación

¿Cómo puede influir en los adultos que el personal de salud encargado esté capacitado en la detección del accidente cerebrovascular?

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Capacitar al personal de salud encargado de los adultos mayores en los hogares geriátricos sobre la detección de accidente cerebrovascular.

4.2.Objetivos Específicos

- Obtener información acerca del conocimiento que el personal posee respecto al accidente cerebrovascular en los hogares geriátricos.
- Diseñar guía práctica para el personal de salud a la cual tendrán fácil acceso en caso de presenciar un posible accidente cerebrovascular.
- Realizar material de información básica acerca de la detección del accidente cerebrovascular.
- Promover la práctica en la detección oportuna de un accidente cerebrovascular en los hogares geriátricos.

5. Viabilidad Del Proyecto

Se piensa que en los hogares geriátricos de la ciudad de Medellín el personal de salud encargado de los adultos mayores está capacitado para cualquier situación que se les presente, puede que este personal si pueda hacer algo por los adultos mayores en caso de alguna emergencia pero su atención no estaría enfocada en la enfermedad o en el accidente que en el momento la persona esté padeciendo, se quiere con este proyecto que el personal de salud esté capacitado para que conozca bien detalladamente el accidente cerebrovascular, que sepan reconocer su sintomatología y signos importantes de este grave accidente que causa degeneración en la salud de la persona o incluso su muerte. Para este proyecto se cuenta con el personal que se hará cargo de las capacitaciones, también se tiene disponibles el personal de salud que son los receptores de las capacitaciones, se tiene el recurso económico para desarrollar el proyecto, se cuenta con la disponibilidad de tiempo de los capacitadores y de las personas que serán formadas en cuanto al manejo de accidente cerebrovascular (ACV), se cuenta con el hogar geriátrico que va a ser beneficiado a través del desarrollo del proyecto. Todo el personal de salud como son las auxiliares de enfermería, enfermeras, tecnólogos en atención pre hospitalaria e inclusive los médicos estarían dispuestos a adquirir conocimiento de enfermedades o accidentes de los cuales no tienen el suficiente entrenamiento, pensando más que todo en el proceso de aprendizaje que han recibido las auxiliares de enfermería que son el personal que con mayor frecuencia le brinda su atención a los adultos mayores se quiere dar esta capacitación sobre la detección del accidente cerebrovascular y que éste sea el inicio para muchas más capacitaciones que en estos lugares se pueden brindar.

6. Limitaciones Del Proyecto

En la revisión de los datos actualizados a nivel nacional se ha encontrado una deficiencia en la recopilación de información de los accidentes cerebrovasculares en adultos mayores.

El desarrollo del proyecto está limitado debido a que se desea impactar en la mayoría de hogares geriátricos de Medellín y no se cuenta con el tiempo suficiente.

Este impacto que se desea brindar incrementaría los costos ya que es importante que en los hogares geriátricos queden los afiches de información sobre la detección de ACV, material de estudio y guía práctica. Es difícil generar este impacto en poco tiempo y con el respectivo incremento monetario.

7. Impacto del proyecto

Tabla 1. Impacto del proyecto

Impacto esperado	Plazo	Indicador verificable	Supuestos
Impacto Académico La tecnología en atención pre hospitalaria será beneficiada ya que tendrán nuevos conocimientos acerca del ACV teniendo la oportunidad de recibir información actualizada que les ayudará a desenvolverse en escenarios de cambios permanentes, tanto en el área del conocimiento, como en las expectativas del entorno, su quehacer diario y la dinámica para realizar sus labores, les ayudará a adecuarse a los nuevos conocimientos. Además a determinar el cumplimiento de la misión, logro de la visión, y el mejoramiento institucional, como	A corto plazo	- Implementando estas guías actualizadas para la educación en los centros que dictan atención pre hospitalaria - Viendo como los tecnólogos en atención pre hospitalaria cambiaran su actuar frente a un posible accidente cerebrovascular.	- Los estudiantes tendrían más posibilidades de identificar a tiempo la sintomatología de un accidente cerebrovascular. - mejoraría el manejo inicial en la escena de una accidente cerebrovascular por medio del personal pre hospitalario.

determinantes de la calidad académica.			
Impacto Interno La decisión de realizar este proyecto no es solo en beneficio como estudiantes, sino también contribuir en el mejoramiento de los hogares geriátricos, se considera que el proyecto a realizar también va a beneficiar los hogares geriátricos ya que el manejo actual de ACV lo podrán desarrollar el mismo personal encargado de los adultos mayores, disminuyendo así el tiempo de atención del accidente, al ellos aceptar el desarrollo del proyecto en sus hogares,	A corto plazo	El personal médico al cual se entregara el paciente se dará cuenta que el personal de salud de los hogares geriátricos han realizado un manejo inicial el cual le proporcionara opciones de supervivencia más alto a los pacientes.	- se mejorara el perfil profesional que tienen hasta el momento los auxiliares de enfermería que trabajan en los hogares geriátricos. - se encontrara una destreza en el manejo inicial del posible accidente cerebrovascular ya que ellos tendrán una seguridad al actuar que obtendrán a través de la capacitación.

<p>los hace personas con intensión de mejorar el servicio que prestan, también les ayuda a tener más credibilidad al momento de una familia dejar a su ser querido en manos de personal con mucho conocimiento.</p>			
<p>Impacto Externo</p> <p>El impacto que se quiere ofrecer a la sociedad con este proyecto es disminuir la falencia en la atención que se les brinda a los adultos mayores en caso de un accidente, mejorar su estilo de vida y prevenir los daños que desencadena el accidente cerebrovascular (ACV). Cuando se toma la decisión capacitar el personal de salud, se está pensando en el bienestar de los adultos y la</p>	<p>A mediano plazo</p>	<p>Cuando la sociedad empiece a cambiar su actitud frente a los hogares geriátricos donde se les presta atención a los adultos mayores, se lograría con la capacitación constante del personal de salud y practicando diariamente la humanización con la población más vulnerable.</p>	<p>- se generaría confianza en los familiares de los adultos mayores al dejarlos a responsabilidad de auxiliares capacitados. - la humanización en el trato de estos pacientes cambiaria ya que todo seria para beneficio de ellos.</p>

sociedad haciendo que su interés crezca por las personas adultas y se les de la importancia que siempre se les ha debido dar, se quiere también que la sociedad pueda tener un concepto mejor de los hogares geriátricos al saber que el personal está capacitado en el manejo del ACV y así crear un impacto positivo a la sociedad.			
---	--	--	--

CAPITULO DOS. MARCO TEÓRICO

1. Marco conceptual

- ACV: (accidente cerebrovascular) “Evento neurológico agudo que afecta en forma súbita al tejido cerebral y compromete el estado neurológico del paciente, tras la interrupción del aporte sanguíneo a una zona específica del cerebro” (2).
- ECV: (enfermedad cerebrovascular) “comprende un conjunto de trastornos de la vasculatura cerebral que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro con la consecuente afectación, de manera transitoria o permanente, de la función de una región generalizada del cerebro o de una zona más pequeña o focal, sin que exista otra causa aparente que el origen vascular”(3).
- Isquemia: “Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada”(4).
- Morbilidad: “Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población” (4).
- Mortalidad: “Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población”(4).
- Incidencia: “Contabiliza el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado” (5).
- Prevalencia: “describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado” (5).
- Epidemiología: “Es el estudio de las epidemias es decir, de las enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado” (6).
- Estrógenos: “Los estrógenos son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales” (7).
- Hemiparesia: “Debilidad o adormecimiento repentinos de la cara, brazos o piernas, especialmente de un lado del cuerpo” (8).

- Disartria: “corresponde a una alteración en la articulación de las palabras” (9).
- Afasia: “es el trastorno del lenguaje que se produce como consecuencia de una lesión o daño cerebral” (10).
- Hipoxia: “estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de éstos” (11).
- Hipoxemia: “es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial por debajo de 80 mmHg” (12).
- Labilidad emocional: “es un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (llantos, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física) y que en ningún caso significa que exista un auténtico problema psiquiátrico” (13).
- Espasticidad: “se refiere a músculos tensos y rígidos” (14).
- Apraxia: “Es un trastorno del cerebro y del sistema nervioso en el cual una persona es incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos cuando se le solicita” (15).
- Negligencia espacial cerebral: “se refiere a la incapacidad para atender a un estímulo extra corporal izquierda, e implica la imposibilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria como vestirse, comer, escribir y leer” (16).
- Anosognosia: “una negación de la propia patología neurológica” (17).

2. Marco referencial

Título: Estudio retrospectivo de la ocurrencia de accidente cerebrovascular en pacientes diabéticos

Quienes lo hicieron: Neira Sánchez, Elsa Rosa, Seclen Santisteban

Dónde: Departamento Académico de Medicina, Facultad de Medicina Alberto Hurtado.

Director del Instituto de Gerontología. Universidad Peruana Cayetano Heredia

Cuando: abr. /jun. 2000

Resumen: Objetivo: Determinar la frecuencia de diabetes mellitus en la población hospitalizada por ACV, describir las características clínicas del ACV en pacientes diabéticos y no diabéticos y determinar la presencia de otros factores de riesgo para ACV en pacientes diabéticos. Material y Métodos: Es un estudio retrospectivo que incluye pacientes hospitalizados con diagnóstico al alta de ACV, a los que se aplicaron criterios de selección para definir ACV y Diabetes Mellitus. Resultados: La prevalencia del ACV tipo isquémico fue mayor en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos (83% vs. 57%, $p < 0.005$). De los pacientes diabéticos, 11 de ellos fueron diagnosticados en el momento de la hospitalización, de los 30 pacientes con diagnóstico previo de esta patología el 33% tenían de 10 a 15 años de diagnóstico de diabetes y 24% tenían más de 15 años de enfermedad. La mayoría de pacientes diabéticos eran portadores de nefropatía diabética (73%) y retinopatía diabética (46%). La hipertensión arterial fue 1.2 veces más frecuente en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos. También se encontraron más alteraciones en el perfil lipídico de los pacientes diabéticos. Conclusiones: El 15% de la población con ACV tuvo diagnóstico de Diabetes Mellitus. El ACV tipo isquémico fue más frecuente en los pacientes diabéticos. En los pacientes diabéticos el ACV ocurre más frecuentemente en aquellos con más de diez años de enfermedad en los que la diabetes contribuye a aumentar el daño vascular, pero además presentan otras patologías que contribuyen a este daño, como hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y dislipidemias. (2)

Título: Un estudio vincula el potasio con menos casos de ACV en las mujeres mayores

Quienes lo hicieron: Por Randy Dotinga, Reportero de Healthday

Cuando: 05 de septiembre 2014

Dónde: Artículo por HealthDay, traducido por HolaDoctor.com

Resumen: Posiblemente, sugieren los hallazgos de un estudio reciente. Pero la investigación es demasiado preliminar como para confirmar que el potasio solo (y no una dieta general mejor) realmente juega un papel importante para que las mujeres prevengan los ACV y vivan más.

Sin embargo, los hallazgos del estudio fueron lo suficientemente significativos para uno de los coautores del estudio como para hacer esta recomendación: "Las mujeres posmenopáusicas deberían comer más alimentos ricos en potasio, como las frutas, las verduras, los frijoles, la leche y las carnes no procesadas para reducir el riesgo de ACV y de muerte", afirmó Sylvia Wassertheil-Smoller, profesora emérita del departamento de epidemiología y salud poblacional del Colegio de Medicina Albert Einstein de la ciudad de Nueva York.

En el nuevo estudio, los investigadores dieron seguimiento a más de 90,000 mujeres postmenopáusicas de 50 a 79 años de edad durante un promedio de 11 años.

La ingesta diaria promedio de potasio fue de un poco más de 2,600 mg al día. El grupo con menos potasio consumió menos de 1,925 mg al día. El grupo en que se consumió más potasio llegó a más de 3,194 mg al día, según el estudio.

Los investigadores hallaron que las mujeres que consumieron más potasio tenían un 10 por ciento menos de probabilidades de fallecer durante el periodo de estudio y un 12 por ciento menos de probabilidades de sufrir un ACV que las que comieron menos potasio.

Además, los investigadores hallaron que el riesgo de sufrir un ACV isquémico (el tipo causado por una obstrucción de un vaso sanguíneo del cerebro) se redujo en un 16 por ciento para las que consumieron más potasio en comparación con las que consumieron menos. Sin embargo, comer más o menos potasio no afectó al riesgo de ACV hemorrágico, que se produce cuando se rompe un vaso sanguíneo.

Es importante indicar que este estudio solo fue diseñado para mostrar una asociación entre la ingesta de potasio y tener un riesgo menor de ACV y de muerte prematura; no fue capaz de demostrar que el potasio causara esos beneficios.

Si le preocupa su riesgo de ACV, el Dr. Larry Goldstein, director del Centro Duke de Accidente Cerebrovascular del Centro Médico de la Universidad de Duke, afirmó que las personas pueden reducir su riesgo de ACV en un 80 por ciento si evitan la obesidad, la inactividad, fumar y un exceso de consumo de alcohol.

El estudio aparece en la edición en línea del 4 de septiembre como avance de la publicación en la edición impresa de la revista Stroke. (3)

Título: Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico.

Quienes lo hicieron: V. Díaz-Tapia, J. Gana, M. Sobarzo, A. Jaramillo-Muñoz, S. Illanes Díez

Cuando: 2008

Dónde: Unidad De Tratamiento De Ataque Cerebral. Hospital Clínico. Escuela De Kinesiología. Universidad De Chile. Santiago, Chile.

