



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Protocolo Gerenciado Artroplastia Total do Quadril

Versão eletrônica atualizada em
Janeiro - 2009

Sumário

1. Introdução
2. Incidência e Indicações
3. Prognóstico e Complicações
4. O Protocolo Gerenciado de ATQ
5. Protocolo de Assistência – Fisioterapia
6. Protocolo de Assistência – Enfermagem
7. Protocolo de Assistência – Terapia Ocupacional
8. Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO

O objetivo do Protocolo Gerenciado é padronizar o procedimento de Artroplastia Total do Quadril (ATQ), baseando-se em evidência científica, visando o melhor resultado clínico possível. Incluímos neste protocolo os pacientes com fratura do colo femoral, osteoartrose primária e secundária do quadril, com indicação cirúrgica de artroplastia total do quadril. Não estão incluídos os pacientes com diagnóstico de neoplasias, sendo estes considerados em outro protocolo.

A principal condição clínica que leva a artroplastia de quadril é a doença degenerativa da cartilagem articular, representada pela osteoartrose do quadril.

A osteoartrose pode ser primária – ou idiopática - (quando não há nenhuma outra patologia associada que leve à destruição da superfície articular) ou secundária, quando a degeneração da cartilagem ocorre devido a alguma outra patologia que acometa o quadril. As principais causas de osteoartrose secundária são a Necrose Asséptica da Cabeça Femoral (NACF), as doenças reumáticas (como a Artrite Reumatóide), as displasias congênitas do quadril, as seqüelas de trauma (fraturas não identificadas do colo e cabeça femoral e fraturas acetabulares).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os binômios saúde-doença e funcionalidade-incapacidade estão diretamente relacionados com a estrutura biopsíquica do indivíduo, atividades e participação social (OMS, 2003).

Portanto, a reabilitação deve ser multidisciplinar (Erickson & Perkins, 1987, Munin et al., 1998). Seu custo social é alto: ela inclui a educação pré-operatória, estratégias de mobilização precoce, coordenação da equipe multiprofissional na abordagem das fraturas de quadril, avaliação da função ocupacional, indicação de tecnologia assistiva para facilitar independência em atividades de vida diária, além de suplementação nutricional.

Indicações:

A artroplastia total do quadril tem como objetivo principal alívio da dor e aumento da amplitude articular, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Pacientes com osteoartrose primária ou secundária do quadril que não obtiveram melhora com tratamento clínico são elegíveis ao procedimento. Alguns critérios podem ser utilizados para a indicação definitiva, entre eles:

- Dor diária progressiva inclusive de caráter noturno
- Uso diário de medicação analgésica ou antiinflamatória
- Incapacidade parcial de atividades diárias como higiene pessoal e vestuário
- Limitação progressiva da amplitude articular evoluindo com atrofia muscular difusa e fraqueza do músculo glúteo médio (sinal de Trendelenburg presente)

A principal indicação clínica da artroplastia total de quadril é a dor. Pacientes com disfunção e diminuição da mobilidade articular, crepitação ou instabilidade entretanto sem dor, não são bons candidatos para cirurgia. Um dado muito importante no pré-operatório é a dismetria entre os membros inferiores do paciente.

Além do quadro clínico, o diagnóstico radiográfico é auxiliar na indicação e no planejamento pré-operatório. Na maioria dos casos, a radiografia simples de bacia em incidência ântero-posterior e uma incidência do quadril em perfil são suficientes. Em situações especiais, como por exemplo, nas revisões de artroplastia, nos pacientes com displasia ou deformidade anatômica femoral podem ser necessários outros exames de imagem pré-operatórios.

A artroplastia do quadril pode ser parcial (substituição somente da superfície articular da cabeça femoral) ou total (envolve a substituição da superfície articular da cabeça do fêmur e do acetábulo). As próteses são fixadas ao osso através de mecanismos de compressão (press-fit), parafusos ou cimento acrílico (metametilmacrilato).

