

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL ICTUS A LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA. CONOCIMIENTOS, DETECCIÓN Y ATENCIÓN PRECOZ

Alumno: Jiménez Martínez, Miriam

Tutor: Segura López, Gabriel

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2017-2018

ÍNDICE

❖ Pregunta en formato PICO	1
JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	2
1.1. Enfermedad cerebrovascular: ICTUS	2
1.2. Factores de riesgo y prevención.....	3
1.3. ¿Cómo identificar un ictus?.....	4
1.4 Epidemiología.....	5
1.5. Programa de atención al ictus en la Región de Murcia.....	7
1.6. Supervivencia, discapacidad y calidad de vida en el Ictus.....	7
1.7. Conocimientos y actitud de la población frente al ictus.....	8
1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS	9
3. DISEÑO Y METODOS.....	10
A) TIPO DE DISEÑO QUE SE UTILIZARÁ	10
B) POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	11
C) MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	13
D) VARIABLES	14
E) DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	15
F) ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	17
G) ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	18
4. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTOS PARA EL ESTUDIO	18
5. LIMITACIONES, POSIBLES SESGOS y FORTALEZAS	19
6. PROBLEMAS ÉTICOS.....	20
7. ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DEL ESTUDIO	21
8. BIBLIOGRAFÍA	22
9. ANEXOS.....	25

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Investigador principal: Miriam Jiménez Martínez

Lugar de trabajo: Centros de Salud adscritos al Área I del Mapa Sanitario de la Región de Murcia

Localidad: Murcia

Código Postal: 30833

Telf.Móvil: 646348466

Email: mirgis4@hotmail.com

❖ Pregunta en formato PICO

¿Puede una intervención educativa aumentar la percepción de gravedad de un ictus, por parte de la población del Área I de la Región de Murcia, y con ello una rápida actuación y mejora de la atención prestada por parte de los equipos sanitarios?

P (población)=Población adulta, mayor de 18 años, perteneciente a los Centros de Salud adscritos al Área I del mapa sanitario de la Región de Murcia.

I (intervención)=Realizar educación para la salud en los Centros de Salud adscritos al Área I, en base al conocimiento previo de la población, para aumentar la percepción de la gravedad y mejorar la actitud frente a los síntomas.

C (comparación)=Se comparan los resultados antes y después de llevar a cabo la intervención para ver si han mejorado los conocimientos.

O (outcome/ resultados)= Conocer si tras realizar la intervención existe un reconocimiento precoz y, con ello, una rápida actuación y mejora de la atención prestada por los equipos sanitarios.



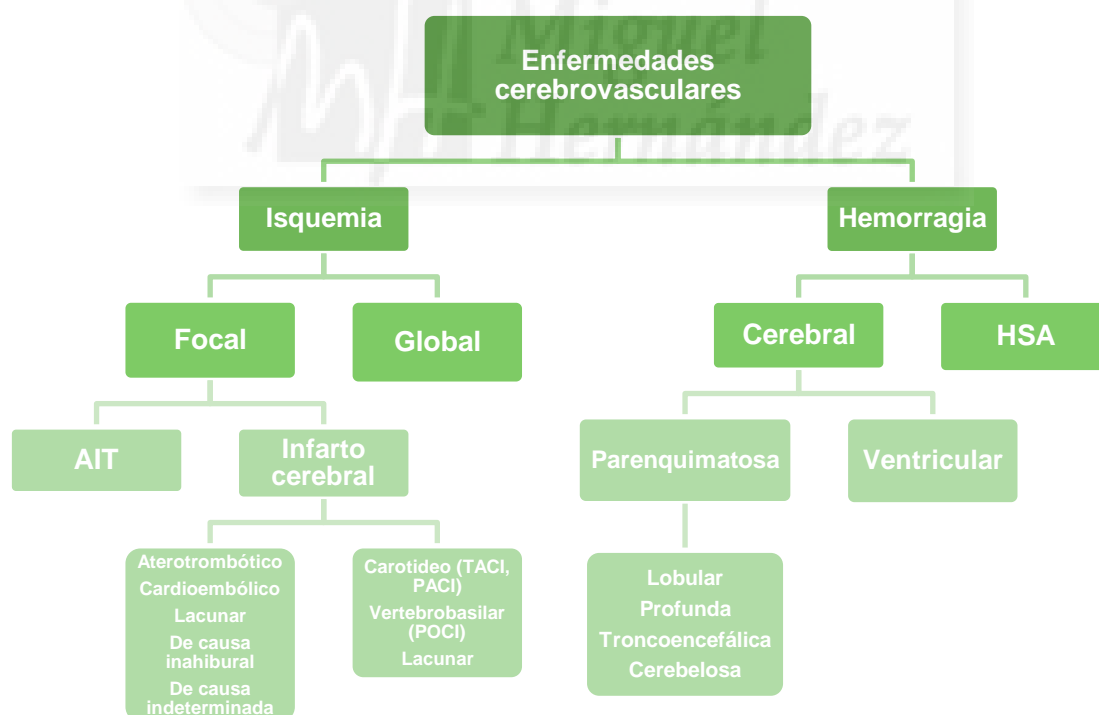
Fdo. Miriam Jiménez Martínez

JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. Enfermedad cerebrovascular: ICTUS

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV), accidentes cerebrovascular (ACV) o ictus—en latín “golpe”- hacen referencia a un trastorno súbito del flujo sanguíneo cerebral que altera transitoria o permanentemente la actividad de una determinada región del encéfalo (cerebro, cerebelo, tronco). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ictus como un síndrome clínico, de origen vascular, caracterizado por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal (a veces global) que dura más de 24 horas¹.

Existen diversas clasificaciones siendo la más extendida, según su patogenia; dividiéndose así en dos grandes grupos: isquémicos o hemorrágicos; los primeros representan entre el 80 y el 85% de todos los ictus, mientras que sólo un 15-20% son debidos a una hemorragia. En la siguiente figura se detallan (Figura1)²:



***AIT**: Accidente Isquémico Transitorio; **HSA**: Hemorragia subaracnoidea; **TACI**: Infarto total de la circulación anterior; **PACI**: Infarto parcial de la circulación anterior; **POCI**: Infarto de la circulación posterior

Figura 1. Clasificación de la enfermedad cerebrovascular según su patogenia. Adaptada de Martínez-Vila et al.

1.2. Factores de riesgo y prevención.

Los factores de riesgo para el desarrollo de un ACV son diversos y presentan una gran variabilidad individual. Se pueden agrupar en factores **no modificables** y **modificables**² (Tabla 1) siendo en éstos últimos donde podemos incidir para realizar una detección y control a fin de reducir al máximo la probabilidad de sufrir un ictus y las múltiples consecuencias que conlleva.

<p>I) Factores de riesgo bien documentados</p>	<p>a) Modificables: <u>Hipertensión arterial</u> Cardiopatía: Fibrilación auricular Endocarditis infecciosa Estenosis mitral Infarto de miocardio reciente Tabaquismo (x 2-4 veces) Anemia de células falciformes Episodios previos de ACV</p> <p>b) Potencialmente modificables: Diabetes mellitus Homocisteinemia Hipertrofia ventricular</p> <p>c) No modificables: Edad (>65 años) Sexo (Varón, excepto HSA) Factores hereditarios Raza/etnia (Negra) Localización geográfica Predisposición genética</p>
<p>II) Factores de riesgo menos documentados</p>	<p>a) Potencialmente modificables: Dislipemias Uso de anticonceptivos orales Consumo excesivo de alcohol y drogas Sedentarismo Obesidad Factores dietéticos</p> <p>b) No modificables: Estación del año y clima</p>

Tabla 1. Factores de riesgo de los ictus. Adaptada de Martínez-Vila et al.