Resumen: Objetivo estudiar la calidad de vida y el estado neurológico funcional de pacientes a los tres años de sufrir un primer accidente vascular cerebral isquémico. Pacientes y métodos. Se escogieron pacientes que cursaron con acv isquémico clasificados en las categorías I 63 a I 69. La calidad de vida y el estado neurológico funcional se midieron mediante la escala de Rankin modificada (mRs) y el cuestionario de salud SF-36, respectivamente. Resultados. De 59 pacientes encuestados (media de edad: 62 años; sexo 51% mujeres), cerca de la mitad (29 pacientes; 49,1%) presentaron algún grado de discapacidad. Treinta pacientes (50,9%) eran independientes o presentan secuelas mínimas al final del periodo de seguimiento. La calidad de vida medida con el cuestionamiento Sf-36 disminuyó progresivamente con el aumento de la puntuación en la mRs, especialmente en el grupo con mRS igual o superior a 3. Si bien el grupo etario más joven (rango:20-36 años) obtuvo el mejor promedio (84 puntos) en el SF-36, no se encontró una diferencia significativa con los restantes grupos de edad, aunque el grupo de 75 años o más fue el que obtuvo una puntuación media más baja (63 puntos). Los ACV extensos (infartos totales de la circulación anterior) de origen cardioembólico (fibrilación auricular) presentaron los más bajos índices de calidad de vida ($p<0,05$). Conclusión. En la población analizada, la calidad de vida varía inversamente con el incremento de la edad y la gravedad del déficit funcional de pacientes que sobrevivieron a un infarto cerebral, especialmente en el subgrupo de origen cardioembólico, debido a su asociación con infartos cerebrales más extensos. (4)

Título: Perfil del paciente con accidente cerebro vascular egresado del complejo asistencial Barros Luco entre enero y junio, 2007

Quienes lo hicieron: Verónica Olea Castro - Mariela Olivares Gálvez

Dónde: Universidad de Chile facultad de medicina escuela de kinesiología

Cuando: 2007

Resumen: La importancia que adquiere el Accidente Cerebro Vascular en las últimas décadas en la población mundial es de gran interés. Debido a las razones epidemiológicas ocurridas en nuestro país, a que es una patología recientemente incorporada en las Garantías Explícitas en Salud y a la gran carga asistencial que éste implica en los Servicios de Atención Pública, en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, es que surge la inquietud de conocer el perfil del paciente con Accidente Cerebro Vascular en el centro de referencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur a 10 años de un estudio similar realizado en el mismo lugar. Para la recolección de datos se revisaron las epicrisis de los pacientes egresados del Servicio de Neurología del Complejo Asistencial Barros Luco, durante el primer semestre del año 2007. Los datos fueron analizados mediante la utilización de la hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Del total de epicrisis revisadas, el Accidente Cerebro Vascular corresponde a 265 casos, siendo así la patología más frecuente en el Servicio de Neurología del Hospital, lo que representa un 55,56%. Del total de casos se obtiene que un 84,53% corresponden a Accidente Cerebro Vascular isquémico y un 11,70% a hemorrágico, las Crisis Isquémico Transitorias corresponden a un 3,77%. La distribución según género, muestra que la mayoría corresponde a sexo masculino con un 52,45%. En cuanto a los factores de riesgo, el de presentación más habitual es la Hipertensión Arterial con un 70,94%, seguida por la Diabetes Mellitus con un 23,77%. El promedio de edad de los pacientes fue de 68,26 años cuyo rango está entre 22 y 96 años. Un 89,81% de los pacientes egresaron en condición de vivos. Finalmente, solo un 31,09% de los pacientes fue derivado a Kinesiología, sin embargo, un 47,92% de ellos egresa con un Rankin entre 2 y 5, es decir, con incapacidad funcional. (5)

Título: Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo.

Quienes lo hicieron: Mariela de los Ángeles Borda Pérez, María Paulina Anaya Torres, María Milena Pertúz Rebolledo, Laura Romero de León, Adriana Suárez García, Alexandra Suárez García

Dónde: Barranquilla – Colombia

Cuando: 2013

Resumen: Objetivo: Establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 -95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles.

Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p).

Conclusiones: La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.

Resultados: La prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó la leve (24.2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta (OR: 1,9, IC 95 %:0,02 - 5,43, p: 0,0090) y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos (OR: 6,6, IC 95 %: 1,21 - 35,9, p: 0,0215). Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero. Mostraron fuerza en la asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), la polifarmacia y el tipo de hogar. (6)

Título: Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012

Quienes lo hicieron: Jaiberth Antonio Cardona Arias, María Isabel Álvarez Mendieta, Stephania Pastrana Restrepo

Cuando: 2014

Dónde: Rev. Cienc. Salud

Resumen. Introducción: Los adultos mayores de Medellín presentan condiciones de vulnerabilidad económica, social, ambiental y de salud general; en los hogares geriátricos se presenta mayor deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Objetivo: Comparar el perfil de CVRS de adultos mayores de hogares geriátricos públicos y privados de Medellín. Materiales y métodos: Estudio transversal correlacionar en 220 adultos mayores seleccionados mediante muestreo probabilístico. Se empleó el WHOQOL-BREF y la ficha clínica de cada individuo. Se evaluó la fiabilidad de la escala mediante alfa de Cronbach, consistencia interna y validez discriminante mediante correlaciones de Pearson, los análisis de CVRS se basaron en medidas de resumen y frecuencia, pruebas paramétricas y no paramétricas y regresión lineal.

Conclusión: Se identificaron algunos factores determinantes de la CVRS que evidencian su multidimensionalidad; información relevante para investigaciones posteriores y para la implementación de políticas de salud pública y acciones en clínica.

Resultados: Se halló HTA en un 50 %, diabetes mellitus en un 23,6 %, dislipidemia en un 22,3 % y osteoporosis en un 15 %. El WHOQOL-BREF presentó excelente fiabilidad, consistencia interna y validez discriminante; el mejor puntaje fue el de salud psicológica y el peor el de relaciones sociales. No se hallaron diferencias en la CVRS según el tipo de hogar geriátrico y sus principales factores fueron la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar, y la participación en grupos sociales. (7)

Título: Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar.

Quienes lo hicieron: Luisa Fernanda Bustos Angulo - Johana patricia Sánchez Londoño

Cuando: En el año 2011

Dónde: Chía- Cundinamarca

Resumen: En la actualidad el envejecimiento es el cambio más sobresaliente en la estructura de la población mundial y la prolongación de la vida, constituye una gran aspiración del género humano.

La prevalencia de depresión reportada en la población mayor de 65 años varía en las diferentes regiones del mundo, tanto que se han descrito frecuencias que oscilan desde 0.4% en Japón hasta un 35 % en Hong Kong y se estima que se puede presentar en alrededor del 10 % de los ancianos que viven en la comunidad.

En atención primaria, el reconocimiento de los trastornos depresivos es menor del 50% y solo una pequeña cantidad de estas personas recibirán tratamiento para su trastorno, lo cual puede ser frecuente en los adultos mayores, ya que las características de la depresión geriátrica, hacen que pase inadvertida, a pesar de que la depresión de la tercera edad suele constituir factor de riesgo suicida, de incremento de la morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional.

Es importante que el personal de salud, cualquiera que sea su especialidad y el marco donde desempeñe su labor, sea capaz de reconocer la depresión en la tercera edad, puesto que podría comportarse como un factor de riesgo de complicaciones, de pobre adherencia terapéutica y de evolución desfavorable mientras que si es diagnosticada y tratada tempranamente los resultados terapéuticos pueden ser excelentes y menor posibilidad de recidiva.

Conclusiones: el presente estudio arrojó datos importantes para la población estudiada tales como detección de deterioros cognitivos desconocidos por la institución donde viven estos adultos mayores, detección de 4 casos de depresión. Dado que solo se encontraron 4 casos de depresión mayor y estos en su mayoría no tenían percepción de disfunción familiar no es posible establecer relación entre depresión y disfunción familiar. Quizás para poder extrapolar estos resultados a la población en general será necesario realizar estudios en diferentes hogares geriátricos, con diferentes características en la población y mayor número de participantes.

Resultados: después de realizar la aplicación de instrumentos se procede a digitar la base de datos con su respectiva codificación en Excel, la cual posteriormente es adaptada en el programa estadístico SPSS, donde se inicia con análisis descriptivo de cada una de las variables.

Con una población total de 107 pacientes quienes viven en el hogar geriátrico, se inició la evaluación de criterios de inclusión y exclusión, de los cuales quedaron excluidos un total de 48 (12 por ser menores de 60 años, 13 por dificultades en la comunicación, 5 por llevar institucionalizados menos de 3 meses y 18 por deterioro cognitivo moderado o severo determinado por mini mental), obteniéndose una población total para el estudio de 59 pacientes. (8)

Título: Riesgo De Caídas En Las Personas Mayores Institucionalizadas En Hogares Geriátricos Del Distrito De Barranquilla.

Quienes: María Victoria Quintero Cruz

Cuando: Octubre de 2009

Dónde: Barranquilla- Colombia

Resumen: Estimar el riesgo de caídas en los adultos mayores institucionalizados en el Distrito de Barranquilla. Se realizó un tipo de estudio descriptivo transversal. La población de estudio estuvo conformada por 104 ancianos residentes en los Hogares Geriátricos del Distrito de Barranquilla a los cuales se les aplicó la escala de movilidad de Tinetti que evalúa marcha y balance por separado y al sumarlos determina el riesgo de caídas.

Conclusiones: La alta prevalencia del riesgo de caída se constituye en un factor de riesgo para la salud física, pues son conocidas las graves consecuencias de una caída en los ancianos, las cuales pueden ir desde una leve contusión hasta fracturas, hematomas cerebrales, disminución de la movilidad por miedo a caer entre otras, afectándose así su funcionalidad y en los casos más graves pueden conducir a la muerte.

Resultados: Se encontró que el 81,2% del total de adultos mayores estudiados presentan algún riesgo de caer. (9)

3. Marco institucional

Reseña Histórica Hogar Gerontogeriatrico Sol De Atardeceres

Cuando en el seno de una familia un adulto mayor comienza a tener problemas derivados de su edad, la familia normalmente no está preparada ni informada adecuadamente sobre los cambios que se están produciendo y que afectan a todos los miembros cercanos, conllevándolos a la frustración y generando problemas de convivencia. Además es muy común que los familiares no tengan el tiempo para dedicar y responder a las necesidades físicas, psicológicas y sociales, con lo cual se presenta la soledad, la carencia de afecto y la enfermedad en el adulto mayor. En visitas realizadas a muchos de los hogares para el cuidado de adultos mayores en Medellín, se ha observado el enfoque principal en la atención asistencial y no en la atención integral de las personas mayores que deciden institucionalizarse, es por esto que nace la iniciativa de crear un centro Gerontogeriatrico, por la experiencia del trabajo desde hace varios años con personas mayores de 60 años, como tecnólogo en gerontología junto con una fisioterapeuta, especialista en administración de servicios de salud, en centros de bienestar al anciano, hogares e instituciones Gerontogeriatrico. El objetivo de la iniciativa es brindar a personas mayores de 60 años de estratos socioeconómico medio y alto, las atenciones necesarias y los cuidados especiales en un hogar Gerontogeriatrico, según sus patologías, hábitos o estado psicológico, además de brindar calidad humana, profesionalismo y un lugar donde puedan vivir, compartir con otras personas de su misma edad, divertirse, entretenerse y realizar actividades en las cuales se garantice mantener o mejorar su estado de salud. Ser mayor no debe constituir un obstáculo para ser feliz, el camino deseable sería ir hacia un envejecimiento saludable, porque hacernos mayores no es sinónimo de enfermedad y uno de los retos de nuestra época es vivir más, pero también mejor. Con este proyecto generaremos empleo a personal de la salud y a otras personas que apoyen el cuidado integral de esta población.

Misión

Sol de atardeceres presta un servicio integral a personas mayores, satisfaciendo sus necesidades básicas, brindando atención en salud y programas ocupacionales, en un ambiente cálido y espacios confortables con profesionales idóneos.

Visión

Sol de Atardeceres pretende ser en el año 2013, un hogar con gran reconocimiento en el campo Gerontogeriátrico, por sus servicios, programas y calidad en la atención integral a personas mayores.

Objeto Social

Nos comprometemos a brindar atención integral a personas mayores en una infraestructura adecuada que ofrezca protección y comodidad, con recurso humano competente, con programas ocupacionales y de salud que optimicen el desarrollo de cada persona que haga uso de nuestros servicios.

Portafolio De Servicios

Alojamiento. Habitación individual o compartida, baño con agua caliente, televisión por cable, teléfono, closet, excelente ventilación e iluminación.

Alimentación Nutricional. Desayuno, media mañana, almuerzo, algo, comida y merienda.

Lavandería. Desinfección, lavado y planchado de ropa.

Zonas Comunes. Sala de televisión, salón de juegos, zona de visitas.

Enfermería 24 Horas. Atención personalizada, administración de medicamentos, acompañamiento, monitoreo continuo.

Fisioterapia. Manejo del dolor físico y rehabilitación física a través de diferentes medios como el ultrasonido, lámpara infrarroja, baños de parafina terapéutica, masaje terapéutico y ejercicio terapéutico.

Gerontología. Gimnasia, juegos, celebración de fechas especiales, bailo terapia, musicoterapia, hidroterapia, caminatas, salidas recreativas.

Medicina General Y Especializada. Se ofrece a través de una póliza colectiva con CEM, donde los residentes tienen derecho a consulta médica, urgencias y emergencias domiciliarias.

Nutricionista. Valora el estado nutricional de cada residente y realiza la minuta diaria según sus necesidades nutricionales.

4. Marco histórico

4.1. Historia del Accidente Cerebrovascular

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el accidente cerebrovascular como el "inicio repentino de parálisis". Hasta hace poco, la medicina moderna ha podido hacer muy poco por esta condición, pero el mundo de la medicina relacionada con los accidentes cerebrovasculares está cambiando y se están desarrollando cada día nuevas y mejores terapias. Hoy día, algunas de las personas que sufren un accidente cerebrovascular pueden salir del mismo sin incapacidad o con muy pocas incapacidades, si reciben tratamiento con prontitud. Los médicos hoy día pueden ofrecer a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular y a sus familias algo que hasta ahora ha sido muy difícil de ofrecer la esperanza.

