

Nivells de prevenció de l'ictus en Atenció Primària. El paper de l'entrevista motivacional

Sara Rubio Guerra

UD Hospital de Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona

Tutor: Josep M. Bosch Fontcuberta

CAP Maragall, ABS Encants

Juny del 2016

Resum

L'ictus constitueix un problema sanitari, social i econòmic de primer ordre, tant en termes d'incidència com de morbimortalitat. Reduir aquesta càrrega és, actualment, una de les tasques prioritàries dels professionals de la salut, especialment de l'Atenció Primària, que és l'escenari principal on s'articulen la promoció de la salut en general, i els diferents nivells de prevenció de l'ictus en particular. Una de les limitacions més importants per a l'assoliment dels objectius de prevenció, però, és la baixa adherència dels pacients a les recomanacions de modificacions d'estil de vida. En les darreres dècades, l'entrevista motivacional s'ha desenvolupat com un mètode eficaç per promoure canvis de conducta en els pacients, ajudant-los a resoldre la seva ambivalència i a assolir les seves motivacions intrínseques.

Paraules clau: ictus, prevenció, entrevista motivacional.

Abstract

Stroke is a major health, social and economic problem, both regarding its incidence and its morbimortality. Thus, reducing this burden is one of the most important tasks physicians have to deal with these days; and Primary Care is the main scenario where promotion of health, in general, and various levels of prevention, in particular, take place. One of the greatest constraints to achieving prevention goals, though, is low compliance with lifestyle recommendations. Over the last few decades, motivational interviewing has developed as an effective method to promote behavior changes in patients, helping them solve their ambivalence and reach their intrinsic motivations.

Key words: stroke, prevention, motivational interviewing.

Introducció

Cada any, arreu del món, 15 milions de persones pateixen un ictus; d'aquestes, 5 milions moren i uns altres 5 milions desenvolupen una discapacitat permanent, constituint una càrrega tant per a la seva família com per a la societat.¹

A Catalunya, la incidència de l'ictus és de 200 nous casos/100.000 habitants/any, i la seva prevalença en persones majors de 70 anys és del 6-8%. Amb un 9'2% de la mortalitat global, les malalties cerebrovasculars suposen la tercera causa de mort als països desenvolupats, superades només per la cardiopatia isquèmica i el càncer. A banda d'això, són la primera causa de discapacitat permanent en l'adult (fins el 90% dels pacients pateixen seqüeles, que en el 30% dels casos

inhabiliten l'individu per a les activitats de la vida diària²) i la segona causa de demència, després de l'Alzheimer. En termes de càrrega socioeconòmica, s'estima que l'ictus consumeix aproximadament un 4% de la despesa sanitària en els països de rendes elevades.^{3,4,5}

Reduir la càrrega que representa l'ictus en l'individu, la família i la societat suposa un repte per als professionals sanitaris. En aquest sentit, el paper de l'Atenció Primària és crucial, perquè és on es desenvolupen els diferents nivells de prevenció de les malalties cerebrovasculares.

Prevenció primària

En relació a les malalties cardiovasculars –on s'inclouen les malalties cerebrovasculares–, la medicina preventiva es regeix per un paradigma diferent al de la resta de malalties. Pel que fa a la prevenció primària en concret, s'ha passat del tractament dels factors de risc cardiovascular aïllats al tractament del risc cardiovascular. Aquest nou paradigma va sorgir arran de l'estudi Framingham (iniciat l'any 1948) i la ulterior elaboració d'escala d'estimació del risc cardiovascular a partir dels factors de risc a què ha estat exposat un individu sense malaltia cardiovascular coneguda: taula de Framingham, taula SCORE, taula REGICOR. D'aquestes, l'única específicament validada per a l'estimació del risc cerebrovascular –i no únicament del risc coronari– és la taula SCORE, dissenyada a partir de l'estudi MONICA, un estudi europeu realitzat per l'Organització Mundial de la Salut entre el 1979 i el 2002.⁶

Factors de risc de l'ictus

S'han trobat vincles epidemiològics entre l'ictus i nombrosos factors de risc, alguns d'ells ben documentats, d'altres, pendents de ser confirmats. Alguns factors de risc, així com les mesures d'associació d'un mateix factor de risc, difereixen entre l'ictus isquèmic i l'ictus hemorràgic; al seu torn, en ambdós casos poden classificar-se en modificables (i potencialment modificables) i no modificables (taula 1 i taula 2).^{2,7} En qualsevol cas, l'associació de factors de risc incrementa el risc de patir un ictus, pel que és important detectar els individus amb factors de risc no modificables: aquests són els individus que més es poden beneficiar d'un control rigorós dels factors de risc modificables.