Un estudio del registro EPICES³ describe la prevalencia de los factores de riesgo vascular (FRV) en pacientes hospitalizados por ictus. Destaca la

hipertensión arterial como el más prevalente, tanto en los de etiología isquémica como hemorrágica, seguida de la dislipidemia y la diabetes mellitus. La detección y modificación de factores de riesgo modificables, es fundamental para prevenir un primer episodio y recidivas, siendo éstos, el primer motivo de discapacidad y muerte. Entre las medidas preventivas destacamos: medidas dietéticas (baja en grasas saturadas y rica en frutas, verdura y pescado), actividad física, reducir el consumo de tabaco, no tomar bebidas alcohólicas ni drogas, evitar obesidad, control tensión arterial y la diabetes mellitus, control colesterol, anticoagulación y tratamiento de enfermedades cardioembólicas.

Según afirman, cerca del 80% de los casos de ictus se podrían evitar si se controlan los factores de riesgo⁴ pero a pesar de ello, diversos estudios revelan el déficit de control sobre los mismos.

1.3. ¿Cómo identificar un ictus?

El ictus se trata de una urgencia médica donde cada minuto transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta la instauración del tratamiento es primordial, disminuyendo así las posibilidades de recuperación conforme pasa el tiempo⁵. Debido a la gran variedad y complejidad clínica en su forma de presentación, el diagnóstico del ictus resulta difícil de realizar ya que, además, es necesario hacerlo lo más rápidamente posible para evitar futuras complicaciones.

Considerado el ictus un problema de salud pública de primer orden, el Sistema Nacional de Salud español desarrolló en 2009 una estrategia integrada por cinco eslabones que componen la cadena asistencial del Ictus (Figura 2):



Figura 2. Cadena asistencial. Adaptada de la Estrategia en el Ictus del Sistema Nacional de Salud.

El primer eslabón es el paciente, ya que las personas que sufren ictus, en ocasiones no acuden a los servicios sanitarios porque no sienten dolor o son conscientes. Es en esta primera etapa donde se va a centrar nuestro proyecto de investigación ya que, además de conocer su grado de conocimientos, enseñaremos a conocer adecuadamente los síntomas de alarma del ictus para una detección y atención precoz a fin de instaurar el tratamiento adecuado y evitar futuras complicaciones.

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) norteamericano establece cinco signos y síntomas que deben advertirnos de la presencia de ictus^{6,7}.

1. *Pérdida de fuerza y/o sensibilidad de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo de inicio brusco.*
2. *Alteración repentina en la comprensión y/o elaboración del lenguaje o en la articulación de las palabras.*
3. *Pérdida súbita de la visión parcial o total en uno o en ambos ojos.*
4. *Cefalea de inicio súbito de intensidad inhabitual y sin causa aparente*
5. *Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas, acompañada de cualquier síntoma anterior.*

La Australia's National Stroke Foundation incorpora un sexto síntomas: *Dificultad para tragar*⁶. Por su parte, la Sociedad Española de Neurología añade el *trastorno de la sensibilidad o sensación de "acorchamiento u hormiguillo" de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco*^{6,8}.

1.4 Epidemiología

Al tratarse de una entidad heterogénea debido tanto a sus formas de presentación como a su etiopatogenia resulta complicada la obtención de reseñas epidemiológicas fiables⁹. La cuestión sobre si hay diferencias geográficas en las poblaciones y la trascendencia de las intervenciones sobre los factores de riesgo en su incidencia obliga a disponer de datos epidemiológicos exhaustivos y estables. En España las enfermedades cerebrovasculares son una causa muy frecuente de morbilidad y

hospitalización sin embargo, a pesar de que constituyen la segunda causa de mortalidad en la población general, y la primera en las mujeres según datos de la OMS y el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN)¹⁰, la incidencia y prevalencia no se conoce bien ya que no existen datos exhaustivos y fiables^{9,10}. La mayor parte de la información proviene de registros hospitalarios, encuestas o mediante registro de defunciones.

❖ Incidencia

La OMS sitúa la incidencia promedio mundial del ictus en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año con gran diversidad en función de las poblaciones. En España se estima que puede oscilar entre 120-350 casos por 100.000 habitantes/año, según extrapolaciones de estudios. Por otro lado, suponen un gasto sociosanitario y económico muy elevado, que se estima va a incrementarse en los próximos años debido al envejecimiento de nuestra población y a que la incidencia de ictus aumenta con la edad siendo más frecuente a partir de los 55 años¹⁰. Las tasas se multiplican por 10 en la población mayor de 75 años donde existe un elevado riesgo de sufrir un evento cerebrovascular en los siguientes 10 años según el estudio PREVICTUS¹⁰.

❖ Prevalencia y Mortalidad

En 2006 se publicó un metaanálisis donde se estimaron unos 50-60 casos por cada 1.000 habitantes en los grupos de edad entre 65- 74 años y por encima de los 100 casos por cada 1.000 habitantes en mayores de 75 años. Boix et al estimaron entonces una prevalencia ajustada por edad para un primer ictus en mayores de 70 años, de 7,3% para hombres y 5,6% en mujeres y 6,4% para ambos sexos. La prevalencia es menor en mujeres aumentando con la edad y es mayor en zonas urbanas¹¹.

La tasa de mortalidad en España se sitúa en 88/100.00 personas/año, siendo el 91,6% de los casos mortales personas mayores de 60 años, menor en los ictus isquémicos que en los hemorrágicos².

1.5. Programa de atención al ictus en la Región de Murcia

La tasa de mortalidad específica sitúa al ictus como segunda causa de muerte en la Región de Murcia¹², existiendo más de 2.000 casos al año de ictus (200 casos por 100.000 habitantes) y unas 6.000 personas con secuelas. Nos encontramos ante un problema con una enorme repercusión en nuestra comunidad; 3.500 personas sufren un ictus lo que equivale a unas 10 personas cada día, un nuevo afectado cada dos o tres horas^{10, 13}.

En el año 2006, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), se produjeron 1009 muertes por ECV situándose como primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres¹⁴. Además se pudo comprobar que existía un déficit de conocimientos en la población sobre la enfermedad lo que originó que a muchos de los pacientes no se les pudiese aplicar el tratamiento idóneo^{15,16}. Sin embargo, en los últimos años se ha observado una progresiva disminución en la mortalidad por ictus debido a la mejora en la prevención y a los avances en la atención de la fase aguda. Mientras la tasa de fallecidos era de 127,1 por cada 100.000 personas en 1990, en el año 2006 se reduce a 73,63 por 100.000 habitantes¹¹.

1.6. Supervivencia, discapacidad y calidad de vida en el ictus.

Según la Sociedad Española de Neurología, el ictus es la primera causa de discapacidad permanente en la población adulta en nuestro país y la segunda tanto de muerte como de demencia². Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas que limitan sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) lo que conlleva a una situación de dependencia parcial o completa con la consiguiente sobrecarga de los cuidadores principales derivando en un problema de salud pública y comportando una importante carga socioeconómica². De este modo, el ictus ocupa en Europa el segundo eslabón de carga global de enfermedad según la OMS y en cuanto a los años de vida perdidos se estima un promedio de 28 años de vida por cada 10.000 habitantes¹¹.

