

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN DE PERSONAS QUE PARTICIPAN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD DEL AYUNTAMIENTO DE MATOSINHOS, PORTUGAL

RESULTS OF NURSING INTERVENTION IN REHABILITATION OF PERSONS THAT PARTICIPATE IN CARE UNIT IN THE COMMUNITY OF THE CITY OF MATOSINHOS, PORTUGAL

Claudia Dias

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede Infesta- Unidade Local de Saúde de Matosinhos- EPE. Portugal.

Alexandrina Lobo

Professora Coordenadora do curso de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, em Chaves. Portugal.

Artículo recibido el 28 enero 2012. Aceptado en versión corregida el 19 abril, 2012

RESUMEN

*En Portugal, desde 2004 está en curso una nueva reforma de los cuidados de salud primarios con la finalidad de obtener mejoras en salud. Concretamente en sus unidades funcionales de Cuidados en la Comunidad (UCC), donde la mayoría de las situaciones son del ámbito de la enfermería de rehabilitación, en las cuales se pretende prestar cuidados de salud de ámbito domiciliario y comunitario. En este sentido, el presente estudio tiene el objetivo de identificar y discutir los resultados alcanzados, de acuerdo con el grado de dependencia, los objetivos e indicadores de salud definidos. Material y método: Se trata de un estudio descriptivo y longitudinal, con 56 sujetos. Realizando una evaluación funcional del grado de dependencia, del riesgo para las úlceras de presión, la espasticidad y la fuerza muscular a través de las escalas validadas: índice de Barthel, escala de Braden, escala de Ashworth y Medical Research Council respectivamente, en el momento de la admisión y del alta de los cuidados. Resultados: indican que: (i) en el grado de dependencia, los ítemes que tuvieron una evolución más significativa fueron el traslado sillón/cama, ir al wc; (ii) en el riesgo de úlceras de presión fueron la actividad y movilidad; (iii) en términos de la espasticidad y de la fuerza, estaban más afectados los miembros inferiores derechos; (iv) los ítemes más asociados a dependencia fueron los traslados sillón/cama, ir al baño y deambulación y para la escala de Braden fueron los ítemes humedad y fricción. Conclusión: La monitorización de estos datos puede contribuir a mejorar la educación en la salud. **Palabras clave:** Rehabilitación, Enfermería, Comunidad, Dependencia, Autonomía.*

* Correspondencia e-mail: damiolobo@gmail.com

ABSTRACT

*In Portugal, since 2004, is in progress a new reform of primary health care, in order to achieve improvements in health yelped (MCSP, 2009). Specifically theirs functional units in the Community Care (UCC), where most of the situations are in the field of rehabilitation nursing, in which is intended to provide health care to household and community level. In this sense, the present study has the objective to identify and discuss the results achieved, highlighting their gains populations, according to the degree of dependence, health objectives and indicators defined. Specifically, their functional units in the Community Care (UCC) in which attempts are made to provide health care home environment and community. Material and method: This is a longitudinal study, with 56 subjects. Conducting a functional assessment of the degree of dependence, risk for pressure ulcers, spasticity and muscle strength through validated scales Barthel Index, Braden Scale, Ashworth Scale and the Medical Research Council, respectively, at the time of admission and discharge care. Results: indicate that: (i) in the dependency ratio, the items that had a most significant developments were the self-care transfer chair / bed and go to the toilet, (ii) in the risk pressure ulcers were the activity and mobility, (iii) in terms of spasticity and strength lower right members were more affected than the right, (iv) the items more related to the dependency were the transfer chair/bed and to use the toilet and to the Braden scale was the humidity and friction items. Conclusion: Monitoring of these data can help improve health education. **Key words:** Rehabilitation, Nursing, Community, Dependency, Autonomy.*

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud se considera un pilar central del Sistema del Servicio Nacional del Servicio de Salud (SNS), definiendo las necesidades de salud de la población, que incluyen la promoción del cuidado, la salud, prevención de enfermedades, el tratamiento, rehabilitación y continuidad de la atención a las personas, familias y comunidad. De acuerdo con la Declaración de la República Portuguesa (Ley nº 56/79) la accesibilidad y equidad son derechos y garantías consagrados en la atención de salud. Aunque la temática de la garantía de equidad en la salud y acceso a los cuidados de salud esté presente en los principales documentos de política de salud en Portugal, no se desarrolló todavía una estrategia coordinada destinada a promover su consecución¹.

