

Caso clínico: Diagnóstico de independencia.

Conocimientos deficientes: de la
familia en la
Adaptación del entorno, cuarto de
baño.

Irene Gabás Portolés
4º Curso de Graduado de Enfermería.
Trabajo Fin de Carrera.

ÍNDICE

1. Resumen	1.
2. Introducción.....	3.
3. Descripción del caso	4.
- Tratamiento medico	
4. Valoración general.....	5.
- Valoración Física Inicial.	
- Valoración Enfermera.	
- Organización de los datos según Virginia Henderson	
5. Formulación de Problemas.....	10.
- Problemas de Colaboración. (P.C)	
- Diagnósticos de autonomía.	
- Diagnósticos de independencia (D.I)	
6. Evaluación	13.
7. Implicaciones para la práctica.....	14.
8. Anexo	15.
9. Bibliografía.....	18.

Resumen:

Antonia es una mujer de 74 años, que se le implanta una prótesis parcial de cadera debido a una fractura subcapital de fémur izquierdo causada por una caída en el domicilio.

Anteriormente era independiente y autónoma para las actividades de la vida diaria (AVD). Su familia, ante el pronóstico médico, que indica que puede volver a ser independiente y autónoma, expresa en reiteradas ocasiones: que puede hacer, como adaptar su domicilio y en concreto el cuarto de baño para que Antonia pueda lograr su total autonomía y preservar su seguridad.

Entre todos los problemas que presenta el caso, he elegido el diagnóstico de independencia: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: DE LA FAMILIA, en la adaptación del entorno, cuarto de baño r/c desconocimiento de recursos adaptativos ante la nueva situación m/p requerimiento verbal de la familia como: “¿Qué cambios podemos hacer para mejorar/aumentar su independencia y evitar caídas?”.

La discapacidad transitoria o permanente que obliga a los cuidadores de personas en esta situación (agente de autonomía asistida) a tener una preparación en cuidar y adaptar sus domicilios a las situaciones concretas de dependencia y falta de autonomía de esta población.

Palabras clave:
Caso clínico,
conocimientos
deficientes,
Valoración
enfermera según
modelo Virginia
Henderson

OBJETIVO:

- Dar respuesta a una familia ante el problema formulado.
- Realizar el caso clínico/proceso enfermero basándome en el modelo de Virginia Henderson.
- Desarrollar las competencias disciplinares.
- Integrarme en el equipo multidisciplinar de la Unidad.

METODOLOGIA:

- Modelo Virginia Henderson

- NANDA taxonomía II
- Clasificación NIC-NOC.

CLINIC CHASE. INDEPENDENCE'S DIAGNOSIS, FAMYLY'S DEFICIENT KNOWLEDGES: ADAPTATION OF THE ENVIROMENT, BATHROOM

Abstract

Antonia is a 64 years old woman who implants a partial hip prosthesis due to a subcapital fracture of the femur caused by a fall home.

Previously she was independent and autonomous for daily life activities. The forecast Doctor says that she can return to be independent but her family expresses several times: What they can do, how they can adapt her home and bathroom exactly to Antonia can have her totally autonomy and preserve her autonomy.

Between all the problems of this chase I have chosen the Independence's Diagnosis: Family's Deficient Knowledge: Environment's Adaptation, bathroom r/c adaptative resource ignorance front to the new situation m/p verbal requirement of the family situation such as " What changes can we do to increase her independence and avoid falls?"

Key Words:
Clinic Chase,
deficient
knowledges,
Virginia
Henderson's
model.

The temporary or permanent disability that requires people assistants in this situation to have a degree or preparation to look after and adapt their homes to concrete situations of dependency and lack of autonomy of this population.

1. INTROUCCION:

La fractura de cadera, en los pacientes ancianos, es la causa más frecuente de ingreso en el hospital, en los servicios de traumatología y ortopedia. La principal causa de la fractura de cadera es la osteoporosis, es una enfermedad que afecta principalmente a las personas mayores, ya que a medida que se envejece, el hueso se descalcifica. ⁽¹⁾

La incidencia en el caso de Aragón y más concretamente en el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2011 fue de 149 en total del cual un 79,19% eran mujeres. En lo referente al año 2012 (Enero), fue del 75% mujeres. La hospitalización total fue de 8 de las cuales 6 eran mujeres; viéndose la razón de 2 mujeres por cada hombre (2:1). ⁽²⁾

Desde el punto de vista epidemiológico, las fracturas de cadera son más comunes en mujeres que en hombres, porque éstas tienen menos masa ósea y a partir de la menopausia la descalcificación es mayor, lo que incrementa el riesgo de fractura ante una caída o un golpe fuerte. ⁽³⁾

Las familias de forma habitual nos piden información para poder realizar los cuidados. Uno de los cuidados enfermeros, se basa en la enseñanza a la familia.

