

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA POR FRACTURA.

NURSING CARE PLAN FOR A PATIENT UNDER HIP ARTHROPLASTY FOR FRACTURE.

PLANO DE CUIDADOS PARA PACIENTES COM ARTROPLASTIAS DE HIP PARA FRATURA.

Autor:

1. Lic. Cécica Karina Alonso Cabrera: Lic. En Enfermería Especialista. Profesora de Alta Dedicación Dpto. de Áreas Clínicas Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. alokarina@gmail.com

Recibido: 15/10/2013

Aceptado: 29/11/2013

RESUMEN

La fractura de cadera constituye una afección que afecta particularmente a las poblaciones más añosas, ocurriendo en más de un 70% de los casos en pacientes mayores de 75 años, 87% de los cuales son mujeres. Luego de los 50 años la incidencia de las fracturas de cadera aumenta exponencialmente con la edad, duplicándose cada 5 años. El Uruguay es el país con mayor proporción de ancianos de América Latina. Se estima que para el año 2050 la población total alcanzará 3,5 millones de habitantes, de los cuales el 41% (1.436.000) tendrá 50 años o más y el 16% (567.000) tendrá 70 años. Las complicaciones derivadas de este traumatismo, son muy variados, y pueden afectar a otros sistemas, de ahí la importancia de que el personal de enfermería realice un plan de cuidados integral, sistematizado, claramente definido y que permita la evaluación del mismo.

El objetivo fue sistematizar los cuidados de enfermería a pacientes en el post operatorio de artroplastia de cadera por fractura, contribuyendo a la recuperación y evitar complicaciones.

Se priorizaron 10 etiquetas Diagnosticas clasificados según los dominios establecidos por NANDA, desarrollando en este caso las intervenciones y actividades de enfermería correspondientes a cada etiqueta.

Concluimos que la sistematización de un plan de cuidados para los pacientes en post operatorio de artroplastia de cadera es fundamental para unificar criterios de actuación, mejorar los registros de enfermería, reducir el número de errores en la práctica, favorecer el desarrollo profesional.

Palabras clave: Cuidados postoperatorios. Planificación de Atención al Paciente, Fractura de cadera.

SUMMARY

Hip fracture is a disease that particularly affects older populations, occurring in over 70 % of cases in patients over 75 years, 87 % of whom are women. After 50 years the incidence of hip fractures increases exponentially with age, doubling every five years. The Uruguay is the country with the highest proportion of elderly in Latin America. It is estimated that by 2050 the population will reach 3.5 million people, of whom 41 % (1,436,000) will be 50 years or older and 16% (567,000) will be 70 years. Complications from this injury, are varied, and may affect other systems, hence the importance of nursing staff conduct a comprehensive care plan, systematized, clearly defined, and to permit evaluation.

The aim was to systematize nursing care to patients in the postoperative fracture hip arthroplasties, contributing to the recovery and avoid complications. 10 labels were prioritized diagnostic classified according to the domains established by NANDA, developing in this case the nursing interventions and activities for each label.

We conclude that the systematization of a plan of care for patients in postoperative hip arthroplasties is essential to unify criteria for action, improve nursing records, reduce the number of errors in practice, and encourage professional development.

Key words: Postoperative care. Patient Care Planning. Hip fractures.

RESUMO

Fratura de quadril é uma condição que afeta mais particularmente añosas populações, ocorrendo em mais

de 70 % dos casos em pacientes com mais de 75 anos , 87% dos quais são mulheres. Após 50 anos, a incidência de fraturas de quadril aumenta exponencialmente com a idade, dobrando a cada 5 anos. O Uruguai é o país com a maior proporção de idosos na América Latina. Estima-se que até 2050 a população chegará a 3,5 milhões de pessoas, das quais 41% (1.436.000) será de 50 anos ou mais e 16% (567.000) será de 70 anos.

Complicações desta lesão, são variados, e podem afetar outros sistemas, daí a importância dos enfermeiros executar um plano de tratamento abrangente, sistemático, claramente definido, e para permitir a avaliação.

O objetivo era sistematizar a assistência de enfermagem a pacientes em fratura de quadril artroplastias pós-operatório, contribuindo para a recuperação e evitar complicações.

10 rótulos diagnósticos foram priorizados , classificados de acordo com o domínio estabelecido pela NANDA , neste caso, o desenvolvimento de intervenções e atividades de enfermagem para cada etiqueta.