Originando cambios en el Sistema Nacional de Salud determinando la efectividad y calidad de los cuidados, con la intención de obtener una mejora en salud². En su implementación se definirán objetivos, metas e indicadores de salud, que

podrán ser utilizados en la monitorización de la calidad de vida de sus poblaciones.

Esta reforma, de los Cuidados de Salud Primarios en Portugal, ha reorganizado los centros de salud en varias unidades funcionales, con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población local². Concretamente, surgieron las Unidades de Cuidados en la Comunidad (UCC) en las cuales se pretende prestar cuidados de salud, apoyo psicológico y social, de ámbito domiciliario y comunitario, a las personas, familias y grupos más vulnerables, en situación de mayor riesgo o dependencia física y funcional³.

Los/as enfermeros/as, agentes activos y autónomos en la promoción de la salud, son responsables por la implementación y monitorización de programas que aseguren el logro de estos objetivos. Estos profesionales trabajan en un equipo multidisciplinario, donde los especialistas en rehabilitación pretenden promover la autonomía e independencia de los pacientes, potenciando las condiciones de vida del ciudadano (su calidad de vida y bienestar)⁴.

Las/os enfermeras/os de rehabilitación en las UCC colaboran directamente con los ancianos y familias en el domicilio. Sus intervenciones en estas unidades pasan por la evaluación de funcionalidad y diagnóstico de alteraciones que determinan limitaciones de la actividad e incapacidades; realizan planes de intervención con el propósito de promover capacidades adaptativas en el autocontrol y autocuidado en procesos de transición salud/ enfermedad y/o incapacidad; implementando las intervenciones planeadas con el objetivo de optimizar y/o reeducar las funciones a nivel motor, sensorial, cognitivo, cardiorespiratorio, de alimentación, eliminación y sexualidad. Evalúan los resultados de las intervenciones implementadas; elaboran e implementan programas de entrenamiento, para la adaptación a las limitaciones de la movilidad y a la mejoría de la autonomía y de la calidad de vida; promueven la movilidad, la accesibilidad y la participación social; realizan e implementan programas de entrenamiento motor y cardiorrespiratorio y los reformulan en función de los resultados esperados⁵.

En la valoración de los pacientes no basta con medir solo las deficiencias, importa también conocer los atributos para poder garantizar razonablemente que el tratamiento posterior y/o la utilización de los recursos, serán no solo eficaces, sino también eficientes⁶.

El compromiso y participación de los enfermos en la gestión de su condición clínica y en las respectivas tomas de decisión, constituyen una estrategia que permite contrastar mejor las expectativas de las dos partes implicadas (profesionales/enfermos), y de esta forma contribuir para mayor efectividad en la resolución o gestión de las condiciones clínicas⁷.

Según los datos de estudios aleatorios en diferentes situaciones de salud, en distintos medios y con diferentes tipos de intervenciones reflejan que una adecuada y frecuente valoración de los sujetos puede disminuir la hospitalización, los reingresos

hospitalarios, el consumo de medicamentos y la mortalidad⁸.

La selección de cualquier acción lleva consigo el análisis del problema que se pretende resolver (o al menos paliar) y la indagación de cuáles son las mejores soluciones. Una vez establecido un programa de intervención hay que evaluar en qué medida se han alcanzado los objetivos y otros efectos esperados, para que se puedan tomar decisiones sobre mantener, modificar o prescindir de la actuación⁹.

Considerando que no existen publicaciones que cuantifiquen las mejorías relativas a este nuevo tipo de cuidados, esta investigación tiene el propósito de analizar la eficacia de las recientes políticas de salud destinadas a la rehabilitación y los cuidados de personas con discapacidad y dependencia.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio longitudinal, descriptivo, con un abordaje cuantitativo, para caracterizar y evaluar la evolución clínica de los sujetos de la unidad de UCC del Ayuntamiento de Matosinhos, Portugal.

Durante el año de 2010, los 56 sujetos (31 mujeres y 25 varones) en la UCC de Matosinhos-Portugal, con necesidad de cuidados especializados de enfermería en rehabilitación, fueron invitados y aceptaron participar voluntariamente en este estudio. Todos los participantes recibieron una explicación completa de los objetivos, riesgos y procedimientos de la investigación, firmando el consentimiento informado.

La investigación se llevó a cabo de conformidad con la Declaración de Helsinki de 1975 la Asociación Médica Mundial, revisada en 2004 y todos los métodos y los procedimientos fueron aprobados por el comité de ética de la institución.