Taula 1. Factors de risc de l'ictus isquèmic

Modificables i potencialment modificables	No modificables
Hipertensió arterial	Edat
Tabaquisme	Sexe femení
Alcohol (consum elevat)	Factors genètics
Dieta rica en greixos	Raça i ètnia
Inactivitat física	
Obesitat	
Cardiopatia: fibril·lació auricular, endocarditis infecciosa, estenosi mitral, infart de miocardi recent, hipertròfia ventricular esquerra	
Diabetis mellitus	
Hipercolesterolèmia, hipertrigliceridèmia	
Estenosi carotídia asimptomàtica	
Anèmia de cèl·lules falciformes	
Estats d'hipercoagulació: hiperfibrinogenèmia	
Hiperhomocisteïnèmia	
Anticonceptius orals	
Síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHS)	
Policitèmia	
Migranya	

Taula 2. Factors de risc de l'ictus hemorràgic

Modificables i potencialment modificables	No modificables
Hipertensió arterial	Edat
Tabaquisme	Sexe femení
Alcohol (consum elevat)	Factors genètics
Anticoagulants orals	Raça i ètnia
Alteracions de la substància blanca (leucoaraiosi)	
Síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHS)	

L'ictus comparteix múltiples factors de risc amb altres malalties cardiovasculars, com l'infart de miocardi o la malaltia arterial perifèrica, de manera que, tal i com ha estat demostrat en diverses revisions sistemàtiques, les actuacions preventives sobre els factors de risc esmentats protegeixen no només de patir un ictus, sinó també de la resta d'episodis vasculars. No obstant això, la rellevància dels diferents factors de risc no és la mateixa en totes les malalties cardiovasculars.

Amb un risc relatiu (RR) superior a 4, la *hipertensió arterial* és, després de l'edat, el factor de risc més important d'ictus, i el primer factor de risc modificable, essent a més l'únic factor associat de manera consistent tant als ictus isquèemics com als hemorràgics. S'estima que és la causa d'entre el 25% i el 50% dels ictus. D'altra banda, l'ictus és la complicació vascular més freqüent (57%) en els pacients hipertensos. La relació entre la hipertensió arterial i el risc d'ictus és contínua al llarg del

rang de valors de pressió arterial, i tant l'augment de la pressió arterial sistòlica com de la diastòlica incrementen aquest risc.²

Els restants factors de risc hi presenten graus d'associació més moderats, amb un RR que oscil·la entre 2 i 4 en funció del factor. D'entre els modificables, els més rellevants són els següents:

