INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL PARA ANCIANOS EN REHABILITACIÓN GERIÁTRICA POST-ICTUS DURANTE INGRESO Y EN TRANSICIÓN HACIA EL DOMICILIO (IMAGINE)

Dr. Marco Inzitari
Parc Sanitari Pere Virgili

1. Resumen

Antecedentes

La rehabilitación es crucial para reducir la discapacidad asociada al ictus. La entrevista motivacional (EM), intervención centrada en la persona con el objetivo de apoderar y motivar al paciente, podría mejorar la rehabilitación del ictus en personas mayores.

Objetivos

El objetivo principal del proyecto IMAGINE era evaluar el impacto de la EM, asociada a la rehabilitación geriátrica estándar, sobre la mejora funcional a 30 días medida con la medida de independencia funcional (FIM), comparada con la rehabilitación geriátrica estándar sola, en pacientes geriátricos ingresados para rehabilitación postictus. Como objetivos secundarios se analizó el impacto en actividad física, función física, autoeficacia, sentido de coherencia, seguridad, coste-utilidad y experiencia de los participantes, cuidadores y profesionales implicados.

Metodología

Se realizó un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado de tipo pragmático en tres servicios de rehabilitación geriátrica de diferentes centros de Cataluña. En concreto, en el Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet, en el Hospital Santa Maria de Lleida y en el Parc Sanitari Pere Virgili de Barcelona. Las personas incluidas en el estudio fueron personas mayores ingresadas en cualquiera de estos tres centros después de haber sufrido un ictus leve-moderado, sin demencia previa, deterioro cognitivo grave postictus o delirium al ingreso, y sin discapacidad grave previa, afasia u otras limitaciones de la comunicación o enfermedad terminal. Finalmente, entre julio de 2018 y junio de 2021, se incluyeron en el estudio 261 pacientes, que se aleatorizaron entre el grupo de control (135) y el grupo de intervención (126), mediante una aplicación web desarrollada para este proyecto. Los pacientes del grupo de control recibieron información escrita sobre los beneficios del ejercicio, además de la rehabilitación estándar que se realiza en cada centro hospitalario. Los pacientes del grupo de intervención, además de esta rehabilitación estándar, recibieron hasta un máximo de 5 y un mínimo de 4 sesiones de EM estructurada, implementadas por personal de enfermería vinculado al proyecto, debidamente entrenado en el uso e implementación de EM en contexto sanitario y, en concreto, en población con ictus. Estas sesiones fueron supervisadas puntualmente por una profesional experta en EM.

El objetivo de estas sesiones fue que profesional y paciente desarrollaran un plan compartido de trabajo y refuerzo de la rehabilitación llevada a cabo en el centro hospitalario de referencia, de acuerdo con los objetivos, necesidades, preferencias y capacidades de estos pacientes. La actividad física en el hospital se midió con acelerómetros (activPAL®) y cuestionarios (BPAAT). También se administraron distintos cuestionarios y escalas destinados a evaluar funcionalidad física (FIM, Barthel, Lawton, mRS, FAC, test de control de tronco), estado clínico, fragilidad física y cognitiva (MNA-SF, Charlson, consumo de fármacos, SPPB, MOCA), estado emocional (EBMWE, Yesavage), apoyo social (DUKE), autoeficacia (GSE) y calidad de vida percibida (EuroQoL-5D). Asimismo, se evaluó el coste-utilidad de la intervención mediante el indicador costes/QALY. Como intervención compleja, también se realizó una evaluación del proceso y de la experiencia de participantes, cuidadores y profesionales mediante métodos cualitativos.

2. Resultados

a) Análisis estadístico de la variable principal y resultados secundarios

La mejora del estado funcional fue el objetivo principal del estudio IMAGINE, y los datos indican que el estado funcional mejoró durante el período de estudio, pero en ambos grupos, de intervención y de control, sin diferencias estadísticamente significativas. Se observó una mejora clínicamente relevante y estadísticamente significativa a los 30 días, de 16,29 puntos de media en la escala FIM (IC 95%: 14,18 a 19,40). Además, el rendimiento del estado funcional todavía aumentó tras el alta del centro de rehabilitación, con una mejora general observada a los 3 meses de 23,3 puntos en la FIM (IC del 95%: 20,36 a 26 ,24). Estas ganancias en el estado funcional se correlacionan con otras mejoras físicas en términos de rendimiento físico y autonomía funcional. La autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) medida con el índice de Barthel (BI) muestra un claro aumento a los 30 días, y siguió aumentando después del alta. A los 3 meses, el 50% de los participantes tenía un BI de 70 o más. Asimismo, el porcentaje de individuos independientes o mínimamente dependientes para las ABVDs aumentó sustancialmente a los 30 días, de un 22,4% a más del 50%, y siguió aumentando a los 3 meses, hasta más del 60% de los participantes. La autonomía en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs)

también mejoró durante el período de estudio, aunque es comprensible que la mayor mejora se observara tras el alta hospitalaria.