La utilización de escalas de evolución es un método para evaluar de forma objetiva los niveles en los cuales una persona es capaz de desempeñar determinadas actividades y/o funciones en diferentes áreas. De acuerdo con Duarte, Andrade &

Lebrão (2007)¹⁰, representan en lo general, una forma de medir si una persona es o no independiente, capaz de desempeñar las actividades necesarias para cuidar de sí mismo en su entorno, en caso de que no sea, verificar si esa necesidad de ayuda es parcial (en mayor o menor grado) o total.

En este estudio se optó por instrumentos que tienden a una evaluación funcional general y rápida, utilizando escalas validadas para esta población, buscando un abordaje multidisciplinario y multidimensional de los sujetos en los cuidados de salud primaria. La recolección de datos fue efectuada, en el momento de la admisión y el alta de los cuidados, durante la consulta de enfermería en contexto domiciliario, entre diciembre de 2009 y 2010. Después de explicarlo y pedir la colaboración de los sujetos, las evaluaciones fueron realizadas en decúbito dorsal, respetando los ejes y planos anatómicos.

Evaluación del grado de dependencia

De los instrumentos de evaluación de las actividades de la vida diaria, el índice de Barthel es el que ofrece resultados más consistentes de fiabilidad y validez¹¹. Este mide la independencia funcional y la morbilidad en personas con enfermedad crónica, indica si estos necesitan un grado mayor o menor de cuidados, y pretende evaluar si el paciente es capaz de desempeñar determinadas tareas de modo independiente. La escala tiene 10 ítemes: alimentación, baño, aseo personal, vestuario, deposición, micción, ir al baño, traslado sillón/cama, deambulación y uso de escaleras. El total puede variar de 0 a 100 puntos; de 0 a 20 clasifica como dependencia total, de 21 a 60 dependencia grave; de 61 a 90 dependencia moderada; de 91 a 99 muy leve dependencia, y 100 puntos, independencia total.

Evaluación del riesgo de úlceras de presión

La escala de Braden^{12,13} fue aplicada para identificar el riesgo de úlceras de

presión, siendo que este es elevado en las personas con igual o menor a 16 puntos. Las áreas evaluadas con este instrumento, incluyen los niveles de la percepción sensorial de la persona enferma, su movilidad, nutrición, actividad, así como la presencia o ausencia de la humedad, de fricción y de agotamiento. Estas son valoradas de 1 a 4 y se calcula el total, cuanto menos sea la puntuación, mayor es el riesgo de la persona enferma para sufrir una solución de continuidad en la piel.

Evaluación de la espasticidad

La escala de Ashworth modificada¹⁴ es la escala más utilizada en la evaluación de la espasticidad. Se trata de una escala ordinal de 0 a 4, que se describe de la siguiente manera: 0 = no hay aumento del tono muscular, 1 = ligero aumento en el tono muscular, que se manifiesta por un voltaje momentáneo o por una resistencia mínima al final del rango de movimiento (AMA), cuando la región se mueve en flexión o extensión, 2 = más marcado aumento en el tono muscular durante la mayor parte de la AMA, pero la región se mueve fácilmente, 3 = considerable aumento en el tono muscular, movimientos pasivos difíciles; 4 = afectada parte rígida en flexión o extensión.

Evaluación de la fuerza muscular

La Escala del Medical Research Council¹⁵ permite evaluar de manera global, la disfunción motora distal y proximal, con el objetivo de graduar la fuerza muscular utilizando los siguientes indicadores: 0 = no hay contracción muscular, 1 = una contracción ligera, 2 = movimiento activo en el plano horizontal, 3 = movimiento activo contra la gravedad, 4 = fuerza el movimiento activo, 5 = fuerza muscular normal.

El MRC como herramienta de evaluación con una amplia utilización en las enfermedades neuromusculares, es la más utilizada en este tipo de patología.

Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) con un nivel de significación (intervalo de confianza [IC] del 95%) $p < 0,05$. En una primera etapa, los datos fueron explorados a través de estadística descriptiva, llamadas medidas de tendencia central y de dispersión. Tras efectuar un análisis descriptivo, se utilizó la prueba de la t de Student para comparar variables cuantitativas y la correlación de Pearson (r) para verificar la existencia de asociaciones entre las diferentes variables.

Para la descripción de la relación entre los factores de riesgo y la existencia de úlceras de presión se utilizó el riesgo relativo (RR), que es la razón de la incidencia en individuos con los factores de riesgo (Bra-

den < 17) y de la incidencia en individuos sin factores de riesgo. Las probabilidades (OR = Odds Rácio) permiten evaluar el riesgo del desarrollo de úlceras de presión en ancianos, de acuerdo con sus factores de riesgo.