3. DESCRIPCION DEL CASO:

Presento el caso de una mujer de 74 años, que a su ingreso se diagnostica una fractura subcapital de fémur izquierdo. Está orientada en tiempo, espacio y persona. Era independiente en las actividades de la vida diaria (AVD). Refiere que “me caí tontamente en mi corral”. No presenta alergias conocidas. Los antecedentes patológicos de interés son:

- Hipertensión arterial (HTA) y Osteoporosis.

El tratamiento médico para estas patologías, es: Ameride, Diclofenaco, Calcium forte, Dieta basal sin sal.

La familia nos comunica su interés en colaborar en la recuperación de la autonomía de la paciente y nos piden orientación sobre las modificaciones en el domicilio, en particular en el cuarto de baño. A continuación, procedo a realizar la Valoración enfermera atendiendo al modelo de Virginia Henderson, incluimos previamente el tratamiento médico que nos derivara a los problemas de colaboración (PC).

TRATAMIENTO MEDICO ⁽⁴⁾

MEDIACION	DOSIS	INDICACION
Perfalgan 1gr vía e.v (paracetamol)	8 -16 -24	Dolor moderado. (Escala EVA 3)
Clexane 40 mg	cada 21h	Profilaxis de la trombosis venosa en pacientes sometidos a cirugía ortopédica.
Omeprazol	1- 0 -0	Protector gástrico.
2 [] de hematíes		
Ameride vía oral	1- 0 -0	Agente ahorrador de potasio. Tratamiento de HTA.
Diovan 80mg	1 - 0 - 0	Actúa bloqueando el efecto de la angiotensina II. Como consecuencia, los vasos sanguíneos se relajan y la presión arterial disminuye.
Tardyferon	1 - 0 - 1	Anemias ferropénicas o tras hemorragias.
Micralax si no deposición		Laxante por vía rectal
Tracción blanda	24 h.	Mantener la alineación, contribuir a la reducción y disminuir los espasmos musculares.

- Dieta basal sin sal
- Dieta astringente en periodos de DIARREA

4. VALORACION GENERAL:

VALORACION FISICA INICIAL

- TALLA: 1.53cm PESO: 65kg IMC: 27, 7 kg/m²
- TA Brazo izqdo: 160/80 mmHg
- TA Brazo drcho: 170/80 mmHg.
- Pulso braquial: 70 px' Pulso pedio izdo: 65px' Pulso pedio drch: 72 px'
Pulso tibial post izdo: 65px' Pulso tibial posterior drch: 73px'
- Sat O₂: 90%
- FR: 20 r.p.m. T^a axilar: 37'2 °C
- Piel y mucosas hidratadas, integras y normocoloreada.
- Orientada en persona, tiempo y espacio.
- Resto de hallazgos dentro de la normalidad.
- ESCALA NORTON: 18 (riesgo mínimo de sufrir úlcera por presión)

ESTADO FISICO	3
ESTADO MENTAL	4
ACTIVIDAD	4
MOVILIDAD	4
INCONTINENCIA	3

Escala Norton

VALORACION DE ENFERMERIA:

Paciente de 74 años de edad y viuda desde hace 4 años, vive sola en un pueblo de la provincia de Huesca. “En invierno vivo con mi hija y mis nietos en la capital, con los que mantengo muy buena relación”. Nos dice “no he fumado nunca”. “Siempre he respirado muy bien, no se me cansan los pulmones ni las piernas aunque ande un buen rato”. Refiere que tiene buen apetito aunque “me han recetado una dieta sin sal, que hago sin problemas”. Su dieta habitual es:

- Desayuno: 1 vaso de leche desnatada + 1 magdalena.
- Almuerzo: 1 pieza de fruta “naranja es la que más me gusta”.
- Comida: verdura “borracha, judía verde, pella; las voy alternando” y “ternera o pechuga en algún guiso como el estofado”.
- Merienda: 1 yogurt con 1 cucharada de azúcar.
- Cena: sopa/puré y sardinas, atún o pieza de fruta

“Cuando viene mi hija a verme, dos veces a la semana me trae pescado fresco”. Bebe 1500-1800 ml de líquidos al día. Era independiente en las AVD.