Los participantes han mejorado mucho su rendimiento físico evaluado con la escala SPPB, con aumentos clínicamente relevantes a los 30 días (de una media de 2 puntos a una media de 3,9 puntos) y a los 3 meses (logrando una media de 5 puntos).

Asimismo, el porcentaje de participantes con buen rendimiento físico pasó del 8,8% al ingreso al 22,5% a los 30 días y al 33,7% a los 3 meses. El porcentaje de participantes con bajo rendimiento físico disminuyó del 81,2% en el ingreso al 58,4% a los 30 días y al 48,4% a los 3 meses. La deambulación y la velocidad de marcha, que forman parte del rendimiento físico, mejoraron constantemente durante el período de estudio. El porcentaje de personas no ambulatorias (FAC = 3) disminuyó del 41,5% al 21,4% a los 30 días y al 12,8% a los 30 meses. Sin embargo, la velocidad de marcha de los participantes ambulatorios era de media bastante baja, incluso a los 3 meses. Por el contrario, no se detectaron cambios en la autoeficacia durante el período de estudio, ni en la calidad de vida ni en el estado de ánimo.

EFECTO DE LA INTERVENCIÓN (EM) EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Las ganancias en el estado funcional observadas durante el período de estudio fueron similares en ambos grupos. La realización de una intervención mediante entrevistas motivacionales no demostró una mejora clínicamente relevante en el estado funcional medido con FIM, ni a los 30 días ni a los 3 meses, frente a la rehabilitación geriátrica estándar sola.

OTRAS MEDIDAS DE IMPACTO

El grado de actividad física de los participantes, evaluado a los 30 días, no varió entre los dos grupos de intervención por lo que respecta al porcentaje de tiempo diario dedicado caminando, de pie o sentado. El rendimiento físico fue evaluado en términos de velocidad de marcha y SPPB. Los participantes mejoraron su velocidad de marcha durante el seguimiento y esta mejora fue mayor en el grupo de intervención. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticas o clínicas entre los dos grupos de intervención en el momento del estudio principal de 30 días. De igual modo, no se observaron diferencias estadísticas o clínicas en el rendimiento físico medido con la escala SPPB entre los dos grupos de intervención en el punto de tiempo principal del

estudio de 30 días. Los participantes no mostraron un aumento de su autoeficacia durante el período de estudio. La autoeficacia se mantuvo constante en ambos puntos finales (30 días y 3 meses) para ambos grupos.

SEGURIDAD

La intervención fue segura para los supervivientes del ictus. Los eventos adversos graves (nuevos eventos cerebrovasculares o eventos que requirieron el traslado a un hospital de agudos o a un servicio de urgencias) fueron poco frecuentes y se distribuyeron de forma similar entre los grupos de intervención y de control. El evento adverso más frecuente fue la incidencia de caídas, pero éstas también se observaron de forma similar en ambos grupos.

b) Resultados de análisis económico

Este análisis tenía como objetivo evaluar el coste-utilidad de una intervención no farmacológica consistente en un conjunto de entrevistas motivacionales realizadas por las profesionales de enfermería. Ante todo, se ha comprobado que no hay diferencias en las características de la muestra entre grupos de control y de intervención. En relación con el coste, los datos sugieren que no existen diferencias en el uso de recursos, entre los grupos de control y de intervención, como consecuencia de la intervención. Los costes directos se aproximan a 12.688 € en total, o 98,35 €/paciente. En relación con la medida de utilidad, aunque los pacientes sí variaron la puntuación de su índice EUROQOL en los distintos puntos temporales, no existió una diferencia significativa en cuanto a la intervención. De modo que no se puede atribuir a la intervención una mejora en la variable objetivo. Se observa que existe un impacto significativo del sexo a la hora de obtener la puntuación del índice EUROQOL, pero este impacto tampoco puede ser atribuido a la intervención que se ha realizado a los pacientes. Así pues, se concluye que la intervención tiene un coste incremental positivo, mientras que no se observa ningún impacto en la variable resultado.