- *Hàbits tòxics.* Els fumadors, tant actius com passius, tenen un risc incrementat de tots els tipus d'ictus, però especialment d'ictus aterotrombòtic. El consum excessiu d'alcohol també augmenta el risc d'ictus, tant isquèmic com hemorràgic; per contra, el seu consum lleu o moderat (<1-2 unitats d'alcohol al dia) sembla ser protector.^{8,9,10} En aquest punt, és necessari assenyalar que publicacions recents estan posant en dubte l'existència d'aquesta associació beneficosa entre consum baix-moderat i risc cardiovascular, en considerar que la literatura que la recolza compta amb un nivell d'evidència baix (són tots estudis observacionals), que és probable que els estudis hagin comès biaixos de selecció més que notables (com el fet d'incloure al grup d'abstemis participants ex-alcohòlics –amb un risc cardiovascular molt elevat–, l'exclusió dels subjectes malalts a l'inici o l'autoselecció d'individus sans com a participants dels estudis) i que el control que s'ha fet dels factors de confusió ha estat deficient.⁸
- *Dieta.* Les dietes riques en greixos i, en general, les dietes poc equilibrades, s'associen a un augment del risc d'ictus.^{9,10,11}
- *Sedentarisme.* S'associa a un increment del risc de malaltia cerebrovascular, així com també a l'aparició d'altres factors de risc d'ictus, com la hipertensió arterial, la dislipèmia, l'obesitat i la diabetis mellitus.^{2,9,10,11}
- *Obesitat.* L'obesitat –tant la general, mesurada per l'índex de massa corporal, com l'abdominal, mesurada per l'índex cintura-maluc– afavoreix la presència dels principals factors de risc vascular, concretament la hipertensió arterial, la dislipèmia i la diabetis.⁹
- *Diabetis mellitus.* Els individus diabètics tenen incrementat el risc vascular i d'ictus. Ara bé, mentre que les complicacions cròniques microvasculars de la diabetis (retinopatia, nefropatia i neuropatia) s'associen a un mal control de la glucèmia a llarg termini, les macrovasculars

(cardiopatia isquèmica i ictus) vénen determinades principalment per l'associació d'altres factors de risc cardiovascular, i no tant pel grau de control glucèmic.^{2,9,10,11}

- *Dislipèmia*. El risc d'ictus es relaciona amb el nivell de colesterol total, de colesterol-LDL (relació directa) i de colesterol-HDL (relació inversament proporcional).^{2,9}
- *Cardiopaties embolígenes*. La fibril·lació auricular no valvular és la causa més freqüent (responsable d'aproximadament la meitat dels casos) d'ictus cardioembòlic.^{9,10,11}

Recomanacions en la prevenció primària de l'ictus

Un dels principals enfocaments de la prevenció primària de l'ictus han de ser les intervencions d'*estratègia poblacional* (intervencions preventives dirigides a tota la població), mitjançant la promoció d'hàbits saludables i l'educació per a la salut en relació a l'ictus i als seus factors de risc.

Juntament amb aquestes mesures de caràcter universal, des de l'Atenció Primària també s'han de dur a terme intervencions preventives amb una *estratègia individual o d'alt risc*. La decisió d'iniciar una actuació preventiva individual ha d'estar guiada per l'estimació del risc d'experimentar un episodi vascular mitjançant l'aplicació de les taules pel càlcul del risc cardiovascular. Un ampli consens europeu i espanyol recomana la utilització de les taules del projecte SCORE, les quals estableixen com a punt de tall per a la intervenció preventiva un risc cardiovascular $\geq 5\%$ per a l'edat de l'individu ("alt risc"). També es consideren individus d'alt risc cardiovascular els diabètics i els que presenten xifres de pressió arterial $>180/100$ mmHg, colesterol total >320 mg/dl (>8.3 mmol/L) o bé colesterol-LDL >240 mg/dl (>6.2 mmol/L), en els quals no és precís realitzar el càlcul del risc cardiovascular. També s'ha de dur a terme un major control i seguiment en altres grups de risc: ancians, embarassades, homocisteïnèmics, cardiòpates de menor risc, usuaris d'anticoagulants i antiagregants a llarg termini, consumidors de drogues,...

A continuació s'exposen les recomanacions i mesures de prevenció primària de l'ictus més remarcables en l'àmbit de l'Atenció Primària, segons la millor evidència disponible.

A. Hipertensió arterial. S'ha demostrat que la reducció del risc d'ictus és proporcional a la magnitud de reducció de la pressió arterial. Cal mantenir les xifres de pressió arterial en nivells

<140/90 mmHg (en pacients diabètics o amb nefropatia, <130/80 mmHg). Per aconseguir-ho, el primer esglau terapèutic passa per la modificació de l'estil de vida: règim dietètic amb restricció de sal, reducció de pes, pràctica d'exercici moderat,... Tanmateix, molts casos precisen, a més, de tractament farmacològic, on sovint és necessària la combinació de dos o més fàrmacs antihipertensius. No hi ha diferències en termes de reducció d'episodis vasculars entre els diversos fàrmacs.^{2,9,10,11}