“Habitualmente realizo una deposición diaria de consistencia blanda”. “Nunca he llevado pañal”, siempre ha controlado su patrón defecatorio. Su patrón miccional es de 6-7 veces al día, la orina es de color claro y sin olor.

Habitualmente, duerme unas 7-8 horas diarias, se levanta descansada. Su aspecto es limpio y aseado, en casa se ducha 2 veces por semana y el resto de los días hace una higiene abreviada “Los sábados voy a la peluquería”. Los zapatos que lleva son cerrados, con calza de 3 cm. “De vez en cuando me entran sofocaciones en la cara, tengo que salir a la calle para que me dé el aire y se me pasa” “Soy un poco calurosa, en invierno voy sin medias”. “Los sábados por la tarde me pongo mis mejores vestidos para ir a misa. Me considero católica practicante”.

Acude regularmente a la consulta del médico de AP para “controlar mi TA y pedir las recetas”. Le gusta mucho hablar y contar sus cosas. Durante la entrevista se muestra orientada, muy colaboradora y comunicativa, contesta a todas las preguntas encantada. La paciente tenía una vida muy activa a pesar de ser jubilada “soy ama de casa y en mis ratos libres me encanta salir a pasear, ir al huerto y dar de comer a las gallinas. También hago magdalenas y participo en la matanza del cerdo”. La paciente se interesa por cómo va a ir después de la operación, si tendrá dolor y si se podrá valer por si misma después. La familia desde el ingreso, expresa el deseo de tenerla pronto en casa. La hija desconoce la situación y nos piden información para saber las adaptaciones que podría hacer en su domicilio “haremos lo que haga falta”.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON⁽⁵⁾

1. RESPIRAR NORMALMENTE.

- **MI:** “No he fumado nunca”.
- **DC:** “Siempre he respirado muy bien, no se me cansan los pulmones ni las piernas aunque ande un buen rato”.

2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

- **MI:** “me han recetado una dieta sin sal, que hago sin problemas”. Bebe 1500-1800 ml de líquidos al día.
- **DC:** Dice tener buen apetito. “cuando viene mi hija a verme, dos veces a la semana me trae pescado fresco”. Su dieta habitual es:
 - Desayuno: 1 vaso de leche desnatada + 1 magdalena.
 - Almuerzo: 1 pieza de fruta “naranja es la que más me gusta”.
 - Comida: verdura “borraja, judía verde, pella; las voy alternando” y “ternera o pechuga en algún guiso como el estofado”.
 - Merienda: 1 yogurt con 1 cucharada de azúcar.
 - Cena: sopa/puré y sardinas, atún o pieza de fruta.

3. ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES.

- **MI:** “Habitualmente realizo una deposición diaria de consistencia blanda”. “nunca he llevado pañal”, siempre ha controlado su patrón defecatorio. Su patrón miccional es de 6-7 veces al día, la orina es de color claro y sin olor.

5. DORMIR Y DESCANSAR.

- **MI:** Duerme unas 7-8 horas diarias, se levanta descansada.

6. ESCOGER LA ROPA ADECUADA. VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

- **MI:** Los zapatos que lleva son cerrados, con calza de 3 cm.
- **DC:** Los sábados me pongo mis mejores vestidos para ir a misa.

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.

- **DC:** “De vez en cuando me entran sofocaciones en la cara, tengo que salir a la calle para que me dé el aire y se me pasa” “Soy un poco calurosa, en invierno voy sin medias”.

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

- **MI:** Su aspecto es limpio y aseado, en casa se ducha 2 veces por semana y el resto de los días hace una higiene abreviada.
- **DC:** “Los sábados voy a la peluquería”.

9. EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.

- **MI:** Uso de barandillas

10. COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

- **MI:** Se muestra orientada, muy colaboradora y comunicativa contestando a todas las preguntas encantada. Mantiene muy buena relación con su familia.
- **DC:** Le gusta mucho hablar y contarte sus cosas.

11. VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.

- **DC:** Acudía a misa todos los sábados por la tarde. Es católica practicante

12. OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

- **MI:** Era independiente en AVD. Tenía una vida muy activa era ama de casa y en sus ratos libres le encantaba salir de pasear, ir al huerto, dar de comer a sus gallinas, también hacia madalenas y participaba en la matanza del cerdo.
- **DC:** Le gusta mucho cocinar. Tiene una hija y dos nietos. Vive sola y en invierno vive en casa de su hija.

13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- **MI:** Todos los días sale a pasear y va al huerto.
- **DC:** Le gusta mucho andar.

14. APRENDER, DESCUBRIR, O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.

- **MI:** se interesa por cómo va a ir después de la operación, si tendrá dolor y si se podrá valer por si misma después. Acude regularmente a la consulta del médico de AP para “controlar mi TA y pedir las recetas”.
- **MD:** La familia desde el ingreso, expresa el deseo de tenerla pronto en casa. La hija desconocen la situación y nos piden información para saber las adaptaciones que podría hacer en su domicilio “haremos lo que haga falta”.

5. FORMULACION DE PROBLEMAS

PROBLEMAS DE COLABORACION (PC):⁽⁶⁾

- ✓ Dolor secundario a intervención quirúrgica.
- ✓ Tromboflebitis secundaria a reposo prescrito 24-48 horas.
- ✓ Reflujo secundario al tratamiento medicamentoso.
- ✓ Crisis hipertensiva secundaria a traumatismo
- ✓ Hipotensión ortostática secundaria a reposo en cama.
- ✓ Anemia ferropenica secundaria a intervención quirúrgica.

Problemas de Colaboración con tracción blanda:

- ✓ Comprensión del nervio poplíteo externo.
- ✓ Dolor
- ✓ Trombosis
- ✓ Escara
- ✓ Pie equino

Problemas de Colaboración sin tracción: Luxación de prótesis

DIAGNÓSTICO ENFERMEROS:

DE AUTONOMIA:

Los problemas de autonomía que están presentes mientras la paciente permanece en cama.

Son los siguientes:

- ✓ ALIMENTACION (suplencia parcial).⁽⁷⁾
- ✓ ELIMINACION FECAL/URINARIA (suplencia parcial) ⁽⁸⁾
- ✓ MOVILIZACION Y MANTENIMIENTO DE LA POSTURA (suplencia parcial)⁽⁹⁾
- ✓ VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL (suplencia parcial) ⁽¹⁰⁾
- ✓ HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL, MUCOSAS Y FANERAS (suplencia parcial)⁽¹¹⁾
- ✓ MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL ENTORNO (suplencia parcial) ⁽¹²⁾

Estos diagnósticos son realizados según el documento de Procedimientos Generales de Enfermería Hospital San Jorge- Huesca-, adaptándose a esta situación concreta.

DE INDEPENDENCIA (DI): ^{(13) (14) (15)}

- ✓ Riesgo de caída r/c déficit de la movilidad. (área de dependencia: fuerza física (ff), conocimientos (c)).
- ✓ Conocimientos deficientes: de la familia en la adaptación entorno, cuarto de baño r/c desconocimiento de recursos adaptativos ante la nueva situación m/p requerimiento verbal de la familia, como “¿Qué cambios podemos hacer para mejorar/aumentar su independencia y evitar caídas?” (área de dependencia: conocimientos (c)).

La familia nos demanda conocer los elementos necesarios para manejar la situación en su domicilio. Por eso, he seleccionado el diagnóstico de independencia:

- ✓ **Conocimientos deficientes: de la familia en la adaptación entorno, cuarto de baño r/c desconocimiento de recursos adaptativos ante la nueva situación m/p requerimiento verbal de la familia, como “¿Qué cambios podemos hacer para mejorar/aumentar su independencia y evitar caídas?”** (área de dependencia: conocimientos (c)).

Criterio de resultado:

1828 Conocimiento: prevención de caídas. ⁽¹⁶⁾

Objetivos

Final:

- Al alta hospitalaria de Antonia, la familia habrá adquirido los conocimientos de adaptabilidad del cuarto de baño, evidenciado por:

- 182801 Uso correcto de dispositivos de ayuda (silla giratoria, alza).
- 182802 Uso correcto de mecanismos de seguridad (agarradores).
- 182818 Importancia de mantener el camino libre.
- 182819 Uso adecuado de sillas.
- 182820 Uso de esterillas de goma.
- 182821 Como mantener las superficies del suelo seguras.