Conclui-se que a sistematização de um plano de cuidados para pacientes em pós- operatório de artroplastia do quadril é essencial para unificar critérios para a ação, para melhorar os registros de enfermagem, reduzir o número de erros na prática, estimular o desenvolvimento profissional.

Palabras claves: Cuidados Pós-Operatórios. Planeamiento de Asistencia ao Paciente. Fraturas do quadril.

INTRODUCCIÓN

La fractura de cadera Es una de las fracturas más frecuentes en nuestro país, esto es debido al envejecimiento de la población y al aumento de la osteoporosis. Se calcula que la población actual de Uruguay es de 3,3 millones de habitantes, de los cuales el 29% (960.000) tiene 50 años o más y el 9,8% (325.000) tiene 70 años o más.¹

Afecta particularmente a las poblaciones más añosas, ocurriendo en más de un 70% de los casos en pacientes mayores de 75 años, 87% de los cuales son mujeres Existe unarelación de 3-4 mujeres por cada hombre fracturado. Luego de los 50 años la incidencia de las fracturas de cadera aumenta exponencialmente con la edad, duplicándose cada 5 años.

Aproximadamente el 85-90% de las fracturas de cadera se tratan quirúrgicamente. El costo hospitalario indirecto que implica el tratamiento de una fractura de cadera se calcula en USD 5.000. El 60% de los pacientes con fractura de cadera concurren a centros de rehabilitación y se estima que se pierden 3 meses de productividad

laboral por cada fractura de cadera. La hospitalización promedio por paciente con fractura de cadera es de 10 a 12 días.¹

Hay diferentes tipos de fracturas entre ellas podemos mencionar Fracturas intra capsulares y Extra capsulares.

En cuanto a la epidemiología a nivel internacional podemos destacar que en España en el año 2008 se produjeron cerca de 36.000 casos de fractura de cadera, de los cuales cerca del 90% ocurrieron en mayores de 65 años, siendo la edad media de aparición 80 años. Esta tasa bruta de incidencia está en aumento principalmente por el envejecimiento de la población y se estima que se duplicará para el año 2040.²

En Estados Unidos, en el año 2008, se produjeron más de 340.000 fracturas de cadera en personas mayores de 65 años. A nivel mundial se estima que las cifras de fractura de cadera estén en torno a 6 millones.²

En Argentina, se producen aproximadamente 34.000 fracturas de cadera por año entre personas mayores de 50 años, con un promedio de 90 fracturas por día. Las proyecciones demuestran que el número de fracturas de cadera por año en esta población casi se triplicará en 2050.³

Según los datos de hospitales públicos y privados se estima que en el Uruguay hubo 994 fracturas de cadera en 2009. La Sociedad Uruguaya de Osteoporosis y Metabolismo Mineral (SUOMM) pronostica que estas cifras aumentarán en un 30% en el año 2020 y hasta un 90% en el año 2050.¹

Los niveles de morbilidad futura e incapacidad funcional son altos luego de la fractura. Se calcula que cerca del 50- 65% de los pacientes con fractura de cadera recuperan su nivel previo de deambulación, el 10- 15% no recupera la capacidad para caminar fuera del hogar y cerca del 20% pierde la capacidad de deambular dentro y fuera del hogar.⁴ La recuperación funcional está relacionada a las condiciones previas a la fractura y a las complicaciones posteriores a la misma Junto a los costos sociales, el cuidado de pacientes con fractura de cadera constituye una carga importante para los Sistemas Sanitarios.²

La mayoría de las fracturas de cadera son resultado de caídas en el hogar durante las actividades de la vida diaria, generalmente traumatismo de baja energía.

Las manifestaciones son: Dolor, impotencia funcional, equimosis, rotación externa y acortamiento de miembro afectado.

El diagnostico se realiza a través de manifestaciones clínicas y radiografía de cadera. El tratamiento en la mayoría de las veces es quirúrgico mediante artroplás-

tía u osteosíntesis, esto dependerá del tipo de fractura, antecedentes personales del paciente y la actividad que desempeñaba previo a la fractura.

OBJETIVO GENERAL

Sistematizar los cuidados de enfermería que recibe un paciente en post operatorio de artroplastia de cadera por fractura.

Objetivos específicos

Colaborar con la unificación los criterios de actuación del personal de enfermería.

Realizar un cuidado integral al paciente.

Evitar complicaciones postoperatorias.

Favorecer la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de las necesidades de cuidados en el post operatorio de pacientes con fractura de cadera aplicando la metodología enfermera.

