



Grau

Infermeria

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT

UMANRESA | UVIC·UCC

**EFFECTES D'UNA INTERVENCIÓ
EDUCATIVA PER MILLORAR LA
DETECCIÓ PRECOÇ DE L'ICTUS:
PROPOSTA D'ESTUDI**

Nom estudiant: Nerea Pérez Ruiz

Tutora: Salomé Tárrega Larrea

Treball Final de Grau

Curs: 2021/2022

Resum	3
1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ	5
2. MARC TEÒRIC	10
3. OBJECTIUS DE L'ESTUDI	16
4. METODOLOGIA	17
4.1 Tipus de disseny	17
4.2 Àmbit	17
4.3 Població i mostreig.....	17
4.4 Criteris d'inclusió i exclusió	18
4.5 Descripció de variables	19
4.6 Instruments de recollida de dades	19
4.7 Anàlisi de les dades	20
4.8 Consideracions ètiques i legals	20
4.9 Procediment de l'estudi	21
4.10 Intervenció.....	21
5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI	24
6. RECURSOS	26
7. CRONOGRAMA DE L'ESTUDI	27
8. PLA DE DIFUSIÓ	28
9. CONCLUSIONS	29
10. BIBLIOGRAFIA	31
11. ANNEXES	34

Resum

Introducció: L'ictus és una malaltia greu del sistema cerebrovascular que provoca una gran morbiditat i dependència. La falta de coneixements sobre aquesta patologia pot comportar que la població no sàpiga reconèixer els primers símptomes i actuar adequadament i ràpidament.

Objectiu: Avaluar els efectes d'una intervenció educativa sobre detecció precoç d'un ictus, dirigida a persones que presenten factors de risc de patir un ictus i als seus familiars.

Metodologia: Disseny experimental multicèntric amb grup control. Es proposa una intervenció educativa on participaran els CAP de Navarcles i de Santpedor, dirigida a augmentar els coneixements relacionats amb l'ictus. Els coneixements s'organitzen en diferents sessions per tractar el concepte d'ictus, la simptomatologia associada i l'actitud davant d'aquesta, així com els factors de risc. S'aplicarà un qüestionari als participants, pre i post intervenció, i als 6 i 12 mesos després de la intervenció amb la finalitat d'obtenir dades sociodemogràfiques, coneixements generals de l'ictus i l'actitud davant dels símptomes. Quant a l'efectivitat de la intervenció educativa, s'espera un canvi significatiu de la puntuació assolida en el qüestionari de coneixements pre-post intervenció. Per determinar aquesta efectivitat s'emprarà una ANOVA mixta de doble via per comprovar si la intervenció és efectiva i si es mantenen els coneixements en el temps.

Conclusions: S'espera que aquesta intervenció educativa augmenti els coneixements necessaris per poder disminuir el temps de detecció d'un ictus, així com conèixer si al cap de 6 o 12 mesos seria necessari fer recordatoris per a preservar aquests coneixements apresos i que es mantinguin en el temps.

Paraules clau: ictus, detecció precoç, intervenció educativa, coneixements, seguiment.

Summary

Introduction: Stroke is a severe disease of the cerebrovascular system that causes great morbidity and dependency. The lack of knowledge about this pathology means that the population is unable to recognize the first symptoms and act properly.

Objective: Evaluate the effectiveness of an educational intervention to improve early detection of stroke, aimed at people who present risk factors and their relatives.

Methodology: Experimental multicentric design with control group. The educational intervention will take place in primary healthcare centers of Navarcles and Santpedor, focusing on increasing knowledge related to the ictus, which is organized in different sessions to address the concept of ictus, associated symptomatology and attitude to it, as well as risk factors. A questionnaire will be applied to participants in order to obtain socio-demographic data, general knowledge of the ictus and their attitude to the symptoms before the intervention, immediately after, and the following 6 and 12 months. Regarding, the effectiveness of the educational intervention, a significant change in the score obtained in the knowledge questionnaire between pre and post intervention is expected. To determine this effectiveness, a two-way mixed ANOVA will be undertaken to test whether the intervention is effective and whether knowledge is maintained over time.

Conclusions: It is expected that this educational intervention will increase the necessary knowledge to reduce the time of stroke detection. As well as determine if after 6 or 12 months, it would be needful to make reminders to preserve stroke knowledge and maintain it over time.

Keywords: stroke, early detection, educational intervention, knowledge, follow-up.

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

A Catalunya es produeix un ictus cada 40 minuts. Més de 13000 ingressos anuals en hospitals catalans són deguts a aquesta afecció del sistema cerebrovascular, la qual és la primera causa de mort en dones de l'Estat Espanyol, i també de discapacitat en persones adultes (1). L'ictus provoca una gran morbiditat, fins al 50% dels casos diagnosticats pateixen una dependència arran d'aquesta malaltia (2), implicant una gran càrrega social i econòmica (3), a part d'una elevada despesa sanitària degut a la seva alta incidència i la gran repercussió de les greus seqüeles que pot provocar (4).

Els ictus esdevenen quan apareix un trastorn circulatori que pot alterar el funcionament d'una o diverses parts de l'encèfal de manera transitòria o definitiva. Existeixen diversos tipus d'ictus segons l'índole de la lesió produïda a la isquèmia o l'hemorràgia cerebral. No obstant això, a causa de la varietat de subtipus d'ictus, l'evolució, la naturalesa, la mida i afectació de la lesió, el mecanisme de producció i l'etiologia, s'utilitzen nombrosos termes per definir les malalties cerebrovasculars (4–6). L'ictus isquèmic es produeix a causa del taponament d'un vas sanguini, sigui d'origen trombòtic o embòlic. Existeixen dos tipus d'isquèmia: la global, que afecta tot l'encèfal; i la focal, on només es veu afectada una zona de l'encèfal. Dins de les isquèmies focals poden haver-hi de tipus transitori, que serien els anomenats AIT (accident isquèmic transitori) o els infarts cerebrals o ictus isquèmics com a tal (4–6). Quant a l'ictus hemorràgic, es tracta de la ruptura d'un vas sanguini (arterial o venós) que provoca una extravasació amb un sagnat dins la cavitat cranial. En la bibliografia, s'empra indistintament tant el terme hemorràgia com el d'hematoma, però presenten particularitats diferents. Es denomina hemorràgia a l'acumulació de sang que s'infiltra difusament. En canvi, l'hematoma fa referència al sagnat que produeix un efecte massa, amb un nucli més delimitat i de localització més precisa. Així i tot, la variabilitat que es pot presentar quant a localització, forma, mida, complicacions, etc. és tan diversa que, generalment, els ictus hemorràgics es divideixen en hemorràgies subaracnoidals o cerebrals, sent aquestes últimes de tipus parenquimatoses o intraventriculars (2,4–6).

L'ictus es caracteritza per tenir una etiologia multifactorial on intervenen diversos factors de risc que apunten a una predisposició elevada de patir-lo. Existeixen factors

de risc no modificables com per exemple l'edat, el sexe, els antecedents familiars, la raça o l'ètnia, etc. (4–10). El principal factor de risc de patir un ictus és l'edat. La incidència es duplica cada dècada a partir dels 55 anys i en els majors de 75 anys, les taxes de mortalitat vascular se situen com la primera causa de mort (5,10). El sexe masculí és un altre factor de risc no modificable, ja que presenta una major incidència encara que les dades semblin paradoxals. La mortalitat per malaltia vascular és superior en dones, però la taxa ajustada per edat i tipus de malaltia vascular és major en homes, això es deu al fet que el risc vascular és més elevat en homes d'una mateixa edat, però l'esperança de vida és més alta en dones. Per tant, en haver-hi més dones d'edat avançada que homes, el nombre general de morts atribuïbles a ictus és superior en el col·lectiu femení (5,8). Un altre factor són els antecedents familiars, la causa per la qual els bessons i les persones amb familiars que han patit un ictus presentin major risc de patir-ne un, podria ser per la transmissió hereditària dels factors de risc clàssics o la susceptibilitat més gran a patir-los (5,7). Finalment, estudis observacionals aporten evidència que la raça o l'ètnia són un altre factor, ja que les persones d'origen afroamericà o hispanoamericà presenten més incidència i major mortalitat per ictus (5,7,8,10).

Segons l'Organització Mundial de la Salut, la majoria dels ictus es poden evitar amb una bona prevenció primària si s'actua correctament sobre els factors de risc modificables (4), com per exemple: la hipertensió arterial, la dislipèmia, el sobrepès i l'obesitat, la Diabetis Mellitus, l'hàbit tabàquic i el consum d'alcohol, entre d'altres (2,5–8). La hipertensió arterial és el factor de risc més important després de l'edat (5,7,8). Les xifres de tensió arterial superiors a 140/90 mmHg augmenten el risc més d'un 21%. La hipertensió també va associada a obesitat, sedentarisme i al consum d'alcohol (2,5,6). La dislipèmia és el factor causant de plaques d'ateroma a les artèries. Nivells baixos de colesterol HDL, però sobretot alts nivells de colesterol LDL s'associen a major risc de cardiopatia isquèmica i ictus. Tot i estar ben establerta la relació entre el colesterol en plasma i el risc vascular, existeix controvèrsia amb la relació amb l'ictus, ja que també s'ha comprovat que per la disminució d'una unitat de colesterol en plasma, la mortalitat per cardiopatia isquèmica pot arribar a disminuir fins a una sisena part depenent de l'edat (2,5,6). Com s'ha comentat anteriorment, el sobrepès i l'obesitat són factors associats a un de cada cinc ictus, perquè presentar un IMC per sobre dels valors normals augmenta el risc de patir hipertensió, una malaltia cardíaca, dislipèmia i diabetis (7). El sobrepès augmenta un 22% el risc de

patir un ictus i patir obesitat augmenta la probabilitat fins a un 64%. A més a més, l'obesitat abdominal incrementa, fins a tres vegades, el risc de patir un ictus (5). Una altra malaltia relacionada amb els factors de risc modificables esmentats és la Diabetis Mellitus, però es considera un factor de risc independent de patir un ictus isquèmic, tot i que existeix un risc relatiu 2-4 vegades superior que la població no diabètica. Aquestes persones presenten major predisposició i prevalença a patir hipertensió, dislipèmia i sobrepès, per això la diabetis és anàloga de la malaltia coronària (2,5,6,8). Quant a hàbits tòxics, el tabaquisme incrementa un 50% el risc de patir un ictus, ja que és un dels principals causants de plaques d'ateroma que provoquen l'oclusió arterial. L'estudi Framingham va evidenciar que l'abandonament del tabac redueix aquest risc en 2-4 anys, en exfumadors de 20 cigarretes al dia el risc s'igualava al dels no fumadors al cap de 5 anys, però en els de més de 20 cigarretes al dia es manté per sobre dels no fumadors (2,5,6). D'altra banda, actualment existeix controvèrsia sobre la relació de l'alcohol amb l'ictus, ja que hi ha estudis que associen el consum d'alcohol amb un major risc de patir un ictus, però, en canvi, també s'han trobat revisions sistemàtiques on es detalla que un mínim consum podria crear un efecte protector. Una quantitat d'alcohol superior a 150 g al dia s'associa a un risc 2 vegades superior de patir un ictus, en canvi, un consum inferior a 150 g al dia s'associa a un efecte protector (5).