RESULTADOS

De la muestra en estudio el 55,4% son de sexo femenino, 44,6% de sexo masculino, promedio de edad de 78 ± 12 años (mínimo de 35 y un máximo de 96 años).

En cuanto al autocuidado (índice de Barthel) se verifica una reducción de 56% en el grado de dependencia entre los 2 momentos evaluados (Figura 1), se verifica que en el momento de la admisión los sujetos presentan mayor dependencia para el autocuidado en el baño y en el uso de escaleras y menos dependientes para las actividades de deposición y micción.

Figura 1. Distribución de los sujetos (%) según Índice de Barthel por niveles

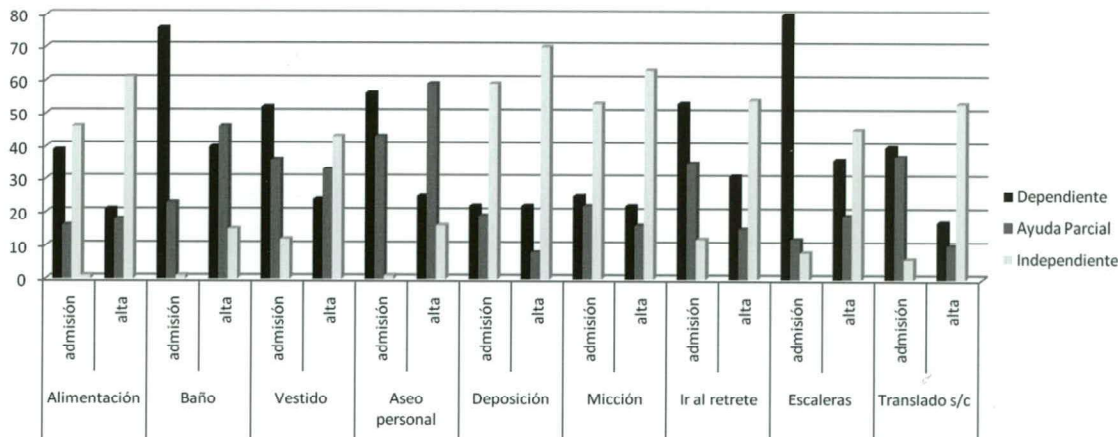


TABLA 1. Correlaciones de las escalas de Barthel y Braden con sus ítemes, en el momento de la admisión

Barthel	Deposición	Vestido	Deambulacion	Micción	Ir al retrete	Traslado	Edad
	0,82**	0,88**	0,91**	0,84**	0,92**	0,92**	-0,22
Braden	Percepción	Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción	Edad
	0,75**	0,85**	0,76**	0,78**	0,54**	0,81**	-0,35*

*Prueba significativa: $p < 0,05$. ** Prueba significativa: $p < 0,01$.

Los ítemes que tuvieron una evolución más significativa fueron: el traslado sillón/cama, ir al WC, usar escaleras y vestirse.

Manteniéndose más dependiente en el autocuidado del baño, ir al WC y el uso de escaleras. En lo que se refiere a las correlaciones entre grado de dependencia y los ítemes de la escala de Barthel (Tabla 1), se

observa que es significativa y más fuerte con los ítemes: ir al WC, deambulación y traslado sillón/cama.

En cuanto al riesgo de la persona para sufrir una solución de continuidad en la piel (escala de Braden) se verifica una reducción de 21% entre los 2 momentos evaluados. Siendo que, en el momento de