En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. Los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebrovascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso.

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer. Nacido en Schaffhausen, Suiza, en 1620, Wepfer estudió medicina y fue el primero en identificar los signos "posmortem" de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. De los estudios de autopsias obtuvo conocimiento sobre las arterias carótidas y vertebrales que suministran sangre al cerebro. Wepfer fue también la primera persona en indicar que la apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro. Así pues, la apoplejía vino a conocerse como enfermedad cerebrovascular ("cerebro" se refiere a una parte del cerebro; "vascular" se refiere a los vasos sanguíneos y a las arterias)

La ciencia médica confirmaría con el tiempo las hipótesis de Wepfer, pero hasta muy recientemente los médicos podían ofrecer poco en materia de terapia. Durante las dos últimas décadas, los investigadores básicos y clínicos, muchos de ellos patrocinados y financiados en parte por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (National Institute of Neurological Disorders and Stroke - NINDS), han aprendido mucho acerca del accidente

cerebrovascular. Han identificado los principales factores de riesgo de esta condición médica y han formulado técnicas quirúrgicas y tratamientos a base de medicamentos para la prevención del accidente cerebrovascular. Pero quizás el acontecimiento nuevo más interesante en el campo de la investigación del accidente cerebrovascular es la aprobación reciente de un tratamiento a base de medicamentos que puede invertir el curso del accidente cerebrovascular, si se administra en las primeras horas después de aparecer los síntomas.

Estudios con animales han demostrado que la lesión cerebral ocurre dentro de unos minutos después de ocurrir un accidente cerebrovascular y puede hacerse irreversible dentro de un periodo de solo una hora. En los seres humanos, el daño cerebral comienza en el momento en que empieza el accidente cerebrovascular y a menudo continúa por días después de ocurrir el mismo. Los científicos saben ahora que hay una "ventana de oportunidad" muy reducida para tratar la forma más común del accidente cerebrovascular. Debido a éstos y a otros adelantos en el campo de la enfermedad cerebrovascular, los pacientes que sufren estos accidentes cerebrovasculares tienen ahora una probabilidad de sobrevivir y recuperarse. (10)

4.2. Historia de los hogares geriátricos

A lo largo de la historia de la humanidad, la vejez ha sido valorada de diferentes formas: Freeman describe 9 períodos en el conocimiento científico de esa etapa de la vida durante los 5 milenios precedentes; en tanto Roger Bacon escribió en 1236 uno de los primeros documentos relacionados con el envejecimiento, titulado "La cura de la vejez y la preservación de la juventud". En antiguos textos religiosos se habla de patriarcas que vivían más de 120 años, los cuales eran venerados y respetados por todos como sabios; en cambio, Platón exoneraba de luchar a los ancianos y señalaba que el robo de mercancía y la subversión contra los gobernantes constituían delitos perdonables cuando los cometían personas seniles; sin embargo, Cicerón opinaba que los gerontes eran malhumorados, inquietos, caprichosos e irritables y argumentaba 4 razones que convertían a la vejez en un tiempo infeliz, de modo que se imponía batallar contra la edad avanzada, a saber:

Apartaba del trabajo activo.

Debilitaba el cuerpo.

Privaba de todos los placeres físicos.

Estaba cerca de la muerte.

Las expresiones más peyorativas aparecen contempladas en las sátiras de Juvenal, donde se maldecía a los senescentes, se criticaba a los que imploraban a los dioses una larga vida y se afirmaba que la vejez era una etapa fea, caracterizada por el olvido y la falta de razón.

A diferencia de otras civilizaciones, la china ha venerado siempre a sus adultos mayores. En las sociedades indígenas cubanas, los ancianos behiques fungían como médicos, brujos y principales sostenedores de las tradiciones tribales.

Cuando en el siglo XIX Adolphe Quetelet (1796-1874), considerado como el primer gerontólogo de la historia, desarrolló diversas investigaciones sobre la evolución de la especie humana y aplicó la curva de Gaus, provocó una auténtica revolución conceptual en su tiempo acerca de la senectud.

En 1834 surgió en Gran Bretaña la necesidad de acoger y cuidar a numerosos grupos de gerontes sanos, enfermos y perturbados mentales, con lo cual se iniciaron los asilos de ancianos.

En 1903, Meschnikoff propuso la gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento; en 1909 Ignatz Lewin Nasher, afamado clínico, creó el Departamento de Geriátrica en Estados Unidos; y en 1914, Eduardo Sthuglitz definió la gerontología social como la ciencia encargada de todo lo relacionado con el hombre como ser social que vive en un ambiente social y es aceptado por este.

En 1929 se introdujeron variaciones en los asilos y fue a finales de la década del 30 cuando los pioneros de la medicina geriátrica comenzaron a dar los primeros pasos para el tratamiento de los ancianos en la comunidad. En 1935, Marjory Warren inició la geriátrica contemporánea con los siguientes principios:

La vejez es una enfermedad.

Es esencial establecer un diagnóstico exacto.

Son curables muchas enfermedades en la vejez.

El reposo injustificado puede ser peligroso.

En 1946 quedó constituida la especialidad en el National Health Service del Reino Unido, a pesar de las burlas de la clase médica, y paulatinamente fue extendiéndose hasta que en 1950 se fundó la Sociedad Internacional de Geriátrica, a la que se integraron poco a poco diferentes países.

En 1982 se celebró en Viena la Asamblea Mundial del Envejecimiento, auspiciada por la OMS, a la que asistieron representantes cubanos y en cuyo contexto se firmó la suscripción de Cuba a dicha Sociedad.

Las enfermeras han desempeñado siempre una importantísima función en la atención a las personas de avanzada edad, por lo que en 1904 fue

publicado en el American Journal of Nursing el primer artículo sobre el cuidado del anciano; en 1961, la Asociación Americana de Enfermería recomendó la formación de grupos de enfermeras especializadas en geriatría y en 1969 se instituyeron las normas para la práctica de la enfermería geriátrica. En 1975 se graduaron como tales las primeras enfermeras y en ese mismo año se editó el primer número del Journal of Gerontological Nursing; en 1976 se decidió cambiar el título de enfermeras geriátricas por enfermeras gerontológicas, ya que no solo atendían al anciano enfermo, sino en la propia comunidad. La humanidad está enfrentando a un verdadero problema: el envejecimiento de las poblaciones, lo cual conduce a la aparición de nuevos medicamentos, métodos terapéuticos y concepciones socioeconómicas, así como al aumento de las necesidades, que ejercen un efecto importante sobre la política pública. En los países de Europa septentrional, este proceso se inició hace aproximadamente un siglo; sin embargo, en muchas regiones africanas, menos de 30 % de la población alcanza la ancianidad.

Se prevé que para el 2002 haya alrededor de 600 millones de ancianos; cifra que se duplicará para el 2025, sobre todo en el continente europeo, que es donde existe el mayor número de gerontes. La repercusión sobre el sistema de salud es evidente, pues los ancianos constituyen los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud en cualquier parte del mundo.

A partir del triunfo revolucionario se produjeron cambios políticos y socioeconómicos que determinaron la creación del Ministerio de Bienestar Social, entre cuyas variadas funciones figuraba el cuidado del geronte; luego esas instituciones dejaron de ser conocidas como asilos y recibieron la denominación de hogares de ancianos, a la vez que fue aumentando su número. En 1960 desapareció dicho Ministerio y se creó el Ministerio de Salud Pública, a partir de lo cual se instituyó un programa de trabajo social, se incrementaron los recursos y se decidió el ingreso de los ancianos en los hogares, a través de los policlínicos de las áreas de salud. Ya en 1974, los hogares estatales sumaban en todo el país.

En 1975 se realizó un plan de hogares con plazas de semiinternos, lo cual ayudó a las familias en las que todos laboraban. Actualmente estas instituciones cuentan con 100 o más camas y 2 facultativos para la atención médica de los gerontes; pero en las más pequeñas, el médico del área de salud tiene asignado un fondo de tiempo para asistir a dichos ancianos.

A partir de 1980 se produjeron cambios trascendentales en la política sanitaria con respecto a los adultos mayores; en 1982, el Ministerio de Salud Pública creó el Grupo Nacional de Geriatría y Gerontología en La Habana y luego esa estructura fue generalizándose a otras provincias como Cienfuegos y Santiago de Cuba, donde se forman gerontólogos como personal altamente especializado.

En 1984 se propuso en la Asamblea Nacional del Poder Popular un programa dirigido a mejorar la calidad de vida de los senescentes, 8 que incluía los siguientes aspectos:

Atención al anciano en su domicilio.

Instauración de las casas de abuelos o plazas diurnas en hogares de ancianos, a fin de mantener el vínculo familiar.

Apertura de círculos o clubes de abuelos.

Creación del sistema de hospedaje para ancianos.

Desarrollo de la red municipal de hogares de ancianos.

Paralelamente se adoptaron otras medidas como la confección de varios programas, entre ellos el de atención al anciano institucionalizado y en la comunidad (1985), así como el de terapia ocupacional y fisioterapia.

En mayo de 1992 se inauguró el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad en Ciudad de La Habana, con la finalidad de emprender investigaciones en esta esfera y formar gerontogeriatras. (11)

5. Marco geográfico

Medellín es la segunda ciudad en importancia en Colombia, y capital del departamento de Antioquia; su temperatura promedio es de 24° y está ubicada a 1.475 metros sobre el nivel del mar; cuenta con una extensión de 105 kilómetros cuadrados de suelo urbano, 270 de suelo rural y 5,2 de suelo para expansión.

La ciudad está situada en el centro del Valle de Aburrá, en la Cordillera Central, y está atravesada por el río Medellín, por el norte limita con los municipios de Bello, Copacabana y San Jerónimo; por el sur con Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro; por el oriente con Guarne y Rionegro y por el occidente con Angelópolis, Ebéjico y Heliconia.

Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, Medellín cuenta en 2013 con una población de 2.417.325 habitantes, lo que la hace la segunda ciudad más poblada de Colombia. La ciudad está distribuida político-administrativamente en dieciséis comunas: Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Castilla, Doce de Octubre, Robledo, Villa Hermosa, Buenos Aires, La Candelaria, Laureles- Estadio, La América, San Javier, El Poblado, Guayabal y Belén y cinco corregimientos: Palmitas, San Cristóbal, Altavista, San Antonio de Prado y Santa Elena. La ciudad tiene un total de 249 barrios urbanos oficiales.

Como capital del departamento, alberga las sedes de la Gobernación de Antioquia, la Asamblea Departamental, el Tribunal Departamental, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Dirección Seccional de Fiscalías. También se encuentran instaladas numerosas empresas públicas, privadas e instituciones y organismos del estado colombiano.

Económicamente Medellín es una ciudad que sobresale como uno de los principales centros financieros, industriales, comerciales y de servicios de Colombia, primordialmente en los sectores textil, confecciones, metalmecánico, eléctrico y electrónico, telecomunicaciones, automotriz, alimentos y salud.

La ciudad es uno de los principales centros culturales de Colombia. Medellín realiza importantes y reconocidas festividades a nivel local, nacional e internacional como lo son: la Feria de las Flores, evento anual que ofrece a los visitantes más de 140 eventos culturales, tales como: Feria Nacional Equina, Festival de Orquestas, Festival Nacional de la Trova, desfile de Autos Antiguos, Cabalgata entre otros; Festival de Poesía, este evento ha sido galardonado con el Premio Nobel Alternativo, antesala del Premio Nobel de Paz, por la fundación Right Livelihood de

Suecia, y en el cual se presentan poetas de casi todo el mundo, quienes se encargan de entregar al público, de forma gratuita, sus poemas y lectura en lugares como parques, auditorios, barrios populares y poblaciones cercanas a Medellín; Colombiamoda, es la feria de la moda más importante que se realiza en Colombia, en este evento se presentan diseñadores nacionales e internacionales famosos por sus diseños y la calidad de sus colecciones.

Asimismo, se caracteriza por su excelente actividad académica que cuenta con más de 360 programas académicos entre pregrados, tecnologías, especializaciones, maestrías y doctorados. Gracias a esto es reconocida como ciudad universitaria y de conocimiento, ya que algunas de las universidades colombianas más importantes se encuentran en Medellín. (12)



Mapa 1. Medellín (29)

6. Marco legal

- Ley 1315 De 2009. (Diario Oficial 47.409 De Julio 13 De 2009)

Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

ARTÍCULO 1o. La presente ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.

ARTÍCULO 5o. Las instituciones reguladas por la presente ley, deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.

ARTÍCULO 6o. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y según la normatividad técnica que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 7o. El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas. Las cuáles serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (centro de protección, día o atención).

ARTÍCULO 8o. Cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona.

ARTÍCULO 9o. El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores, desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y además de las que determine el Ministerio de la Protección Social de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes.

ARTÍCULO 13. El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

- Proyecto de ley número 267 de 2008 Cámara, mediante la cual se reglamenta la prestación del servicio de los centros de protección social al anciano y se dictan otras disposiciones. (Acta de Sesión Plenaria 120 de junio 19 de 2008, previo su anuncio el día 18 de junio de 2008, según Acta 119)

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer las condiciones mínimas para el funcionamiento de los establecimientos que ofrecen algún tipo de atención al adulto mayor, para contribuir a garantizar los principios constitucionales y los derechos fundamentales a una vida digna, sin discriminación de tipo social, religioso, cultural o racial.

Artículo 3°. *Centros de protección social al anciano.*

Artículo 4°. *Habilitación.*

Artículo 5°. *Requisitos.*

Artículo 7°. *Obligaciones.*

Artículo 9°. *Sanciones.*

7. Marco teórico

Definición de ACV

Evento neurológico agudo que afecta en forma súbita al tejido cerebral y compromete el estado neurológico del paciente, tras la interrupción del aporte sanguíneo a una zona específica del cerebro. Los principales tipos de ACV son:

ACV isquémico: representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro.