L'ictus és un problema greu de salut i una de les principals causes de mort i discapacitat, es considera una emergència que ha de ser tractada immediatament, ja que és potencialment reversible. Per tal de reduir la mortalitat i la gravetat de les seqüeles, el temps entre l'inici dels símptomes i l'arribada de l'afectat a l'hospital serà determinant en el pronòstic final (4). Les conseqüències de l'ictus es relacionen amb la localització i l'extensió de la lesió, algunes de les més freqüents són les alteracions del control motor (40%), la disfàgia (50%) com a alteració de la deglució i els problemes visuals (60%). També es pot mantenir la disàrtria o l'afàsia presentada en la fase aguda (30%), així mateix es modifica la capacitat cognitiva amb pèrdues de memòria i també són possibles les alteracions emocionals com la depressió (20-63%) i ansietat (33%), entre d'altres (4). La gran variabilitat de seqüeles i la seva prevalença, emfatitzen la importància d'una detecció precoç, ja que aquesta permet disminuir el temps d'atenció en la fase aguda i així evitar seqüeles potencialment greus. Perquè això sigui possible, cal tenir present quins són els signes d'alarma que apareixen a l'inici d'un ictus per tal d'identificar-los ràpidament. Els més comuns i

determinants són la pèrdua de força muscular a braços, cames i cara (representada per la desviació de la comissura bucal), sobretot de manera unilateral. També pot anar acompanyat de dificultat per parlar, pronunciar o entendre paraules, alteració de la visió, sigui pèrdua de visió o visió doble. Igualment, pot presentar una confusió sobtada, descoordinació en els moviments, afectació de l'equilibri, inestabilitat, mareig, etc. (2,4). Els ictus hemorràgics poden presentar una cefalea intensa d'inici sobtat que empitjora amb el moviment i que pot arribar a despertar en cas d'estar dormint. Tot i això, els símptomes principals que cal tenir presents no permeten reconèixer quin tipus d'ictus es pateix, ja que no possibiliten descobrir l'etiologia (6).

El temps és un factor pronòstic de l'evolució d'un ictus, evitar retards en l'atenció d'aquesta malaltia és l'objectiu principal en la fase prehospitalària, pel fet que la major part del temps es perd fora de l'hospital, entre l'inici dels símptomes i la trucada als serveis d'emergència (4). Segons conclouen diversos estudis, els coneixements de la població sobre els símptomes i la percepció que es tracta d'una emergència mèdica davant d'una malaltia tractable són deficientes (3,4,11,12). Existeixen intervencions per reforçar els coneixements dels professionals assistencials d'urgències, equips d'Atenció Primària i personal d'extrahospitalària (4,8), però per tal que les persones afectades arribin el més aviat possible a mans d'aquests professionals, la població general també hauria d'estar formada. No es pot explotar aquest gran circuit d'atenció a l'ictus si les persones més properes als afectats, és a dir, els seus familiars no saben reconèixer la necessitat d'acudir a un centre d'urgències o trucar al 112. Per tant, sembla fonamental dedicar també esforços perquè la població sàpiga detectar precoçment un ictus. Concretament, es considera necessari dotar de coneixements, o augmentar els ja existents, proporcionar eines i acostar a persones de risc de patir un ictus i els seus familiars aquesta informació, mitjançant un programa educatiu per disminuir el temps entre l'aparició aguda del primer símptoma i la trucada al 112. A més a més, també és necessari analitzar la importància de crear recordatoris per tal de no oblidar aquest aprenentatge i els coneixements adquirits per a la detecció precoç de l'ictus.

El paper d'infermeria és clau per aconseguir l'empoderament de les persones pel que respecta a la gestió de la pròpia salut. Mitjançant l'educació sanitària, la infermera, és el professional sanitari encarregat de prevenir la malaltia i promocionar la salut, d'aquesta manera capacita a la població i a la comunitat per poder gestionar i millorar

l'autocura (13). La proximitat amb el pacient permet la motivació i augmenta les seves capacitats personals. La participació comunitària és quelcom oblidat durant aquest temps de pandèmia, però és aquest col·lectiu qui té la sort de percebre les necessitats de la població i engegar programes per tal de millorar els coneixements i la qualitat de vida de les persones. Per tant, des de la professió infermera s'haurien de dur a terme intervencions, ja que permeten desenvolupar el rol autònom de promocionar la salut basada en la prevenció i potenciant l'educació sanitària. Així doncs, també en la prevenció de l'ictus, la infermera pot assumir un paper important mitjançant intervencions educatives efectives.

D'acord amb tot l'exposat fins ara, es plantegen les següents preguntes:

És possible augmentar els coneixements sobre l'ictus en una mostra de la població susceptible de patir-ne o de presenciar-ne un? Si es fa una intervenció educativa sobre la detecció precoç de l'ictus, cada quan és necessari efectuar recordatoris sobre els coneixements apresos?

2. MARC TEÒRIC

Per tal de determinar el grau de coneixements de la població general sobre l'ictus i establir la relació entre coneixement i consciència de gravetat i actitud davant dels símptomes, Jiménez Gracia et al. (3) van dur a terme un estudi transversal al Complex Hospitalari de Càceres mitjançant una entrevista personalitzada indagant sobre els coneixements de l'ictus, els símptomes, els factors de risc i l'actitud davant d'aquests. Com a resultats, van obtenir que aproximadament la meitat dels 112 entrevistats a l'estudi (49,5%) mai havia escoltat el terme ictus i només el va definir correctament el 7,3% de la mostra. Quant a símptomes i factors de risc un 51% i 66%, respectivament, tenien un bon coneixement sobre ells. A partir d'aquí, l'estudi conclou que existeix una manca evident de coneixements sobre l'ictus, així com un dèficit a l'hora de reconèixer els símptomes comuns sobre aquesta malaltia cerebrovascular, que es consideren com a greus (84% de la mostra), però que la població general no és capaç de detectar-los eficientment. Per tant, consideren que és necessari augmentar els coneixements sobre l'ictus, els símptomes i factors de risc, entenent que això podria millorar l'actitud i la resposta de la població davant d'aquesta malaltia. Proposen al col·lectiu infermer, crear intervencions educatives per ensenyar a la població general a detectar precoçment els símptomes d'alarma i millorar l'actitud d'avant d'aquests, de manera que permeti disminuir el temps d'atenció si s'entén la urgència que suposa la malaltia.

El temps és un factor pronòstic de l'evolució de la malaltia estretament relacionat amb les seqüeles que puguin esdevenir. Fernandez Mas et al. (2) fan referència a la importància del maneig extrahospitalari de l'ictus, emfatitzant que per tal que puguin arribar els serveis d'emergència per iniciar la cadena assistencial "*és imprescindible educar i conscienciar a la població general*" i determinen també que un dels errors més freqüents en l'assistència a l'ictus és la demora del diagnòstic, ja que la falta de sensibilització en la població general fa que no reconeguin la urgència mèdica i no acudeixin al servei d'urgències d'un centre sanitari. Altrament, Gállego et al. (14) també remarquen que "*de poc serveix que els hospitals disposin de les més modernes tècniques de diagnòstic i tractament, si el pacient arriba amb retard al servei d'urgències*". Les campanyes educatives disminueixen la demora de l'atenció de l'ictus igual que augmenten les possibilitats d'accedir al tractament més eficaç reduint així les seqüeles i, fins i tot, la mortalitat en la fase aguda. Per tant, segons

indiquen, s'han de reforçar les campanyes informatives adreçades a conscienciar a la societat sobre els factors de risc, els coneixements i com actuar davant de la clínica habitual, ja que la reducció del temps d'arribada a l'hospital és un aspecte essencial en el tractament de l'ictus. D'altra banda, al "Plan de Atención Sanitaria del Ictus (PASI)" Alvarez-Sabín et al. (15) en temes de campanyes d'educació remarquen l'imprescindible de millorar el coneixement públic dels factors de risc, signes i símptomes de l'ictus així com la resposta immediata davant d'aquests, mitjançant campanyes organitzades i coordinades no solament per Atenció Primària, sinó conjuntament amb centres de referència d'ictus perquè així l'impacte en la població sigui més efectiu.