Figura 2. Distribución de los sujetos (%) según Índice de Braden por grados

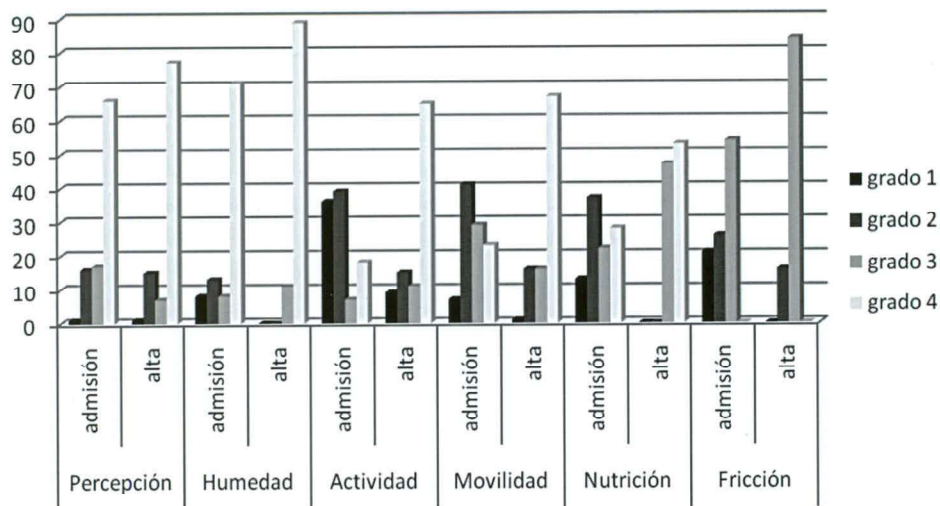
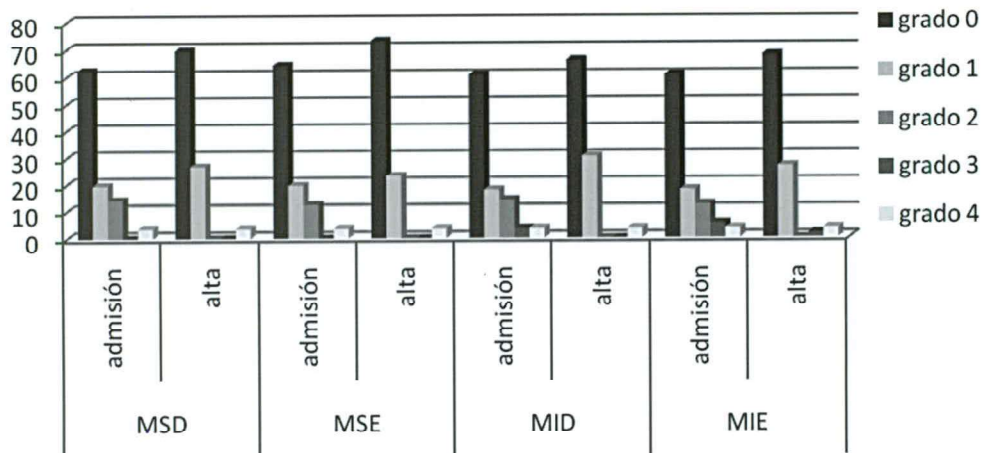


Figura 3. Distribución de los sujetos (%) según la evaluación de la espasticidad (Escala de Ashworth)



MSD- miembro superior derecho; MSE- miembro superior izquierdo; MID- miembro inferior derecho; MIE- miembro inferior izquierdo.

la admisión es mayor en los ítemes de la actividad (acostado) y de la fricción (necesita de una ayuda moderada a máxima en la movilización). Los ítemes que tuvieron una evolución más significativa fueron la actividad (tendiendo a caminar más) y movilidad (sin limitaciones).

En el momento del alta, el ítem en peor condición es la actividad (Figura 2). En referencia a las correlaciones (Tabla 1), se constata que hay una correlación significativa y más fuerte con los ítemes de la humedad y fricción.

Cuando se observan las Figuras 3 y 4, al respecto de la distribución de los sujetos según la evaluación de la espasticidad (Escala de Ashworth) y de la fuerza muscular (escala de Medical Research Council), se verifica que en el momento de la admisión, el lado más afectado era el derecho, particularmente el miembro inferior.

Con respecto a la evolución de estas evaluaciones, se constató que fue más significativa para los sujetos clasificados inicialmente con un grado ≤ 2 en la espasticidad y ≥ 3 en la fuerza muscular. Contan-