B. Hàbits tòxics. S'ha de recomanar l'abandonament de l'hàbit tabàquic i evitar l'exposició passiva al tabac, ja que s'ha demostrat que el cessament tabàquic redueix el risc de patir ictus, malaltia coronària, malaltia vascular perifèrica i mort vascular, de forma proporcional al temps d'abstinència. En relació a l'alcohol, es recomana reduir el consum a <2 unitats (200 cc de vi) al dia. El consum moderat de vi negre s'associa a una disminució del risc vascular.^{9,10,11} Avui dia, però, la vigència d'aquesta última recomanació està en debat per les limitacions metodològiques de què adoleixen els estudis en què es basa, que han fet que organismes com l'estatunidenca *Food and Drug Administration* recomanin als pacients amb risc cardiovascular el cessament del consum d'alcohol.¹²

C. Dieta. La limitació en la ingesta de sal i greixos (especialment greixos saturats), juntament amb un consum regular de peix, llegums, fibra, fruites i verdures, s'associa a una reducció marcada en el risc de malaltia cerebrovascular.^{9,10,11}

D. Sedentarisme. La pràctica d'exercici físic s'associa a una disminució del risc d'episodis vasculars en general, i d'ictus –tant isquèmic com hemorràgic– en particular, tant de manera directa com per la seva contribució al control d'altres factors de risc. Es recomana que totes les persones, dins de les seves possibilitats, realitzin exercici físic aeròbic moderat (caminar de pressa) o intens (córrer) de forma regular, entre 30 i 60 minuts 5 dies per setmana.^{2,9,10,11}

E. Obesitat. Es recomana la reducció del pes corporal mitjançant modificacions en l'estil de vida que tenen com a pilars bàsics la dieta i l'activitat física, considerant només en casos puntuals els tractaments farmacològics o quirúrgics de l'obesitat.⁹

F. Diabetis mellitus. Tot i que s'ha demostrat un augment del risc d'ictus en els pacients diabètics, no hi ha proves que el control de la hiperglucèmia en disminueixi la incidència. No obstant això, no

hi ha dubte que cal recomanar un estret control per evitar altres complicacions de la diabetis que sí s'associen al grau de control glucèmic. D'altra banda, sí és una evidència que l'estret control de la pressió arterial en els individus diabètics (<130/80 mmHg) redueix notablement el risc d'ictus.^{2,9,10,11}

G. Dislipèmia. En els pacients d'alt risc cardiovascular (SCORE $\geq 5\%$ per a la seva edat, diabètics, pressió arterial >180/100 mmHg, colesterol total >320 mg/dL o colesterol-LDL >240 mg/dL), el tractament amb estatines redueix significativament el risc d'ictus, independentment dels seus nivells de colesterol. Així, es recomana la prescripció d'estatines a tots els individus sense malaltia vascular coneguda considerats d'alt risc cardiovascular.^{2,9}

H. Cardiopaties embolígenes. En els pacients amb fibril·lació auricular, la indicació de tractament anticoagulant o antiagregant per a la prevenció d'ictus depèn del risc cardioembòlic mesurat amb l'escala CHA₂DS₂-VASc: es recomana tractament indefinit amb anticoagulants orals (objectiu d'INR: 2-3) en els casos de risc cardioembòlic alt; en els pacients de risc moderat, es pot optar per l'anticoagulació o l'antiagregació. Els anticoagulants tenen una major eficàcia que els antiagregants, si bé també s'associen a una major taxa de complicacions hemorràgiques. Finalment, en els pacients de risc baix es recomana tractament antiagregant. Independentment del nivell de risc cardioembòlic, en els casos en què existeixin contraindicacions als anticoagulants, es recorre als antiagregants.^{9,10,11}

Assoliment dels objectius de prevenció primària de l'ictus. L'entrevista motivacional