Específicos:

En el plazo de 2 semanas:

- la hija identificara los elementos del baño.
- la hija determinara los recursos alternativos.
- la hija demostrara con la supervisión de la enfermera el manejo de su madre en el cuarto de baño.

Intervención: ⁽¹⁷⁾

5510 Educación sanitaria.

Actividades: (ver anexo)

1 de marzo (15min):

- Proporcionar información sobre la distribución del cuarto de baño y el por qué de esa distribución.
- Mostrarle el baño de la planta.
- Planificar 3 sesiones más, antes del 15 de marzo.

5 de marzo (10 min):

- Mostrarle el baño de la planta a su hija y al yerno.
- Explicarle los elementos adaptativos del WC.
- Pactar una entrevista con la Trabajadora Social para informar sobre las ayudas económicas para la rehabilitación de la vivienda.

9 de marzo (30 min):

- Demostrar los pasos a seguir para llevar a su madre hasta el WC.
- Pedirle que nos llame la próxima vez que tenga que ir al WC. Observar como lo hace la hija y corregir los errores.

14 de marzo (30 min):

- Demostrar los pasos a seguir para entrar en la bañera, utilizando los elementos adaptativos.
- Repetirá los pasos anteriormente enseñados bajo la supervisión de la enfermera, para entrar a su madre a la bañera, utilizando los elementos adaptativos y corregir los errores.

6. EVALUACION:

Titulo: Grado de compresión transmitida sobre la prevención de caídas

182801	Uso correcto de dispositivos de ayuda (silla giratoria, alza)	1	2	3	4	5
182802	Uso correcto de los mecanismos de seguridad (agarraderos)	1	2	3	4	5
182818	Importancia de mantener el camino libre	1	2	3	4	5
182819	Uso adecuado de sillas	1	2	3	4	5
182820	Uso de esterillas de goma	1	2	3	4	5
182821	Como mantener las superficies del suelo seguras	1	2	3	4	5

Puntuación: Grado 1: ningún conocimiento, Grado 2: conocimiento escaso, Grado 3: conocimiento moderado, Grado 4: conocimiento sustancial, Grado 5: conocimiento extenso.

Al comienzo, la familia presentaba un nivel de evidencia grado 2 (conocimiento escaso) y el nivel de evidencia grado 5 (conocimientos extensos) se alcanzara y será valorado por la enfermera de Atención Primaria (AP).

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

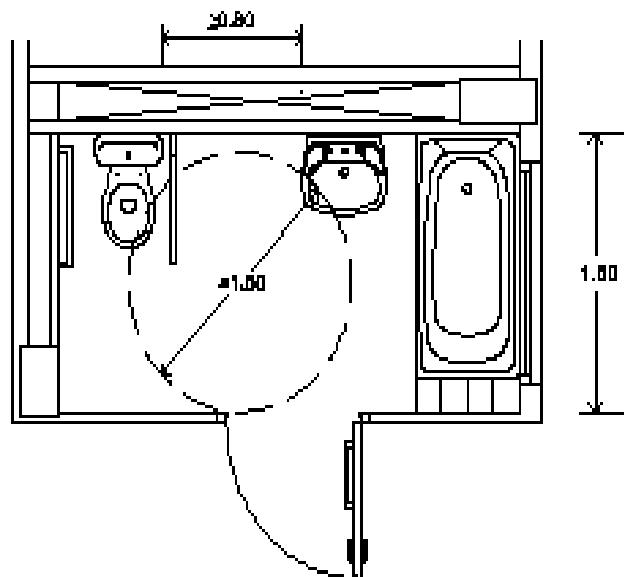
Con este trabajo he pretendido dar respuesta a una familia que carecía de conocimientos ante una situación concreta.

A su vez también permite iniciar la enseñanza durante la hospitalización, en este caso las posibles adaptaciones domiciliarias ante la situación de falta de autonomía, actuando para disminuir la flexo-extensión de la articulación, y tener un seguimiento continuado por el centro de atención primaria (AP). De este modo, permite ayudar a las familias a tener un control de la situación.

El establecer un plan de cuidados individualizado, puede disminuir los costos sanitarios al evitar las complicaciones que se darían si las familias carecen de estos conocimientos. El protocolo elaborado permite ser replicable para enseñar a otras familias en la misma situación.