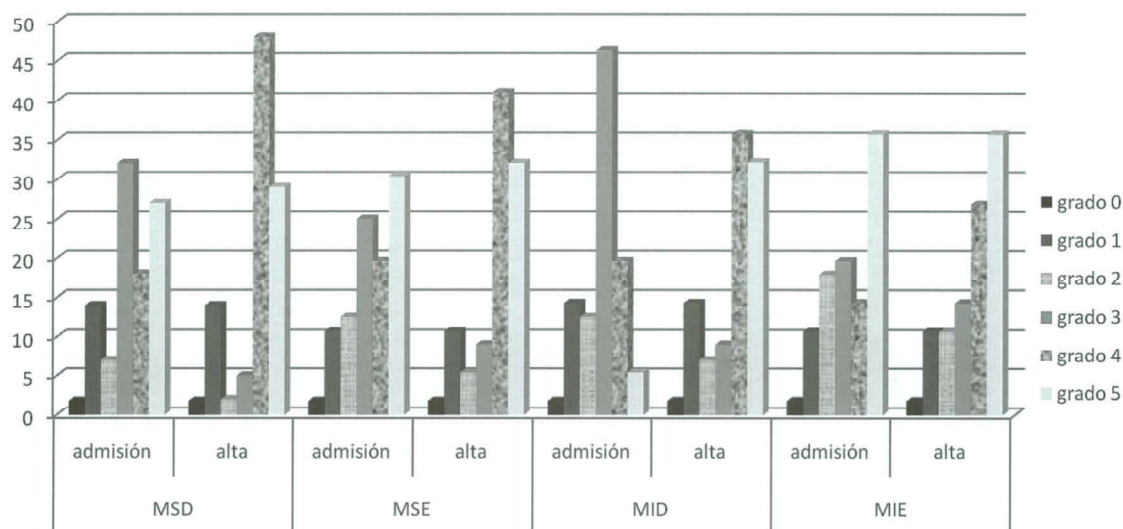
do que hay casos que son irreversibles, concretamente en los casos clasificados con grado 5 y ≤ 2 , respectivamente.

DISCUSIÓN

En lo que se refiere a la caracterización de esta muestra, representa a una población envejecida INE (2006)¹⁶. Tal como refieren Mendes et al. (2005)¹⁷, esta alteración demográfica se asocia a una mayor prevalencia de incapacidad y dependencia funcional, también a patologías físicas o mentales intrínsecas al proceso de senescencia. La vejez conlleva normalmente una mayor probabilidad de enfermar.

Uno de los puntos fuertes de este estudio descriptivo, es la posibilidad de identificar y cuantificar las mejoras en salud traducidos por la reducción del grado de dependencia, de la disminución del riesgo de úlceras de presión, menor grado de la espasticidad y aumento de la fuerza muscular. La evaluación se vuelve esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y una evolución clínica adecuada, que servirán de base para la toma de de-

Figura 4. Distribución de los sujetos (%) según la evaluación de la fuerza muscular (Escala de Medical Research Council)



MSD- miembro superior derecho; MSE- miembro superior izquierdo; MID-miembro inferior derecho; MIE- miembro inferior izquierdo.

cisiones sobre planes de rehabilitación a aplicar¹⁸.

La cuantificación de estos atributos y déficits permiten definir un plan racional de tratamiento y utilización de recursos, con base en lo que la persona es capaz y no solo de lo que es incapaz¹⁹. Evidenciando que las intervenciones de los enfermeros especializados en rehabilitación garantizan mejoras en salud, previstas por la actual reforma de la política de salud.

Todavía hay algunas limitaciones o aspectos que debemos considerar, como son una mejor caracterización biopsico-social de la muestra, la subjetividad inherente a la aplicación de la escala de la espasticidad y de fuerza muscular; a pesar de tratarse de escalas validadas y haber sido aplicadas por profesionales calificados con práctica en su utilización. Por otra parte, es difícil medir los pequeños cambios que pueden afectar de forma significativa la independencia y calidad de vida. En este sentido, las escalas son una herramienta necesaria para conseguirlo, aunque no son suficientes, por lo cual además de medir hay que pesar y objetivar esa información y también considerar el diagnóstico clínico, psicológico, etc.⁶.

Las escalas de estratificación de riesgo deben ser utilizadas como complemento de la evaluación de los profesionales de salud. Una precoz y regular estratificación del riesgo de resolver problemas o patologías como las úlceras de presión, es fundamental para la adopción de medidas preventivas adecuadas y para la implementación de estrategias terapéuticas²⁰.

A su vez, son importantes para la implementación de las intervenciones de enfermería específicas, en la reducción de la prevalencia de las úlceras de presión y para la promoción del autocuidado²¹.

En este estudio, las intervenciones llevadas a cabo por los enfermeros de rehabilitación permitirán una reducción significativa de la prevalencia de las úlceras de presión (21%) y del grado de dependencia para el autocuidado (56%). Por

lo menos en parte, consideramos que eso se debe al desarrollo de un conjunto de estrategias, donde los enfermeros de rehabilitación promueven la colaboración de los sujetos y sus familias para el cumplimiento de planes individuales de recuperación, siendo la corresponsabilización y la motivación fundamentales, incluso como estrategias por sí mismas. Por otro lado, se entiende que la capacitación de todos los participantes debe ser considerada, teniendo en cuenta que, muchas veces los recursos necesarios, tienen que ser gestionados y debidamente integrados, señalando la efectividad de los cuidados de los enfermeros de rehabilitación.