La promoció de la salut (un dels dos vessants de la medicina preventiva, juntament amb la protecció de la salut) no va començar a guanyar importància fins l'any 1974, quan el llavors ministre de sanitat del Canadà, Mark Lalonde, va definir per primer cop els quatre grans *determinants de la salut*: la biologia humana, el medi ambient, el sistema assistencial i l'estil de vida. Si bé, tret de la biologia humana, tots són factors modificables, la més gran oportunitat per millorar la salut i reduir la mortalitat prematura de la població recau en l'estil de vida, responsable directe de quasi el 40% de les morts als països desenvolupats. Existeix una àmplia evidència de la correlació entre les anomenades "conductes de salut" (comportaments que adopta l'individu, quan gaudeix de bona salut,

per prevenir la malaltia) i la disminució de la morbimortalitat per les principals malalties cròniques, entre les quals l'ictus ocupa un lloc destacat.¹³

Els professionals de l'Atenció Primària són els principals actors de la promoció de conductes de salut. Tanmateix, és per tothom sabut que modificar hàbits és un repte, si més no, difícil. Tradicionalment, s'han utilitzat estils de consell diversos (informatius, confrontatius, persuasius), amb una eficàcia, en general, baixa. En les darreres dècades, l'entrevista motivacional s'ha postulat com una alternativa eficaç a l'hora d'aconseguir els canvis comportamentals necessaris per a la modificació dels factors de risc en nombroses malalties cròniques.

El concepte d'entrevista motivacional va ser desenvolupat per Miller i Rollnick l'any 1991; la van definir com "un estil d'assistència directa, centrada en el pacient, que intenta augmentar la motivació intrínseca per al canvi, ajudant-lo a explorar i resoldre la seva ambivalència en relació amb un comportament".¹⁴ Aquest nou abordatge assistencial va néixer com una intervenció estructurada i cost-efectiva per tractar pacients amb trastorn per abús d'alcohol; no obstant, la comunitat científica no va trigar a adonar-se de la seva potencial aplicabilitat en l'abandonament de molts altres comportaments problema, així com també en la promoció d'hàbits saludables o en l'adherència terapèutica. Així, des de la seva aparició, l'entrevista motivacional s'ha anat estenent a altres àrees de la medicina, incloent l'ictus i les malalties cardiovasculars.

El que defineix l'entrevista motivacional no és la seva tècnica, sinó el seu esperit, element constant de les diverses tècniques que permeten posar-la en pràctica. Aquesta filosofia es caracteritza pel respecte de l'autonomia del pacient i de la seva llibertat d'elecció, on la relació metge-pacient s'assembla més a una relació social que no pas a una relació expert-receptor. D'aquesta premissa de reafirmació de l'autodirecció del pacient se'n desprenen les principals característiques de l'entrevista motivacional:¹⁴

- L'entrevista motivacional assumeix que l'ambivalència és el principal obstacle a superar per desencadenar el canvi en el pacient. Ara bé, ha de ser necessàriament el pacient, i no el professional sanitari, qui articuli la seva pròpia ambivalència. La funció del metge ha de ser

facilitar l'expressió de l'ambivalència i guiar el pacient cap a una resolució d'aquesta que el condueixi al canvi.

- L'estil del metge ha de ser evocador i tranquil; la motivació pel canvi ha de sorgir del pacient, no se li pot imposar. Aquest punt marca diferències respecte d'estils assistencials anteriors, que emfatitzaven la coacció, la persuasió, la confrontació o l'ús de contingències externes (per exemple, amenaçar el pacient amb la pèrdua de la feina).

La persuasió directa no és un mètode efectiu per resoldre l'ambivalència: si bé és temptador intentar ajudar el pacient convencent-lo de la necessitat de canvi urgent, aquestes tàctiques en general augmenten la seva resistència i redueixen la probabilitat de canvi. Els arguments del canvi han de sorgir del propi pacient, i no del metge: el terapeuta, mitjançant una escolta reflexiva i una potenciació selectiva, s'ha de limitar a ressaltar i reforçar les metes intrínseques i les declaracions d'automotivació del pacient (expressions de reconeixement del problema, preocupació, desig de canvi, incapacitat de canvi) per estimular el canvi de comportament.

La confrontació (i especialment l'enfrontament agressiu) i la discussió són també elements antagònics a l'entrevista motivacional; les estratègies més agressives, sovint guiades pel desig de combatre la negativa del pacient al canvi, solen caure en l'error de forçar-lo a realitzar canvis per als que encara no està preparat.