No obstante, cabe destacar que existe un descenso de la mortalidad por ictus y una mayor tasa de supervivencia gracias a la mejora de la atención sanitaria e intervención. Sin embargo, al menos un tercio de los pacientes presentarán una pérdida de independencia estando relacionada directamente con la atención recibida, la severidad del evento y la intensidad de las secuelas¹⁷. Como dato, mencionar quede los personas mayores de 65 años con dependencia, el 73% son debido al ACV produciéndose rara vez, una recuperación total del ictus, quedando el 90% de los pacientes con secuelas y un 50% con discapacidad permanente; esta cifra resulta especialmente alarmante ya que un 25% de los ictus afecta a personas laboralmente activas^{2,18}.

Las principales afectaciones son el deterioro cognitivo, problemas motores de las extremidades y dificultades del lenguaje¹⁸. La discapacidad más frecuente es la dificultad para desplazarse fuera de casa, seguida por la dificultad para realizar las tareas de casa y en general, las discapacidades relacionadas con la motricidad.

1.7. Conocimientos y actitud de la población frente al ictus

A pesar del empeño que se ha puesto en la importancia de concienciar a la población, menos del 15% de los pacientes con un ictus isquémico reciben trombolisis, siendo el principal motivo la tardanza en acudir al centro médico desde el comienzo de los síntomas¹⁹. Se establece como una de las causas de este retraso la falta de conocimientos de los síntomas, así como la ignorancia de la severidad del evento por la población a pesar de que la prevalencia y gravedad de este hecho sea superior a otras patologías como el infarto agudo de miocardio²⁰. Estudios llevados a cabo en Europa han puesto de manifiesto que alrededor del 40% de los pacientes ingresado tras sufrir un ictus, desconocen lo que representa, factores de riesgo y síntomas^{21, 22}.

Ya en la Declaración de Helsinborg²³ se insistía en la necesidad de que la población y personal sanitario fueran conscientes de la gran envergadura que acarrea esta enfermedad para poder asegurar una atención precoz, especializada y multidisciplinar que implicara una mejora en el pronóstico del paciente. Del mismo modo cabría mejorar el conocimiento de la población tanto

de los factores de riesgo, signos y síntomas, como de respuesta ante los mismos a través de sesiones educativas haciéndose partícipe, por tanto, al propio paciente como a su entorno e incluyéndose éstos en la cadena asistencial del ACV como parte de la atención prehospitalaria de forma que disminuyera el tiempo de acceso a una atención especializada al sensibilizar a la población en el reconocimiento de los síntomas y de la urgencia que supone la enfermedad.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Por todo lo anterior, el objetivo principal es *mejorar la capacitación de la población, del Área I de la Región de Murcia, en la detección precoz y manejo inicial del Ictus a través del aumento de sus conocimientos y de su percepción de la gravedad.*

Como objetivos específicos destacamos:

- Determinar el grado de conocimientos sobre el Ictus, sus factores de riesgo, su sintomatología inicial y cadena asistencial.
- Incrementar los conocimientos previos sobre esta patología y su detección precoz en la población.
- Reducir el tiempo preasistencial de la detección del Ictus a través de la colaboración ciudadana ante la sospecha de sintomatología precoz para garantizar una atención precoz por parte de los profesionales sanitarios.
- Prevenir, en lo posible, la aparición del Ictus en la población a través de la promoción de hábitos de vida saludables, modificando estilos y factores de riesgo.

2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Siendo la Atención Primaria el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de cuidados, se establecerá como escenario principal en nuestro proyecto de investigación. La aplicabilidad de este programa sería

totalmente viable pues es posible realizar, desde los 14 Centros de Atención Primaria del Área I, un seguimiento a los pacientes con factores de riesgo, promover estilos de vida saludables, coordinar dispositivos de atención urgente, realizar campañas de información y garantizar la colaboración ciudadana en la cadena asistencial del Ictus concienciando de la importancia de un diagnóstico precoz de los síntomas de alarma del ictus y la actitud ante ellos.

Si los resultados son óptimos y los recursos accesibles, se podría extrapolar y modificar los protocolos de salud en las 9 Áreas de Salud de la Región de Murcia. Así mismo, se podrán utilizar para publicaciones en revistas de impacto, realización de congresos a nivel nacional, etc., con tal de formar a los profesionales sanitarios con la mejor evidencia científica disponible y, por consiguiente, garantizar la adquisición de conocimientos de la población para garantizar la calidad de cuidados.

Estos resultados, en materia de salud, no solo beneficiarían al paciente sino que, además, conllevaría un avance para las administraciones sanitarias gracias a su posibilidad de réplica en numerosas Zonas Básicas de Salud, reduciendo la morbi-mortalidad asociada y las secuelas psico-físicas así como los costes sanitarios.

3. DISEÑO Y METODOS

A) TIPO DE DISEÑO QUE SE UTILIZARÁ

Estudio Cuasiexperimental Pre-Post. Trataríamos de llevar a cabo un estudio experimental sin asignación al azar de los sujetos y en el que cada individuo actuaría como su propio control y se evaluaría su respuesta antes y después de la intervención. Con ello conseguir evaluar la eficacia y efectividad de nuestra intervención para aumentar la percepción de la gravedad y mejorar la actitud frente a los síntomas por parte de la población así como la detección de los factores de riesgo.

B) POBLACIÓN DE ESTUDIO

-DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La población seleccionada es la residente en el Área I del Mapa Sanitario de la Región de Murcia, englobando éste 14 Centros de Atención Primaria (CAP) desde donde se realizarán las sesiones educativas.

La Región de Murcia se ordena el Mapa Sanitario en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, que cuentan con una dotación de recursos sanitarios suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su territorio. El Área I- Murcia Oeste (Figura 3) se divide en los siguientes Centros de Salud (Figura 4)¹² cuyo hospital de referencia es el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) dónde se localiza la Unidad de Ictus de referencia de la Región:

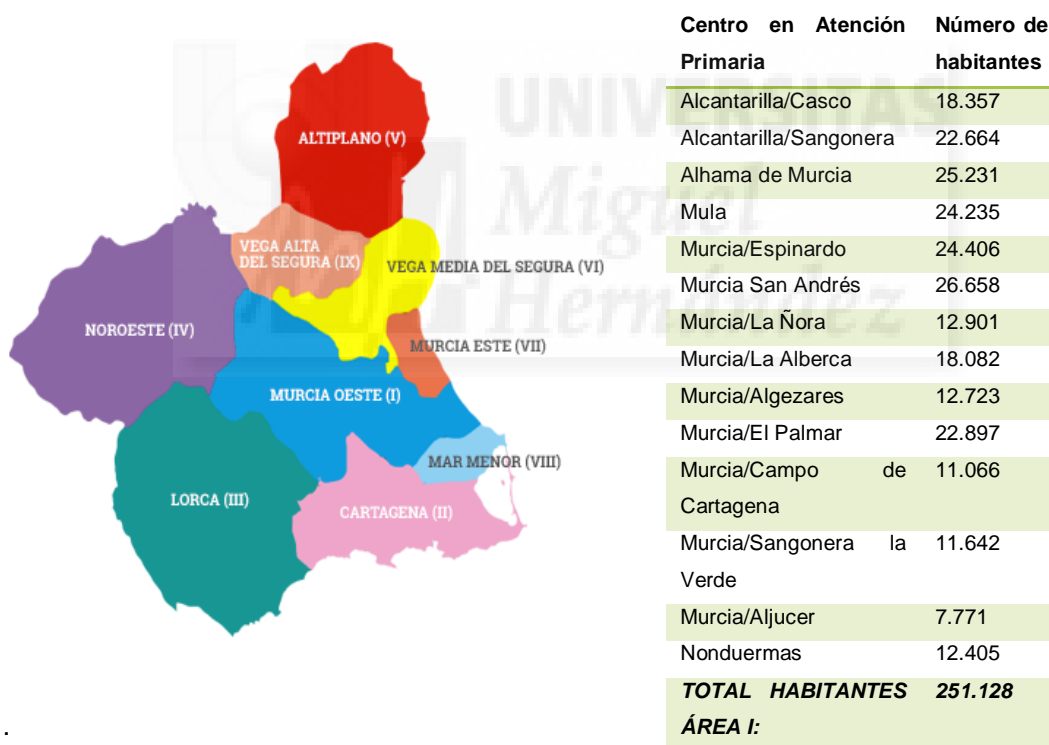


Figura 3. Área I de la Región de Murcia Figura 4. CAP del Área I. Extraído de CREM

-CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Como criterios de inclusión incluiríamos a:

- Personas mayores de 18 años que, de forma voluntaria, accedan a participar en las sesiones educativas para la detección precoz y manejo inicial del ictus.

- Personas que pertenezcan a los 14 Centros de Salud adscritos al Área I del mapa sanitario de la Región de Murcia.
- Personas que acudan al CAP de manera programada, a demanda o urgente en la **“Semana del Ictus”** del 29/10/2018 al 02/11/2018.
- Personas que firmen el consentimiento informado.
- Se incluirán en el estudio hombres y mujeres.
- Se incluirán castellano hablantes
- Nivel de alfabetización medio.
- Personas sin limitación cognitiva valorada con 3 o menos errores en la Escala de Pfeiffer (SMPQ).

Añadiríamos como critérios de exclusión:

- Personas que presenten barrera idiomática
- Personas que se encuentren en una situación terminal
- Que presenten trastornos mentales graves, demencia y/o deterioro cognitivo

-MÉTODO DE MUESTREO

Se obtendrá una muestra aleatoria de los sujetos a través de los listados de personas inscritas durante la semana de captación, interesadas en nuestro estudio. Con anterioridad al inicio de las sesiones, se realizará una reunión de equipo y se enviará un correo explicando en qué consiste el programa que tienen que ofertar a las personas que cumplan los criterios de inclusión de la muestra aleatoria. Cuando se realice la llamada telefónica al usuario, se comunicará la opción de participar en el programa, y en caso de estar interesado se les dará la información suficiente para tener la capacidad y autonomía de decidir si quieren acudir a las sesiones o no.

-CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con tal de obtener una muestra que sea representativa (n) y teniendo en cuenta un IC 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5% en una población de 251.128 habitantes, se requerirá un mínimo de 203 sujetos. Dado que no hay intervención cruenta, ajustamos a un 3% las pérdidas (R) que se pudiesen ocasionar por revocación del consentimiento, fallecimiento o

enfermedad grave así como cambio de Área de Salud quedando, de este modo, el tamaño muestral ajustado a **209 sujetos de estudio (15 pacientes por CAP)**.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

N: Población de estudio
Z: Desviación media del valor aceptado para IC 95% (1,96)
p: Proporción esperada (50%)
e: Margen error máximo admitido (5%)
Ajuste por pérdida del 3%: n=1 (1/R)

- PROCEDENCIA DE LOS SUJETOS

La muestra del estudio, extraída de esta población de referencia (Habitantes que pertenezcan a los 14 Centros de Salud adscritos al Área I del Servicio Murciano de salud) estará destinada a aquellos individuos que cumplan con los criterios de inclusión y acepten la participación en nuestra intervención.

C) MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

La captación se realizará con motivo del día internacional del ictus (29 de Octubre) comenzando ese mismo día hasta el 02/11/2018 en la llamada **“Semana del Ictus”** tanto en los stands que se colocarán en cada uno de los Centros de Atención Primaria, los pacientes que visitaron el centro con motivo administrativo así como en las consultas de medicina y enfermería.

La recogida de información se realizará mediante una entrevista personal con el sujeto de estudio a través de un cuestionario *ad Hoc* (Anexo II) en la primera sesión de nuestra intervención. El procedimiento de recogida de información elegido es la entrevista personal, por ser un procedimiento más flexible, con menor tasas de no respuesta y permitir recoger una información de mayor calidad. Se ha de destacar que tras realizar una revisión bibliográfica exhaustiva del material mejor evidenciado, no se ha localizado ningún instrumento estandarizado, validado y adaptado cultural y lingüísticamente a nuestro medio que sirva para medir los conocimientos o percepción de gravedad ante la clínica precoz de un Ictus por lo que para cumplir los objetivos propuestos en nuestro estudio se ha elaborado un cuestionario *ad Hoc* basándonos en la evidencia documental y en la opinión de los profesionales y participantes.

D) VARIABLES

Los sujetos cumplieron el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas sobre definición del ictus, factores de riesgo, estilos de vida de riesgo, síntomas, percepción de la gravedad y actitud frente a los síntomas de alarma. Para conocer si se han cumplido los objetivos propuestos se necesita que las variables sean medibles, por lo que las variables que vamos a evaluar y medir durante el estudio son las siguientes:

Variables principales

- Conoce "ictus" → categórica dicotómica
- Síntomas correctos conocidos → Cualitativa nominal, cuantitativa discreta, categórica dicotómica
- Órgano afectado → Cualitativa nominal
- Factores de riesgo vascular conocidos → Cualitativa nominal, cuantitativa discreta, categórica dicotómica
- Estilos de vida de riesgo conocidos → Cualitativa nominal, cuantitativa discreta, categórica dicotómica
- Conocimiento adecuado → Cualitativa dicotómica
- Actitud correcta ante los síntomas de alarma → Cualitativa nominal dicotómica
- Actitud correcta ante el ictus → Cualitativa nominal dicotómica
- Gravedad del ictus → Cualitativa ordinal

Variables secundarias

Características demográficas:

- Edad → Cuantitativa discreta
- Peso → Cuantitativa continua
- Talla → Cuantitativa continua
- Sexo → Cualitativa dicotómica
- Estado civil → Cualitativa nominal
- Nivel educativo → Cualitativa ordinal
- Situación laboral → Cualitativa nominal
- Nivel económico → Cualitativa ordinal
- Nivel de salud → Cualitativa ordinal

Presencia de factores de riesgo vascular principales:

- Hipertensión arterial → Cualitativa dicotómica
- Diabetes Mellitus → Cualitativa dicotómica
- Hipercolesterolemia → Cualitativa dicotómica
- IMC → Cuantitativa continua ordinal
- Consumo de tabaco → Cualitativa dicotómica; cuantitativa discreta
- Consumo de alcohol → Cualitativa dicotómica

Experiencia con el ictus:

- Antecedentes personales de ictus → Cualitativa dicotómica
- Antecedentes familiares de ictus → Cualitativa dicotómica

E) DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Basándonos en la opinión de expertos de la documentación revisada y tras un consenso de todos los profesionales que participan en el estudio, seguimos la Teoría de Ausubel en el que el aprendizaje es significativo conectando aprendizajes ya existentes con nuevos conocimientos mediante experiencias que le den sentido como, por ejemplo, la simulación que planteamos. Así el conocimiento va de lo general a lo específico²⁴. Para trabajar sobre el aprendizaje del Ictus, se tendrá en cuenta conocimientos previos y lo que es necesario aprender, de esta forma el conocimiento se irá construyendo en base a lo que ellos saben adquiriendo las habilidades deseadas. Se establece que para una capacitación idónea de los participantes nuestra educación para la salud deberá adoptar una perspectiva educativa centrada en la persona y con un mecanismo feed-back profesional-paciente lográndose, con este modelo bidireccional, mejores resultados que con los de un proceso meramente informativo

Así pues, se van a establecer 6 sesiones a lo largo de una semana, omitiendo el periodo de fin de semana, para favorecer la asistencia y el acceso a los pacientes. Se realizará un análisis de grupo, una entrevista personal y anamnesis, una simulación y una evaluación.