En relació amb el fet que la identificació i el tractament ràpid de l'ictus pot millorar els resultats dels pacients, Fogle et al. (16), a l'Estat de Montana (Estats Units), van desenvolupar una campanya educativa pública en mitjans de comunicació (televisió i ràdio) de 20 setmanes, per augmentar el coneixement de la població sobre els signes d'alarma d'un ictus i la necessitat de trucar al 911 (telèfon d'emergències). De tal manera que van realitzar enquestes telefòniques abans i després de la intervenció per avaluar el seu impacte. Com a resultat van observar un augment significatiu en el coneixement de dos o més signes d'alarma de l'ictus en les trucades postintervenció, però no va haver-hi canvis significatius en la proporció d'enquestats que havien indicat que trucarien al 911 si fossin testimonis d'un ictus. Tanmateix, després de la campanya, va augmentar la proporció d'enquestats que van indicar que trucarien al 911 si ells mateixos experimentessin símptomes relacionats amb ictus que no desapareixien. Finalment, conclouen que aquests resultats suggereixen que una campanya educativa pública d'alta intensitat pot augmentar la conscienciació de la població sobre els signes d'alarma d'un ictus i la necessitat de trucar al 911.

En l'àmbit espanyol, l'any 2012, Lundelin et al. (12) van dur a terme l'estudi més gran realitzat fins al moment a Europa. Van seleccionar gairebé 12000 persones majors d'edat, a les quals se'ls hi havia fet una entrevista telefònica sobre el coneixement dels símptomes d'ictus i la primera acció a fer en cas d'aparició sobtada de malaltia, juntament amb dues visites domiciliàries per dur a terme una exploració física i obtenir mostres de sang. En els resultats d'aquest estudi van mostrar que la població igual o superior als 65 anys, aquells qui consideraven tenir un estat de salut acceptable o

deficient, persones amb obesitat i antecedents de Diabetis, eren els grups que s'associaven significativament amb un pitjor coneixement dels símptomes d'ictus.

Per tal d'ajudar a la població en el procés de detecció precoç dels símptomes d'alarma d'un ictus, s'han creat eines per facilitar-ne la identificació, de manera que sigui més fàcil reconèixer que estem davant d'una emergència mèdica. Des del departament de Salut Pública del Regne Unit es van dur a terme una sèrie de campanyes educatives multimodals a escala nacional per donar a conèixer el terme FAST, que significa: *Face* (cara), *Arm* (braç), *Speech* (discurs), *Test* (test). Posteriorment, Robinson et al. (17) van realitzar una enquesta pública a més de 1200 habitants per confirmar l'eficàcia de la campanya FAST per conscienciar a la població sobre l'ictus i reforçar els símptomes d'alerta. Segons els resultats obtinguts després de l'enquesta, un 70% de la població reconeixia la campanya FAST i presentaven nivells de coneixement per sobre del 80% dels símptomes FAST. Aquest estudi mostra que les campanyes educatives multimodals i repetides són eficaces per augmentar la conscienciació sobre l'ictus i els seus símptomes, no obstant això, també posen èmfasi en la necessitat d'identificar si aquestes campanyes serveixen per acudir abans a un centre sanitari especialitzat i, també per comprovar si el comportament tant dels professionals com dels pacients, es modifica a llarg termini.

A Catalunya, existeix el codi RÀPID (1) (consultar annex 1), es tracta d'un acrònim que permet reconèixer ràpidament per qualsevol persona, encara que no tingui estudis sanitaris, la presència d'un possible ictus. Aquesta paraula defineix com ha de ser l'actuació, però a part, cada lletra amaga una paraula que permet la identificació de l'ictus, ja que està basat en els símptomes més comuns. La "R" significa "rigui", per tal de comprovar si la persona afectada torça la boca. L'"A" fa referència a "aixequi els braços", així es pot observar si pot aixecar-los o no, i si tan sols n'aixeca un o cap. La "P" vol dir "parli", si la persona presenta un ictus, veurem que no pot parlar o que presenta dificultats per expressar-se. La "I" d'"ictus" és pròpiament l'alerta de la malaltia que està patint si les anteriors surten alterades. Finalment, la "D" significa "de pressa", per tal de no demorar la trucada als serveis d'emergència. El RÀPID és l'adaptació catalana a l'acrònim FAST utilitzat en els països de parla anglesa, el que pretén aconseguir és que s'identifiquin els símptomes clau per actuar ràpidament. En la bibliografia es demostra que les campanyes de conscienciació dutes a terme als Centres d'Atenció Primària o mitjans de

comunicació són efectives, això no obstant, continua sense quedar clar com d'intensives han de ser aquestes intervencions i amb quina freqüència s'han de repetir, és a dir, no existeix una clara tendència sobre el nombre de sessions i la freqüència en les que la intervenció educativa s'ha de realitzar per assolir resultats satisfactoris, l'únic que si s'explicita és que l'educació sobre prevenció ha de ser contínua i a llarg termini perquè els seus resultats es mantinguin en el temps (18). És a dir, a Catalunya disposem de recursos, acrònims i codis, amb un missatge senzill i adaptat a la realitat, fàcil de recordar per la població, que han demostrat ser d'utilitat a l'hora de reconèixer precoçment un ictus per poder beneficiar-se dels tractaments oportuns amb un temps òptim (4).

Sobre les intervencions en mitjans de comunicació, Lecouturier J et al. (19) a la seva revisió sistemàtica intenten esbrinar l'impacte d'aquest tipus de programes educatius en la població general. Sobre els 10 estudis inclosos, tan sols 3 havien dut a terme una avaluació pre-post intervenció. Les campanyes dirigides a la població general van informar d'un augment dels coneixements sobre signes i símptomes de l'ictus però també, d'un escàs impacte en reconèixer la necessitat d'una resposta ràpida i adequada. Un d'aquests tres estudis que comptaven amb l'avaluació, va detallar que el grup d'edat de majors de 65 anys no va mostrar cap mena d'impacte després de la campanya, essent precisament el grup amb major risc de patir i presenciar un ictus. Segons la revisió bibliogràfica d'Estevez Jimenez et al. (20), en deu anys de literatura científica consten molt pocs articles on es faci referència a l'avaluació de campanyes sobre l'ictus. Conclouen que els programes o intervencions s'han de basar en evidència científica, s'han de segmentar els grups poblacionals a qui van dirigits, han d'arribar a la població a partir de canals de comunicació propers amb agents comunitaris que facilitin la participació de la població motivant-los per treballar la promoció de la salut de manera implícita i sobretot, incloent-hi una avaluació des del principi per tal d'obtenir els resultats esperats. També apunten que les campanyes que es basen en el reconeixement de tres símptomes són més eficaces que les que n'ensenyen cinc. No menys important és l'estratègia de comunicació, ja que les campanyes intensives han d'estar reforçades per un missatge periòdic que reforci els coneixements apresos.

Contrastant el que aporten diversos autors en els seus estudis és possible remarcar que les limitacions esmentades són la falta d'estabilitat en el temps dels resultats

assolits en les intervencions educatives (18), així com empoderar al col·lectiu infermer a crear programes per proporcionar coneixements a la població general sobre l'ictus i reconèixer ràpidament els símptomes més evidents (3), sense oblidar que cal avaluar aquests programes per determinar si s'han aconseguit els resultats esperats en la població (20). En la tesi de Córdova López (9), duta a terme a Quito (Equador), es mostra una efectivitat superior al 20% en millora de coneixements, actituds i pràctiques adequades, però recomana potenciar l'educació continuada per millorar encara més els resultats. L'autor va dur a terme una reunió setmanal en grups de menys de 20 persones durant tres mesos on va utilitzar diferents metodologies fomentant la participació (pluja d'idees), utilitzant maquetes de cervells, així com la tècnica del pacient expert i exposicions orals breus. Afegeix que en pròximes intervencions també caldria incloure altres determinants de la salut, com per exemple l'estil de vida. Addicionalment, també proposa crear intervencions educatives impartides per professionals sanitaris destinades a evitar complicacions futures que incrementaran la morbimortalitat de la població susceptible de patir un ictus, així com les despeses sanitàries, és a dir, fomentar la prevenció primària. En resum, se suggereix potenciar a l'Atenció Primària una perspectiva salutogènica empoderant a la població, primer per evitar factors de risc i segon, per reconèixer precoçment i poder actuar amb conseqüència i aprofitar tots els recursos destinats a aquestes patologies temps-depenent. D'altra banda, Addo J et al. (21) en el seu estudi al sud de Londres sobre el retard en assistir a un centre sanitari després d'un ictus, emfatitzen en la necessitat d'identificar els factors que influeixen en el comportament davant dels signes i símptomes, incloent-hi el temps que es triga a avaluar els símptomes percebuts com a lleus, ja que els resultats de l'estudi demostren que una campanya mediàtica en mitjans de comunicació no és prou efectiva per incidir en la necessitat de no demorar l'assistència davant d'un ictus. Per tant, cal abordar aquestes mancances amb programes de Salut Pública més efectius i per últim, però no menys important, destaca de nou la necessitat d'utilitzar sistemes de vigilància establerts per controlar i avaluar els efectes d'aquests programes en la població.

A la vista dels estudis revisats, per tal d'augmentar el coneixement sobre l'ictus en la població general, cal potenciar les intervencions educatives, ja que és incongruent tenir una cadena assistencial d'atenció a l'ictus basada en les noves tecnologies si l'afectat no arriba o no arriba a temps, perquè tal com citen alguns autors "el tiempo es cerebro" (2,4,22). Partint d'aquesta premissa, davant del paradigma de les

intervencions educatives caldria valorar l'impacte en la població, per tal de determinar si són més efectives les campanyes mediàtiques o massives vs. les intervencions educatives per la salut. Tot i això, cal avaluar si aquestes són efectives per tal de poder valorar si s'han obtingut els resultats esperats, avaluant també l'estabilitat dels coneixements en el temps per tal d'estipular la periodicitat d'aquestes. Per tal d'aconseguir la màxima participació possible d'aquests programes, també s'ha de planificar el públic al qual van dirigides, ja que podria ser interessant focalitzar l'atenció en la població de major risc de patir un ictus i els seus familiars, perquè és una mostra de la població més susceptible de millorar els coneixements sobre l'ictus, de manera que es contribuirà a una detecció precoç de la malaltia.

3. OBJECTIUS DE L'ESTUDI

Objectiu general:

Avaluar els efectes d'una intervenció educativa sobre detecció precoç d'un ictus, dirigida a persones que presenten factors de risc de patir un ictus i als seus familiars.