As superfícies de contato entre os componentes acetabular e o componente da cabeça femoral podem ser de polietileno/metal, metal/metal, polietileno/cerâmica e cerâmica/cerâmica. As diferenças de resistência de cada elemento e o desgaste das superfícies de contato definem as curvas de sobrevida das próteses. Os materiais mais modernos têm curvas de estimativa de sobrevida ao redor de 20 anos.

A abordagem cirúrgica para a colocação da prótese pode ser anterior, posterior ou ântero-lateral. Cada via acesso tem as suas características positivas e os seus riscos de complicação, de forma que o cirurgião define

conforme o quadro clínico do paciente e do implante a ser utilizado, qual a melhor abordagem para o procedimento.

INCIDÊNCIA E INDICAÇÕES

Apesar da incidência desta cirurgia ser alta entre idosos (aumento da incidência e da gravidade de doenças articulares degenerativas e aumento da incidência de fraturas do colo do fêmur) ela pode ser em qualquer idade (a indicação de artroplastia de quadril em crianças é muito restrita).

Mais de 300.000 artroplastias são realizadas anualmente nos EUA e mais de 800.000 no mundo todo¹. O custo anual destes tratamentos nos EUA excede os 5 bilhões de dólares.

A prevalência da osteoartrose (principal causa) é maior nos EUA e Europa que em outras partes do mundo. Na Austrália a incidência é maior entre as mulheres (2.95/1000população) em relação aos homens (1.7/1000)⁵.

Na Austrália e Nova Zelândia o risco de fratura de quadril está estimado em 29% para homens com idade superior a 60 anos e 56% para mulheres¹. Um terço das mulheres que chegam aos 90 anos apresentaram ao menos uma fratura de quadril.

PROGNÓSTICO E COMPLICAÇÕES

Estudos revelam que a dor diminui e a amplitude de movimento é restaurada usualmente em 3 a 6 meses, mas que podem ocorrer limitações funcionais (força muscular e estabilidade postural) mesmo na ausência da dor até um ano depois. Após um ano as limitações que persistem estão relacionadas à velocidade da marcha e a habilidade para subir escadas. Há evidência de que a reabilitação melhora estatisticamente a função, força muscular dos flexores do quadril (24,4%), dos extensores (47,8%), o torque dos extensores do joelho (23,4%), abdutores do quadril (41,2%), habilidade postural (36,8%).⁴

Complicações:

Trombose vascular profunda ocorre em 50% a 70% nos pacientes que não realizaram profilaxia, tromboembolismo pulmonar entre 10% e 20%, infecções (0,5% a 1%), discrepância entre os MMII e deslocamento (luxação) das próteses. O deslocamento é a 2º causa de revisão cirúrgica, varia de 0.6% a 7% e envolvem fatores desde o tipo de implante, abordagem cirúrgica, obesidade e revisão cirúrgica prévia. (Brady et al., 2000)

PROCOLO GERENCIADO DE ATQ

Critérios de inclusão:

Pacientes submetidos à artroplastia de quadril dentro do HIAE e que tenham anuência do médico titular.

Critérios de exclusão:

Pacientes submetidos à artroplastia de quadril mas sem anuência do médico titular.

Pré-operatório

No momento da internação, o paciente receberá o folheto informativo sobre a cirurgia a ser realizada.

Exames pré-operatórios

Recomendamos que os seguintes exames e avaliações sejam feitos antes da internação:

- Avaliação clínica pré-operatória ambulatorial e pré anestésica com paciente internado
- Hemograma completo
- Sódio, potássio, uréia, creatinina
- Coagulograma
- Glicemia de jejum
- Urina I e Urocultura, ECG, RX de tórax
- Radiografia AP especial de bacia e perfil absoluto do quadril, ambos com escala 100%.

(AP bacia: ampola a 100 cm da sínfise púbica com os membros inferiores em rotação neutra e abdução neutra; perfil absoluto do quadril: perfil acetabular e femoral concomitantes).