El Programa de Detección Precoz y Manejo Inicial del Ictus consta de 6 sesiones educativas de 90 minutos de duración cada una, en grupos de hasta

15 participantes que se impartirá en los 14 Centros de Salud adscritos al Área I en el mismo periodo de tiempo. A continuación se detalla cada sesión:

❖ **1ª sesión: ¿Qué conozco del Ictus?**

Introducción a la sesiones. En primer lugar se obtendrá la firma del consentimiento informado (Anexo I) por parte de los participantes del estudio.

Para hacer un análisis del grupo con el que trabajaremos se llevará a cabo una lluvia de ideas o brainstorming, diferenciando entre lo que es mito o verdad.

Por último, se cumplimentará el cuestionario ad Hoc (Anexo II) de manera personalizada con los 15 participantes para conocer las características sociodemográficas y los conocimientos previos del grupo que nos permitan orientar nuestro estudio. Después del mismo, entregaremos a cada participante un tríptico con los objetivos de nuestro proyecto y las actividades que se llevarán a cabo.

❖ **2ª sesión: Conociendo el Ictus. Capacitación y concientización**

Tras la cumplimentación y lectura intensiva de cada cuestionario se establecerá un punto de partida acorde a los conocimientos previos de los participantes. Se realizará educación para la salud a través de una sesión informativa y educativa en formato PowerPoint sobre qué es el ictus, factores de riesgo y su prevención, síntomas y secuelas. En ella, se establecerán grupos de discusión dónde se puedan hacer preguntas abiertas y se busque la interacción de los participantes.

Instruiremos sobre cómo detectar y cómo actuar ante los síntomas de alarma del ictus concientizando de la importancia de la detección precoz, manejo inicial y la percepción de la gravedad.

❖ **3ª sesión: Escaneo corporal.**

Conocidos los principales factores de riesgo explicados en la 2ª sesión, se llevará a cabo una entrevista personal con cada participante indagando sobre los estilos de vida riesgo que tengan y se realizarán diversas pruebas para medir parámetros tales como la tensión arterial, IMC, perímetro abdominal... Por otro lado, accederemos a su Historia Clínica a través del programa OMI-AP para realizar un anamnesis completo y obtener datos como el perfil lipídico o glucémico, además de otros factores que pueden ser considerados de riesgo.

❖ **4ª sesión: Promoción hábitos saludables. ¡Aprende a cuidarte!**

Intervención educativa de enfermería personalizada para promover hábitos de vida saludables con documentación y material educativo para reforzar la información relevante.

❖ **5ª sesión: Llémoslo a la práctica. Simulación clínica**

Tras una preparación teórica llevaremos a la práctica todo el contenido expuesto utilizando como técnica la simulación operativa; empleada con fines educacionales como evaluativos. En el simulacro habrá 7 roles bien diferenciados: Paciente, familiar, dos testigos y en equipo médico compuesto por médico, enfermero y técnico. Los demás participantes serán espectadores y jueces que indiquen qué se ha omitido y qué se podría mejorar así como las acciones acertadas y el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la actuación de los familiares y transeúntes.

Para terminar se realizará un breve cuestionario para conocer el grado de conocimientos afianzados tras la intervención educativa.

❖ **6ª sesión: Ayúdanos a mejorar**

Evaluación de los participantes sobre la satisfacción de la intervención e identificación de los elementos de mejora, experiencias vividas y respuesta a cuestiones, dudas y/o sugerencias. Para finalizar tendrá lugar un pequeño ágape como despedida de las sesiones.

F) ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis descriptivo de las características demográficas, conocimiento general del ictus, de los factores de riesgo y estilos de vida y la actitud frente a los síntomas y a la enfermedad.

Se describirán las variables cualitativas a través de frecuencias absolutas y relativas expresadas en proporciones o porcentajes y en gráficas de barras, pareto o de sectores, y las cuantitativas continuas mediante tendencia central y dispersión. Se llevará a cabo una valoración de la homogeneidad de los datos; se utilizará **t-Student** para variables cuantitativas, **Chi-cuadrado** para variables nominales o dicotómicas y el test de **Wilcoxon** para variables de naturaleza ordinal. El análisis de datos se realizará con el paquete estadístico *SPSS Statistics 20.0*.

G) ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para dar inicio a nuestro protocolo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la mejor evidencia científica disponible a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, Dialnet, Cuiden. En ellas se utilizaron varias combinaciones de las siguientes palabras clave o Medical Subject Headings (MeSH) tanto en español como en inglés en función de los parámetros que definen el objeto de estudio:

ESPAÑOL	“Ictus OR Enfermedad Cerebrovascular”; Conocimiento; Educación sanitaria; Factores de riesgo; Población; Tratamiento de emergencia; Primera respuesta.
INGLÉS	“Stroke” OR “Cerebrovascular Diseases”; Knowledge; Health education; Riskfactor's;Population; Emergencytreatment; First responder.

Tabla 2. Palabras clave o MeSH en inglés y español. Elaboración propia.

También se tuvo en cuenta el documento propuesto por el Ministerio de Sanidad y Política Social “Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud” y el documento propuesto por la Consejería de Salud de la Región de Murcia “Programa de Atención al Ictus en la Región de Murcia”; además de los datos reflejados en el Portal Estadístico de la Región de Murcia para conocer los habitantes del Área I y la incidencia del Ictus en nuestra comunidad.

4. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTOS PARA EL ESTUDIO

La captación se realizará con motivo del día internacional del ictus (29 de Octubre) comenzando ese mismo día hasta el 02/11/2018 en la llamada **“Semana del Ictus”** de forma isócrona en los 14 Centros de Salud. Después de estos días de captación para realizar nuestro estudio, emplearemos la siguiente semana (05/11/2018-09/11/2018) para seleccionar a los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión establecidos y avisarles del inicio de la intervención. La fecha prevista del transcurso de las sesiones será del 12/11/2018 hasta el 19/11/2018; se llevarán a cabo 6 sesiones de 90 minutos de duración cada una durante 6 días.

Destinaremos cerca de un mes para realizar el análisis estadístico comparando los resultados obtenidos antes y después de llevar a cabo nuestra intervención estableciéndose así mismo una conclusión general derivada de las sesiones realizadas en los 14 Centros de Atención Primaria. Por último, Enero será el mes destinado a la redacción del estudio al completo, y Febrero y Marzo para la presentación (Tabla 3).