Objectius específics:

- Avaluar els coneixements de persones que presenten factors de risc de patir un ictus i els seus familiars sobre la detecció precoç de l'ictus, pre-post intervenció, i als 6 i 12 mesos després de la intervenció.
- Analitzar l'estabilitat en el temps dels coneixements postintervenció després de 6 i 12 mesos.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipus de disseny

Es tracta d'un estudi pilot que segueix un disseny experimental, longitudinal, prospectiu i multicèntric amb grup control. Es realitzarà un seguiment on les variables es mesuren abans i just després de la intervenció, 6 mesos després i al cap d'un any. Tot i que aquest tipus de disseny no permet cegar als participants, ja que és fàcilment deduïble saber si pertanyen al grup control o al grup que rep la intervenció, sí que constarà amb emmascarament de l'analista a l'hora de valorar els resultats de la intervenció. Els participants no s'assignaran aleatòriament de manera individual per qüestions de logística i per evitar la contaminació dels participants que podrien coincidir en el centre i compartir informació, així que s'aleatoritzaran els centres, un rebrà la intervenció i l'altre serà el grup control.

4.2 Àmbit

L'àmbit d'aquest estudi és l'Atenció Primària. Es realitzarà en dos Centres d'Atenció Primària (CAP) de diferents pobles però del mateix Equip d'Atenció Primària (EAP): Cap Navarcles i CAP Santpedor, ja que es consideren dos municipis de característiques semblants en la població, àmbit rural, nombre d'habitants, etc.

4.3 Població i mostreig

La població diana a qui va dirigida aquesta intervenció són persones que presenten factors de risc de patir un ictus i els seus familiars. La investigadora principal es posarà en contacte amb els equips d'infermeria dels CAP per tal de conèixer els potencials candidats que compleixen amb els criteris de selecció. El programa ECAP utilitzat en aquests centres permet aconseguir una llista de pacients filtrant diferents problemes de salut. Se seleccionaran persones majors de 60 anys que tinguin un diagnòstic de: hipertensió arterial, Diabetis Mellitus i dislipèmia. Mitjançant un mostreig no probabilístic per conveniència, els professionals infermers dels CAP aniran convidant a les persones compreses entre 60 i 80 anys, ja siguin els propis pacients o els seus familiars, a participar en aquest estudi, via telefònica o presencialment a la consulta. A la figura 1 es detalla el diagrama de flux de l'estudi.

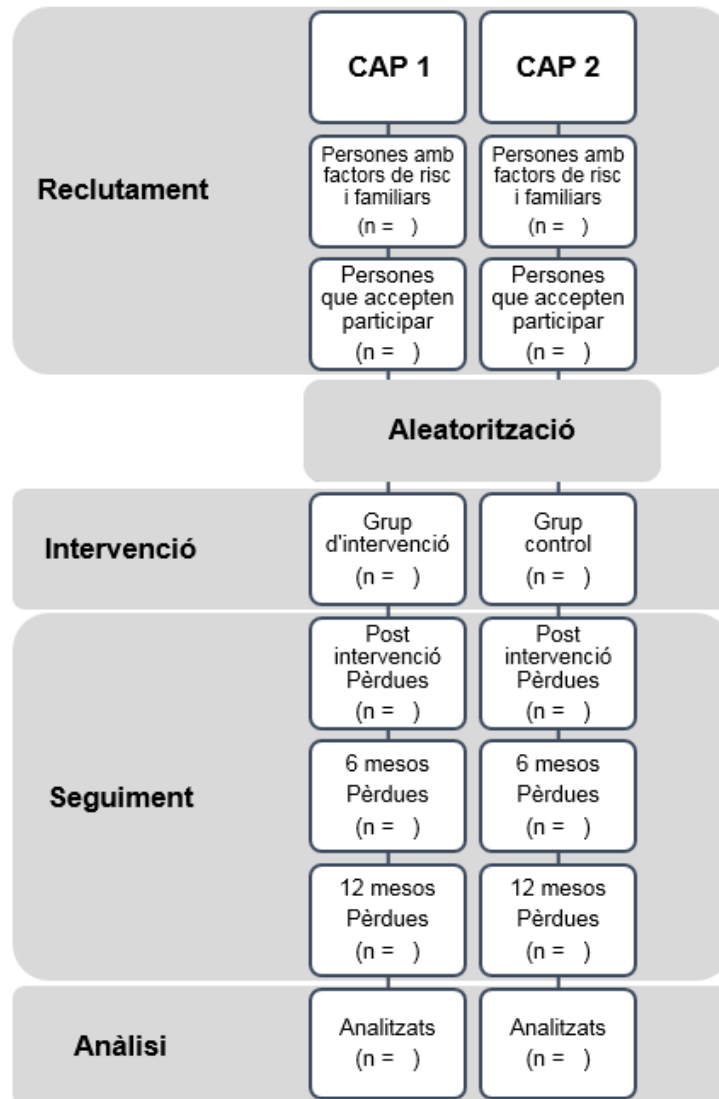


Figura 1: Diagrama de flux

4.4 Criteris d'inclusió i exclusió

Els criteris d'inclusió per participar en aquest estudi seran: a) participants compresos entre 60 i 80 anys, b) ser una persona amb 3 factors de risc: hipertensió arterial, Diabetis Mellitus i dislipèmia, o ser un familiar proper d'una persona amb aquests factors de risc. D'altra banda, els criteris d'exclusió són: a) persones amb algun tipus de limitació sensorial (visió, audició) o barrera idiomàtica per entendre català o castellà, b) patir alteracions de les capacitats d'aprenentatge o deteriorament cognitiu, c) problemes de mobilitat per assistir a la intervenció, d) antecedents d'haver patit un ictus ells mateixos o el seu familiar en l'últim any, d) persones que ja han rebut o estan rebent algun tipus de formació en l'àmbit de les malalties cerebrovasculares en l'últim any, ja que pot influir en els resultats.

Es convidaran persones amb factors de risc diagnosticades de patir un ictus i els seus familiars propers perquè aquest col·lectiu es considera més susceptible d'aprendre i augmentar els seus coneixements actuals a causa de la proximitat de conviure o ser els cuidadors principals de persones més predisposades a patir aquesta malaltia, ja que poden ser els fills (convisquin o no), les parelles o les mateixes persones afectades de patir aquesta malaltia. El límit inferior d'edat per poder assistir es basa en l'edat a partir de la qual comença a incidir l'aparició d'aquesta malaltia. El límit superior s'ajusta fins a 80 anys pensant en la disponibilitat i facilitat per acudir a les jornades i poder participar activament en elles, podent-se beneficiar satisfactòriament del programa.

4.5 Descripció de variables

La variable dependent d'aquesta intervenció és el nivell de coneixements dels participants, mesurat a partir d'un qüestionari amb una puntuació màxima de 20 punts. Les variables independents d'aquest estudi són: pertànyer o no al grup d'intervenció, aquesta és una variable categòrica nominal dicotòmica; i el temps, que és una variable categòrica nominal. També es recolliran variables sociodemogràfiques tals com: sexe, edat, nivell educatiu, nivell socioeconòmic i situació ocupacional. L'edat és una variable quantitativa contínua. D'altra banda, com a variables categòriques tenim el sexe com a categòrica nominal dicotòmica, el nivell educatiu i el nivell socioeconòmic són categòriques ordinals, i, finalment, la situació ocupacional és categòrica nominal policotòmica.

4.6 Instruments de recollida de dades

Per tal de dur a terme la recollida de dades de l'estudi, s'ha confeccionat un qüestionari d'elaboració pròpia (consultar annex 3) que consta de 3 parts diferents: dades sociodemogràfiques, coneixements i actitud davant dels símptomes. Es pretén evidenciar els coneixements generals del terme ictus, així com els factors de risc, símptomes d'alarma i l'actitud davant la sospita de malaltia. Es tracta d'un qüestionari tipus test autoadministrat en paper, on, per recollir les dades sociodemogràfiques, el qüestionari consta de 5 preguntes; d'altra banda, per valorar els coneixements i l'actitud, disposa de 10 preguntes. L'apartat de les dades sociodemogràfiques està estructurat amb un patró d'opció múltiple, amb una única resposta possible, excepte la pregunta de l'edat on es demana la data de naixement. En l'apartat de coneixements i actituds hi ha preguntes amb diverses respostes possibles i només

una correcta, i d'altres, de selecció múltiple, és a dir, consta de diverses opcions de resposta correctes, combinades amb respostes distractores. Per facilitar la interpretació dels resultats, cada opció de resposta correcta serà qualificada amb 1 punt, obtenint així la màxima puntuació de 20 punts si es contesta correctament a totes les preguntes. És a dir, hi ha preguntes que poden proporcionar més d'un punt si conté més d'una opció de resposta correcta. Per tal d'evitar l'efecte de record sobre el qüestionari, ja que aquest es realitza en format paper pre i post intervenció, s'aleatoritzarà l'ordre de les preguntes i respostes.

4.7 Anàlisi de les dades

L'anàlisi es realitzarà amb el programa estadístic R versió 4.1.2 per Windows. S'elaborarà una anàlisi univariada per a la descripció de la mostra. Per les variables quantitatives s'usaran estadístics de tendència central i dispersió, per les variables categòriques s'usarà la distribució de freqüències absoluta i relativa. També es duran a terme anàlisis inferencials, establint la significació estadística en $p < 0,05$. Les estimacions d'interval es faran amb un nivell de confiança del 95% (consultar annex 4, taula 1). Per comprovar que els dos grups tenen distribucions homogènies a l'inici de l'estudi, es durà a terme la prova Chi-quadrat per les variables categòriques, i per les variables quantitatives es durà a terme una prova de comparació de mitjanes T-Student. Per analitzar els efectes de la intervenció s'emprarà ANOVA mixt de doble via on les variables independents són la variable temps (pre, post, 6 mesos, 12 mesos), i grup (pertànyer o no al grup experimental). En aquest cas, la variable intragrup correspon al temps i l'intergrup correspon a pertànyer o no al grup experimental. La variable dependent serà la puntuació al qüestionari. Donat que s'espera observar una interacció significativa entre les dues variables independents, és a dir, que el canvi de les mesures en el temps sigui diferent segons el grup (consultar annex 4, taula 2), es farà una anàlisi dels efectes simples, mitjançant comparacions T-Student, dos a dos.