ACV hemorrágico: representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante. (13)



Figura 1. Oclusión de una arteria cerebral por un trombo. (30)

Oclusión de una arteria cerebral por un trombo. A, área del infarto que rodea al sitio inmediato y porción distal del tejido cerebral después de la oclusión. B, área de penumbra isquémica (tejido cerebral isquémico pero todavía no infartado que rodea las áreas del infarto. Esta penumbra isquémica es tejido vivo pero disfuncional debido a la alteración de los potenciales de membrana. La disfunción es potencialmente reversible. El tratamiento actual del ACV intenta mantener el área del infarto cerebral permanente lo más pequeña posible para evitar que las áreas de isquemia cerebral reversible en la penumbra se transformen en áreas más grandes de infarto cerebral irreversible. (13)

Factores de riesgo

Tabla 2. Factores de Riesgo (31)

No modificables	Modificables	Nuevos
-----------------	--------------	--------

Edad	Hipertensión arterial	Ateromatosis arco aortica
Sexo	Diabetes	Aneurisma del septo interauricular
Raza	Tabaquismo	Foramen oval permeable
Factor genético	Obesidad	Bandas auriculares
	Dislipidemia	Flujo lento en cavidades cardiacas
	Síndrome metabólico	
	Arritmias cardiacas	
	Enfermedad coronaria	
	Anticonceptivos orales	
	Drogas psicoactivas	

Edad: el ACV puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años. Los estudios epidemiológicos documentan que después de esta edad por cada década se incrementa el riesgo de sufrir un ACV tanto isquémico como hemorrágico. La prevalencia de la población con dos o más factores de riesgo para ACV se incrementa con la edad.

Género: Los estrógenos tienen un factor protector en la mujer para ACV, una vez la mujer entra en su fase menopáusica estos disminuyen y se incrementa la incidencia de la ACV en la mujer igualando la del hombre. La terapia de reemplazo hormonal que se creía disminuía el riesgo de eventos cardiovasculares, se ha reconocido recientemente, como un factor que incrementa el riesgo de padecerlos.

Raza y etnia: Se ha encontrado que las personas afro-descendientes, los hispanos y los asiáticos tienen un mayor riesgo para sufrir una ACV. Igualmente varía la prevalencia de otros factores de riesgo y el tipo de ACV según la raza o etnia.

Factor genético: en el estudio de Framingham se ha encontrado que los hijos de pacientes que han sufrido una ACV tienen 1.5 veces mayor riesgo de sufrir un ACV. Recientemente se han encontrado genes que codifican la constitución de la pared de los vasos cerebrales que ocasionan malformación de estos y predisponen al desarrollo de hemorragia subaracnoidea, malformaciones arteriovenosas, malformaciones cavernosas cerebrales entre otras. El criterio de riesgo Framingham es un indicador usado para evaluar el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria en los próximos diez años. Está basado en un estudio longitudinal que realiza el gobierno de los Estados Unidos desde 1948. (14)

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas de un ACV pueden ser leves. Entre estos incluyen:

- Hemiparesia
- Confusión repentina
- Disartria, afasia.
- Problemas repentinos de visión en uno o ambos ojos
- Problemas repentinos para caminar
- Mareo o pérdida del equilibrio o coordinación
- Cefalea grave repentina sin causa conocida (13)

Diagnóstico diferencial ACV

El diagnóstico diferencial incluye una serie de patologías generalmente fáciles de distinguir con la historia clínica, la exploración física, la analítica y pruebas de imagen. Sin embargo, en los centros de salud, el diagnóstico, aunque sea fundamentalmente clínico, puede resultar bastante complejo. Un estudio mostró que hasta un 30% de los pacientes enviados a urgencias por sospecha de ACV presentaron finalmente otra patología. En otro estudio sobre pacientes no hospitalarios, sólo el 8% de los pacientes no comatosos, sin trauma craneal y con síntomas neurológicos relevantes (alteración de la consciencia, signos neurológicos focales, convulsiones, síncope, dolor de cabeza o una mezcla de debilidad/mareo/nauseas) presentaron finalmente un diagnóstico de ACV.

- Crisis comiciales/convulsiones

El déficit postictal inmediato recuerda al cuadro clínico causado por un ACV primario. Comúnmente este déficit se corresponde con una hemiparesia, aunque puede presentarse como afasia, hemianopsia u otros déficits focales. En varios estudios las crisis comiciales o déficits postictales figuran como la patología más frecuente entre los diagnósticos erróneos de ACV.

- Migraña con aura

Los síntomas neurológicos suelen ser de inicio más gradual aunque a veces el aura de la migraña puede presentarse de manera aguda y acompañada de un déficit neurológico tanto sensitivo como motor.

- Hipoglucemia

La guía del NICE recomienda que en todos aquellos pacientes con déficit focal neurológico se descarte hipoglucemia como causa de estos síntomas.

Ésta puede producir un cuadro similar al ACV agudo con hemiplejía y afasia.

- Encefalopatía hipertensiva

La encefalopatía hipertensiva se caracteriza por cifras elevadas de PA acompañadas a veces de focalidad neurológica. La presencia de retinopatía hipertensiva puede orientar el diagnóstico, aunque muchas veces es indistinguible clínicamente del ACV agudo. Cuando hay sintomatología neurológica focal, la encefalopatía hipertensiva es un diagnóstico de exclusión, una vez descartado un ACV clínicamente y por neuroimagen.

- Trastorno por conversión

Es un desorden neurológico en el cual de manera inconsciente, a causa de un evento traumático o estresante, el paciente desarrolla síntomas físicos, habitualmente neurológicos. También se han descrito casos de pacientes que simulan los síntomas de un ACV agudo. (15)

Complicaciones del ACV

La principal complicación que tienen son las secuelas funcionales que dejan en el paciente; éstas, van a afectar tanto al paciente como a los familiares con los que vive (en muchas ocasiones supone un enorme trauma familiar, ya que el paciente puede necesitar cuidados constantes).

La recuperación funcional de las secuelas producidas por un ACV va a depender de la severidad de éste, de la edad y situación física previa del paciente, y de la posibilidad o no de realizar rehabilitación; el paciente, con la rehabilitación, puede "aprender de nuevo" a realizar las funciones que ha perdido a causa de la lesión cerebral.

Un año después de sufrir un ictus, aproximadamente el 60% de los pacientes que sobreviven no requieren ayuda en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, asearse, pasear,...), un 20% sólo la requieren para actividades complejas (por ejemplo bañarse), y sólo un 5% son totalmente dependientes. Un tercio de los pacientes con ACV son capaces de volver a trabajar al año del episodio, aunque muchos continúan mejorando de su sintomatología hasta el final del segundo año.

Como otras complicaciones, en los casos de déficit neurológico severo, aumenta la frecuencia de infecciones respiratorias y urinarias, úlceras por el encamamiento, estreñimiento.

La mortalidad de la hemorragia subaracnoidea en los primeros 2 meses es de aproximadamente el 40-60%. (16)

Tabla 3. Secuelas y complicaciones físicas. (34)

Secuelas y complicaciones físicas	
Más frecuentes	Menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Déficits motores totales o parciales • Alteraciones sensitivas • Alteraciones del lenguaje • Fatiga • Osteoporosis • Dolor de hombro • Caídas/ fracturas • Espasticidad • Incontinencia urinaria • Contracturas • Subluxación del hombro hemipléjico • Disfunción sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones visuales • Epilepsia • Dolor central post-ictus • Trombosis venosa profunda • Incontinencia fecal • Úlceras por presión • Infecciones urinarias • Infecciones pulmonares • Estreñimiento • Disfagia

Tabla 4. Alteraciones del humor. (34)

Alteraciones del humor	
Más frecuentes	Menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad emocional

Tabla 5. Alteraciones cognitivas. (34)

Alteraciones cognitivas	
Más frecuentes	Menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Demencia • Déficits de atención • Alteración de la memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Apraxia • Alteración de las funciones ejecutivas superiores • Negligencia espacial • Agnosia (visual y anosognosia)

Tabla 6. Alteraciones para las actividades de la vida diaria. (34)

Alteraciones para las actividades de la vida diaria
Dificultades para:
• Subir escaleras
• Vestirse
• Ir al baño
• Asearse
• Alimentarse
• Pasear



Figura 2. Recuperación ACV (35)



Figura 3. Terapia ACV (36)

Importancia de la detección temprana del accidente cerebrovascular

Es importante el reconocimiento inicial del ACV isquémico porque el tratamiento fibrinolítico IV debe proporcionarse lo antes posible, normalmente en las 3 horas posteriores al inicio de los síntomas, o en las 4,5 horas posteriores al inicio de los síntomas en pacientes seleccionados. La mayoría de los ACVs tienen lugar en el hogar y solo la mitad de los pacientes con ACV agudo utilizan el sistema de emergencias para el traslado al hospital. Los pacientes con ACV a menudo niegan o intentan justificar sus síntomas. Incluso los pacientes de alto riesgo, como aquellos con fibrilación auricular o hipertensión, no reconocen los signos del ACV. Esto retrasa la activación del sistema de emergencias y el tratamiento, lo que da lugar al aumento de la morbilidad y la mortalidad.

Es esencial la educación poblacional y profesional, que ha sido útil para aumentar la proporción de pacientes con ACVs aptos tratados con terapia fibrinolítica. Los profesionales de la salud, hospitales y comunidades deben continuar desarrollando sistemas para mejorar la eficiencia y la eficacia de la atención del ACV. (13)

Tabla 7. Importancia detección temprana. (2)

Evaluación general inmediata	10 minutos
Evaluación neurológica inmediata	25 minutos
Adquisición de TAC craneal	25 minutos
Interpretación de TAC	45 minutos
Administración de tratamiento fibrinolítico, contando desde la llegada al servicio de urgencias	60 minutos
Administración de tratamiento fibrinolítico, contando desde la aparición de los síntomas	3 horas o 4,5 horas en pacientes seleccionados
Ingreso en una cama monitorizada	3 horas

Lugar del traslado de un paciente con posible ACV

Debe ser un centro asistencial donde se tenga experiencia en ACVs, un lugar que tenga la posibilidad de realizar una tomografía axial computarizada (TAC) de inmediato, debe estar el personal médico pertinente para evaluar este paciente, debe tener una unidad de cuidados intensivos. No se debe perder tiempo con este tipo de pacientes, en el momento que se sospeche un ACV lo debemos hacer llegar lo más pronto posible al centro asistencial donde le puedan brindar su atención completa.

Cadena de supervivencia de ACV

El objetivo de la atención del ACV es reducir al mínimo la lesión cerebral aguda y maximizar la recuperación del paciente. La cadena de supervivencia de ACVs descrita por la AHA y la American Stroke Association es similar a la cadena de supervivencia para el paro cardíaco súbito. Esto conecta con las acciones que tienen que tomar los pacientes, los miembros de la familia y los profesionales de la salud para maximizar la recuperación del ACV. Estas conexiones son:

- Reconocimiento y reacción rápidos ante los signos de advertencia de ACV
- Envío rápido del personal de ambulancia
- Sistema de traslado rápido y notificación previa a la llegada al hospital receptor
- Diagnóstico y tratamiento rápidos en el hospital (13)



Figura 4. Cadena de supervivencia. (37)

Actuación por el personal encargado de los adultos mayores en los hogares geriátricos

Tabla 8. Actuación por el personal encargado en sospecha de ACV

Procedimiento a seguir para pacientes con sospecha de ACV	Procedimientos que no se deben seguir en pacientes con sospecha de ACV
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Identifique los signos y síntomas de posible accidente cerebrovascular • Active el área protegida del hogar geriátrico si se tiene, si el hogar no está inscrito en área protegida llame al 123 • Comunique de acuerdo a la escala de Cincinnati evaluada que está sospechando un ACV • Comunique los datos del paciente: nombre completo, cedula de ciudadanía, edad, eps o seguridad social. • Comunique las manifestaciones clínicas importantes que el paciente está presentando en el momento. • Determine la hora de inicio de los síntomas, es decir, cuando el paciente estaba normal por última ocasión. • Verifique signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno • Administre oxígeno si la saturación de oxígeno se encuentra <94%. • Verifique la glucosa • Revise los antecedentes personales: enfermedades sufridas, si es alérgico a algún tipo de medicamento, medicamentos que consume, cirugías que le hayan realizado, última ingesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • No suministre al paciente algún tipo de medicamento. • No suministre al paciente algún tipo de bebida o alimento. • No suministre ASA • No suministre algún antihipertensivo
--	---

Si hay alguna duda, consulte.

Escala de Cincinnati

Tabla 9. Escala de Cincinnati. (2)

Prueba	Resultados
--------	------------

Parálisis facial: haga que el paciente muestre los dientes o sonría.	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: ambos lados de la cara son iguales. • Anormal: un lado de la cara no se mueve con la misma facilidad que el otro
Descenso del brazo: el paciente cierra los ojos y extiende ambos brazos hacia adelante, con las palmas hacia arriba, durante 10 segundos.	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: ambos brazos se mueven igual o ninguno de los brazos se mueve • Anormal: un brazo no se mueve o un brazo está más bajo en comparación con el otro.
Habla anormal: haga que el paciente diga “A perro viejo, no hay quien le enseñe trucos nuevos”	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: el paciente utiliza las palabras correctas sin arrastrarlas. • Anormal: el paciente arrastra las palabras, no utiliza palabras correctas o no puede hablar.

Si hay alguna duda, consulte.

Usando la escala de Cincinnati el personal de salud puede evaluar al paciente en <1 minuto. Interpretación: si 1 de estos 3 signos es anormal, la probabilidad de ACV es del 72%. La presencia de los 3 resultados indica que la probabilidad de ACV es > 85%.