Planejamento pré-operatório

A prótese a ser utilizada é escolha pessoal do cirurgião, variando a cada paciente e conforme a experiência pessoal do cirurgião. A escolha do componente acetabular, do componente femoral e da via de acesso serão devidamente registradas na ficha intra-operatória, contendo todas as variáveis a serem registradas. O tamanho do componente acetabular, do componente femoral e do comprimento do off-set deve ser definido utilizando-se transparências do fabricante escolhido sobre as radiografias com escala a 100%.

Pós-operatório

Objetivos da Equipe Multiprofissional

Os objetivos da equipe multiprofissional estão focados nas expectativas do paciente em relação ao tratamento, visando sempre a melhor qualidade de vida.

- Padronizar a rotina de atendimento
- Diminuir a dor
- Minimizar a limitação (prevenir incapacidade) e recuperar a função
- Promover a deambulação
- Restaurar a mobilidade , a força e flexibilidade.
- Prevenir TVP entre outras complicações
- Otimizar o tratamento e os resultados orientando o paciente e a família nos cuidados na fase aguda até a alta.
- Avaliar grau de dependência nas atividades de vida diária e determinar os fatores que interferem na mesma, sejam motores, cognitivos, emocionais ou sociais;
- Capacitar o paciente a desempenhar atividades de auto-cuidado intervindo nos fatores que possam garantir a adesão do paciente / família aos procedimentos indicados e uso de tecnologia assistiva;
- Identificar possíveis riscos no ambiente e na rotina ocupacional que possam agravar o estado de saúde ou gerar eventos adversos no pós-cirúrgico;
- Avaliar as necessidades no momento da alta: domiciliares e de reabilitação.
- Promover a adequação do ambiente domiciliar e da rotina ocupacional se necessário;
- Orientar paciente / família sobre os recursos na comunidade necessários para implementar a adequação ambiental.

PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA MOTORA

As terapias deverão ser realizadas no mínimo uma vez ao dia e respeitando a dor e tolerância do paciente.

P.O Imediato

- Entrega do manual de orientação
- Orientação quanto aos riscos de posturas inadequadas (adução além da linha média e flexão de quadril maior que 90°).
- Posicionamento no leito:
- Decúbito dorsal (DD)
- Rotação neutra dos Membros Inferiores (MMII)
- Abdução (uso de triângulo de abdução)
- Elevação dos membros de 25° a 35°
- Crioterapia (se indicado pelo médico)

Atenção - Sugerimos 10 repetições de cada exercício. Este número deverá mudar de acordo com a necessidade e a capacidade de cada paciente.

1º Pós Operatório

Mobilização precoce no leito :

- Exercícios passivos, ativo-assistidos e ativos de flexão do joelho em DD na tolerância do paciente, com pequena amplitude de movimento;
- Exercícios isométricos de coxo-femural (adutores, abdutores, flexores e extensores / 10x de 10 segundos);
- Alongamento de tríceps sural;
- Exercícios ativos livres e manualmente resistidos de tornozelo (dorsi-flexão, planti-flexão, inversão e eversão/ 10x de 10 segundos);
- Exercícios ativos de artelhos (flexão e extensão) - 3 séries de 10 repetições

Atenção - Evitar movimentos de rotação do quadril por 3 semanas, podendo estimular rotadores apenas com isométricos.

2º Pós Operatório

Manutenção dos exercícios do 1º P.O

Exercícios passivos e ativo-assistidos para ganho de amplitude de movimento, respeitando SEMPRE a tolerância do paciente:

- Flexo-extensão de quadril e de joelho;
- Estimular sedestação no leito ou cadeira;
- Orientar quanto à distribuição do peso sobre os ísquios;
- Exercícios de flexo-extensão ativos de joelho na posição sentada;
- Exercícios de dorsi-flexão e planti-flexão ativa de tornozelos;
- Iniciar ortostatismo com andador ou muletas, SEM CARGA; apoio mínimo do pé para prevenir que o paciente se desequilibre.
- Treino de transferência
- Deambulação assistida com carga parcial (mínima) em próteses não cimentada.