4.8 Consideracions ètiques i legals

Tots els participants de l'estudi hauran de firmar el consentiment informat on s'explicaran els detalls de la intervenció, així com se'ls informarà sobre el propòsit de l'estudi, la naturalesa de la seva participació en el mateix i la possibilitat de retirar-se en qualsevol moment. També s'aprofitarà per respondre tots els dubtes que puguin esdevenir. Es garantirà en tot moment la confidencialitat de les dades, seguint les

normes oficials vigents d'acord amb el que disposa la llei orgànica 3/2018 del 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals. Per poder dur a terme això, es codificaran les dades identificatives de manera que cada participant disposarà d'una numeració per identificar-lo respectant així l'anonimat. El motiu d'aquesta codificació, a part de preservar la intimitat i guardar la confidencialitat de la informació durant el procés de recollida i anàlisi de dades, servirà per emparellar els diferents tests que es realitzaran a manera de seguiment durant l'estudi. El present estudi basa les seves consideracions bioètiques en la Declaració de Helsinki, principis bioètics per a les investigacions mèdiques en éssers humans.

4.9 Procediment de l'estudi

El procés d'aleatorització es durà a terme de manera externa mitjançant una persona independent a la investigadora principal que mantindrà la informació oculta fins al final del reclutament. Un cop seleccionats els potencials participants que compleixen amb els criteris de selecció i que han acceptat participar en aquest estudi, se'ls explicarà l'objectiu d'aquest, la seva utilitat i aplicabilitat. També se'ls lliurarà el consentiment informat (consultar annex 2) i es resoldran tots els dubtes. A partir d'aquí, s'iniciarà la intervenció per als dos grups a la vegada.

4.10 Intervenció

El grup control no rebrà cap intervenció específica, sinó els consells sanitaris habituals proporcionats pel seu equip de salut. Seran citats al seu CAP de referència a l'inici i final de la intervenció per tal de respondre el qüestionari pre i post intervenció. El grup que rebrà la intervenció, estarà format per 10-15 persones, per tal d'incidir en els participants i poder donar una atenció pròxima a cadascun d'ells i proporcionar un ambient més íntim que permeti l'atenció adequada per assolir els objectius. La intervenció consistirà en 6 sessions de 60 minuts de durada un cop a la setmana i la durà a terme l'equip investigador a l'aula d'educació sanitària del CAP seleccionat.

Sessió 1. A l'inici d'aquesta sessió es realitzarà el pretest. Després de contestar el qüestionari es començarà per treballar el concepte general de què és un ictus. De manera global entre tots els participants es durà a terme una pluja d'idees. Un cop anotades totes les idees en una pissarra, es procedirà a agrupar-les per tal de donar forma i jerarquitzar els conceptes. Una vegada introduït el tema, es farà difusió del codi RÀPID i es treballarà perquè s'entengui la importància d'utilitzar-lo en cas de

dubte. Es tracta d'aconseguir associar la simptomatologia d'un ictus amb la necessitat de trucar ràpidament al 112 o anar a l'hospital, mitjançant el codi RÀPID. Al final de la sessió es donarà una explicació a tall de conclusió final per assentar totes les idees.

Sessió 2. Es tractarà què causa un ictus. Amb l'ajuda de maquetes en forma de cervell, esquelets i models a mida real de l'anatomia vascular es procedirà a detallar i visualitzar els mecanismes que poden desencadenar un ictus. Addicionalment, per obtenir la màxima accessibilitat als continguts es visualitzaran vídeos divulgatius per tal d'entendre millor el mecanisme.

Sessió 3. Es determinaran quins són els factors de risc. Per tal d'abordar els factors de risc, es repartiran targetes als participants on hauran d'annotar els factors que ells creuen que poden propiciar un ictus. Un cop recollides les targetes, s'annotaran a la pissarra les propostes, es farà un sumatori dels factors que han sigut més destacats i es crearà un debat d'opinió de quins són els més importants. Finalment, es conclourà endreçant els factors de risc més rellevants i explicant breument la implicació de cadascun d'ells en la prevenció de l'ictus.

Sessió 4. Seguirà amb l'objectiu de com evitar un ictus. Per tal d'intentar evitar patir aquesta malaltia, es treballaran aspectes de prevenció dels factors de risc modificables comentats en l'anterior sessió. En aquest cas es treballaran 3: la hipertensió, la Diabetis Mellitus i la dislipèmia. En aquesta sessió es crearan petits grups on es repartiran diferents fulletons informatius (1) (consultar annex 5) sobre la hipertensió arterial, la Diabetis i com mantenir una alimentació saludable. Després d'analitzar la informació recollida un membre del grup detallarà a la resta de participants els punts claus.

Sessió 5. S'aplicarà la tècnica del pacient expert. En aquesta sessió el protagonista serà una persona que va patir un ictus amb certes seqüeles de mobilitat de tal manera que els participants de l'estudi puguin preguntar i resoldre tots els dubtes. El propòsit és veure què passa després i perquè és de vital importància actuar amb rapidesa.

Sessió 6. Es durà a terme l'acte de cloenda per resumir tot el que s'ha après fins al moment, resoldre dubtes que puguin romandre als participants, contestar l'avaluació

postintervenció, agrair la participació dels assistents i recordar que l'estudi encara no ha finalitzat i que es necessitarà que tornin a respondre el qüestionari al cap de 6 mesos i un any, via telefònica.

Al cap de 6 i 12 mesos, l'equip investigador realitzarà el qüestionari via telefònica tant al grup control com al grup d'intervenció. Aquest contacte telefònic servirà per conèixer si els va servir la formació rebuda per tal de millorar la detecció precoç de l'ictus i també s'aprofitarà per investigar si durant aquest transcurs de temps els mateixos participants o algun familiar ha patit un ictus, per tenir en compte possibles influències en el resultat.

5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

L'estudi presenta certes limitacions que caldrà tenir en compte a l'hora d'interpretar els resultats que se n'obtinguin. Respecte al desenvolupament de les sessions grupals de la intervenció, és possible que es produeixen fenòmens grupals que limitin la participació d'algunes persones o que alguna de les persones participants tingui una influència negativa que les alteri. En aquest sentit, també el maneig del temps durant les sessions i l'assoliment de conclusions col·lectives podria suposar una dificultat.

Quant a la validesa interna, l'aleatorització proposada no permet assegurar que totes les variables individuals dels participants siguin iguals en els dos grups, es confia que en ser municipis de característiques similars la mostra sigui equivalent a ambdós grups. També cal tenir en compte l'efecte d'atrició, ja que en ser un disseny longitudinal, on l'última mesura de les dades es produeix un any després de la intervenció, pot donar-se una pèrdua no aleatòria de subjectes. A part, el disseny longitudinal a curt termini, també pot provocar que els participants no assisteixin a totes les sessions de la intervenció. D'altra banda, els coneixements del grup control es podrien veure afectats si coincideix que durant l'any de l'estudi es crea alguna campanya als mitjans de comunicació que faci augmentar la destresa a l'hora de reconèixer un ictus. També en els dos grups, si durant la intervenció, els participants o algun familiar pateix un ictus, els coneixements es podrien veure afectats. Tampoc és possible encegar als participants, ja que coneixeran en què es basa l'estudi i és fàcilment deduïble saber a quin grup pertanyen. A més a més, en ser un qüestionari autoadministrat pot existir un biaix d'aprenentatge dels participants sobre el qüestionari perquè només se n'ha confeccionat un que s'administra tant en la intervenció com en totes les fases avaluatives, evidenciant aquí un possible efecte record tot i aleatoritzar les preguntes i respostes. A causa de les diferències en l'administració del qüestionari, les respostes també es podrien veure afectades, ja que primer és en format paper i després via telefònica. Finalment, també es podria donar el cas que els efectes d'aprenentatge fossin fruit de respondre el qüestionari i no de la intervenció.

D'altra banda, pel que fa a la validesa externa, el reclutament dels subjectes pot ser dificultós per falta d'interès dels possibles candidats, per, poca disponibilitat,

vergonya, etc., i com ja ha estat esmentat, el fet de ser un estudi longitudinal, podria provocar pèrdues que limitarien la generalització dels resultats. Així, l'extrapolació dels resultats estarà limitada per la mida de la mostra i també pel tipus de població que participi en l'estudi, ja que són dos municipis rurals i podrien existir diferències significatives a l'hora d'implantar el projecte en poblacions amb característiques molt diferents de les de la mostra escollida, com grans ciutats i àrees metropolitanes molt densificades.

6. RECURSOS

Quant a recursos humans es necessita la col·laboració d'infermeria per part dels Centres d'Atenció Primària, el pacient expert, així com l'equip investigador format per 3 persones: la investigadora principal i dos ajudants, paral·lelament també serà necessari un analista extern. Com a recursos materials són necessaris productes de papereria i bolígrafs, pissarra, ordinador amb connexió a internet, projector, els models anatòmics del cervell i del cos humà. En darrer lloc, seran necessàries les infraestructures del CAP seleccionat.