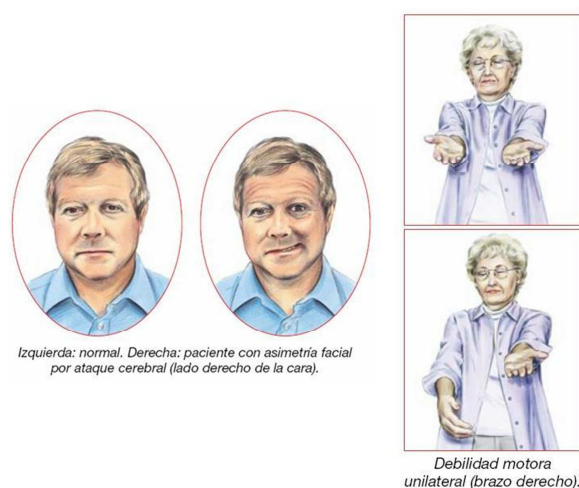


Figura 5. Escala de Cincinnati. (8)

Escala de coma de Glasgow

Es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de conciencia en los seres humanos.

La escala está compuesta por la exploración y cuantificación de tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Dando un puntaje dado a la mejor respuesta obtenida en cada ítem. El puntaje obtenido para cada uno de los tres se suma, con lo que se obtiene el puntaje total.

El valor más bajo que puede obtenerse es de 3, y el más alto de 15. (17)

Tabla 10. Escala de coma de Glasgow. (38)

Apertura Ocular	Espontanea	4
	Al Llamado	3
	Al Estímulo Doloroso	2
	Ausencia Respuesta Ocular	1
Respuesta Verbal	Orientado Y Conversa	5
	Desorientado Pero Conversa	4
	Palabras Inapropiadas	3
	Sonidos Incomprensibles	2
	Ausencia De Respuesta Verbal	1
Respuesta Motora	Obedece Ordenes	6
	Localiza El Dolor	5
	Retira El Dolor	4
	Flexión Anormal	3
	Extensión Anormal	2
	Ausencia De Respuesta Motora	1

Si hay alguna duda, consulte.

CAPITULO TRES. METODOLOGÍA

1. Alcance del proyecto

De acuerdo a las limitaciones que se mencionaron por el tiempo y recursos, el proyecto finalizara brindando una capacitación a un hogar geriátrico haciendo entrega de material de estudio, afiches y guías prácticas. Este proyecto lo podrían continuar otros estudiantes ya que lo que se pretende es lograr un impacto en los hogares geriátricos en el área de Medellín, incluso se puede proponer como un ingreso laboral, dirigido por tecnólogos en atención pre hospitalaria, en el momento solo se ofrecerá la capacitación sobre accidente cerebrovascular pero se puede capacitar sobre otras enfermedades más comunes en el adulto mayor.

2. Metodología

Este proyecto tiene un enfoque de investigación cualitativo el cual se caracteriza como lo menciona Juliao (39) porque describe sucesos complejos de las comunidades, exige a los investigadores un contacto directo con la población que se está estudiando lo cual beneficia tanto al participante como al capacitador, brinda la oportunidad de intervención de los receptores, utiliza la observación, la entrevista y otros como técnicas para su desarrollo, además no utiliza pruebas estandarizadas por las ciencias sociales. El proyecto se relaciona con el tipo de investigación descriptiva ya que como lo menciona Juliao (39) busca caracterizar al personal de salud como el objeto de estudio, señalando sus características y desarrollando una representación de los mismos, puede servir de base para futuros proyectos con mayor nivel de profundidad.

Se utilizará como instrumento para la recolección de información las entrevistas realizadas al personal de salud, estos incluyen un pretest que como objetivo tendrá evaluar los conceptos básicos del personal de salud (Ver Tabla 11), un post test que tendrá como objetivo evaluar los conocimientos adquiridos en la capacitación (Ver Tabla 12), una encuesta de apreciación donde conoceremos la valoración de los participantes hacia la capacitación (Ver Tabla 13). Se utilizará un plan de lección (Ver Tabla 14) y manual del participante (Ver Tabla 15) que servirán de guía tanto para los capacitadores como los receptores y ayudarán a llevar una secuencia durante el desarrollo del tema, los participantes tendrán la oportunidad de tomar nota y definir conceptos básicos. Al finalizar la capacitación se hará entrega de afiches (Ver Figura 6) y guía práctica (Ver Figura 7, 8) de la detección de accidente cerebrovascular que sirve como material visual para recordar hallazgos importantes en la clínica del paciente.

La metodología se llevará a cabo principalmente mediante estudios actualizados sobre accidente cerebrovascular que se pueda transmitir de forma adecuada, estas investigaciones se brindarán de forma presencial al personal de salud utilizando terminología técnica y a la vez clara. Las capacitaciones se realizarán de manera teórico-práctico ya que este método de trabajo ayudará a fortalecer ambas partes. Se creará en los participantes un deseo por el conocimiento acerca de la identificación de accidente cerebrovascular. Estos métodos con

el fin de crear un impacto futuro tanto en el personal del área de la salud como en la atención al adulto mayor mejorando su calidad de vida.

Tabla 11. Pre test del participante.

Pre test del participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo	Evaluar los conocimientos básicos del personal de salud acerca de accidente cerebrovascular.
<p>1. ¿Qué es el accidente cerebrovascular?</p> <hr/> <p>2. ¿Qué tipos de ACV conoces?</p> <hr/> <p>3. Menciona 4 factores de riesgo para sufrir un ACV</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • <p>4. ¿Qué signos y síntomas conoces cuando se está presentando un posible ACV?</p> <hr/> <p>5. ¿Qué acción piensas que es la correcta al momento de sospechar un ACV en un adulto mayor?</p> <hr/> <p>6. ¿Conoces alguna escala con la que se puede evaluar si un paciente puede estar sufriendo un ACV?</p>	

• **Modificables:** (Mencione 4)

4. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes en un ACV?

5. ¿Cuál escala ayuda al personal de salud a evaluar al paciente en menos de 1 minuto?

6. ¿Escala diseñada para evaluar el nivel de conciencia en los seres humanos?

Tabla 13. Encuesta de apreciación.

Indique su reacción a la: Capacitación Acerca De La Detección Del Accidente Cerebrovascular En Hogares Geriátricos A Personal De Salud En El Año 2014, marcando con una X la respuesta que mejor expresa su evaluación a los siguientes aspectos.

N°.	Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
1	Contenido de la capacitación.	1	2	3	4	5
2	Aplicación a su puesto, responsabilidad y necesidad.	1	2	3	4	5
3	Suficientes ejemplos y oportunidad de práctica.	1	2	3	4	5
4	Uso apropiado de materiales que facilitaron el aprendizaje.	1	2	3	4	5
5	Calidad de la información previa a la sesión.	1	2	3	4	5
6	El tema es apropiado para este tipo de escenario.	1	2	3	4	5
7	Ha llenado sus expectativas la capacitación.	1	2	3	4	5
8	Se fortalecieron sus conocimientos.	1	2	3	4	5
9	Dominio del tema por parte de los capacitadores.	1	2	3	4	5
10	Actitud de los capacitadores.	1	2	3	4	5

Tabla 14. Plan de Lección

PLAN DE LECCION	CURSO: Capacitación sobre la detección de ACV
------------------------	--

	en el adulto mayor.
Duración Sugerida	2 HORAS
Objetivo	<p>Al finalizar esta lección el participante será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer la definición y la importancia de la sintomatología del ACV en el adulto mayor. ▪ Capacitar al personal encargado del adulto mayor en cuanto a la detección del ACV. ▪ Capacitar al personal sobre la primera respuesta ante un posible ACV. ▪ Reconocerá los elementos a utilizar, de acuerdo a la situación y al paciente.
Puntos principales a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> ▪Cuál es la definición de ACV ▪ Teoría del ACV basada en la investigación. ▪ Identificar los tipos ACV ▪ Reconocer en qué momento, se debe activar el sistema de emergencia.
Materiales y equipos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Video beam ▪ Computador ▪ Guía por parejas

Comentarios		
Ayudas	CONTENIDO	Notas
	<ul style="list-style-type: none"> • INTRODUCCION • Presentación de las instructoras: Vanessa Cardona y Ana María Cano • Presentación del objetivo: • ACV: duración 1 hora. <p>OBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer la definición y la importancia de la sintomatología del ACV en el adulto mayor. ▪ Capacitar al personal encargado del adulto mayor en cuanto a la detección del ACV. ▪ Capacitar al personal sobre la primera respuesta ante un posible ACV. ▪ Reconocerá los elementos a utilizar, de acuerdo a la situación y al paciente. ▪ Conocer los factores de riesgo que pueden predisponer a un ACV 	Lee un participante.
	<p>2. DESARROLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de ACV: 	

	<p>Evento neurológico agudo que afecta en forma súbita al tejido cerebral y compromete el estado neurológico del paciente, tras la interrupción del aporte sanguíneo a una zona específica del cerebro. Los principales tipos de ACV son:</p> <p>ACV isquémico: representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro.</p> <p>ACV hemorrágico: representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • RETROALIMENTACION <p>¿Cuál es la importancia de la sintomatología del ACV?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que se predisponen para un ACV?</p> <p>¿Cuáles son los tipos de ACV?</p> <p>¿Cuál es el manejo inicial ante la detección del ACV?</p> <p>3. REPASO</p>	<p>¿Quién sabe que es ACV?</p> <p>¿Tipos de ACV?</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre los factores de riesgo que pueden causar un ACV. • En que se puede basar para identificar el ACV <p>4.EVALUACION</p> <p>Se realizara una evaluación teórico/practica para afianzar o reconocer lo aprendido, en medio de una situación dada.</p> <p>5. CIERRE</p> <p>Verificar que si se cumplieron satisfactoriamente los objetivos, se recomienda; consultar, leer y practicar.</p>	
--	---	--

Tabla 15. Manual del participante

MANUAL DEL PARTICIPANTE	CURSO: Capacitación acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares
--------------------------------	--

	geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo	<p>Al finalizar esta lección el participante será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer la definición y la importancia de la sintomatología del ACV en el adulto mayor. ▪ Capacitar al personal encargado del adulto mayor en cuanto a la detección del ACV. ▪ Capacitar al personal sobre la primera respuesta ante un posible ACV. ▪ Reconocerá los elementos a utilizar, de acuerdo a la situación y al paciente.

<p>1. ¿Cuáles son los tipos de ACV?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro. <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante. <p>_____</p> <p>2. ¿Cuál son los factores de riesgo para ACV?</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO modificables: (Mencione 4) <ul style="list-style-type: none"> • Modificables: (Mencione 4) 	<p>NOTAS</p>
<p>3. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes en un ACV?</p> <p>_____</p>	

<p>4. ¿Cuál escala ayuda al personal de salud a evaluar al paciente en menos de 1 minuto?</p> <p>_____</p>	
<p>5. ¿Escala diseñada para evaluar el nivel de conciencia en los seres humanos?</p> <p>_____</p>	

DETECCIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Manifestaciones Clínicas

Los signos y síntomas de un ACV pueden ser leves. Entre estos incluyen:

- Hemiparesia.
- Confusión repentina.
- Disartria, afasia.
- Problemas repentinos de visión en uno o ambos ojos.
- Problemas repentinos para caminar.
- Mareo o pérdida del equilibrio o coordinación.
- Cefalea grave repentina sin causa conocida.

Procedimiento a seguir para pacientes con sospecha de ACV

- Identifique los signos y síntomas de posible accidente cerebrovascular.
- Active el área protegida del hogar geriátrico si se tiene, si el hogar no está inscrito en área protegida llame al 123.
- Comuníquese de acuerdo a la escala de Cincinnati evaluada que está sospechando un ACV.
- Comuníquese los datos del paciente: nombre completo, cedula de ciudadanía, edad, eps o seguridad social.
- Comuníquese las manifestaciones clínicas importantes que el paciente está presentando en el momento.
- Determine la hora de inicio de los síntomas, es decir, cuando el paciente estaba normal por última ocasión.
- Verifique signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.
- Administre oxígeno si la saturación de oxígeno se encuentra <94%.
- Verifique la glucosa.
- Revise los antecedentes personales: Enfermedades sufridas, si es alérgico a algún tipo de medicamento, medicamentos que consume, cirugías que le hayan realizado, última ingesta.



Procedimientos que NO se deben seguir en pacientes con sospecha de ACV

- No suministre al paciente algún tipo de medicamento.
- No suministre al paciente algún tipo de bebida o alimento.
- No suministre ASA.
- No suministre algún antihipertensivo.

ESCALA DE CINCINNATI

Prueba	Resultados
Parálisis facial: haga que el paciente muestre los dientes o sonría.	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: ambos lados de la cara son iguales. • Anormal: un lado de la cara no se mueve con la misma facilidad que el otro.
Descenso del brazo: el paciente cierra los ojos y extiende ambos brazos hacia adelante, con las palmas hacia arriba, durante 10 segundos.	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: ambos brazos se mueven igual o ninguno de los brazos se mueve. • Anormal: un brazo no se mueve o un brazo está más bajo en comparación con el otro.
Habla anormal: haga que el paciente diga "A perro viejo, no hay quien le enseñe trucos nuevos"	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: el paciente utiliza las palabras correctas sin arrastrarlas. • Anormal: el paciente arrastra las palabras, no utiliza palabras correctas o no puede hablar.

- Si hay alguna duda, consulte.
- Usando la escala de Cincinnati el personal de salud puede evaluar al paciente en <1 minuto.
- Interpretación: si 1 de estos 3 signos es anormal, la probabilidad de ACV es del 72%. La presencia de los 3 resultados indica que la probabilidad de ACV es > 85%.

Figura 6. Afiche detección accidente cerebrovascular

ESCALA DE CINCINNATI

PRUEBA	RESULTADOS
Parálisis facial: haga que el paciente muestre los dientes o sonría.	<ul style="list-style-type: none"> Normal: ambos lados de la cara son iguales. Anormal: un lado de la cara no se mueve con la misma facilidad que el otro.
Descenso del brazo: el paciente cierra los ojos y extiende ambos brazos hacia adelante, con las palmas hacia arriba, durante 10 segundos.	<ul style="list-style-type: none"> Normal: ambos brazos se mueven igual o ninguno de los brazos se mueve. Anormal: un brazo no se mueve o un brazo está más bajo en comparación con el otro.
Habla anormal: haga que el paciente diga "A perro viejo, no hay quien le enseñe trucos nuevos".	<ul style="list-style-type: none"> Normal: el paciente utiliza las palabras correctas sin arrastrarlas. Anormal: el paciente arrastra las palabras, no utiliza palabras correctas o no puede hablar.