ACTIVIDAD	JUL	AGO	SEPT	OCT	29/11 al 02/11	05/11 al 09/11	12/11 al 19/11	19/11 al 30/12	ENE	FEB- MAR
ELABORACIÓN PROTOCOLO	X	X	X							
AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ				X						
BÚSQUEDA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	X	X	X							
CAPTACIÓN DE SUJETOS					X					
SELECCIÓN DE SUJETOS						X				
6 SESIONES ICTUS + RECOGIDA DATOS							X			
ANÁLISIS DE RESULTADOS								X		
CONCLUSIONES								X		
REDACCIÓN DEL ESTUDIO									X	
PRESENTACIÓN										X

Tabla 3. Calendario y cronograma previstos para el estudio. Elaboración propia.

5. LIMITACIONES, POSIBLES SESGOS y FORTALEZAS

En primer lugar, nos enfrentaríamos ante un sesgo de selección, ya que puede que no se incluya una muestra representativa de la población del Área I de la Región de Murcia, y ante un sesgo de información. Al tratarse de un estudio voluntario, pueden presentarse pérdidas de sujetos tanto en la captación; que acudan con carácter urgente a las consultas de medicina y/o enfermería o que no se encuentren motivados con el tema propuesto (entendemos que querrán ser partícipes del mismo aquellas personas que estén más sensibilizadas con el Ictus) como durante el seguimiento por revocación del consentimiento, fallecimiento o enfermedad grave o cambio de Área de Salud. En segundo lugar, se puede producir un sesgo de no respuesta, si un gran número de sujetos se niegan a participar o responder la totalidad de preguntas. Se

intentaría reproducir las mejores condiciones posibles de estudio y mostrarlo lo más sencillo posible.

Dado que se estudian variables como el nivel educativo, nivel de salud, consumo de tabaco y alcohol..., los sujetos pueden sentirse observados y actuar de forma diferente a la habitual dando lugar al efecto Hawthorne, generándose el sesgo del observador en el estudio.

Otro de los sesgos que pueden darse es el de memoria, ya que cuando se pregunta sobre eventos pasados o relación con el Ictus, las personas que han sufrido una experiencia más intensa pueden recordar las exposiciones mejor que los que no. Por último, los entrevistadores pueden influir intencionalmente en la respuesta de los sujetos de estudios.

Todo ello supondrá una amenaza para la fiabilidad y validez externa del estudio, no pudiéndose extrapolar a las 9 Áreas de Salud del mapa sanitario.

Como fortalezas cabe mencionar que debido al contexto ambulatorio de la captación de individuos la edad de la muestra podría ser elevada, siendo en esta población donde existe un mayor riesgo de sufrir un ictus, pudiendo tener un efecto positivo al tratar la detección de los factores de riesgo y promover hábitos saludables. Así mismo, las personas que se acercaron a las mesas de información podrían haber informado a sus allegados para participar en el mismo generándose el efecto "Bola de Nieve".

6. PROBLEMAS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación se rige por lo establecido en la Ley 14/1986, General de Sanidad, en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la autonomía de los sujetos participantes en el estudio, que previamente a su inclusión, deberán leer el documento informativo relacionado con la actividad y el estudio que llevaremos a cabo (ANEXO I) en el que se explica la información detallada de la investigación y dar su consentimiento firmando dicho documento, que en cualquier momento podrá ser revocado.

Antes de la puesta en marcha del proyecto de investigación, se solicitará la aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área I de Salud

del mapa sanitario de la Región de Murcia. Igualmente se solicitará la autorización a la Gerencia del Área para el desarrollo del mismo y la colaboración de los 14 Centros de Salud implicados.

7. ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DEL ESTUDIO

En nuestro estudio participarán los 14 centros de salud adscritos al Área I del mapa sanitario de la Región de Murcia; contaremos con 3 profesionales (1 médico y 2 enfermeros) por cada centro de Salud, de los servicios de Neurología de los principales hospitales de la Región, que participarán en nuestro proyecto sin ánimo de lucro.

El presupuesto económico constará de los siguientes:

- Material amortizado:
 - Gastos de personal:
 - Vehículos y gastos de desplazamientos
 - Móvil de contacto y línea de teléfono
 - Portátil y conexión a Internet
 - Gastos de material:
 - Material de papelería
 - Material de diagnóstico
 - Local de intervención

ASUMIBLE POR EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

- Material de nueva inversión:

• Material fungible:	205€
• Dietas:	645€
• Gastos de difusión y publicaciones:	1.050€
• Análisis estadísticos:	1.500€

- Otros gastos generales suplementarios y gastos indirectos:

- Gastos eventuales	375€
---------------------	------

TOTAL:	3775€
---------------	--------------

Finalmente, pediremos financiación a fondos públicos competitivos dentro del campo de la investigación de salud y biomedicina así como a la Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Vila E., Murie Fernández M., Pagola I., Irimia P. Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine*. 2011; 10(72):4871-81
2. Matías-Guiu Guía J, coordinador. Estrategia en ictus del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009 [consultado 15 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
3. Arias-Rivas S, Vivancos-Mora J, Castillo J, en nombre de los investigadores del registro EPICES. Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurólogos: resultados del registro EPICES (I). *Rev Neurol*. 2012; 54:385-93.
4. Mérida-Rodrigo L, Poveda-Gómez G, Camafort-Babkowski M, Rivas-Ruiz F, Martín-Escalante MD, Quiros-López R, et al. Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico. *Rev Clin Esp*. 2012; 212:223-8.
5. Romero-Sevilla RM, Portilla-Cuenca JC, Falcón-García AM, Calle-Escobar ML, Serrano-Cabrera A, Gámez-Leyva G, et al. Evolución y respuesta al tratamiento intravenoso con rtPA en relación con el hospital de derivación. *Rev Neurol*. 2012;54:209-13.
6. Know Stroke. Know the Signs. Act in Time. NINDS. January 2008. NIH Publication No. 08-4872. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. [Documento Internet]. [Acceso 18 Julio 2018]. Disponible en: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>
7. Do you think you are having a stroke? National Stroke Foundation, 2007. [Documento Internet]. [Acceso 20 Julio 2018]. Disponible en: <http://www.strokefoundation.com.au/are-you-are-having-a-stroke>
8. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con ictus en atención primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. UETS No 2007;5-2

9. Díaz J, Pérez-Sempere A. Magnitud del problema y factores de riesgo. En: DíezTejedor E, editor. Ictus. Una cadena asistencial. Madrid: Ediciones Mayo S.A; 2004;19-37.
10. Federación Española de Ictus [Internet].España: Boehringer Ingelheim; 2017. [Consultado en Julio de 2018]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/>
11. .Boix R, Del Barrio JR, Saz P, Reñé R, Manubens JM, Lobo et al. Stroke prevalence among the spanish elderly: an análisis base on screening surveys. BMC Neurology 2006; 6 (36): 1-15
12. Centro Regional de Estadística de Murcia. Murcia: Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo; 2014. [Consultado en Julio de 2018]. Disponible en: <http://econet.carm.es/poblacion>
13. Programa de Atención al Ictus en la Región de Murcia 2009-2011[Internet].Murcia: Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo;2009 [Consultado en Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/155902-155902-ictus.pdf>
14. Instituto Nacional de Estadística [INE]. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. 2018. [Consultado en Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2883&L=0>
15. Teuschl Y, Brainin M. Stroke education: Discrepancies among factors influencing prehospital delay and stroke knowledge. Int J Stroke. 2010; 5:187-208. 16.
16. Johnson M, Bakas T. A review of barriers to thrombolytic therapy: Implications for nursing care in the emergency department. Neurosci Nurs. 2010; 42:88-94.
17. Di Carlo A, Launer LJ, Breteler MM, Fratiglioni L, Lobo A, Martínez-Lage J, et al. Frecuency in stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurology. 2000; 54 Suppl 5:28-33.