Tal como indica la Orden de los Enfermeros (2010)⁴, estos especialistas en rehabilitación, implementan y supervisan planes diferenciados de rehabilitación, basados en problemas reales y potenciales de las personas. El alto nivel de conocimientos y experiencias, además permite tomar decisiones relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de complicaciones secundarias, tratamiento y rehabilitación para maximizar el potencial de la persona. Las competencias de los enfermeros especializados en rehabilitación deben hacer énfasis en la promoción del autocuidado, en la reducción de la incapacidad y en el aumento de la autonomía de los sujetos. Con el estudio de las necesidades, implementación de planes de intervención, ejercicio de la evaluación de los mismos y monitorización de los resultados. Cuando procuramos reducir el grado de dependencia de los sujetos estamos promoviendo la autonomía para las actividades de vida diaria, siendo este un factor determinante para la reintegración a la rutina familiar y la inclusión en la sociedad/ comunidad en la que están integrados²².

En este estudio con este tipo de pacientes, el uso de la escala de Ashworth y Medical Research Council ha demostrado ser útil y adecuada en la evaluación de los sujetos. Considerando que la fuerza

muscular y de la espasticidad determinan la autonomía funcional e instrumental, por su implicancia en el autocuidado, o que puede conducir a una dificultad adicional para su desenvolvimiento en las actividades diarias. Tal como lo señalado en algunos estudios²³, se confirma que los sujetos clasificados inicialmente con un grado 5 en la espasticidad y ≤ 1 en la fuerza muscular no tuvieron evolución, dada la irreversibilidad de estas condiciones. En los sujetos interesa mantener la amplitud articular, el tono muscular, prevenir la anquilosis, la espasticidad y las úlceras de presión, todo lo cual demuestra la necesidad de intervenciones de enfermería en el área de prevención de secuelas de la inmovilidad.

El análisis de las correlaciones indican que al momento de la admisión, cuanto mayor es la dependencia (menor score de Barthel) más comprometidos tienden a estar los ítemes: traslado sillón/cama, ir al baño y deambulación. A pesar de que en nuestra muestra se verifique que los sujetos tienen alteraciones de la espasticidad y de la fuerza muscular en el miembro inferior derecho, eso no ha imposibilitado la mejoría en el autocuidado, particularmente en la deambulación. Según Farnan y Salino (2002)²⁴, la espasticidad puede ser útil en la mantención de la postura y ayuda en la movilidad, especialmente en los sujetos con algún tipo de control motor voluntario.

En lo que se refiere a la escala de Braden verificamos que la correlación es distinta para $p=0.001$, de tal modo que cuanto menor puntuación en el score total (mayor el riesgo), más comprometidos tienden a estar los ítemes humedad y fricción. Así, se entiende que los enfermeros deben dar una especial atención a estos aspectos, incluso merecen ser cuidados con medidas y estrategias más eficaces. Muchos estudios demuestran que las úlceras de presión no son solo consecuencia de la existencia de presión. Varios estudios muestran que el desarrollo de las úlceras de presión son producto no solo

de la fricción, sino también de la influencia de varios factores de riesgo tales como, perfusión tisular, edad, sexo, movilidad, actividad, nivel de conciencia, medicación utilizada, malnutrición, deshidratación, fuerzas de fricción y algunas actividades crónicas y cardiovasculares²⁵. La exposición de la piel a la humedad excesiva, provocada por incontinencia urinaria, transpiración y otros también deben ser considerados²⁶.

También Lobo (2008)²⁷, en un estudio con ancianos, observó que la fricción junto a la movilidad, fueron factores asociados al riesgo de úlceras de presión.

En la sociedad actual es muy importante la funcionalidad e independencia de los sujetos. Así, su evaluación es imprescindible, particularmente en los grupos de riesgo, para poder actuar y planificar en consecuencia.

CONCLUSIÓN

El mandato social del oficio de enfermera entiende la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así todos los esfuerzos deben ser canalizados en esa dirección; para conseguir mejores cuidados como también una mejor calidad de vida y bienestar de las poblaciones. Donde la creación y desarrollo de programas de evaluación y respuesta a las necesidades reales de los sujetos, debe dar especial atención a los servicios domiciliarios de cuidados continuos, procurando descentralizar los cuidados diferenciados²².