La disponibilitat al canvi s'ha d'entendre com un producte de la interacció interpersonal metge-pacient, i no com una característica del pacient. Així, el professional sanitari ha d'estar molt atent i interessat en els signes de motivació del pacient. La resistència al canvi indica que el metge ha de modificar les seves estratègies motivacionals.

L'escenari natural de l'entrevista motivacional sol ser la trobada personal metge-pacient, però també s'ha vist la seva utilitat en consultes telefòniques i en format de grup.

Un cop resolta l'ambivalència, pot necessitar-se o no una major intervenció, com tècniques d'entrenament del comportament, més enllà de les estratègies que formen part de l'entrevista motivacional, les quals es limiten a provocar, aclarir i resoldre l'ambivalència des del respecte i amb una perspectiva centrada en el pacient.

Des dels inicis de l'entrevista motivacional, aquesta ha despertat un gran interès en l'àmbit de la recerca, havent-se publicat diverses metaanàlisis i revisions sistemàtiques sobre la seva eficàcia. La gran variabilitat i heterogeneïtat dels estudis realitzats, però, en dificulta la comparació i fa que hi hagi algunes controvèrsies, que requereixen de més estudis per ser resoltes. Algunes de les conclusions generals més fermes sobre l'eficàcia de l'entrevista motivacional es resumeixen en els punts següents:¹⁵

- Nombroses evidències indiquen que l'entrevista motivacional és aplicable a una àmplia gamma d'àmbits de promoció de la salut, si bé la potència de l'efecte varia en funció de la conducta problema, on l'evidència més sòlida existent fins el moment es troba en l'abús de l'alcohol i altres drogues. També s'ha demostrat el seu efecte en intervencions basades en la prescripció de dieta i exercici físic, i en el compliment terapèutic. Pel que fa al cessament de l'hàbit tabàquic, els estudis existents són contradictoris i no permeten extreure conclusions consistents.
- L'entrevista motivacional aconsegueix un efecte positiu respecte del tractament habitual en la majoria dels assaigs clínics inclosos a les metaanàlisis existents.
- Els resultats de la intervenció motivacional milloren amb l'augment del nombre de trobades amb el pacient i amb períodes de seguiment més llargs. Tanmateix, la seva eficàcia és patent fins i tot en sessions breus, de només 15 minuts.
- Els seus efectes són duradors en el temps: no hi ha diferències significatives entre els resultats immediatament posteriors al tractament i els observats un any després de finalitzar-lo.
- És cost-efectiva: els seus efectes són equivalents als d'altres tractaments actius i específics sense consumir més recursos.

Prevenió secundària

En les malalties cardiovasculars, el concepte de prevenció secundària no fa referència al diagnòstic i tractament precoç en fase presimptomàtica, sinó que es restringeix als pacients amb signes i/o símptomes de malaltia cardiovascular (cardiopatia isquèmica, ictus, arteriopatia

perifèrica,...) més o menys recents. En aquests individus, considerats de molt alt risc cardiovascular, la prevenció secundària té per objectiu evitar la recurrència d'episodis vasculars.

La taxa de recurrència d'ictus es troba entre el 6 i el 25%, essent màxima durant el primer any després de l'esdeveniment. El fet de patir un segon ictus molt sovint té un desenllaç fatal; en els supervivents, comporta un augment del grau de discapacitat i del risc de demència i una major taxa d'institucionalització.

El risc de recurrència d'ictus (així com el risc de patir primers episodis d'altres malalties cardiovasculars, amb factors de risc comuns) es pot disminuir, entre d'altres intervencions, mitjançant un adequat control dels factors de risc, per a la qual cosa les guies de pràctica clínica defineixen unes estratègies preventives basades en l'evidència que són molt similars a les de la prevenció primària. Malgrat l'eficàcia contrastada d'aquestes mesures en la reducció de la recurrència d'ictus, l'adherència dels pacients, tant als tractaments farmacològics prescrits com a les recomanacions sobre canvis en l'estil de vida, és baixa, constituint aquesta la principal limitació a l'hora d'assolir els objectius en els diferents factors de risc. Les eines orientades a millorar l'adherència, com ho és l'entrevista motivacional, podrien ser, doncs, la clau per aconseguir disminuir el risc de patir un nou ictus.