7. CRONOGRAMA DE L'ESTUDI

Tasques	2022								2023								2024										
	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J
Avaluació comitè ètic	■	■																									
Formació equip investigador			■	■																							
Reclutament de la mostra			■	■	■																						
Recollida de dades preintervenció						■																					
Intervenció						■	■																				
Recollida de dades postintervenció							■																				
Recollida de dades post 6 mesos												■															
Recollida de dades post 12 mesos																									■		
Introducció, gestió i depuració de la base de dades								■	■			■	■														
Anàlisi preliminar												■	■														
Anàlisi de dades																										■	
Redacció informe final															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Difusió resultats																									■	■	■

8. PLA DE DIFUSIÓ

Un cop finalitzat aquest estudi es duran a terme unes sessions informatives sobre els resultats i conclusions obtingudes en l'estudi en els 2 CAP on s'ha dut a terme. Es convidaran a tots els professionals dels centres a assistir, així com a l'adjunta i director mèdic de l'EAP per fer-los participants de l'anàlisi global del projecte. A escala de Catalunya, l'ICS porta a terme Jornades d'Atenció Primària en les diferents comarques on es proposarà la possibilitat de presentar el projecte, per aconseguir ressò de la intervenció en els diferents CAP més propers a la intervenció. En referència a la difusió per mitjans escrits, en la revista "Atención Primaria" de l'editorial Elsevier, es publiquen treballs d'investigació relatius a l'àmbit de l'atenció primària de salut, la qual és l'òrgan d'expressió oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. D'altra banda, la Revista ROL de Enfermería, de l'editorial Ediciones ROL és una plataforma de publicació científica independent de referència per la infermeria. Per tal d'intentar publicar l'estudi en aquestes revistes, primer es redactarà un article sobre el projecte, seguint els requeriments específics, per enviar-ho a les revistes i obtenir així el vistiplau de la publicació. Finalment, cada vegada més congressos accepten publicacions d'un Treball Final de Grau, així que també es proposarà l'estudi per participar a "El Congreso Internacional de Investigación, Formación y Desarrollo Enfermero".

9. CONCLUSIONS

Com a resultats esperats d'aquesta intervenció, s'espera una homogeneïtat entre el grup control i el grup d'intervenció, és a dir, que els CAP siguin veritablement equivalents. Respecte als coneixements apresos en el grup d'intervenció, s'espera observar una mitjana significativament més alta que la del grup control. Finalment, gràcies al tipus d'intervenció educativa participativa de la qual haurà format part el grup d'intervenció, s'espera que aquest grup assoleixi millors resultats referent als coneixements i pugui recordar millor tot el que ha après, ja que no només hauran rebut una informació puntual sinó que hauran treballat conceptes i vivenciat el relat d'un testimoni supervivent d'un ictus, fet que permet gaudir d'un aprenentatge més significatiu que el grup control. Per tant, quant a l'estabilitat en el temps dels coneixements, s'espera que les puntuacions obtingudes als 6 i 12 mesos no variïn respecte a la mitjana postintervenció immediata, en cas d'existir una diferència significativa es posarà de manifest l'efecte de l'oblit i la necessitat d'accions que permetin mantenir el coneixement i el record. Aquesta intervenció permetria disposar de dades per saber si els coneixements apresos són o no estables en el temps, per tal d'aportar evidència a futures campanyes educatives perquè puguin dissenyar-se d'acord amb la necessitat de la població de mantenir els coneixements a llarg termini. Donat el cas que fos necessari renovar aquests coneixements cada any, es podria dur a terme aquesta intervenció coincidint amb el Dia Mundial de l'Ictus, el 29 d'octubre, per tal de fomentar una informació constant a la població conjuntament amb altres activitats proposades per aquesta data assenyalada des dels serveis sanitaris de la regió. També pot servir d'utilitat per reforçar les campanyes mediàtiques del Departament de Salut sobre el codi RÀPID. En definitiva, es basa a conscienciar a la població sobre la gravetat d'un ictus i la necessitat d'acudir ràpidament a un hospital sigui per mitjans propis o utilitzant el telèfon d'emergències de Catalunya, el 112.

La intervenció educativa focalitzada en persones amb factors de risc de patir un ictus i els seus familiars pretén proporcionar, tant a ells com als familiars, eines i coneixements, i potenciar actituds per a millorar una detecció precoç de l'ictus. L'educació sanitària és una bona estratègia per sensibilitzar a la població per tal de promoure la salut i prevenir la malaltia. El fet d'incloure a la família en aquesta intervenció, permetria ajudar a millorar els coneixements i la capacitat d'autocura

d'aquestes persones. S'espera que els participants haurien de prendre consciència de la gravetat d'un ictus i de la necessitat d'actuar amb rapidesa davant d'aquest procés reversible, millorant els seus coneixements sobre l'ictus i fomentant conductes de resposta adequades davant d'aquest. Per tant, els participants haurien de ser capaços d'identificar un ictus a partir d'uns símptomes clau fàcils de detectar i aprendre com haurien d'actuar, ja que s'espera que entenguin perquè és tan important la detecció precoç. L'aprenentatge generat hauria d'augmentar la seguretat dels participants així com la dels familiars que tenen cura de persones vulnerables de patir un ictus, augmentant així un efecte protector sobre aquest col·lectiu. Aquesta intervenció podria ser clau per disminuir les discapacitats i morbiditats de les persones en cas de patir un ictus, perquè no podran evitar que succeeixi, però s'espera que estiguin preparats per afrontar-ho millor que abans.

L'elaboració d'aquest estudi m'ha permès aprofundir en metodologia científica quantitativa i treballar habilitats i competències com el treball autònom, la formulació d'objectius, la síntesi i concreció d'idees així com a treballar les aptituds de redacció i recerca bibliogràfica. Gràcies a l'aprenentatge autònom realitzat durant l'elaboració d'aquest projecte he pogut ampliar coneixements relacionats amb el tema d'estudi, aprendre a dur a terme un treball que requereix organització i millorar la gestió del temps així com evolucionar a partir de petits progressos, ja que ha sigut com una carrera de llarga distància en el que importa és el procés diari i no només els resultats finals obtinguts. Finalment, m'agradaria posar de manifest que també he pogut viure l'experiència d'un estudi de tipus quantitatiu des d'un altre punt de vista. Durant tot el projecte he intentat buscar l'equilibri entre allò teòricament desitjable i allò realment assumible per a mi, adaptant la intervenció a la realitat de la població d'estudi tot jugant amb el balanç de la validesa interna i externa que suposa un estudi experimental. A més a més, requeria analitzar constantment totes les possibles conseqüències que sorgien a partir de decisions relacionades amb el disseny. Fins ara, la meva relació amb aquest tipus de metodologia era com a lectora i ara sóc conscient del treball que implica prendre decisions sobre el mètode d'un estudi d'aquesta envergadura.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Ictus. Canal Salut [Internet]. [citad 21 octubre 2021]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/i/ictus/>
2. Fernandez Mas E, Vilavella Lizana C, Morales Requena D, Maresma Pacheco A, Miñana Nonell E. Tratamiento prehospitalario en el ictus. FMC [Internet]. 2017;24(4):199-206. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2016.06.007>
3. Jiménez Gracia MA, Amarilla Donoso J, Güesta Guerra E, Leno Diaz C, Portilla Cuenca JC. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. Rev Científica Soc Española Enfermería Neurológica [Internet]. 2015 [citad 21 setembre 2021];41(1):15-21. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2015.01.001>
4. de Torres Ferrero A. Importancia de la educación para la salud en la detección precoz del ictus. NPunto [Internet]. 2021;4(36):128-44. Disponible a: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6048bd414686dart6.pdf>
5. Grupo de Trabajo de la GPC sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus [Internet]. [citad 15 noviembre 2021]. Disponible a: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_442_Prevencion_Ictus.pdf
6. Díez-tejedor en nom del «Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN». Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N°3. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus [Internet]. 2006 [citad 18 noviembre 2021]. Disponible a: https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_oficial_para_el_diagnostico_y_tratamiento_del_ictus_2006.pdf
7. Dorta Gómez A. "I Jornada de Prevención Primaria de Ictus". Intervención Comunitaria de Enfermería [Internet]. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2018. Disponible a: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11081/%22I%20Jornada%20de%20Prevencion%20de%20Ictus%22.%20Intervencion%20Comunitaria%20de%20Enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Arregui Azagra A. Plan de intervención para mejorar la demora en la aplicación de tratamientos en el paciente con ictus [Internet]. Universidad Pública de Navarra; 2017. Disponible a: <https://hdl.handle.net/2454/26844>

9. Córdova López PF. Eficacia de la Intervención Educativa para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de pacientes diabéticos e hipertensos sobre los factores de riesgo para infarto cerebral: Hospital Carlos Andrade Marín. Quito 2014 [Internet]. Universidad Central del Ecuador; 2015. Disponible a: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4812/1/T-UCE-0006-150.pdf>
10. Buergo Zuaznábar M, Fernández Concepción O. Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular. 2009 [citado 22 noviembre 2021]; Disponible a: <https://files.sld.cu/enfermedadcerebrovascular/files/2011/06/guias-practica-clinica-ecv-cuba.pdf>
11. Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM. Patient knowledge on stroke risk factors, symptoms and treatment options. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2018;14:37-40. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5808699/pdf/vhrm-14-037.pdf>
12. Lundelin K, Graciani A, García-Puig J, Guallar-Castillón P, Taboada JM, Rodríguez-Artalejo F, et al. Knowledge of Stroke Warning Symptoms and Intended Action in Response to Stroke in Spain: A Nationwide Population-Based Study. *Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2012;34:161-8. Disponible a: <https://doi.org/10.1159/000341408>
13. Sánchez Gallego N, Solana Clemente P, Vera Bailón J. Papel de enfermería en atención primaria. *Rev Electrónica Portales Medicos.com* [Internet]. 2018 [citado 8 abril 2022]; Disponible a: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-de-enfermeria-en-atencion-primaria/>
14. Gállego J, Herrera M, Jericó I, Muñoz R, Aymerich N, Martínez-Vila E. El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2008;31(1):15-30. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v31s1/original2.pdf>
15. Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Plan de Atención Sanitaria al Ictus. PASI [Internet]. 2011. Disponible a: https://www.svneurologia.org/pdfs/PLAN_ASIST_ICTUS.pdf
16. Fogle CC, Oser CS, Troutman TP, McNamara M, Williamson AP, Keller M, et al. Public Education Strategies to Increase Awareness of Stroke Warning Signs and the Need to Call 911. *J Public Health Management Practice* [Internet].