ATENÇÃO: Prótese cimentada: marcha no 3º PO com carga parcial

3º Pós Operatório

Retirada do dreno de sucção pela equipe médica;

- Mantém os exercícios anteriores, acrescentando exercícios isométricos para os músculos glúteo máximo e médio (10x de 10 segundos);
- Treino de marcha com andador
- Cuidados com posturas inadequadas durante a marcha.

4º Pós Operatório à quinta semana

- Manter exercícios anteriores;
- Acrescentar exercício em ortostatismo do membro operado:
- antero/posterior/latero/lateral

Evolução do treino de marcha, aumentando a distância percorrida:

- Treino de transferências (sentar e levantar), aumentando o número de repetições;
- Treino em step com degrau baixo

ATENÇÃO: Alta hospitalar: orientações fisioterapêuticas nas atividades de vida diária e prática; oferecer o centro de reabilitação para continuação da fisioterapia na fase ambulatorial.

6º Semana a um ano

- Aquecimento em bicicleta estacionária ou esteira
 - Treino resistido progressivo: 3x/semana
 - Treino de equilíbrio e propriocepção.
- Marcha com muleta ou bengala no lado contralateral (orientando descarga de peso);
 - Marcha sem muleta ou bengala, conforme orientação médica (corrigir marcha caso haja claudicação);

ATENÇÃO: Manter contato com o médico para alteração na liberação de carga no membro operado; qualquer alteração no protocolo deverá ser anotado em prontuário pelo médico, devendo o fisioterapeuta estar atendo durante as terapias ao surgimento de dores súbitas ou estalidos anormais, caso ocorra, comunicar o médico.

CrITÉRIOS para alta ambulatorial

- Força muscular
- Estabilidade postural
- Velocidade da marcha
- Habilidade para subir e descer escadas

Liberação para atividades funcionais e atividades físicas de baixo impacto após 3 meses. (Brady et al., 2000)

Indicações de atividades esportivas: são recomendados esportes de baixo impacto, tais como natação, caminhada, ciclismo.

O conflito para evitar atividades de alto impacto refere-se ao fato de que estas atividades aumentam o desgaste das superfícies de contato, comprometendo o implante. Em geral os pacientes devem ser estimulados a manter a atividade física para manter a boa qualidade óssea e melhorar a fixação do implante.

A indicação para atividades de alto impacto (tênis, golfe, corrida) depende de uma avaliação individualizada, pois não há estudos randomizados controlados referentes às mesmas.

Recomenda-se iniciar exercícios aquáticos, para depois passar às atividades em solo.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Pré – Operatório

Conduta	Justificativa
Avaliar resultado de exames laboratoriais. ⁽¹²⁾	Avaliar situações de risco pré-operatório
Promover controle da dor. ⁽¹²⁾	Avaliar analgesia adequada
Avaliar perfusão periférica. ⁽¹⁰⁾	Monitorar comprometimento vascular.
Posicionar o paciente no leito em decúbito dorsal horizontal. ⁽¹²⁾	Promover alinhamento do quadril
Avaliar níveis glicêmicos ⁽²⁵⁾	Monitorar níveis glicêmicos.
Avaliar presença de edema coxo femoral acentuado. ⁽¹⁰⁾	Avaliar presença de comprometimento vascular
Avaliar integridade cutânea corporal. ^(10,23)	Imobilidade no leito, prevenção úlcera de pressão.
Promover educação do paciente e família no período perioperatório ^(10, 21, 23)	Conhecer as expectativas do paciente, perspectiva quanto ao tratamento, diminuir ansiedade e medo.
Manter membro alinhado, se em tração cutânea, com pesos livres, garantir o funcionamento apropriado das polias. ^(10,14)	Garantir a efetividade da tração.
Preparo do campo operatório conforme orientação médica. ^(18, 26)	Tricotomia e anti-sepsia do membro no horário mais próximo da cirurgia, utilização de aparelhos elétricos.