Impulso normal. Cuando paciente con parálisis facial por ataque cerebral levanta derecho de la cara.



Debilidad motora unilateral (brazo izquierdo).

Imágenes extraídas de: American Heart Association, Soporte Vital Cardiovascular Avanzado, Estados Unidos, Integricol Ltd, 2012.

DETECCIÓN
DE

ACCIDENTE

CEREBROVASCULAR



Stroke Detection

Figura 7. Guía práctica cara externa.

Definición de ACV	Procedimiento a seguir para pacientes con sospecha de ACV
<p>Evento neurológico agudo que afecta en forma súbita al tejido cerebral y compromete el estado neurológico del paciente, tras la interrupción del aporte sanguíneo a una zona específica del cerebro. Los principales tipos de ACV son:</p> <p>ACV isquémico: representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro.</p> <p>ACV hemorrágico: representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante.</p> <p>Manifestaciones clínicas</p> <p>Los signos y síntomas de un ACV pueden ser leves. Entre estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia. • Confusión repentina. • Disartria, afasia. • Problemas repentinos de visión en uno o ambos ojos. • Problemas repentinos para caminar. • Mareo o pérdida del equilibrio o coordinación. • Cefalea grave repentina sin causa conocida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique los signos y síntomas de posible accidente cerebrovascular. • Active el área protegida del hogar geriátrico si se tiene, si el hogar no está inscrito en área protegida llame al 123. • Comuníquese de acuerdo a la escala de Cincinnati evaluada que está sospechando un ACV. • Comuníquese los datos del paciente: nombre completo, cédula de ciudadanía, edad, eps o seguridad social. • Comuníquese las manifestaciones clínicas importantes que el paciente está presentando en el momento. • Determine la hora de inicio de los síntomas, es decir, cuando el paciente estaba normal por última ocasión. • Verifique signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno. • Administre oxígeno si la saturación de oxígeno se encuentra <94%. • Verifique la glucosa. • Revise los antecedentes personales: enfermedades sufridas, si es alérgico a algún tipo de medicamento, medicamentos que consume, cirugías que le hayan realizado, última ingesta. <p>Procedimientos que no se deben seguir en pacientes con sospecha de ACV</p> <ul style="list-style-type: none"> • No suministre al paciente algún tipo de medicamento. • No suministre al paciente algún tipo de bebida o alimento. • No suministre ASA. • No suministre algún antihipertensivo.

Figura 8. Guía práctica cara interna

3. Plan de trabajo

Tabla 16. Plan de trabajo.

Objetivo específico o meta.	Actividades	Fecha de inicio de la actividad.	Fecha de culminación de la actividad.	Persona responsable.
Preparar material que se utilizará en las capacitaciones que se dictaran para los hogares geriátricos.	Diseñar material de estudios para los participantes	25 junio 2014	30 septiembre 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa
Realizar afiches y guía práctica que se dejará en cada hogar geriátrico y se entregará a cada personal encargado de la salud.	Diseñar e imprimir afiches y guía práctica para los participantes.	25 septiembre 2014	3 octubre 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa
Realizar el plan de lección de acuerdo al modelo CPI que se le dictara al personal de salud	Diseñar el plan de lección para los participantes.	10 septiembre 2014	19 septiembre 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa
Evaluar los conocimientos del	Realizar pre-test al personal de salud de	8 octubre 2014	8 octubre de 2014	Cano Mejía Ana María

personal de salud acerca de accidente cerebrovascular.	los hogares geriátricos acerca del conocimiento básico que poseen de accidente cerebrovascular			Cardona Quintero Vanessa
Ayuda visual sobre la detección del accidente cerebrovascular.	Situar información en afiches sobre accidente cerebrovascular en los hogares geriátricos	8 octubre 2014	8 octubre de 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa
Capacitar al personal de salud de los hogares geriátricos acerca de la detección del accidente cerebrovascular	Realizar explicación teórico practica sobre la detección de accidente cerebrovascular	8 octubre 2014	8 octubre de 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa
Preparar al personal acerca de la intervención inicial que deben realizar al abordar el paciente	Simulación final para reforzar y evaluar conocimientos	8 octubre 2014	8 octubre de 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa
Ayuda didáctica para identificar un posible	Entregar guía práctica acerca del	8 octubre 2014	8 octubre de 2014	Cano Mejía Ana María

accidente cerebrovascular	manejo de accidente cerebrovascular			Cardona Quintero Vanessa
Evaluar los conocimientos que se adquirieron durante el proceso de capacitación.	Realizar post-test para comprobar conocimientos que se adquirieron durante el proceso de capacitación.	8 octubre 2014	8 octubre de 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa
Conocer la calidad de capacitación que se brinda al personal de salud.	Encuestar al personal de salud acerca de la calidad y apreciación del curso completo	8 octubre 2014	8 octubre de 2014	Cano Mejía Ana María Cardona Quintero Vanessa

4. Presupuesto

Tabla 16. Presupuesto

Recurso Humano	Materiales Y Equipo	Recursos Financieros
4 meses continuos de trabajo pagado mensualmente \$616.027 para Cano Mejía Ana María y Cardona Quintero Vanessa	1 computador portátil \$900.000	Transporte: \$150.000
1 asesor que capacite y se le paga por hora \$4.000 y se necesitara de sus servicios 2 horas por semana durante cuatro meses. Sería un total de \$128.000	Papelería \$70.000	Llamadas: \$ 50.000
	Información en afiches \$150.000	

CAPITULO CUATRO. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1. Descripción de la población

El personal de salud de los hogares geriátricos que por su formación académica y practica no abarcan los suficientes conceptos básicos para atender una urgencia vital como lo sería el accidente cerebrovascular que regularmente se presenta en los adultos mayores, ya que ellos son una población vulnerable a los diferentes cambios climáticos y físicos. Por tal motivo, se requiere una capacitación adecuada basada en la evidencia y la investigación.

2. Árbol de problemas.

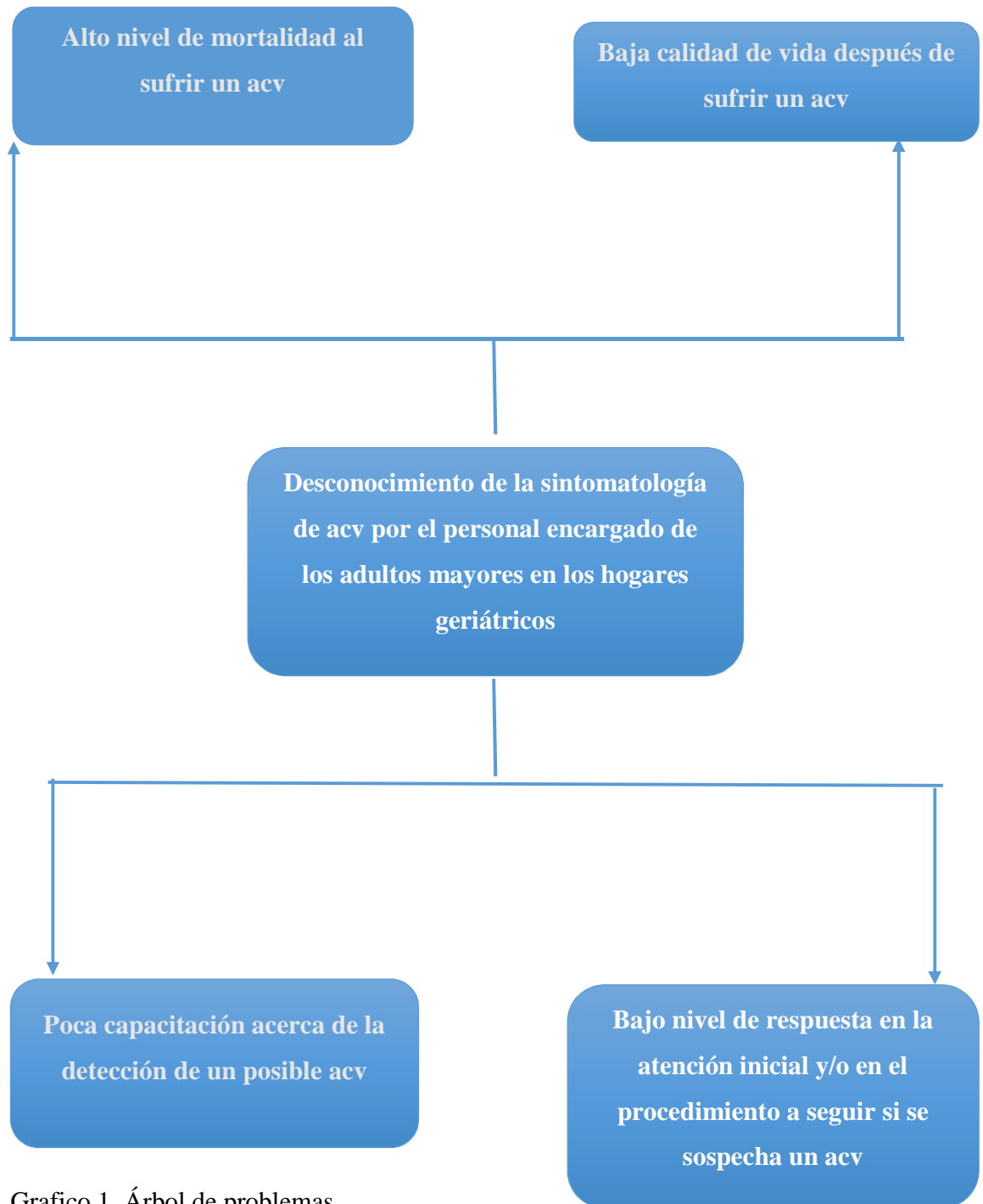


Grafico 1. Árbol de problemas.

3. Árbol de objetivos

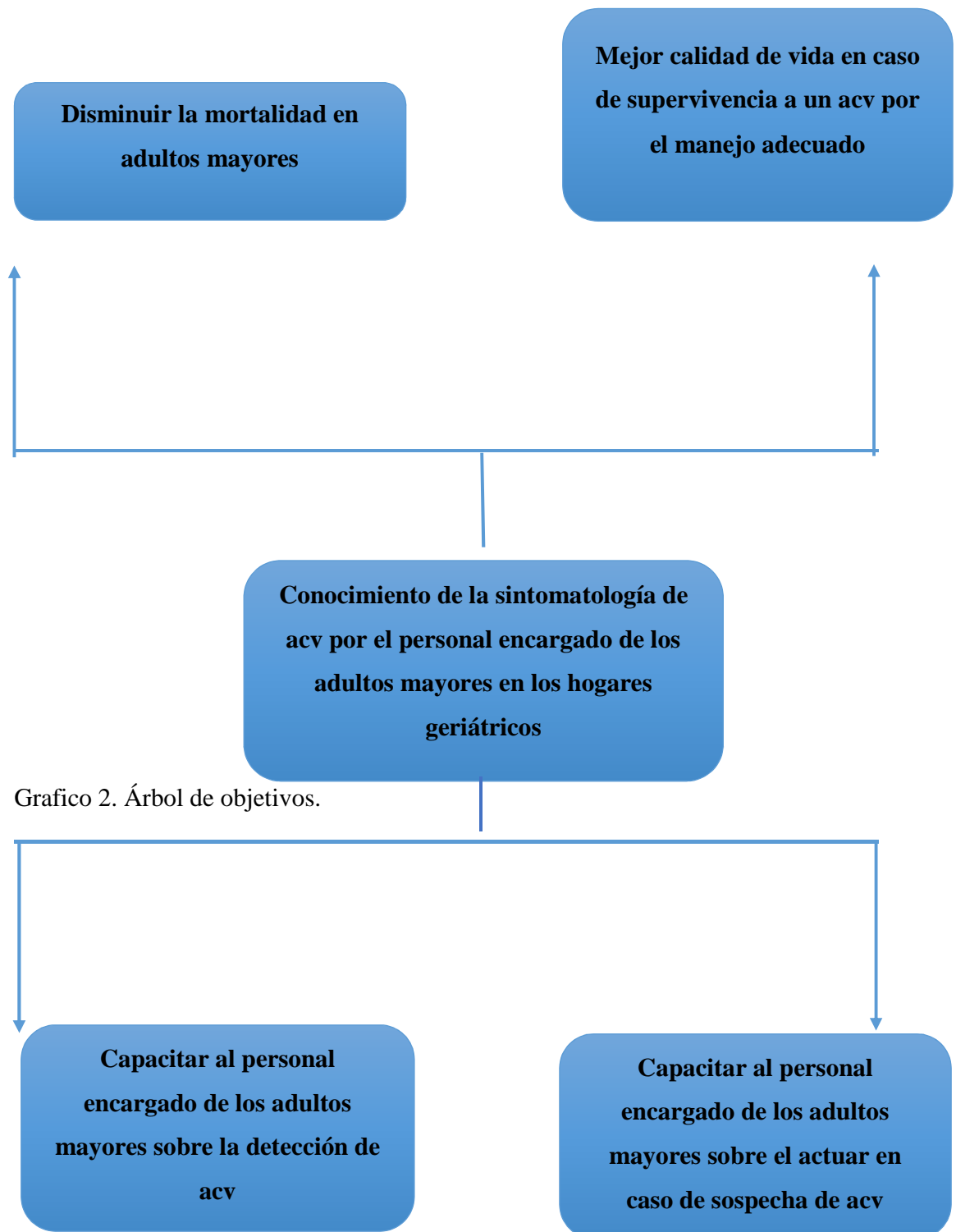


Grafico 2. Árbol de objetivos.