8. ANEXO: ⁽¹⁸⁾

- En un baño, es de gran importancia y una cuestión a tener en cuenta, que la paciente pueda entrar y moverse sin dificultad con el andador.
- El suelo es recomendable que sea antideslizante.
- Evitaremos la utilización de la bañera.



INODORO: ^{(19) (20)}

- A veces, el inodoro de su domicilio es un poco bajo. En el mercado existen unas alzas de unos 10 cm de alto, cuya función sería la de elevar el WC y evitar la flexión de la cadera.



- Es recomendable la colocación de un asidero o agarrador, cerca del WC y en la zona destinada al baño.

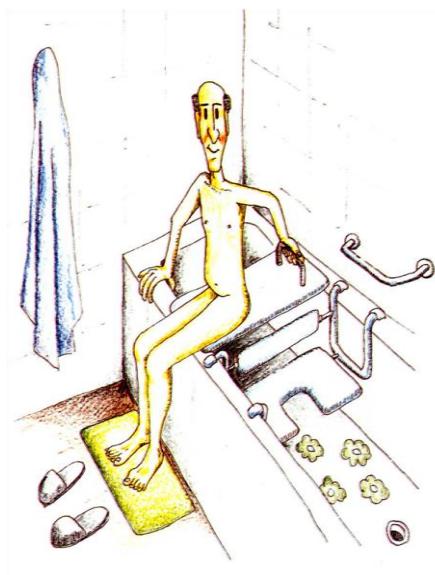




Si no podemos evitar el uso de la bañera, deberá ser utilizada con cuidado, siendo recomendable que al principio utilice una silla dentro de la bañera. Lo ideal sería una silla giratoria (ver foto). Puede instalar una barra para poder agarrarse y usar una esponja de baño de mango largo y una manga de ducha para lavarse.

Para entrar en la bañera:

1. Camine hasta la bañera. Deberá darse la vuelta hasta que esté de espaldas a la bañera.
2. Alcance la silla llevando una mano hacia atrás y mantenga la otra fija.
3. Siéntese en la silla lentamente. A continuación, pase la pierna no operada al asiento del baño y después agárrandose a la barra, pase la pierna operada. Debe lavarse en esta posición.



Para salir de la bañera:

1. Vaya girando mientras levanta las piernas, primero pierna no operada y después la pierna operada.
2. Impúlsese con los brazos para ponerse de pie fuera de la bañera. Apoyando el peso en la pierna no operada.



9. BIBLIOGRAFIA:

- (1)(3). Simón Méndez L, Thuissard Vasallo IJ, Gogorcena Aoiz MA. La atención a la fractura de cadera en los hospitales SNS. [Monografía en internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 10 Enero 2012]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_comentadas_01.pdf
- (2) Servicio de Codificación. Hospitalización con fractura de cadera Año 2011. Huesca: Hospital San Jorge- Salud; 2012.
- (4) Sanz J. Vademecum Mini + plus. 1^a ed. Madrid: Medicom; 2008.
- (5) Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
- (7, 8, 9, 10, 11,12) Procedimientos Generales de Enfermería Hospital San Jorge. Huesca.
- (6) Mata Blasco M. Apuntes Enfermería Clínica II. Huesca. 2010.
- (13) (14) Wilkinson MJ, Ahern RN. Manual de diagnósticos de enfermería. 9^a ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.
- (15) Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- (16) Johnson, M et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Editorial Elsevier Mosby, 4^a Edición. 2008. Madrid.
- (17) McCloskey, JC et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Editorial Elsevier Mosby, 4^a Edición. 2008. Madrid.

(18) Equipo de terapeutas ocupacionales del CEAPAT. “Un camino por andar” prótesis de cadera: puntos importantes. Madrid.

(19) Equipo de terapeutas ocupacionales del CEAPAT. “Un baño a mi medida” aseo: puntos importantes. Madrid.

(20) Instituto Andaluz de Cadera y Rodilla. Recomendaciones generales para la actividad de los pacientes que han sido intervenidos de prótesis de cadera. Incaro.es; 2011 [citado 3 Enero 2012]. Disponible en: <http://incaro.es/images/pdf/recomendaciones%20pacientes%20operados%20protesis%20cadera.pdf>

(21) Ruber.es. Educación de pacientes con prótesis total de cadera. Clínica Ruber; 2010 [citado 8 Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.ruber.es>