18. Jorgensen N, Cabañas M, Oliva J, Rejas J, Leon T. Los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas discapacitantes de alta prevalencia en España. *Neurología*. 2008;23(1):29-39
19. 5. Romero-Sevilla RM, Portilla-Cuenca JC, Falcón-García AM, Calle-Escobar ML, Serrano-Cabrera A, Gámez-Leyva G, et al. Evolución y respuesta al tratamiento intravenoso con rtPA en relación con el hospital de derivación. *Rev Neurol*. 2012;54: 209-13.
20. Mellon L, Hickey A, Doyle F, Dolan E, Williams D. Can a media campaign change health service use in a population with stroke symptoms? Examination of the first Irish stroke awareness campaign. *Emerg Med J*. 2014;31:536-40
21. Addo J, Ayis S, Leon J, Rudd AG, McKeivitt C, Wolfe CD. Delay in presentation after an acute stroke in a multiethnic population in South London: The South London Stroke Register. *J Am Heart Assoc*. 2012;1:e001685.
22. Miyamatsu N, Okamura T, Nakayama H, Toyoda K, Suzuki K, Toyota A, et al. Public awareness of early symptoms of stroke and information sources about stroke among the general Japanese population: The Acquisition of Stroke Knowledge Study. *Cerebrovasc Dis*. 2013;35: 241-9.
23. Norrving B, International Society of Internal Medicine; European Stroke Council; International Stroke Society; WHO Regional Office for Europe. The 2006 Helsingborg Consensus Conference on European Stroke Strategies: Summary of conference proceedings and background to the 2nd Helsingborg Declaration. *Int J Stroke*. 2007;2: 139-43.
24. "Rodríguez, M. La teoría del aprendizaje significativo: una revisión aplicable a la escuela actual. IN. *Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*. 2011;3:29-50. Consultado en http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol3_num1/rodriguez/index.html

9. ANEXOS

ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a)

Sr (a) _____

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio titulado “**Educación sanitaria en el Ictus a la población de la Región de Murcia. Conocimientos, detección y atención precoz**”.

Dado que el Ictus ocupa la segunda causa de muerte en nuestra Región, es de vital importancia la colaboración ciudadana en la cadena asistencial del Ictus para reducir el tiempo preasistencial en la detección de los síntomas de alarma y la actitud ante ellos garantizando una atención precoz por parte de los profesionales sanitarios.

Es por ello que el objetivo principal de este proyecto es mejorar la capacitación de la población, del Área I de la Región de Murcia, en la detección precoz y manejo inicial del Ictus a través del aumento de sus conocimientos y de su percepción de la gravedad.

Le hacemos partícipe de este estudio, pues cumple con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, que son:

❖ Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años que, de forma voluntaria, accedan a participar en las sesiones educativas para la detección precoz y manejo inicial del ictus.
- Personas que pertenezcan a los 14 Centros de Salud adscritos al Área I del mapa sanitario de la Región de Murcia.
- Personas que acudan al CAP de manera programada, a demanda o urgente en la “Semana del Ictus” del 29/10/2018 al 02/11/2018.
- Personas que firmen el consentimiento informado.
- Se incluirán en el estudio hombres y mujeres.
- Se incluirán castellano hablantes
- Nivel de alfabetización medio.
- Personas sin limitación cognitiva valorada con 3 o menos errores en la Escala de Pfeiffer (SMPQ).

❖ Criterios de exclusión

- Personas que presenten barrera idiomática
- Personas que se encuentren en una situación terminal
- Que presenten trastornos mentales graves, demencia y/o deterioro cognitivo

La participación consistirá en 6 sesiones de una duración de 90 minutos cada una durante 6 días:

❖ **1ª sesión: ¿Qué conozco del Ictus?**

Introducción a la sesiones. En primer lugar se obtendrá la firma del consentimiento informado (Anexo I) por parte de los participantes del estudio.

Para hacer un análisis del grupo con el que trabajaremos se llevará a cabo una lluvia de ideas o brainstorming.

Por último, se cumplimentará el cuestionario (Anexo II) de manera personalizada con los 15 participantes para conocer las características sociodemográficas y los conocimientos previos del grupo que nos permitan orientar nuestro estudio. Después del mismo, entregaremos a cada participante un tríptico con los objetivos de nuestro proyecto y las actividades que se llevarán a cabo.

❖ **2ª sesión: Conociendo el Ictus. Capacitación y concientización**

Tras la cumplimentación y lectura intensiva de cada cuestionario se establecerá un punto de partida acorde a los conocimientos previos de los participantes. Se realizará educación para la salud a través de una charla informativa y educativa en formato PowerPoint sobre qué es el ictus, factores de riesgo y su prevención, síntomas y secuelas. En ella, se establecerán grupos de discusión dónde se puedan hacer preguntas abiertas y se busque la interacción de los participantes.

Instruiremos sobre cómo detectar y cómo actuar ante los síntomas de alarma del ictus concienciando de la importancia de la detección precoz, manejo inicial y la percepción de la gravedad.

❖ **3ª sesión: Escaneo corporal**

Conocidos los principales factores de riesgo explicados en la 2ª sesión, se llevará a cabo una entrevista personal con cada participante indagando sobre los estilos de vida riesgo que tengan y se realizarán diversas pruebas para medir parámetros tales como la tensión arterial, IMC, perímetro abdominal... Por otro lado, accederemos a su Historia Clínica a través del programa OMI-AP para realizar un anamnesis completo y obtener datos como el perfil lipídico o glucémico, además de otros factores que pueden ser considerados de riesgo.

❖ **4ª sesión: Promoción hábitos saludables**

Intervención educativa de enfermería personalizada para promover hábitos de vida saludables con documentación y material educativo para reforzar la información relevante.

❖ **5ª sesión: Llémoslo a la práctica. Simulacro.**

Tras una preparación teórica llevaremos a la práctica todo el contenido expuesto utilizando como técnica la simulación operativa; empleada con fines educacionales como evaluativos. En el simulacro habrá 7 roles bien diferenciados: Paciente, familiar, dos testigos y en equipo médico compuesto por médico, enfermero y técnico. Los demás participantes serán espectadores y jueces que indiquen qué se ha omitido y qué se podría mejorar así como las acciones acertadas y el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la actuación de los familiares y transeúntes.

Para terminar se realizará un breve cuestionario para conocer el grado de conocimientos afianzados tras la intervención educativa.

❖ **6ª sesión: Ayúdanos a mejorar**

Evaluación de los participantes sobre la satisfacción de la intervención, experiencias vividas y respuesta a cuestiones, dudas y/o sugerencias. Para finalizar tendrá lugar un pequeño ágape como despedida de las sesiones.

De participar en el estudio los beneficios de los que gozará usted son mejora de los hábitos de vida saludables, modificando estilos y factores de riesgo, aumento de sus conocimientos sobre el Ictus y la detección precoz en la población ante la sospecha de sintomatología precoz y ayuda a los profesionales sanitarios en la atención precoz del Ictus

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud. Usted puede retirarse del mismo en cualquier momento sin recibir ninguna sanción. Durante el estudio, el personal que desarrolla el proyecto estará a su disposición para aclarar cualquier duda o inquietud que usted tenga.

Agradezco desde ya su colaboración, y le saludo cordialmente.