Entre las fortalezas del análisis, destacamos la correcta aleatorización de la muestra y la notable diversidad de variables. Entre las limitaciones, el muy corto horizonte temporal de la base de datos económica (3 meses), la variación en las variables recogidas a lo largo del tiempo (variables relevantes como el uso de silla de ruedas se registran en el primer momento temporal, pero no en el segundo) y el elevado número de valores perdidos, lo que restringió la validez y utilidad de los tests estadísticos.

c) Resultados del análisis cualitativo

Por lo que respecta al contexto global, la pandemia ha afectado al contexto de la propia intervención, sobre todo debido a las restricciones de las visitas de familiares durante las estancias hospitalarias.

"Después vino el coronavirus, y.... después volví, volvieron a abrir y estuve 20 días que fui, pero también se ha vuelto a complicar y... restringieron la cantidad de gente que iba allí...". (Paciente, hombre de 74 años).

La situación personal y social de los pacientes previa a la intervención ha influenciado en cómo han podido recibirla, con respecto al apoyo familiar, al nivel educativo, a la severidad del ictus y a las afectaciones que había provocado (especialmente en caso de afasia y afectación cognitiva).

"No es lo mismo un enfermo que empezabas con un problema de afasia o de disartria que al final había recuperado mucho más todo lo que era el lenguaje, ¿no?". (Enfermera de entrevista motivacional).

Por parte de los profesionales que realizaban la intervención en EM, fue clave la formación inicial y la supervisión de cómo implementaban la EM.

"Las enfermeras valoraron mucho este tiempo de estar con los pacientes y valoraron mucho, se sorprendieron a sí mismas de cómo era este tipo de trato al paciente... les permitía mucho llegar al paciente, comprenderlo más, estar más... ser más empáticas". (Formadora en entrevista motivacional).

"Yo al menos me sentí apoyado. [...] Que en cualquier momento yo podía preguntar o decir o contar, ¿no? Que tenía alguien allí para poder hacerlo". (Enfermera de entrevista motivacional).

Respecto a la propia implementación de la intervención, emergieron claramente dos componentes diferenciados: el componente relacional entre paciente y enfermera-facilitadora de la EM y el componente de personalización de las actividades entre sesiones como refuerzo del plan rehabilitador (por ejemplo, ejercicios complementarios a las sesiones de fisioterapia y rehabilitación del centro).

"[Los profesionales de planta] pueden aportar, pero no tan específicamente como cuando tú vas ya expresamente a hacer esta entrevista, que tú estás media hora, tres cuartos, una hora... lo que necesite el enfermo, ¿no?". (Enfermera de entrevista motivacional).

"Aquel pabellón, bueno, todos los pabellones son, esos son un anillo. Y yo le daba cuatro vueltas a todo el edificio". (Paciente, hombre de 92 años).

El equipo de profesionales percibió como limitación la falta de integración entre la profesional de EM y el equipo interdisciplinar.

"He echado de menos el feedback, ¿sabes? Ha quedado como… […] Es como que… se ha realizado la intervención al paciente, el paciente ha recibido una serie de inputs, ¿no? Ha venido aquí, ha hecho su terapia y tal, ¿no? Pero… nosotros no hemos tenido el feedback, que quizás nos podríamos regir, ¿no? A la hora de realizar la intervención con el paciente. Sí, eso sí que lo he echado de menos. [...] es por horarios, también, ¡eh! Las enfermeras [motivacionales] vienen por la tarde y no hemos podido… no es culpa de ellas, no, al contrario. Si hemos podido coger alguna, lo hemos hablado, ¿eh? Esto también te lo digo, ¿eh? Pero claro, por horarios… por dinámicas… por muchas cosas no hemos tenido esa co-acción, y sí que es verdad que alguna vez hemos podido hacerlo. Alguna vez sí, y ¿así qué tal, eh? ¿Cómo lo ves? Pero ha sido algo como más espontáneo, no como algo reglado. No sé". (Fisioterapeuta de planta).

Se identificaron varias barreras y facilitadores y a continuación enumeramos los más relevantes. Cabe destacar la relevancia de recibir apoyo de un cuidador que esté disponible, que se sienta preparado y capaz para cuidar y que se habría podido implicar durante la rehabilitación y en la EM (estando presente en las entrevistas o apoyando en la realización de los ejercicios acordados). *"Ella [la enfermera de EM] dio la idea, yo le dije a mi mujer, y los tres pues se ha hecho". (Paciente, hombre de 75 años).* Además, era un elemento clave para la implementación la propia visión y experiencia de los pacientes en cuanto a su rol en su entorno cotidiano y cómo afrontan el regreso al domicilio.