Pós-operatório Imediato até o 1º pós-operatório:

Conduta	Justificativa
Controle da dor. ⁽¹²⁾	Promover analgesia adequada e prevenir comorbidades.
Repouso no leito em decúbito dorsal horizontal com membros inferiores em abdução. ^(14,11)	Prevenir luxação da prótese de quadril.
Monitorar sinais vitais: frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial, temperatura e saturação de oxigênio. ^(10,12)	Detectar precocemente qualquer alteração e promover intervenção imediata.
Controle de drenagem pelo dreno de sucção. ^(13,22)	Avaliar volume e característica do conteúdo drenado.
Acompanhar resultados de hemoglobina e hematócrito. ⁽¹⁴⁾	Monitorar perdas sanguíneas.
Avaliar perfusão periférica, presença de edema acentuado, presença de hematoma. ⁽¹⁴⁾	Monitorar comprometimento vascular.
Monitorar condições do curativo, manter incisão cirúrgica limpa e seca ^(14,26)	Prevenção de infecção do sítio cirúrgico.
Estimular exercícios ativos com as extremidades do membro. ⁽¹²⁾	Mobilização precoce.
Limitar elevação da cabeceira da cama até 45 graus. ⁽¹⁴⁾	Evitar flexão aguda do quadril.
Evitar rotação interna ou externa do membro inferior afetado; manter rotação neutra. ^(14,17)	Prevenir luxação da prótese de quadril,
Lateralizar para o lado contrário da cirurgia apoiar extremidade inferior do quadril e colocar apoio (travesseiro ou triângulo de abdução) entre as pernas, quando em decúbito lateral. ^(14,17)	Prevenir luxação da prótese.
Atentar para sinais de encurtamento do membro afetado, rotação inadequada, dor intensa no quadril e incapacidade de movimentar a extremidade. ⁽¹⁴⁾	Sinais de luxação da prótese.

Manter meias elásticas e compressor mecânico de membros inferiores. ^(12, 15)	Prevenção de trombose venosa profunda.
Monitorar sinais de trombose venosa profunda. ^(14,22)	Atentar para sinais de dor, calor, hiperemia, edema e engurgitamento de panturrilha.
Avaliar presença de estado confusional, distúrbio de comportamento e redução da atenção. ⁽⁸⁾	Monitorar sinais de delirium.
Avaliar integridade cutânea. ^(10,22)	Mobilidade física prejudicada, prevenção de úlcera por pressão.
Atentar para constipação. ^(10, 12,14)	Imobilidade física e o uso de analgésicos opióides. Monitorar presença e freqüência de eliminações intestinais.
Higienização do paciente no leito. ⁽¹⁴⁾	Promover higiene corporal do paciente no leito, atentar para lateralização com triângulo de abdução.

2º Pós Operatório em diante:

Conduta	Justificativa
Sentar em cadeira rígida com membros inferiores em abdução, adequada para altura do paciente ^(16,18)	Prevenção luxação da prótese e mobilização do leito.
Banho de chuveiro em cadeira higiênica. ⁽¹⁴⁾	Mobilização do leito, higiene corporal.
Na transferência da cama para cadeira ou da cadeira para cama, sair e voltar ao leito com auxílio pelo lado do membro operado, apoiando-se na perna não afetada. Não colocar carga no membro do lado operado. ^(14,17) Para este movimento recomenda-se duas pessoas: 1 deve segurar o paciente pelas axilas e a outra segurar o membro operado na altura	Impedir a adução, rotação interna e externa do quadril, prevenção luxação quadril.