Para la sistematización de plan de cuidados se utilizó la codificación de la taxonomía NANDA-NOC-NIC.^{5,6}, realizando una selección de las etiquetas diagnósticas más pertinente para los problemas enfermeros encontrados.

RESULTADOS

Los diagnósticos enfermeros más utilizados para esta patología son:

DOMINIO 2 NUTRICIÓN

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	R/C Intervención quirúrgica y/o pérdidas excesivas a través drenaje	M/P
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados:	0601 Equilibrio hídrico	2080 Manejo de líquidos/electrolitos: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.	
	0802 Estado de signos vitales	Controlar y registrará diuresis y gastos de drenajes del paciente cada 24 hs.	
	0401 Estado circulatorio	2314 Administración de medicación: intravenosa: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.	
		4130 Monitorización de líquidos: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos. Vigilar tolerancia oral a líquidos a las 4 horas pos intervención y posteriormente la tolerancia a sólidos.	
		4200 Terapia intravenosa: Administrar la fluido terapia en el tiempo estipulado según tratamiento prescrito Control de goteo de fluido terapia.	
6680 Monitorización de I signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. Controlar y registrará las constantes vitales cada 6 horas. (Tensión arterial, frecuencia cardíaca). Valorar el estado de piel (piel seca, pliegue hipo elástico) y mucosas (lengua seca) para valorar el estado de hidratación. Valorar el estado de la curación para descartar posible hemorragia por herida quirúrgica.			

DOMINIO 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Riesgo de estreñimiento.

Plan de cuidados:	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	CÓDIGO 00015	Riesgo de estreñimiento	R/C Actividad física insuficiente	M/P
	NOC Criterios de Resultados	NIC Intervenciones de Enfermería		
	0501 Eliminación intestinal	1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación) Mantener la intimidad del paciente durante la eliminación Realizar la higiene después de la eliminación		
		0450 Manejo del estreñimiento / impactación. Registro de la fecha de la última eliminación intestinal. Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento. Identificará factores que puedan causarlo (medicamento, reposo en cama, dieta). Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. Verificar la ingesta de alimentos ricos en fibras u otros que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.		

DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Deterioro de la movilidad en la cama.

Plan de cuidados:	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	CÓDIGO 00091	Deterioro de la movilidad en la cama	R/C Deterioro musculoesquelético	M/P Incapacidad que presenta la paciente para adoptar posiciones en la cama
	NOC Criterios de Resultados	NIC Intervenciones de Enfermería		
	0208 Nivel de movilidad.	0740 Cuidados del paciente encamado: Explicar al paciente y familiar las razones del reposo en cama. Mantener al usuario en una posición cómoda y segura. Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.		
		0840 Cambio de posición: Explicar a la paciente que se le va a cambiar de posición. Animar a la paciente a participar en los cambios de posición. Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos. Enseñar a la paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad (uso de trapecio). Lateralizar al paciente hacia el lado opuesto de la cadera operada, nunca sobre el lado de la intervención (riesgo de luxación de la prótesis) con las medidas antiaducción (almohada entre miembros inferiores). Alineación en cama decúbito supino y con miembros inferiores en abducción. Vigilar el estado de la piel. 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo: Ayudar a otra persona en las eliminaciones. Colocar la chata para la eliminación explicándole su uso y poniéndosela del lado contrario a la cirugía siempre entre dos operadores. 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación: Incorporar al paciente en la cama para facilitar la alimentación. 1801 Ayuda en el autocuidado: baño/higiene: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.		

DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Deterioro de la movilidad física.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00085	Deterioro de la movilidad física	R/C Pérdida de la integridad de estructuras óseas (fractura) y deterioro musculoesquelético	M/P Dificultad para realizar las actividades del autocuidado, y disminución de la fuerza muscular
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados: 0208 Nivel de movilidad. 1811 Conocimiento: actividad prescrita		5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito: informar al paciente del propósito y los beneficios de la realización de ejercicios. Enseñar ejercicios de flexión y extensión del miembro operado y fomentar su realización. Coordinar junto con el paciente los períodos de descanso y de actividad. Incluir a la familia en la realización de ejercicios. Colocar al paciente con alineación en cama decúbito supino y en caso de lateralizarlo hacerlo con medidas antiaducción (almohada entre miembros inferiores). Administrar profilaxis antitromboembólica, (HBPM 40 mg SC c/24 h). A las 24 hs. de post operatorio, tras la realización de radiografía de control, se comienza a sentar al borde de la cama y luego levantará al sillón de asiento alto con ayuda en la traslación. El segundo día post operatorio, empieza la deambulacion. Ayudar en la deambulacion del paciente con andador, indicándole la forma correcta de hacerlo (andador, iniciando primero el miembro operado y después el otro) posteriormente enseñar la Deambulacion con bastones canadienses. Aconsejar el uso de zapatos con suela antideslizante.	
		0840 Cambio de posición: lateralizar al paciente. Sentar al borde de la cama y luego al sillón con asiento alto.	

DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Riesgo de sangrado.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00206	Riesgo de sangrado	R/C Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (administración de heparina) y trauma	M/P
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados: 1902 Control del riesgo.		6650 Vigilancia: Controlar signos vitales, valorar piel y mucosas. Observar la curación. Registrar el tipo y la cantidad del contenido del drenaje.	

DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Déficit de autocuidado: baño.

	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	CÓDIGO 00108	Déficit de autocuidado: baño	R/C	El deterioro musculoesquelético
Plan de cuidados:	NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
	0301 Autocuidados baño 0305 Autocuidados higiene	<p>1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene.</p> <p>Proporcionar los objetos personales para la realización el baño. Realizar baño en cama con lavado de cabeza si es necesario, por parte de dos operadores preservando en todo momento la intimidad del paciente y manteniendo / aumentando la autonomía del mismo.</p> <p>Controlar la integridad cutánea del paciente.</p> <p>Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones o edema en los pies.</p> <p>Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.</p>		

DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Riesgo de disfunción neuro vascular periférica.

	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	CÓDIGO 00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	R/C	Cirugía ortopédica
Plan de cuidados:	NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
	0407 Perfusión tisular: Periférica	<p>2660 Gestión de sensibilidad periférica.</p> <p>Vigilar la sensibilidad y color de la piel del miembro operado así como la movilidad distal y tobillo.</p> <p>Controlar pulso pedio. Llenado capilar de los dedos de los pies.</p> <p>Temperatura de las extremidades comparando con el miembro contra lateral.</p> <p>Mantener alineación corporal y el miembro en abducción.</p>		

DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	R/C Inmovilización física	M/P
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados:	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1902 Control del riesgo	1750 Cuidados perineales: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal. Realizar higiene perineal cada vez que sea necesario.	
		3500 Manejo de las presiones: Minimizar la presión sobre las partes corporales. Lateralizar al usuario con almohadas entre las piernas con el miembro lesionado hacia arriba.	
		3540 Prevención de las úlceras por presión: Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Eliminar la humedad excesiva causada por transpiración. Utilizar jabón neutro para realizar la higiene. Vigilar zona de apoyo, aparición de enrojecimiento. Proteger talones y zona sacra. Informar al paciente y a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen al deterioro de la integridad cutánea y como disminuir los riesgos. Asegurar una nutrición adecuada.	
		3590 Vigilancia de la piel: Valorar y registrar estado de la piel al ingreso y después a diario haciendo especial hincapié en las prominencias óseas, pliegues mamarios, espacio interdigital. Utilizar Escala de valoración de riesgo (escala Norton). Inspeccionar el sitio de incisión.	

DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Riesgo de infección.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00004	Riesgo de infección	R/C Procedimientos invasivos (herida quirúrgica, drenajes y vía venosa periférica)	M/P
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados:	0703 Estado infeccioso 1902 Control del riesgo	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso: Valorar el sitio de punción, la existencia de enrojecimiento, calor y, vigilando los signos y síntomas de infección, presencia de flebitis. Cambiar catéter según protocolo. Diluir medicación.	
		3590 Vigilancia de la piel: Valorar el sitio de incisión, la existencia de enrojecimiento, calor y edema, vigilando los signos y síntomas de infección. Mantener la piel limpia y seca.	
		6540 Control de infecciones: Realizar la curación de la herida quirúrgica cada 24 hs. con solución salina manteniendo una técnica aséptica, comenzando desde la zona más limpia a la zona menos limpia. Valorar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Comparar y registrar cualquier cambio producido en la herida. Adoptar medidas universales de higiene e instruirá al paciente y familiares acerca de las técnicas correctas del lavado de manos e higiene en general.	
		6550 Protección contra las infecciones: Realizar lavado de manos antes y después de cada procedimiento. Instruirá al paciente y familia sobre los signos y síntomas de la infección y cuando debe informar. Cambiará los equipos de de fluidoterapia c/24h. (sistema de suero, llaves). Realizar higiene diaria.	