Prof. Miriam Jiménez Martínez

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., acepto participar libre, voluntaria y anónimamente en la investigación “**Educación sanitaria en el Ictus a la población de la Región de Murcia. Conocimientos, detección y atención precoz**”, dirigida por Miriam Jiménez Martínez, Investigadora responsable, Enfermera del Servicio Murciano de Salud del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en el Servicio de Neurología.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio, del tipo de participación y la importancia de mi colaboración en el estudio. En base a ello, acepto a que lleven a cabo las intervenciones previamente explicadas.

Declaro haber sido informado/a que mi participación en el estudio no implica ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y puedo negarme a participar en cualquier momento del transcurso de la actividad. Del mismo modo, declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima y, que la información que se obtenga del estudio será guardada por el investigador responsable y será utilizada solo y para este estudio, no usándose para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

En Murcia a _____ de _____ 2018

Firma participante:



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., declaro haber leído la hoja de información de las sesiones y revocación del consentimiento informado.

Declaro haber hablado y aclarado las posibles dudas sobre mi revocación con la Investigadora principal Miriam Jiménez Martínez.

Por ende, paso a revocar el consentimiento informado prestado por lo que queda sin efecto a partir de este momento.

En Murcia a _____ de _____ 2018

Firma del participante:

ANEXO II CUESTIONARIO

I. SECCIÓN. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Fecha de nacimiento

2. ¿Me puede decir su edad?

3. ¿Cuánto pesa?

4. ¿Cuánto mide?

5. Índice de Masa Corporal (IMC) *A cumplimentar por el investigador*

6. Sexo

Varón Mujer

7. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero Casado Viudo Separado Divorciado No respuesta

8. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Primarios Secundarios Grado Medio Grado Superior

Universitarios No respuesta

9. Actualmente, ¿cuál es su situación laboral?

Estudiante Activo Parado Jubilado No respuesta

10. Anualmente, ¿cuál es su nivel económico aproximado? (Euros/año)

< 10.000 euros 10.001-20.000 euros 20.001-30.000 euros
30.001-40.000 euros > 40.000 euros No respuesta

11. ¿Cómo describiría usted su nivel de salud?

Muy bueno Bueno Regular Malo No respuesta

12. ¿Tiene usted un trabajo o considera su vida estresante?

Sí No No lo sé

II. SECCIÓN. CONOCIMIENTO ICTUS

1. ¿Conoce el término "Íctus", sabe qué es? *El entrevistador debe asegurarse de que da una definición más o menos adecuada.*

Sí No No respuesta

SI LO CONOCE PASE A LA PREGUNTA 3

SI NO LO CONOCE PASE A LA PREGUNTA 2

2. ¿Sabe qué es una "trombosis, embolia, infarto, derrame, apoplejía", el ictus es lo mismo? *El entrevistador debe asegurarse de que da una definición más o menos adecuada.*

Ahora sí No ahora tampoco lo sé No respuesta

3. ¿Cuál es el órgano diana del Ictus? O lo que es lo mismo, ¿qué órgano se afecta cuando una persona sufre un Ictus? *La respuesta debe ser espontánea*

Cerebro Corazón Extremidad Otros órganos

4. ¿Podría decirme qué síntomas le sugieren un Ictus o Infarto cerebral? *Las respuestas dadas deben ser espontáneas, no se deben inducir*

❖ *Nombrados correctos (esfera neurológica)*

Síntomas de alarma nombrados

- **Síntomas de alarma son:**

Pérdida o sensibilidad en un hemisferio. Confusión o trastorno del lenguaje.
Trastorno visual. Trastorno del equilibrio. Cefalea súbita.

❖ *Nombrados incorrectos (no esfera neurológica)*

5. ¿Sabría decirme que enfermedades pueden condicionar un Ictus o Infarto cerebral? *Las respuestas dadas deben ser espontáneas, no se deben inducir*

III. SECCIÓN. ACTITUD FRENTE AL ICTUS Y SUS SÍNTOMAS

¿Qué haría si usted o un familiar presentase alguno de los síntomas siguientes?

Las respuestas dadas deben ser espontáneas, no se deben inducir

1. *Imposibilidad, de forma brusca, para entender o expresarse hablando*

Avisaría al Médico de Familia

Acudiría al Centro de Salud

Iría al Hospital

Llamaría al 112

Esperaría hasta que se pasara y luego consultaría

No sabría qué hacer

2. *Parálisis o pérdida de sensibilidad de la mitad de un cuerpo*

Avisaría al Médico de Familia Acudiría al Centro de Salud Iría al Hospital

Llamaría al 112 Esperaría hasta que se pasara y luego consultaría

No sabría qué hacer

3. *Pérdida, de forma brusca, la visión por un ojo, viera doble o borroso*

Avisaría al Médico de Familia Acudiría al Centro de Salud Iría al Hospital

Llamaría al 112 Esperaría hasta que se pasara y luego consultaría

No sabría qué hacer

4. *Dolor de cabeza intenso de forma súbita y no conocida por usted*

Avisaría al Médico de Familia Acudiría al Centro de Salud Iría al Hospital

Llamaría al 112 Esperaría hasta que se pasara y luego consultaría

No sabría qué hacer

5. *Pérdida brusca de conciencia*

Avisaría al Médico de Familia Acudiría al Centro de Salud Iría al Hospital

Llamaría al 112 Esperaría hasta que se pasara y luego consultaría

No sabría qué hacer

6. *¿Cuál sería su actitud ante la sospecha que usted mismo o un familiar sufriera un Ictus o Infarto cerebral?*

Avisaría al Médico de Familia Acudiría al Centro de Salud Iría al Hospital

Llamaría al 112 Esperaría hasta que se pasara y luego consultaría

No sabría qué hacer

7. *¿Y qué haría si esos mismos síntomas de Ictus solo duraran unos minutos y se resolvieran totalmente?*

Avisaría al Médico de Familia Acudiría al Centro de Salud Iría al Hospital

Llamaría al 112 Esperaría hasta que se pasara y luego consultaría

No sabría qué hacer

IV. SECCIÓN. EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD

1. *¿Ha padecido usted un Ictus o infarto cerebral?*

Sí No No lo sé

2. *¿Ha padecido algún familiar directo un Ictus?*

Sí No No lo sé

V. **SECCIÓN. PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR PRINCIPALES**

1. ¿Considera que tiene algún factor o estilo de riesgo para sufrir un Ictus?

Sí No No lo sé

2. ¿Presenta algunas de las enfermedades o hábitos siguientes?

I. ¿Tiene usted Hipertensión arterial o toma tratamiento para bajar la presión arterial?

Sí No No lo sé

II. ¿Tiene usted diabetes o toma tratamiento o se pincha insulina para bajar los niveles de azúcar en sangre?

Sí No No lo sé

III. ¿Tiene usted colesterol o toma tratamiento para bajarlo?

Sí No No lo sé

IV. ¿Consume tabaco?

Sí No No lo sé

En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuántos cigarros fuma al día?

V. ¿Consume bebidas alcohólicas a diario?

Sí No No lo sé

YA QUEDA MUY POCO....

VI. SECCIÓN. CONOCIMIENTO Y GRAVEDAD DEL ICTUS

1. *¿Cómo considera usted la gravedad del Ictus?*

Leve Moderada Grave Muy grave Mortal No lo sé

2. *¿Sabe usted lo que es una Unidad de Ictus?*

Sí No No lo sé

3. *¿Sabe si existe alguna en nuestra Comunidad Autónoma?*

Si existe No existe No respuesta

¡YA HEMOS TERMINADO!

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. ESTOS DATOS SON CONFIDENCIALES.