CAPITULO CINCO. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

La capacitación sobre la detección de accidente cerebrovascular se desarrolló el día 08 de octubre 2014 en el hogar Gerontogeriatrico Sol de Atardeceres ubicado en el barrio Laureles de Medellín con duración de dos horas, de acuerdo a los objetivos planteados para este proyecto se pudo identificar el insuficiente conocimiento que los participantes tenían sobre los conceptos básicos, detección y manejo del accidente cerebrovascular, los cuales se fortalecieron en la capacitación. En el desarrollo de la capacitación se lograron afianzar conceptos, aclarar dudas, definir la enfermedad, dar a conocer los tipos de accidente cerebrovascular, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnósticos diferenciales, complicaciones del accidente cerebrovascular, importancia del reconocimiento de signos y síntomas en el momento oportuno, lugar del traslado del paciente, cadena de supervivencia, actuación del personal de salud de hogares geriátricos ante un posible accidente cerebrovascular, escala de Cincinati y escala de coma de Glasgow. Finalizada la capacitación por medio de un post test se pudo notar que la capacitación dio los resultados esperados, ya que la información que se brindó pudo ser captada por los participantes y que en el momento que necesiten recordar conceptos básicos, manifestaciones clínicas, escala de Cincinati y actuación en caso de posible accidente cerebrovascular se les facilitará ya que tienen bases adquiridas en la capacitación, material visual y práctico que corresponde a los afiches y guías prácticas diseñadas específicamente para el personal de salud encargado de los adultos mayores y el hogar geriátrico donde se realizó dicha capacitación.

El alcance que se quería con dicho material de capacitación era en un principio del proyecto crear un impacto en varios hogares geriátricos de Medellín, lo cual fue limitado debido al poco tiempo para su desarrollo, como recomendación para futuros investigadores se podrían seguir desarrollando estas capacitaciones en otros hogares geriátricos utilizando el mismo material, la misma metodología, ya que los resultados en el desarrollo inicial fueron positivos, incluso el personal solicitó que este proyecto continuara y que pudiese abarcar la identificación y el manejo de otras patologías que también son comunes en el adulto mayor. En el desarrollo de dicho proyecto se consigue sensibilizar a la población respecto al

cuidado que deben recibir los adultos mayores ya que la detección temprana de cualquier enfermedad logra su oportuno tratamiento el cual disminuye las complicaciones que se desencadenan después que se presente el accidente. Los hogares geriátricos deben estar en constante capacitación, ya que la población que está a su cuidado es vulnerable debido a su edad y otros factores de riesgo, a consecuencia del desconocimiento se analiza la falencia frente a un posible accidente cerebrovascular mediante el pretest realizado al inicio de la capacitación, los resultados obtenidos después de la capacitación fueron positivos ya que se lograron los objetivos planteados para éste, se pudo obtener este resultado mediante la realización de una evaluación final, analizando los conceptos que se transmitieron durante el proceso. Por medio de una encuesta de apreciación se puede concluir que el contenido de la capacitación, aplicación de ésta a sus funciones, material facilitador del aprendizaje, calidad de información, tema apropiado para este tipo de personal, fortalecimiento de conocimientos, dominio del tema por los capacitadores y la actitud de los mismos arrojó un resultado que oscila entre una calificación de bueno y excelente, lo que demuestra que la capacitación tuvo el resultado esperado. (Ver resultados)

Resultados Pretest

Pre test del participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo	Evaluar los conocimientos básicos del personal de salud acerca de accidente cerebrovascular.

- ¿Qué es el accidente cerebrovascular?
Es una falla a nivel cerebral
- ¿Qué tipos de ACV conoces?
Isquémico y Hemorrágico.
- Menciona 4 factores de riesgo para sufrir un ACV
 - HTA.
 - Edad.
 - Antecedentes perso. Adicción a drogas
 -
- ¿Qué signos y síntomas conoces cuando se está presentando un posible ACV?
Dificultad respiratoria - Hipoxia - Hipotensión.
- ¿Qué acción piensas que es la correcta al momento de sospechar un ACV en un adulto mayor?
Tomar S.V. Colocar en posición cómoda - Poner O₂ y llamar a la emergencia médica.
- ¿Conoces alguna escala con la que se puede evaluar si un paciente puede estar sufriendo un ACV?
NO.

Figura 9. Resultados Pretest 1/4

Pre test del participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo	Evaluar los conocimientos básicos del personal de salud acerca de accidente cerebrovascular.

- ¿Qué es el accidente cerebrovascular?

- ¿Qué tipos de ACV conoces?

Hemorrágico, isquémico.
- Menciona 4 factores de riesgo para sufrir un ACV
 - Sedentarismo
 - Tensión Arterial
 - Tabaquismo
 -
- ¿Qué signos y síntomas conoces cuando se está presentando un posible ACV?

- ¿Qué acción piensas que es la correcta al momento de sospechar un ACV en un adulto mayor?

- ¿Conoces alguna escala con la que se puede evaluar si un paciente puede estar sufriendo un ACV?

Figura 10. Resultados pretest 2/4

Pre test del participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo	Evaluar los conocimientos básicos del personal de salud acerca de accidente cerebrovascular.
<p>1. ¿Qué es el accidente cerebrovascular?</p> <p>es cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe produciendo hemorragia o clote por falta de oxígeno</p> <p>2. ¿Qué tipos de ACV conoces?</p> <p>Isquémico y Hemorrágico</p> <p>3. Menciona 4 factores de riesgo para sufrir un ACV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión. • tabaquismo • actividad física • <p>4. ¿Qué signos y síntomas conoces cuando se está presentando un posible ACV?</p> <p>Sudoración, mareo, pérdida de conciencia, Hipertensión</p> <p>5. ¿Qué acción piensas que es la correcta al momento de sospechar un ACV en un adulto mayor?</p> <p></p> <p>6. ¿Conoces alguna escala con la que se puede evaluar si un paciente puede estar sufriendo un ACV?</p> <p></p>	

Figura 11. Resultados Pretest 3/4

Pre test del participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo	Evaluar los conocimientos básicos del personal de salud acerca de accidente cerebrovascular.

1. ¿Qué es el accidente cerebrovascular?

cuando no llega buen oxígeno al cerebro y no hay irrigación de sangre...

2. ¿Qué tipos de ACV conoces?

3. Menciona 4 factores de riesgo para sufrir un ACV

- cigarrillo
- alcoholismo
- hereditario
- la edad.

4. ¿Qué signos y síntomas conoces cuando se está presentando un posible ACV?

Presión arterial y scanosis

5. ¿Qué acción piensas que es la correcta al momento de sospechar un ACV en un adulto mayor?

Brindar una buena comodidad y llamar a la emergencia

6. ¿Conoces alguna escala con la que se puede evaluar si un paciente puede estar sufriendo un ACV?

NO

Figura 12. Resultados Pretest 4/4

Resultados Post Test

Post Test del Participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo:	Evaluar los conceptos adquiridos durante la capacitación.

1. **¿Definición básica de ACV?**
 Cuando un trombo tapona una arteria cerebral.

2. **¿Cuáles son los tipos de ACV?**

- Representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro.
Isquémico
- Representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante.
Hemorrágico

3. **¿Cuál son los factores de riesgo para ACV?**

- **NO modificables:** (Mencione 4)
 - ✓ Sexo
 - ✓ Edad
 - ✓ Genético
 - ✓ Raza
- **Modificables:** (Mencione 4)
 - ✓ HTA
 - ✓ Diabetes
 - ✓ Tabaquismo
 - ✓ Obesidad

Figura 13. Resultados Post Test 1/8

4. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes en un ACV?

Cefalea, Hemiparesia, afasia, Mareo.

5. ¿Cuál escala ayuda al personal de salud a evaluar al paciente en menos de 1 minuto?

Escala de Cincinnati

6. ¿Escala diseñada para evaluar el nivel de conciencia en los seres humanos?

Escala de Glasgow.

Figura 14. Resultados Post Test 2/8

FIOR USUGA.

Post Test del Participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo:	Evaluar los conceptos adquiridos durante la capacitación.

1. ¿Definición básica de ACV?

Evento neurológico agudo que afecta de forma súbita al tejido cerebral.

2. ¿Cuáles son los tipos de ACV? h

- Representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro.
isquémico
- Representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante.
hemorrágico.

3. ¿Cuál son los factores de riesgo para ACV?

- **NO modificables:** (Mencione 4)
Edad
Sexo
Raza
Factores genéticos.
- **Modificables:** (Mencione 4)
Sedentarismo
tabaquismo
Diabetes
hipertensión

Figura 15. Resultados Post Test 3/8

4. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes en un ACV?

Apraxia, pérdida del equilibrio, mareo
Cefalea

5. ¿Cuál escala ayuda al personal de salud a evaluar al paciente en menos de 1 minuto?

Sensimat.

6. ¿Escala diseñada para evaluar el nivel de conciencia en los seres humanos?

Glasgow.

Figura 16. Resultados Post Test 4/8

Dalila.

Post Test del Participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo:	Evaluar los conceptos adquiridos durante la capacitación.

1. ¿Definición básica de ACV?

Efecto neurológico agudo ocasionado por el taponamiento de una arteria.

2. ¿Cuáles son los tipos de ACV?

- Representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro.

Isquémico

- Representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante.

Hemorrágico.

3. ¿Cuál son los factores de riesgo para ACV?

- **NO modificables:** (Mencione 4)

Edad
Sexo
Etnia
Genético

- **Modificables:** (Mencione 4)

Diabetes
Tabaquismo
HTA.
Obesidad

Figura 17. Resultados Post Test 5/8

4. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes en un ACV?

Disartria - Afasia - Hemiparesia - Mareo

5. ¿Cuál escala ayuda al personal de salud a evaluar al paciente en menos de 1 minuto?

Cincinnati

6. ¿Escala diseñada para evaluar el nivel de conciencia en los seres humanos?

glasgow.

Figura 18. Resultados Post Test 6/8

Cina Restrepo.

Post Test del Participante	Capacitación: Acerca de la detección del accidente cerebrovascular en hogares geriátricos a personal de salud en el año 2014
Objetivo:	Evaluar los conceptos adquiridos durante la capacitación.

1. ¿Definición básica de ACV?

cuando hay una oclusión de una arteria en el cerebro.

2. ¿Cuáles son los tipos de ACV?

- Representa el 87% de todos los ACVs, y, normalmente, está producido por la oclusión de una arteria en una región del cerebro.

isquémico

- Representa el 13% de todos los ACVs y aparece cuando de repente un vaso sanguíneo del cerebro se rompe en el tejido circundante.

hemorrágico

3. ¿Cuál son los factores de riesgo para ACV?

• NO modificables: (Mencione 4)

- * Edad
- * Sexo
- * Raza
- * genético

• Modificables: (Mencione 4)

- * Tabaquismo
- * hipertensión
- * obesidad
- * Sedentarismo

Figura 19. Resultados Post Test 7/8

4. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes en un ACV?

hemiparesia - afasia - problemas de visión -
mareo - cefalea.

5. ¿Cuál escala ayuda al personal de salud a evaluar al paciente en menos de 1 minuto?

escala de censinati

6. ¿Escala diseñada para evaluar el nivel de conciencia en los seres humanos?

escala glasgow.

Figura 20. Resultados Post Test 8/8

Indique su reacción a la: Capacitación Acerca De La Detección Del Accidente Cerebrovascular En Hogares Geriátricos A Personal De Salud En El Año 2014, marcando con una X la respuesta que mejor expresa su evaluación a los siguientes aspectos.

Nº.	Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
1	Contenido de la capacitación.	1	2	3	4	5
2	Aplicación a su puesto, responsabilidad y necesidad.	1	2	3	4	5
3	Suficientes ejemplos y oportunidad de práctica.	1	2	3	4	5
4	Uso apropiado de materiales que facilitaron el aprendizaje.	1	2	3	4	5
5	Calidad de la información previa a la sesión.	1	2	3	4	5
6	El tema es apropiado para este tipo de escenario.	1	2	3	4	5
7	Ha llenado sus expectativas la capacitación.	1	2	3	4	5
8	Se fortalecieron sus conocimientos.	1	2	3	4	5
9	Dominio del tema por parte de los capacitadores.	1	2	3	4	5
10	Actitud de los capacitadores.	1	2	3	4	5

Resultados en encuesta de apreciación

Indique su reacción a la: Capacitación Acerca De La Detección Del Accidente Cerebrovascular En Hogares Geriátricos A Personal De Salud En El Año 2014, marcando con una X la respuesta que mejor expresa su evaluación a los siguientes aspectos.

Nº.	Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
1	Contenido de la capacitación.	1	2	3	4	X
2	Aplicación a su puesto, responsabilidad y necesidad.	1	2	3	4	X
3	Suficientes ejemplos y oportunidad de práctica.	1	2	3	4	X
4	Uso apropiado de materiales que facilitaron el aprendizaje.	1	2	3	4	X
5	Calidad de la información previa a la sesión.	1	2	3	4	X
6	El tema es apropiado para este tipo de escenario.	1	2	3	4	X
7	Ha llenado sus expectativas la capacitación.	1	2	3	4	X
8	Se fortalecieron sus conocimientos.	1	2	3	4	X
9	Dominio del tema por parte de los capacitadores.	1	2	3	4	X
10	Actitud de los capacitadores.	1	2	3	4	X

Figura 21. Resultados encuesta de apreciación 1/4

Indique su reacción a la: Capacitación Acerca De La Detección Del Accidente Cerebrovascular En Hogares Geriátricos A Personal De Salud En El Año 2014, marcando con una X la respuesta que mejor expresa su evaluación a los siguientes aspectos.