Atesa l'evidència existent sobre l'eficàcia i la cost-efectivitat de l'entrevista motivacional per induir canvis en la conducta dels pacients, aquesta intervenció ha esdevingut una prioritat en l'àmbit de la investigació científica. Tanmateix, fins el moment no s'ha publicat cap estudi enfocat a determinar-ne l'eficàcia en la prevenció secundària de l'ictus; la comunitat científica està pendent d'obtenir els resultats de l'estudi MIST¹⁶, iniciat al 2014, sobre l'efectivitat de l'entrevista motivacional com a eina per millorar l'adherència a la medicació i a les modificacions de l'estil de vida recomanades a l'alta hospitalària per controlar els factors de risc associats a la recurrència d'ictus. En aquest estudi, un assaig clínic de fase III realitzat amb una mostra de 430 pacients que havien patit un ictus, els individus van ser aleatoritzats al grup intervenció (4 entrevistes motivacionals i 5 visites de seguiment) o al grup de tractament tradicional, moment a partir del qual se'ls va iniciar el seguiment, d'una durada total de 12 mesos post-esdeveniment.

Prevenió terciària

L'ictus és la principal causa de discapacitat en adults, amb una gran varietat en la forma de presentació d'aquests dèficits, que l'AHA-SOC (*American Heart Association – Stroke Outcome Classification*) sistematitza en sis àrees: motora, sensitiva, visual, de llenguatge, cognitiva i emocional.

L'objectiu de la prevenió terciària és la recuperació plena dels supervivents en les esferes física, psicològica i social. Requereix de l'existència d'un pla integral d'actuacions que s'instauri des de la fase aguda de l'ictus per garantir la màxima recuperació del pacient i minimitzar les seqüeles.

S'ha observat que hi ha una forta correlació entre les complicacions psicològiques precoces i el grau de recuperació assolit després de l'ictus: els pacients deprimits fan menys progressos en la seva rehabilitació, tenen un ingrés hospitalari més llarg, no es reintegren en les activitats socials i tenen una pitjor supervivència global. Aquesta mala evolució podria estar relacionada amb una manca de motivació per participar en els programes de rehabilitació.

Fins el moment, diversos estudis han intentat abordar els problemes psicològics dels pacients que han patit un ictus bé de manera directa, utilitzant fàrmacs o teràpies cognitivo-conductuals convencionals, o bé de forma indirecta, per exemple, millorant el suport social dels pacients. Cap d'aquestes estratègies, però, no ha donat resultats positius. Així, cal explorar abordatges alternatius per al maneig dels problemes psicològics post-ictus.

En un assaig clínic publicat l'any 2007 a la revista *Stroke*¹⁷, es van aleatoritzar 411 pacients al grup d'intervenció (fins a 4 sessions individuals d'entre 30 i 60 minuts d'entrevista motivacional, amb una freqüència setmanal, començant entre les setmanes 2 i 4 després de l'ictus) o al grup control (tractament habitual de l'ictus). La variable de resultat principal va ser la proporció de pacients amb eutímia respecte d'aquells amb humor depressiu als 3 mesos de l'ictus en un grup i l'altre.

Els resultats d'aquest estudi suggereixen que l'entrevista motivacional té un efecte significatiu en l'humor dels pacients 3 mesos després de l'ictus. Així, estaria justificada la seva implementació en una fase precoç post-ictus per millorar la motivació intrínseca dels pacients per participar en els programes de rehabilitació, la qual cosa presumiblement es traduiria en una millor recuperació a llarg

termini. El moment d'inici de la intervenció sembla tenir una influència molt rellevant en el benefici obtingut, ja que la resta d'estudis que n'han avaluat l'eficàcia en la recuperació psicològica després d'un ictus, tots amb resultats negatius, no havien iniciat la intervenció fins el moment de l'alta hospitalària o, fins i tot, fins transcorreguts 2 anys de l'episodi agut.