do tornozelo e região posterior do joelho.	
<p>No caso de transferência “via aérea”, da cama para cadeira quando há o acometimento dos dois membros inferiores, transferir o paciente pelo lado operado.^(14,17) Para este movimento recomenda-se que a cabeceira da cama seja elevada gradualmente sem elevar os MMII. Transferir o paciente em três pessoas: a primeira segura o paciente pelas axilas e tórax, o segundo região lombar e joelhos, (não flexionando o quadril e o tronco em ângulo maior que 90º graus e sem aduzir os membros inferiores) e o terceiro deve segurar na altura do tornozelo de ambos os membros, direcionando o membro não operado para a transferência e impedindo a adução do tornozelo do membro operado. No caso de transferência da cadeira para a cama, manter a cama em nível mais baixo com cabeceira em posição horizontal.</p>	Impedir a adução, rotação interna e externa do quadril, prevenção luxação quadril.
Estimular o auto cuidado dentro das possibilidades do paciente. ⁽¹⁴⁾	Preparo para a alta hospitalar.
Instruir, incentivar e ajudar nas mudanças de posição do paciente. ⁽¹⁴⁾	Encorajar a participação ativa do paciente ao mesmo tempo em que previne luxação do quadril.
Incentivar e auxiliar a marcha com andador em associação com o fisioterapeuta. ^(14,16) O treino de marcha com andador é iniciado após autorização médica, sendo que o fisioterapeuta faz todas as instruções de treino e utilização do equipamento, a partir desta orientação a enfermagem participa estimulando o paciente a deambular com o andador.	Instruir e supervisionar a deambulação segura.

<p>Educar o paciente, familiar ou cuidador nos cuidados domiciliares e preparo do ambiente domiciliar. ^(14,22)</p>	<p>Planejamento para alta hospitalar, preparar o meio ambiente domiciliar especialmente escadas, banheiros que podem limitar a capacidade do paciente em deambular e cuidar de si mesmo no lar.</p>
---	---

Orientações de Alta Hospitalar:

Condução	Justificativa
<p>Encorajar o paciente, familiar e/ou cuidador a falar sobre suas preocupações nos cuidados domiciliares. ^(14,22)</p>	<p>Identificar problemas, diminuir ansiedade e medo acerca da alta hospitalar.</p>
<p>Reforçar e estimular os exercícios aprendidos durante a internação. ^(14,17) Recomenda-se seguir as instruções sobre movimentação e exercícios orientadas pelo fisioterapeuta.</p>	<p>Dar continuidade na reabilitação no domicílio, com ênfase para as restrições pós cirúrgicas como não dobrar o quadril mais que 90º graus, não cruzar a perna operada sobre a outra, não fazer rotação interna do pé do lado operado.</p>
<p>Utilizar com segurança os recursos que facilitam a deambulação. ⁽¹⁴⁾</p>	<p>O uso de andador e/ou muletas será necessário para a mobilização do paciente e deve ser feito com segurança.</p>
<p>Cuidados com curativo. ⁽¹⁴⁾</p>	<p>Avaliação da cicatrização e identificar presença de sinais de infecção.</p>
<p>Reforçar a importância de tomar os medicamentos prescritos conforme receituário médico. ⁽¹⁴⁾</p>	<p>Seguir os horários determinados e dar continuidade na terapêutica proposta.</p>

PROTOCOLO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação da Terapia Ocupacional

- Avaliação terapêutica ocupacional – Ortopedia Global (anexo) (Foti, Pedretti & Lillie, 1996)
- Medida de Independência Funcional (Riberto, 2001; Tesio, 2002)

Objetivos da Terapia Ocupacional

O objetivo geral da Terapia Ocupacional é propiciar ao paciente o retorno às suas atividades de vida diária com segurança e autonomia, considerando seu status de saúde, histórico e necessidades de desempenho ocupacional no contexto para o qual retornará após a cirurgia (Elliot & Barris, 1987, Lewis, 1989, AOTA, 2002).