Nº.	Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
1	Contenido de la capacitación.	1	2	3	4	5
2	Aplicación a su puesto, responsabilidad y necesidad.	1	2	3	4	5
3	Suficientes ejemplos y oportunidad de práctica.	1	2	3	4	5
4	Uso apropiado de materiales que facilitaron el aprendizaje.	1	2	3	4	5
5	Calidad de la información previa a la sesión.	1	2	3	4	5
6	El tema es apropiado para este tipo de escenario.	1	2	3	4	5
7	Ha llenado sus expectativas la capacitación.	1	2	3	4	5
8	Se fortalecieron sus conocimientos.	1	2	3	4	5
9	Dominio del tema por parte de los capacitadores.	1	2	3	4	5
10	Actitud de los capacitadores.	1	2	3	4	5

Figura 22. Resultados encuesta de apreciación 2/4

Indique su reacción a la: Capacitación Acerca De La Detección Del Accidente Cerebrovascular En Hogares Geriátricos A Personal De Salud En El Año 2014, marcando con una X la respuesta que mejor expresa su evaluación a los siguientes aspectos.

Nº.	Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
1	Contenido de la capacitación.	1	2	3	4	5
2	Aplicación a su puesto, responsabilidad y necesidad.	1	2	3	4	5
3	Suficientes ejemplos y oportunidad de práctica.	1	2	3	4	5
4	Uso apropiado de materiales que facilitaron el aprendizaje.	1	2	3	4	5
5	Calidad de la información previa a la sesión.	1	2	3	4	5
6	El tema es apropiado para este tipo de escenario.	1	2	3	4	5
7	Ha llenado sus expectativas la capacitación.	1	2	3	4	5
8	Se fortalecieron sus conocimientos.	1	2	3	4	5
9	Dominio del tema por parte de los capacitadores.	1	2	3	4	5
10	Actitud de los capacitadores.	1	2	3	4	5

Figura 23. Resultados encuesta de apreciación 3/4

Figura 24. Resultados encuesta de apreciación 4/4

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- 1 VARGAS CSJ. MARCO METOLÓGICO. PRESENTACION POWER POINT..
.
- 2 S.D. KINESIOLOGIA Y CIENCIAS. [ONLINE].; 2012 [CITED 2013 OCTUBRE
.
20. AVAILABLE FROM:
<HTTP://KINESIOLOGIAYCIENCIAS.BLOGSPOT.COM/2012/12/ACCIDENTE-CEREBRO-VASCULAR-ACV.HTML>.
- 3 AMERICAN HEART ASSOCIATION. SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR
.
AVANZADO. PRIMERA ED. BENSON-ROGERS A, EDITOR. ESTADOS UNIDOS: INTEGRACOLOR LTD; 2012.
- 4 CRUZ JEJ. NEUROLOGIA OAXACA. [ONLINE].; 2012 [CITED 2014
.
SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
<HTTP://WWW.NEUROLOGIAOAXACA.COM/?P=330>.
- 5 OXFORD DICTIONARIES. OXFORD DICTIONARIES. [ONLINE].; S.D [CITED
.
2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
<HTTP://WWW.OXFORDDICTIONARIES.COM/ES/DEFINICION/ESPANOL/ISQUEMIA>.
- 6 MARTI CI. MADRIMAS. [ONLINE].; 2012 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
.
AVAILABLE FROM:
HTTP://WWW.MADRIMASD.ORG/BLOGS/SALUD_PUBLICA/2012/02/29/133136.

- 7 RADA G. ESCUELA MED PUL. [ONLINE].; 2007 [CITED 2014 SEPTIEMBRE
 . 15. AVAILABLE FROM:
[HTTP://ESCUELA.MED.PUC.CL/RECURSOS/RECEPIDEM/INTRODUCTORI
 OS4.HTM.](http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.htm)
- 8 WIKIPEDIA. WIKIPEDIA. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
 . AVAILABLE FROM:
[HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/ESTR%C3%B3GENO.](http://es.wikipedia.org/wiki/estr%C3%B3geno)
- 9 HOSPITALES NISA. HOSPITALES NISA, SERVICIO DE
 . NEUROREHABILITACION. [ONLINE].; 2012 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
 AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.NEURORHB.COM/BLOG-DANO-
 CEREBRAL/SINTOMAS-DE-ALARMA-DEL-ICTUS/.](http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sintomas-de-alarma-del-ictus/)
- 1 WIKIPEDIA. WIKIPEDIA. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
 0 AVAILABLE FROM: [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/DISARTRIA.](http://es.wikipedia.org/wiki/disartria)
 .
- 1 WIKIPEDIA. WIKIPEDIA. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
 1 AVAILABLE FROM: [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/AFASIA.](http://es.wikipedia.org/wiki/afasia)
 .
- 1 MUACKS. SLIDESHARE. [ONLINE].; 2011 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
 2 AVAILABLE FROM: [HTTP://ES.SLIDESHARE.NET/MUACKS/DEFINICION-
 . DE-LA-HIPOXIA.](http://es.slideshare.net/muacks/definicion-de-la-hipoxia)
- 1 WIKIPEDIA. WIKIPEDIA. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
 3 AVAILABLE FROM: [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/HIPOXEMIA.](http://es.wikipedia.org/wiki/hipoxemia)
 .
- 1 WIKIPEDIA. WIKIPEDIA. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
 4 AVAILABLE FROM:

- . [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/LABILIDAD EMOCIONAL](http://es.wikipedia.org/wiki/Labilidad_emocional).
- 1 BH D. MEDLINE PLUS. [ONLINE].; 2013 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
5 AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS/SPANISH/ENCY/ARTICLE/003297.HTM](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003297.htm).
- 1 SWANBERG MM NZMMCJ. MEDLINE PLUS. [ONLINE].; 2012 [CITED 2014
6 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS/SPANISH/ENCY/ARTICLE/007472.HTM](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007472.htm).
- 1 WIKIPEDIA. WIKIPEDIA. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
7 AVAILABLE FROM:
. [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/NEGLIGENCIA ESPACIAL CEREBRAL](http://es.wikipedia.org/wiki/Negligencia_espacial_cerebral).
- 1 WIKIPEDIA. WIKIPEDIA. [ONLINE].; 2013 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
8 AVAILABLE FROM: [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/ANOSOGNOSIA](http://es.wikipedia.org/wiki/Anosognosia).
.
- 1 NEIRA SANCHEZ ERSS. REVISTA MEDICA HEREDIANA. [ONLINE].; 2000
9 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.PE/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI ARTTEXT&PID=S1018-130X2000000200004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2000000200004).
- 2 DOTINGA R. UNIVISION SALUD CON HOLA DOCTOR. [ONLINE].; 2014
0 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://SALUD.UNIVISION.COM/ES/NOTICIAS/UN-ESTUDIO-VINCULA-EL-POTASIO-CON-MENOS-CASOS-DE-ACV-EN-LAS-MUJERES-MAYORES](http://salud.univision.com/es/noticias/un-estudio-vincula-el-potasio-con-menos-casos-de-acv-en-las-mujeres-mayores).
- 2 V. DÍAZ-TAPIA JGMSAJMSI. SAMFYC PDF REVISTA DE NEUROLOGIA.
1 [ONLINE].; 2008 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:

- . [HTTP://WWW.SAMFYC.ES/PDF/GDTCARDIOHTA/200915.PDF](http://www.samfyc.es/pdf/gdtcardiohta/200915.pdf).
- 2 VERÓNICA OLEA CASTRO MOG. TESIS UNIVERSIDAD CHILE. [ONLINE].;
- 2 2007 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
- . [HTTP://WWW.TESIS.UCHILE.CL/TESIS/UCHILE/2007/OLEA V/SOURCES/O
LEA V.PDF](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/olea_v/sources/olea_v.pdf).
- 2 MARIELA DE LOS ÁNGELES BORDA PÉREZ MPATMMPRLRDLASGASG.
- 3 REVISTA CIENTIFICA SALUD UNINORTE. [ONLINE].; 2013 [CITED 2014
- . SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
- . [HTTP://RCIENTIFICAS.UNINORTE.EDU.CO/INDEX.PHP/SALUD/ARTICLE/V
IEWARTICLE/3397](http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewarticle/3397).
- 2 CARDONA-ARIAS JA ÁMMPRS. REV. CIENC. SALUD. [ONLINE].; 2014
- 4 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
- . [HTTP://REVISTAS.UROSARIO.EDU.CO/INDEX.PHP/REVSALUD/ARTICLE/V
IEW/3074/2465](http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3074/2465).
- 2 LUISA FERNANDA BUSTOS ANGULO JPSSL. INTELLECTUM UNISABANA.
- 5 [ONLINE].; 2011 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
- . [HTTP://INTELLECTUM.UNISABANA.EDU.CO:8080/JSPUI/BITSTREAM/10818
/2082/1/LUISA%20FERNANDA%20BUSTOS%20ANGULO.PDF](http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2082/1/LUISA%20FERNANDA%20BUSTOS%20ANGULO.PDF).
- 2 CRUZ MVQ. REVISTA SALUD EN MOVIMIENTO. [ONLINE].; 2009 [CITED
- 6 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
- . [HTTP://PUBLICACIONES.UNISIMONBOLIVAR.EDU.CO/RDIGITAL/INNOVA
CIONSALUD/INDEX.PHP/SALUDMOV/ARTICLE/VIEWFILE/84/90](http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/innovacionsalud/index.php/saludmov/article/viewfile/84/90).
- 2 NINDS. APUNTES DE NEUROLOGIA. [ONLINE].; 2000 [CITED 2014
- 7 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
- . [HTTP://APUNTESDEMEDICINA.AWARDSPACE.COM/ACV_ISQUEMICO AN
TECEDENTES.HTM](http://apuntesdemedicina.awardspace.com/acv_isquemico_antecedentes.htm).

- 2 JUANA ADELA FONG JBH. MEDISAN. [ONLINE].; 2002 [CITED 2014
8 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://BVS.SLD.CU/REVISTAS/SAN/VOL6_1_02/SAN11102.HTM](http://BVS.SLD.CU/REVISTAS/SAN/VOL6_1_02/SAN11102.HTM).
- 2 MEDELLIN COMO VAMOS. MEDELLIN COMO VAMOS. [ONLINE].; S.D
9 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.MEDELLINCOMOVAMOS.ORG/LA-CIUDAD](http://WWW.MEDELLINCOMOVAMOS.ORG/LA-CIUDAD).
- 3 CONEXION GLOBAL. CONEXION GLOBAL. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014
0 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.CONEXIONGLOBAL88.COM/EVENTOS.PHP](http://WWW.CONEXIONGLOBAL88.COM/EVENTOS.PHP).
- 3 BLOG D. WORDPRESS. [ONLINE].; 2010 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
1 AVAILABLE FROM:
. [HTTP://DASUAREZ2.WORDPRESS.COM/MORFOFISIOLOGIA-DE-ACV/](http://DASUAREZ2.WORDPRESS.COM/MORFOFISIOLOGIA-DE-ACV/).
- 3 JORGE IGNACIO CELIS MEJÍA DLHLMKC. ACN. [ONLINE].; S.D [CITED
2 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.ACNWEB.ORG/GUIA/G8CAP3.PDF](http://WWW.ACNWEB.ORG/GUIA/G8CAP3.PDF).
- 3 PRIMARIA. GDTDLGDPCPEMDPCIEA. GUIA DE SALUD. [ONLINE].; 2009
3 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.GUIASALUD.ES/GPC/GPC_466_ICTUS_AP_LAIN_ENTR_COM
PL.PDF](http://WWW.GUIASALUD.ES/GPC/GPC_466_ICTUS_AP_LAIN_ENTR_COM_PL.PDF).
- 3 HOUGHTON. RFG. LA SALUD. [ONLINE].; 2004 [CITED 2014 SEPTIEMBRE
4 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.LASALUD.COM/PACIENTES/ACCIDENTE_CEREBROVASCU
LAR.HTM](http://WWW.LASALUD.COM/PACIENTES/ACCIDENTE_CEREBROVASCULAR.HTM).
- 3 GUIA SALUD. GUIAS SALUD. [ONLINE].; 2010 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
5 AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.GUIASALUD.ES/EGPC/ICTUS_AP/RESUMIDA/APARTADO06/](http://WWW.GUIASALUD.ES/EGPC/ICTUS_AP/RESUMIDA/APARTADO06/)

- . [MANEJO ALTA03.HTML#A6323.](#)
- 3 KANSAS CITY HOME CARE. K C HOMECARE. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014
6 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://WWW.KCHOMECARE.COM/BLOG.](http://www.kchomecare.com/blog)
- 3 STROKEDISEASES. WORDPRESS. [ONLINE].; 2011 [CITED 2014
7 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://STROKEDISEASES.WORDPRESS.COM/2011/02/06/STROKE-
RECOVERY-REHABILITATION/.](http://strokediseases.wordpress.com/2011/02/06/stroke-recovery-rehabilitation/)
- 3 FRANFISIO81. ALUCINA MEDICINA. [ONLINE].; 2013 [CITED 2014
8 SEPTIEMBRE 15. AVAILABLE FROM:
. [HTTP://ALUCINAMEDICINA.COM/2013/04/18/PRIMEROS-AUXILIOS-EN-
URGENCIAS-TRAUMATOLOGICAS-FRACTURAS-LUXACIONES-
ESGUINCES-Y-ROTURAS-MUSCULARES/.](http://alucinamedicina.com/2013/04/18/primeros-auxilios-en-urgencias-traumatologicas-fracturas-luxaciones-esguinces-y-roturas-musculares/)
- 3 WIKIPEDIA. WIKIPEDI. [ONLINE].; 2014 [CITED 2014 SEPTIEMBRE 15.
9 AVAILABLE FROM:
. [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/ESCALA_DE_COMA_DE_GLASGOW.](http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Coma_de_Glasgow)
- 4 LEY 1315 DE 2009. (DIARIO OFICIAL 47.409 DE JULIO 13 DE 2009)
0
.

41 PROYECTO DE LEY NÚMERO 267 DE 2008 CÁMARA, MEDIANTE LA CUAL SE REGLAMENTA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ANCIANO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. (ACTA DE SESIÓN PLENARIA 120 DE JUNIO 19 DE 2008, PREVIO SU ANUNCIO EL DÍA 18 DE JUNIO DE 2008, SEGÚN ACTA 119)

ANEXOS