Los mecanismos de impacto, que explican por qué la intervención podría tener unos efectos, son: la satisfacción y aceptación de los componentes y características de la

intervención; la satisfacción y vinculación con el profesional motivador; el apoyo de los profesionales habituales de la rehabilitación; la implicación de los familiares durante la rehabilitación y el cumplimiento del proceso de rehabilitación y de la EM.
"Pienso que todo lo que aportaba yo era un poco más todo lo que es emocional, ¿no?". (Enfermera de entrevista motivacional).

"La gente viene muy perdida, con más familia y más apoyo familiar está aún más motivada". (Enfermera de entrevista motivacional).

Los impactos percibidos por pacientes, familiares y profesionales en los propios pacientes han sido de tipo mental (por ejemplo, mejora de la motivación y empoderamiento) y social, de cambios de estilo de vida y de facilitación de la transición al alta.

En cuanto a la visión de la continuidad de la intervención que tenían los profesionales, se han identificado propuestas tanto de tener un solo profesional formado con este rol (identificando sobre todo la enfermería como perfil) como la idoneidad de formar todo el equipo de planta y que cada uno incorpore esta mirada de la EM en sus interacciones con los pacientes. La integración de la figura de la EM con el equipo interdisciplinar fue unánime. Los profesionales apuntaron a la adecuación y necesidad de la EM también para otros perfiles de pacientes más allá del ictus.

"Es que yo creo que lo básico sería eso, formar a todo el equipo. Es decir, enfermeros y auxiliares. Los que están allí día a día con los pacientes". (Enfermera de planta).

3. Relevancia y posibles implicaciones futuras

Aunque en la literatura la entrevista motivacional ha demostrado eficiencia en la promoción de la actividad física y la mejora de los resultados de la rehabilitación, en nuestra muestra no se ha podido observar un impacto sobre la mejora funcional. Se necesitan más investigaciones para encontrar mejores maneras de implementar la entrevista motivacional en los centros de rehabilitación y saber qué tipos de mayores supervivientes de ictus pueden beneficiarse más de las intervenciones no farmacológicas, como la entrevista motivacional, para reducir la discapacidad asociada.

De todas formas, mediante el estudio cualitativo la herramienta se valoró muy positivamente como instrumento de formación de las enfermeras, para tener más recursos y mayor seguridad en la toma de decisiones compartida con los pacientes, y los mismos pacientes también lo valoraron positivamente. Este instrumento, pues, podría plantearse como una herramienta útil para la formación de base, aunque no sea eficaz como intervención única e individualizada.

Dado su diseño longitudinal, el estudio realizado aporta mucha información sobre la evolución de personas de edad avanzada después de un accidente cerebrovascular, tanto desde un punto de vista físico como cognitivo y afectivo. Esta información tan detallada puede tener implicaciones en la práctica clínica a la hora de valorar factores pronósticos y trayectorias funcionales/cognitivas/afectivas postictus y de personalizar la rehabilitación y convalecencia después de un ictus para optimizar al máximo los recursos y obtener mejores resultados. Se necesitan más estudios en esta población geriátrica, históricamente poco estudiada.

Así pues, a pesar de no poder apoyar la aplicación de la EM como herramienta de intervención por sí sola, en estos pacientes puede ser un buen instrumento formativo para las profesionales sanitarias, con el objetivo de mejorar la toma de decisiones compartidas. El análisis cualitativo también nos ha permitido ver cuáles son los elementos que pueden haber fallado a la hora de realizar la intervención y, por tanto, permitirá mejorar el diseño de futuras intervenciones no farmacológicas en este tipo de personas.

El proyecto también ha permitido ampliar el conocimiento y formar a profesionales sobre la entrevista motivacional. Esta misma herramienta se ha podido trasladar a otros tipos de intervenciones complejas, como por ejemplo el programa +ÀGIL Barcelona, que va dirigido a prevenir la discapacidad en personas frágiles y está implementado como un programa estable y continuado en un área básica de salud de Barcelona.

4. Bibliografía científica generada

Una publicación en la revista *BMC Geriatrics* (1.er cuartil *Geriatrics and Gerontology* desde 2013 hasta la fecha).

Citación: Gual N, Pérez LM, Castellano-Tejedor C, Lusilla-Palacios P, Castro J, Soto-Bagaria L, Coll-Planas L, Roqué M, Vena AB, Fontecha B, Santiago JM, Månsson Lexell E, Chiatti C, Iwarsson S, Inzitari M. *IMAGINE study protocol of a clinical trial: a multi-center, investigator-blinded, randomized, 36-month, parallel-group to compare the effectiveness of motivational interview in rehabilitation of older stroke survivors*. BMC Geriatr. 2020 Sep 4;20(1):321. Doi: 10.1186/s12877-020-01694-6.