Este estudio permitió concluir que: (i) en el grado de dependencia, los ítemes que tuvieron una evolución más significativa fueron el autocuidado de traslado sillón/cama, ir al wc, uso de escaleras, vestuario; (ii) en el riesgo de úlceras de presión fueron la actividad y movilidad; (iii) en términos de la espasticidad y de la fuerza muscular estaban más afectados el miembro inferior derecho; (iv) habiendo sido más significativa la evolución de los sujetos clasificados inicialmente con un grado ≤ 2 en la espasticidad y ≥ 3 en la

fuerza muscular; v) a su vez, los ítemes más asociados a la dependencia fueron el traslado sillón/cama, ir al baño y deambulación y para la escala de Braden fueron los ítemes humedad y fricción.

El desarrollo de este trabajo traerá repercusiones importantes para la práctica de enfermería en rehabilitación, en concreto, en lo que se refiere al tratamiento de los pacientes con dependencia. Con el objetivo de contribuir a una mejor educación para la salud, la integración y monitorización de estos datos dentro de esta nueva reforma, divulgaremos nuestros resultados y sugerencias.

REFERENCIAS

- ¹ Furtado C, Pereira J. Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Portugal. 2010: 4-49. Acedido em 01-02-2011, disponível: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/EA1.pdf>.
- ² Direcção Geral de Saúde (DSG). 2008. Acedido em 01-02-2011, disponível: www.dgs.pt.
- ³ Direcção Geral de Saúde (DSG). 2009. Acedido em 01-02-2011, disponível: (<http://portal.arsnorte.min-ade.pt/portal/page/portal/ARSNorte/CuidadosContinuadosInteg/>).
- ⁴ Ordem dos Enfermeiros (OE) 2010. Acedido em 03-03-2011, disponível: (<http://ordemenfermeiros.pt>).
- ⁵ Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011.
- ⁶ López-Cabanas M. La ayuda a domicilio en el marco de una atención integral. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999; 29 (2):29-105.
- ⁷ Silva M, Melo C. Concordância... estamos preparados? Editorial. 2010; Vol. 1. N.º 1. Porto.
- ⁸ Tárraga L, Boada, M. *Volver a empezar*. Barcelona: Novartis. 1999.
- ⁹ European Commission. Identifying the structuring effects of community intervention. Means, Handbook 2. Bruxelles, Commission of the European Communities. 2010.
- ¹⁰ Duarte YAO, Andrade CL, & Lebrão MLO. Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*. 2007; 41 (2): 317-25.
- ¹¹ Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Index Med. J.* 1965; 14: 61-5.
- ¹² Braden B. Risk assessment in pressure ulcer prevention. *Chronic wound care*. Health Management Publications. 1997.
- ¹³ Defloor T, Grypdonck M. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *J Clin Nurs*. 2004; 14: 373-82.
- ¹⁴ Bohannon R, Smith M. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity". *Phys Ther*. 1987; 67(2): 206.
- ¹⁵ Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system, Memorandum no. 45. Her Majesty's Stationery Office, London. 1981.
- ¹⁶ Instituto Nacional de Estatística (INE). Anuário estatístico da região norte 2005, . Lisboa Portugal. 2006.
- ¹⁷ Mendes, M et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. São Paulo 2005; 4(18): 422-26.
- ¹⁸ Apóstolo J. Instrumentos para avaliação em Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra 2011.Coimbra Portugal.
- ¹⁹ National Institute of Health Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. *Practical Guidelines*. 2006: 1-80.
- ²⁰ Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Porto*. 2006;19:29-38.
- ²¹ Hoeman S. Enfermagem de reabilitação, processo e aplicação. 2000; 9:16-1.
- ²² Mancussi Faro, AC. Rehabilitation nursing: expanding horizons, legitimizing knowledge. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40:128-33.
- ²³ Francis HP, et al. Does reducing spasticity translate into functional benefit An exploratory meta-analysis". *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75:1547-51. doi:10.1136/jnnp.2003.025551.
- ²⁴ Farnan C, Salino, M. Understanding Spasticity Fundamentals/An essential skill in the care of patients with CNS disorders and injuries. 2002; Acedido em 01-02-2011, disponível: <http://sci.rutgers.edu/forum/showthread.php?t=5224>.

- ²⁵ Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Factores de risco e condições predisponíveis para a úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Revista Eletrónica de enfermagem*. 2008; 10(3):733-46.
- ²⁶ Leite VBE, Faro ACM. Identificação de fatores asociados às úlceras de pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer. *Acta Fisiátrica*. 2006; 13(1): 21-5.
- ²⁷ Lobo A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología*. 2008; 11(3): 405-18.