Conclusions

Aquest treball pretén aportar quelcom innovador a la perspectiva amb què els professionals sanitaris han afrontat tradicionalment el repte de la modificació d'hàbits de conducta dels pacients. Tanmateix, difícilment podria sintetitzar-se millor l'essència d'aquest "nou" enfocament que com ho va fer, ja l'any 1981, el psicòleg Dorwin Cartwright:¹⁸

“La forma en què el terapeuta es relaciona amb el pacient és tan important com –potser més important que– l'enfocament específic en què el terapeuta es fonamenta.”

Referències bibliogràfiques

1. Global burden of stroke [Internet]. Geneva: World Health Organization [consultat el dia 14 de febrer del 2016]. Disponible a: http://who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
2. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. *Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del ictus*. Sociedad Española de Neurología; 2004. <http://www.sen.es/profesional/guias-y-protocolos> [consultat el 8 de febrer del 2016].
3. Gallofré M, Albilleira S, Tresserras R, de la Puente ML. El Plan Director para la atención de la enfermedad cerebrovascular en Cataluña. *Med Clin (Barcelona)*. 2009;133(15):589-593.
4. Álvarez-Sabín J, Alonso M, Gallego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, et al. Plan de atención sanitaria del ictus. *Neurología*. 2011;26(7):383-396.
5. Krupinski J, Ustrell X, Font MA, Arboix A. *Diagnòstic i tractament de les malalties vasculars cerebrals*. Societat Catalana de Neurologia; 2011. http://www.scn.cat/docs/guias_protoc/4_Malalties_Vasculares_cerebrals.pdf [consultat el 10 de febrer del 2016].
6. WHO publishes results of largest-ever global collaboration on heart disease. [Internet]. Geneva: World Health Organization [consultat el dia 3 de març del 2016]. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr72/en/>
7. Díaz J. Un factor de riesgo que debemos tener presente: el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS). *Revista del grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología* 2008;3. <http://www.ictussen.org/files3/apneas.pdf> [consultat l'11 de febrer del 2016].
8. Knott CS, Coombs N, Stamatakis E, Biddulph JP. All-cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. *BMJ* 2015;350:h384.

9. Grup de treball de Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. http://www.seegg.es/Documentos/doc_int/estrategias_ictus_SNS.pdf (últim accés 10 de febrer del 2016).
10. Fuentes B, et al. Guidelines for the preventive treatment of ischemic stroke and TIA (I). Update on risk factors and life style. *Neurología*. 2012;27(9):560-574.
11. Fuentes B, et al. Guidelines for the preventive treatment of ischemic stroke and TIA (II). Recommendations according to etiological sub-type. *Neurología*. 2014;29(3):168-183.
12. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol Consumption and Mortality in Patients With Cardiovascular Disease. A Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*; 2010;55(13):1339–47.
13. Glouberman S, Millar J. Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada. *Am J Public Health*. 2003;93(3):388-392.
14. Rollnick S, Miller W. ¿Qué es la entrevista motivacional? *RET (España)*. 1996;6:3-7.
15. Bóveda J, Ángel L, Torres P De, Campi M, Fontcuberta JMB, Barragán N, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*. 2013;45(9).
16. Krishnamurthi R, Witt E, Barker-Collo S, Mcpherson K, Davis-Martin K, Bennett D, et al. Reducing recurrent stroke: Methodology of the motivational interviewing in stroke (MIST) randomized clinical trial. *Int J Stroke*. 2014;9(1):133–139.
17. Watkins CL, Auton MF, Deans CF, Dickinson HA, Jack CIA, Lightbody CE, et al. Motivational interviewing early after acute stroke. A randomized, controlled trial. *Stroke*. 2007;38(3):1004–1009.
18. Miller W, Rollnick S. *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona (Espanya): Paidós (Espasa Libros, S.L.U.); 1999.

Agraïments

Vull expressar el meu agraïment al meu tutor, Josep M. Bosch Fontcuberta, per haver-me fet recuperar la il·lusió d'elaborar l'últim treball de la meva carrera universitària.