Atuação da Terapia Ocupacional

3º PO – Duração - 2 horas:

- Avaliação Terapêutica Ocupacional – aplicação de protocolo específico para a área de Ortopedia Global para levantamento de dados gerais do caso clínico e desempenho ocupacional;
- Aplicação da Medida de Independência Funcional (Ribeiro, 2001): análise do grau de dependência e dos fatores que interferem na mesma;
- Demonstração do kit de atividades básicas de vida diária (auto-cuidado) com acessórios que facilitem a independência e segurança do paciente
- Treino de atividade de vida diária com a utilização do kit;
- Empréstimo do kit ao paciente contra-recibo (cópia com paciente e com prontuário) para utilização durante a internação;
- Comunicação com a equipe multiprofissional sobre o foco para cada caso no que concerne às dificuldades e metas.

3º e 4º PO:

- Monitoramento e reforço do uso do Kit de atividades básicas de vida diária (auto-cuidado) pelas equipes de enfermagem e fisioterapia;
- Visita domiciliar preparatória para alta, se for identificado risco para tal: existência de elementos do paciente e/ou sócio-familiares-ambientais que não possam ser suplantados pelas orientações e recursos fornecidos durante a internação e que ameacem a segurança do paciente e/ou autonomia e satisfação no desempenho das atividades de vida diária.

5º PO: Duração – 1 hora:

- Reaplicação da Medida de Independência Funcional para monitoramento da evolução no quesito dependência/independência (Ribeiro, 2001; Tesio, 2002);
- Entrega de orientação personalizada para desempenho das atividades de vida diária;
- Entrega do relatório de Recursos na Comunidade com indicação específica dos equipamentos e acessórios de tecnologia assistiva que o paciente deverá adquirir;

Após a alta hospitalar e fase reabilitação ambulatorial:

Deverá ser encaminhado para reavaliação e intervenção da Terapia Ocupacional se apresentar um ou mais aspectos abaixo mencionados (Woodland & Hobson, 2003):

- Dependência no desempenho das atividades de vida diária;
- Insatisfação ou insegurança gerando dificuldade de reinserção social;
- Dificuldade no uso da tecnologia assistiva;
- Necessidade de revisão da adequação ambiental.

Referências Bibliográficas – Ordem alfabética:

BABIS G, TSAILAS PG. EUROPEAN FEDERATION OF ASSOCIATIONS OF ORTHOPAEDICS AND TRAUMATOLOGY - MINI EXPOSURE TOTAL HIP ARTHROPLASTY. J. BONE JOINT SURG,[BR]. 2006; 88

BOSCHIN LC AT ALL ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL MINIMAMENTE INVASIVA OBSERVAÇÃO PRELIMINAR REV. BRAS ORTOPEDIA. 2003; 38(11/12)

BRADY O H, ET AL. JOINT REPLACEMENT OF THE HIP AND KNEE – WHEN TO REFER AND WHAT TO EXPECT. RHEUMATOLOGY. 2002: 10.

CARPENITO LJ. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DOCUMENTAÇÃO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PROBLEMAS COLABORATIVOS 2ª ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2002

CULLUM N, MCINNES E, BELL-SYER SEM, LEGOOD R. SUPPORT SURFACES FOR PRESSURE ULCER PREVENTION (COCHRANE REVIEW). IN: THE COCHRANE LIBRARY, ISSUE 2, 2008

FILOMENO LT, ET ALL, EMBOLIA GORDUOSA: UMA REVISÃO PARA A PRÁTICA ORTOPÉDICA ATUAL. ACTA ORTOP. BRÁS. 2005; 13(4) JAN M-H ET AL. EFFECTS OF A HOME PROGRAM ON STRENGTH, WALKING SPEED, AND FUNCTION AFTER TOTAL HIP REPLACEMENT. ARCH PHYS MED REHABIL. 2004

GILLESPIE, W.J. HIP FRACTURE. BMJ; 2001: 322

HARKESS JW. ARTHROPLASTY OF HIP IN CANNALE, S.T. CAMPBELL'S OPERATIVE ORTHOPAEDICS VOL 1 , MOSBY, PHILADELPHIA, 2003.