- 2008;14(3):E17-22. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18408540/>
17. Robinson TG, Reid A, Haunton VJ, Wilson A, Naylor AR. The face arm speech test: does it encourage rapid recognition of important stroke warning symptoms? *Emerg Med J* [Internet]. 2013;30(6):467-71. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2012-201471>
 18. Córdova López PF. Estudio experimental de intervención educativa en conocimientos, actitudes y prácticas para ictus. *Rev la Fac Ciencias Médicas Univ Cuenca* [Internet]. 2020 [citad 21 setembre 2021];37(3):37-44. Disponible a: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2733/2284>
 19. Lecouturier J, Rodgers H, Murtagh MJ, White M, Ford GA, Thomson RG. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(1):784. Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/784>
 20. Estevez Jimenez P, Terrón Blanco JL. El diseño de campañas sobre el ictus y su evaluación. Una revisión de 10 años de literatura científica (1999-2009). *Obs J* [Internet]. 2011;5(1):123-56. Disponible a: <http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/410/405>
 21. Addo J, Ayis S, Leon J, Rudd AG, McKeivitt C, Wolfe CDA. Delay in Presentation After an Acute Stroke in a Multiethnic Population in South London: The South London Stroke Register. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2012;1(3):1-7. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487318/pdf/jah3-1-e001685.pdf>
 22. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jiménez Hernández MD. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva* [Internet]. 2008;32(9):431-43. Disponible a: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569108757206>

11. ANNEXES

Annex 1

**EMBÒL A
HEMORRÀGIA CEREBRAL
ROMBOSI
FERIDA
VESAMENT
CEREBRAL**

QUÈ ÉS L'ICTUS?

L'ICTUS és una alteració brusca de la circulació de la sang al cervell. Aquesta alteració consisteix en l'embussament o el trencament d'una artèria, cosa que provoca que les cèl·lules cerebrals d'una part del cervell morin.

Sospites que algú té un ICTUS?
FES QUE...

- R**IGUI: Nois que s'afecten la boca.
- A**IXEQUI: Una brida. Veurem una part de la paraula d'altre alhora i l'altre no ho fa.
- P**ARLI: No pot parlar o repeteix paraules.
- I**CTUS?: ICTUS és un problema. Problema brusca.
- D** 061 112 e pressa!: Si se sospita d'algú amb símptomes d'ictus, trucar ràpid al 061 o al 112.

RÀPID
la teva actuació
pot salvar-li la vida

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Boehringer
Ingelheim

Annex 2

CONSENTIMENT INFORMAT

Si us plau, llegeixi el document per prendre la decisió de participar en aquest estudi.

L'objectiu d'aquest projecte és elaborar una intervenció comunitària i educativa al seu Centre d'Atenció Primària basada a conscienciar i fomentar conductes de resposta adequades d'avant d'un ictus. D'aquesta manera, s'aprendrà què és un ictus, quins són els seus factors de risc, els seus signes d'alarma i com actuar davant d'aquests. Tot això acompanyat d'un qüestionari que avaluarà els seus coneixements abans i després de la intervenció. Tanmateix, es necessiten dades personals per la seva participació amb finalitats completament acadèmiques i únicament obtingudes per part de l'equip encarregat de la intervenció. D'aquesta manera s'até a l'estricta compliment de Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, del 27 d'abril de 2016, sobre la protecció de Dades de Caràcter Personal per tal de garantir la privacitat, confidencialitat i respecte de les dades obtingudes.

En cas de dubte o qualsevol comentari pot adreçar-se a: Nerea Pérez Ruiz

Telèfon: 676544531

Email: nerea562@hotmail.com

Si accepta participar en l'estudi ompli el següent formulari:

- Compréc que la meva participació és voluntària.
- Compréc que puc abandonar l'estudi:
 - Quan vulgui
 - Sense necessitat de donar explicacions
 - Sense que aquesta decisió em repercuteixi
- Dono consentiment per analitzar les meves dades

Nom i cognoms complets

Firma i DNI

Data: _____

Annex 3

Qüestionari d'elaboració pròpia

QÜESTIONARI

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

1. Sexe

Marqueu només un oval.

- Dona
- Home
- No binari

2. Data de naixement

3. Nivell educatiu

Marqueu només un oval.

- Sense estudis
- Estudis primaris
- Estudis secundaris
- Estudis superiors

4. Nivell socioeconòmic

Marqueu només un oval.

- Baix (<18000€/any)
- Mitjà (18000€/any - 30000€/any)
- Alt (>30000€/any)

5. Situació ocupacional

Marqueu només un oval.

- Actiu
- Atur
- Jubilació

CONEIXEMENTS

6. Coneix el terme ictus?

Marqueu només un oval.

Sí

No

7. Quin és l'òrgan afectat en un ictus?

Marqueu només un oval.

Cor

Braços

Cervell

Ronyons

Cames

8. Quins d'aquests són factors de risc de patir un ictus?

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

Hipertensió arterial

Sobrepès i obesitat

Glaucoma

Colesterol elevat

Diabetis Mellitus

Alcohol en excés

Anèmia

Tabaquisme

Edat

Artrosis

Sexe

9. Quins són símptomes d'alarma d'un ictus?

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- Pèrdua de força o sensibilitat en una extremitat
- Dificultat per parlar o comprendre
- Sensació de falta d'aire
- Mal de cap intens i sobtat
- Dolor al pit
- Trastorn de la visió
- Trastorn de l'equilibri
- Febre alta
- Desviació comissura labial
- Dolor al braç o cama

ACTITUD DAVANT DELS SÍMPTOMES

10. Si té una paràlisi o perd sensibilitat de la meitat del cos

Marqueu només un oval.

- Demanaria hora al CAP
- Aniria a l'hospital o trucaria al 112
- Esperaria a que es passés

11. Si té dificultat per entendre o parlar de forma brusca

Marqueu només un oval.

- Demanaria hora al CAP
- Aniria a l'hospital o trucaria al 112
- Esperaria a que es passés

12. Si perd de forma sobtada visió en un ull, té visió doble o borrosa

Marqueu només un oval.

- Demanaria hora al CAP
- Aniria a l'hospital o trucaria al 112
- Esperaria a que es passés

13. Si presenta de forma sobtada cefalea intensa

Marqueu només un oval.

- Demanaria hora al CAP
- Aniria a l'hospital o trucaria al 112
- Esperaria a que es passés

14. Si algú perd el coneixement

Marqueu només un oval.

- Demanaria hora al CAP
- El portaria a l'hospital o trucaria al 112
- Esperaria a que es despertés

15. Si els símptomes anteriors només duren uns minuts i es resolen totalment

Marqueu només un oval.

- Demanaria hora al CAP
- Aniria a l'hospital o trucaria al 112
- No faria res

Annex 4

Taula 1: Descripció de la mostra a l'inici de l'estudi i comparació de la similitud inicial, n = .

	Grup control		Grup intervenció		Diferència	IC 95% de diferència	Valor-P
	Mitjana	(DE)	Mitjana	(DE)	d	(Li; Ls)	
VARIABLES QUANTITATIVES							
Edat							
Nivell de coneixements							
	n	(%)	n	(%)	d	(Li; Ls)	Valor-P
VARIABLES CATEGÒRIQUES							
Sexe							
Nivell educatiu							
Nivell socioeconòmic							
Nivell ocupacional							

Taula 2: Anàlisi dels efectes de la intervenció, i dels canvis als 6 i 12 mesos, n = .

	Grup control	Valor-P	IC 95% de diferència (Li; Ls)	Grup intervenció	Valor-P	IC 95% de diferència (Li; Ls)
NIVELL DE CONEIXEMENTS						
Dades preintervenció						
Dades postintervenció						
Dades post 6 mesos						
Dades post 12 mesos						

Annex 5

Hipertensió arterial.

Una situació freqüent que entre tots podem solucionar.

Informació bàsica per al pacient hipertens. Consells per als pacients i per a la persona que els cuida.

Què és la hipertensió arterial (HTA)? És l'elevació continuada de les xifres de pressió arterial (PA), tant la sistòlica com la diastòlica. Una persona és hipertensa quan té repetidament una PA igual o per sobre de 140 i/o 90 mmHg.

Quantes i quines persones afecta? Afecta al voltant del 20 % de la població adulta. Aquest percentatge augmenta amb l'edat. L'HTA es dona tant en els homes com en les dones però, a partir de la menopausa, és més freqüent en les dones.

Per què és important? Perquè tenir HTA incrementa el risc de patir una malaltia del cor, del ronyó, del cervell i dels vasos arterials.



Com sabem si una persona té la PA elevada? Cal tenir present que la PA alta NO dona símptomes. Per ser diagnosticat d'HTA no n'hi ha prou amb una única mesura de la PA. Us heu de mesurar la PA en diverses visites consecutives al vostre centre d'atenció primària. Per diagnosticar-vos HTA, tots els valors de PA han de ser elevats. En mesurar la PA s'enregistren dos valors: la pressió arterial sistòlica o "màxima", que és el valor més alt, i la pressió arterial diastòlica o "mínima", que és el valor més baix.

Per què cal tractar-la? Perquè baixar la PA evita l'aparició de malalties cardiovasculars com l'infart, l'embotia i l'hemorràgia cerebral. Cal aconseguir reduir i mantenir les xifres de PA per sota 140 i 90 mmHg. En cas de patir diabetis les xifres de control han de ser més baixes (per sota de 130/85 mmHg).

Com podem baixar la PA? **Reduint el pes.** La pèrdua de pes, sobretot en els obesos, dona lloc a una reducció de la PA. Una reducció de 4 a 5 Kg de pes ja repercuteix favorablement amb una disminució de la PA.



Reduint el consum de sal.

Cal acostumar el paladar als menjars amb poca sal. Per acostumar-s'hi hi ha una sèrie de recursos: evitar el consum d'aliments precuinats (pastilles de caldo, patates xips, salses comercials, etc.), d'embotits, conserves, salsons i fumats, així com l'ús de la sal en el procés de cocció.

Cal tenir cura de la presentació dels aliments, recórrer a coccons al vapor, a la planxa o estofats, utilitzar olis amb més sabor (d'oliva o bé perfumats amb all, orenga, etc.).