DOMINIO 12 CONFORT

Dolor agudo.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00132	Dolor agudo	R/C Agentes lesivos	M/P Verbalmente
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados:	1605 Control del dolor	2440 Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.	
	2002 Bienestar	Valorar el dolor del paciente aplicando escala EVA, incluyendo la localización, características, aparición / duración, frecuencia, expresiones no verbales de dolor. Determinar junto con el usuario los factores que alivian o empeoran el dolor.	
	2100 Nivel de comodidad	2210 Administración de analgésicos: Administrar analgésicos y evaluar las medidas antiálgica. Determinar los fármacos necesarios y administrar en forma segura. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente y/o efectos adversos derivados de los mismos.	
		6482 Manejo ambiental: Confort: Informar al paciente y familiares de las posturas antiálgicas (decúbito supino y miembro operado en abducción y rotación externa). Informar que debe avisar en el momento de que empiece a notar dolor para la inmediata administración de analgésico de rescate y evitar así el aumento del dolor y su consiguiente aumento de dosis analgésica. Proporcionar un ambiente tranquilo y relajado para facilitar una comodidad óptima. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.	

CONCLUSIONES

El Proceso de Enfermería y su consecuente utilización de diagnósticos permite la planificación de los cuidados en forma sistematizada, a la vez de asegurar la continuidad de la atención.

Se logró proponer una aproximación a la sistematización de los cuidados para este tipo de problema de salud con un enfoque integral del paciente.

REFERENCIAS

1. Zanchetta, J. R. Consejo de expertos Latinoamericanos de la I.O.F.(International Osteoporosis Foundation) Rev.Tendencia Medicina. 2012; (41): 50-56
2. Rocha A. Planes de educación. Rev. Reduca Recursos educativos. 2012; 4 (1): 44-85.
3. Primer estudio sobre epidemiología, costo e impacto de la osteoporosis en Argentina. International Osteoporosis Foundation [sitio web]. 2010 [acceso 04 del mes marzo de 2013]. Disponible en: <http://regions.iofbonehealth.org/latinoamerica/noticias/detail.html?newsID=346>
4. Muñoz S. G. et al. Fractura de cadera. Revista Cuad. Cir. 2008; 22: 73-81. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf>
5. Herdman, H.T. ed. Diagnósticos enfermeros de la NANDA : definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
6. McCloskey J. C, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4a ed. Madrid: Elsevier; 2010.
7. Ten Gil A, Campos Adrian E, Casan Benito A, González Sánchez E. Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el CHGUV. Rev. Enferm. Integral [revista en internet]. 2007 [acceso 00 de Setiembre de 2013] Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/80/articulos-cientificos/10.pdf>
8. Campos F, Girbes I, Canto M, González E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. Rev. Enferm. Integral. [revista en internet]. 2005 :17-20. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/71/articulos-cientificos/04-FRACTURA-CADERA.pdf>
9. Bustos López,R., Piña Martínez, A. J., Molina, M.P, Benítez Laserna, A., Villora Fernández, M.P., González Pérez, A. D. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Rev. Enferm. Glob. [revista en internet]. 2012 [acceso 15 de setiembre de 2013]; 11 (26) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200021&script=sci_arttext
10. FNR. Artroplastia de cadera por fractura. [sitio en internet]. 2012 [15 de setiembre de 2013]. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/protesis_cadera_fractura
11. Instituto de Información Sanitaria. La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. [sitio en internet]. 2010. [acceso 04 de diciembre de 2013]. (1): 2-23. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_comentadas_01.pdf
12. Villora Fernandez M.P, Busto Lopez R, Piña Martinez A. J., Benítez Laserna A, Pastor Molina M., González Pérez A. D. Plan de cuidados estándar de artroplastia total de cadera Hospital Universitario Albacete. [documento en internet]. 2013. [acceso 00 del mes de 2013]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/271e85ef561b847b1b94f2e1437086ec.pdf>
13. Centro Médico Teknon. Llobet Miquel, 2005. Disponible en: www.teknon.es/consultorio/llobet/artrosis_prótesis.htm.
14. Reemplazo de la articulación de la cadera. Medline Plus [artículo en internet]. [actualizado el 22 de set de 2012; acceso 08 del mes marzo de 2013] Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002975.htm
15. Rubí Jiménez, A. M., Díaz González, J.J., López Palomo, M.I., Barco Ariza, M. Educación para la salud: paciente con prótesis de cadera Rev. Enfermería Docente [artículo en internet]. 2007 [acceso 12 del mes marzo de 2013] ; (87): 13-15. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-87-05.pdf>