Fent una activitat física regularment.

Cal que, de forma regular, feu un passeig a pas lleuger, de 35-45 minuts, tres o més dies a la setmana. En cas de limitacions físiques o altres situacions cal consultar amb el professional sanitari.



Reduint el consum d'alcohol.

Es aconsellable moderar-ne el consum. Cal consultar-ho amb els professionals sanitaris.



Deixant de fumar

Deixar de fumar, juntament amb el control de la PA, ha de repercutir favorablement en la vostra salut.



Prenent la medicació

En una part dels pacients són suficients les modificacions de l'estil de vida que s'han comentat. En altres pacients no són suficients i cal recórrer a l'administració de fàrmacs. **CAL QUE US ELS PRENGUEU!**

Qualsevol introducció d'un nou medicament ha de ser autoritzada per un metge. Assegureu-vos que heu entès correctament la dosi, la freqüència i l'hora en què heu de prendre els medicaments. És important que prengueu els medicaments sempre a la mateixa hora. Això ha de disminuir el risc que us n'oblideu. Davant l'aparició d'algun problema que pugui relacionar-se amb la presa de la medicació, poseu-vos en contacte amb el vostre metge o infermera; ells us aconsellaran el més convenient.

Cada quan us heu d'anar a prendre la PA? És molt variable i està en funció de les xifres de PA, la presència d'altres malalties, etc. En cas d'un bon control, una visita cada 3-6 mesos pot ser suficient. Anualment cal fer una avaluació mèdica.

És molt important que acudiu regularment a mesurar la PA. És la millor manera de controlar-se i evitar complicacions.



La diabetis és una malaltia freqüent que es caracteritza fonamentalment per un excés de glucosa a la sang.

La glucosa és un sucre d'utilitat per a totes les cèl·lules del cos, com a font d'energia per dur a terme processos vitals. Per tal que la glucosa, que circula per la sang i que obtenim dels aliments, pugui ser usada per les cèl·lules, cal l'ajut d'una substància anomenada **insulina**, produïda pel pàncrees.

Si el pàncrees no produeix tota la insulina que l'organisme necessita, la glucosa no penetra en les cèl·lules i s'acumula a la sang; llavors apareixen símptomes com l'aprimament, malgrat la sensació de tenir gana, el fet de menjar més de l'habitual, d'orinar en més quantitat del normal i més vegades al dia, i una set intensa que fa que es begui una gran quantitat de líquid; a tot això es pot afegir un cansament intens.

Davant d'aquests símptomes cal consultar immediatament el metge.



Conviure amb la **diabetis**

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444

www.gencat.net/salut

© Generalitat de Catalunya - D.L.B.-43/1965/2004

Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut

És important remarcar que aquesta malaltia és crònica. Per tal de retardar i minvar les complicacions que pot tenir per a la nostra salut cal controlar-la d'aprop, i per aconseguir-ho cal seguir les recomanacions següents:

Pes

Cal vigilar-lo periòdicament i intentar d'ajustar-lo al pes ideal segons l'edat, el sexe i l'alçada.

Mantenir un pes adequat és, doncs, primordial.



Medicació



Pot ser que, per les característiques de la diabetis, s'hagin de prendre medicaments (insulina, hipoglucemiant orals o d'altres).

Atès que es tracta d'una malaltia crònica caldrà prendre'ls sempre tal com ho indiqui el metge.

Compte amb els peus



Els peus són una part delicada de l'anatomia del diabètic: qualsevol lesió, per petita que sigui, pot donar lloc a trastorns greus.

Cal revisar-los cada dia, tenir una bona higiene, consultar l'equip sanitari i seguir els seus consells.

Autocontrol

Saber un conjunt de tècniques per conèixer el nivell de glucèmia és fonamental per assegurar-ne un bon control. El metge indicarà el tipus de control que es pot fer a casa (freqüència, horari i modificació del tractament segons els resultats).

És recomanable anotar els valors obtinguts en el carnet del diabètic i portar-lo en el moment de la consulta.



Alimentació



En primer lloc cal evitar el consum excessiu d'aliments ensucrats. A més, l'alimentació ha de ser adequada al pes, l'activitat física i el tractament que faci el diabètic.

Ha de ser al més variada possible, cal repartir

equilibradament els aliments al llarg del dia, i evitar passar estones llargues sense menjar.



Compte amb els ulls

Sovint, en el diabètic els ulls són un òrgan afectat. Per tal de prevenir les complicacions o posar-hi tractament si s'han produït, cal que revisi els seus ulls com a mínim un cop cada dos anys, o més sovint, si cal.

Exercici físic

Una activitat física adequada ajuda a controlar els nivells de glucosa a la sang. L'exercici ha de ser l'adient per a la nostra condició física, edat i tipus de tractament.

S'ha de fer regularment (cada dia si és possible) i s'han d'evitar exercicis poc habituals i excessius.



Conveniència d'associar-se

Compartir informacions i dubtes, i assessorar-se convenientment, és fonamental per conèixer la malaltia i millorar la qualitat de vida.

Pertànyer a una associació de persones amb diabetis pot ajudar molt.



petits canvis PER MENJAR MILLOR

més



FRUITES I HORTALISSES

De fruites, com a mínim, **3 peces al dia**, senceres o a trossos, sempre per postres, a tot arreu i també entre hores.

D'hortalisses, com a mínim **2 vegades al dia**, crues (en amanides ben variades) o cuites (al vapor, saltada, al forn, etc), com a plat principal o d'acompanyament.

LLEGUMS

De **3 a 4 vegades a la setmana**. Es poden cuinar i presentar de moltes maneres diferents, i és fàcil comprar-los cuits. Són molt econòmics i nutritius, i poden ser un substitut excel·lent de la carn, el peix i els ous. A casa nostra en tenim moltes varietats, aprofiteu-les!

FRUITA SECA

Un **grapat cada dia** és una opció molt bona i saludable, ja sigui crua o torrada però sense sal, incorporeu-la en esmorzars i berenars, en aperitius i també a les vostres receptes.

VIDA ACTIVA I SOCIAL

Sumeu almenys **30 minuts** d'activitat física moderada, com a mínim **5 dies a la setmana**, si pot ser en companyia i a l'aire lliure.

Compartir els àpats amb temps i sense pantalles és una gran oportunitat per gaudir, fer salut i relacionar-se.

canvieu a



AIGUA

L'aigua és sempre la **millor beguda**: quan tingueu set, escolliu l'aigua, tant **durant els àpats** com **entre àpats**. Per reduir envasos, és millor l'aigua de l'aïreta.

ALIMENTS INTEGRALS

Trieu les varietats **integrals** del pa, la pasta, l'arròs, etc., ja que sense refinar són més nutritives.

OLI D'OLIVA VERGE

Tant per **cuinar** (em per amanir), utilitzeu oli d'oliva verge. Al nostre entorn es produeixen moltes varietats diferents i de gran qualitat.

ALIMENTS DE TEMPORADA I PROXIMITAT

Prioritzeu-los, ja que són **més frescos** i **conserven millor** les aromes, els gustos, els nutrients, etc. Consumir-los ajuda al **desenvolupament sostenible** i **local** del territori i **té menys impacte ambiental**.

Trieu-los a **granel** o en envasos reutilitzables per **reduir residus**.

menys

Eviteu endimentar amb sal i sucre els aliments i les preparacions, especialment les dels infants. Els ajudareu a prevenir malalties.

SAL

Reduïu la sal que **afegiu** als aliments i les preparacions, i la que utilitzeu que sigui iodada. Molts **aliments processats** contenen una gran quantitat de sal. Les espècies i herbes aromàtiques potencien el gust de les preparacions.

SUCRE

Disminuiu tant com pugueu el consum de **productes envasats** (tant aliments com begudes) i **eviteu afegir sucre** als aliments i begudes.

CARNS VERMELLES I PROCESSADES

La carn vermella es pot incloure d'**1 a 2 vegades a la setmana com a màxim**, i les **carns processades**, si es consumeixen, ha de ser forma ocasional.

ALIMENTS ULTRAPROCESSATS

Eviteu comprar i consumir, de forma habitual, aliments ultraprocessats, elaborats amb poca matèria primera a la qual s'ha afegit sucres, greixos, sal, midons, additius, etc., que modifiquen el gust, l'olor, el color, la textura, etc. del producte.



Recomanacions de consum dels diferents grups d'aliments

Hortalisses	2 al dia, com a mínim, al dinar i al sopar
Fruites fresques	3 al dia, com a mínim
Farinacis* integrals	a cada àpat
Fruita seca (crua o torrada)	3-7 grapat a la setmana
Llet, iogurt i formatge	1-3 vegades al dia
Carn, peix, ous i llegums	no més de 2 vegades al dia, alternant:
Carn ¹	3-4 vegades a la setmana (màxim 2 vegades a la setmana carn vermella)
Peix ¹	2-3 vegades a la setmana
Ous	3-4 vegades a la setmana
Llegums ²	3-4 vegades a la setmana
Aigua	en funció de la set
Oli d'oliva verge	per amanir i per cuinar

Quantitats que no s'aguen precisades, adaptades o les necessitats i que poden variar segons el consum d'aliments.

1. Es consideren les carns de la pasta, les carns d'aus, etc., i també la pasta i les carns substituïdes.

2. Es considera carn vermella tota la que no és de peix, de pollastre, de gallina, de conill, de cabra, de cabra, de ovella, etc. i que té la característica de ser més roja que blanca, però també la de vent.

3. Es consideren els ous i les carns de peix, però també el cordero i el porcí.

4. Es considera, per la seva característiques nutricionals i el seu impacte ambiental, el consum de productes ultraprocessats en el propi dietari. Es recomana reduir el consum d'aquests productes i optimitzar el consum de productes frescos.

GAUDIR MENJANT ES POSSIBLE! 

 Govern de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

 Agència de Salut Pública de Catalunya

 061 Catalunya

canal.salut@gencat.cat