JESUDASON C, STILLER K. ARE BED EXERCISES NECESSARY FOLLOWING HIP ARTHROPLASTY? AUSTRALIAN JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY. 2002; 48: 73-81.

JOLLES BM, ZANGGER P, LEYVRAZ PF. FACTORS PREDISPOSING TO DISLOCATION AFTER PRIMARY TOTAL HIP ARTHROPLASTY. A MULTIVARIATE ANALYSIS. J ARTHROPLASTY 2002; 17(3):282-288.

KHAN F, ET AL. MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION PROGRAMMES FOLLOWING JOINT REPLACEMENT AT THE HIP AND KNEE IN CHRONIC ARTHROPATHY. THE COCHRANE LIBRARY, ISSUE 2, 2004.

LARSEN K ET AL. EFECCTIVENESS OF ACCELERATED PERIOPERATIVE CARE AND REHABILITATION INTERVENCION COMPARED TO CURRENT INTERVENTION AFTER HIP AND KNEE ARTHROPLASTY. A BEFORE-

AFTER A TRIAL OF 247 PATIENTS WITH A 3-MONTH FOLLOW-UP. BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS. 2008; 9-59.

MANGRAM AJ, HORAN TC, PEARSON ML, SILVER LC, JARVIS WR. THE HOSPITAL INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE. GUIDELINE FOR PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION. INFECT CONTROL HOSP EPIDEMIOL. 1999; 20.

MAUER KA, ABRAHAMS EB, ARSLANIAN C, SCHOENLY L, TAGGART HM. NATIONAL PRACTICE PATTERNS FOR THE CARE OF THE PATIENT WITH TOTAL JOINT REPLACEMENT. ORTHOPAEDIC NURSING. 2002; 21(3)

MEI-HWA J, JANE-YU H, CHIEN-HO LJ, SHWU-FEN W ET AL. EFFECTS OF A HOME PROGRAM ON STRENGTH, WALKING SPEED, AND FUNCTION AFTER TOTAL HIP REPLACEMENT. ARCH PHYS MED REHABIL. 2004; 85: 1943-1951.

MONTIN L, LEINO-KILPI H, SUOMINEN T, LEPISTÖ J. A SYSTEMATIC REVIEW OF EMPIRICAL STUDIES BETWEEN 1966 AND 2005 OF PACIENTE OUTCOMES OF TOTAL HIP ARTHROPLASTY AND RELATED FACTORS. JOURNAL OF CLINICAL NURSING. 2008; 17(1)

OSÓRIO L, ET ALL AVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA DA ARTROPLASTIA DO QUADRIL COM PRÓTESE BIPOLAR NÃO CIMENTADA REV BRAS ORTOPEDIA. 1995; 30(7)

PARKER MJ, UNWIN SC, HANDOLL HHG, GRIFFITHS R. ANESTESIA GENERAL COMPARADA CON ANESTESIA ESPINAL / EPIDURAL PARA LA CIRUGÍA DE FRACTURAS DE CADERA EN ADULTOS (COCHRANE REVIEW). IN: THE COCHRANE LIBRARY, ISSUE 1, 2006. OXFORD: UPDATE SOFTWARE.

PARKER MJ, HANDOLL HHG, DYNAN Y. ESTRATEGIAS DE MOVILIZACIÓN DESPUÉS DE LA CIRURGIA PARA LA FRACTURA DE CADERA EN ADULTOS (COCHRANE REVIEW). IN THE COCHRANE LIBRARY, ISSUE 1, 2006. OXFORD: UPDATE SOFTWARE

PARKER MJ, RAJAN D. ARTROPLASTIAS (COM OU SEM CIMENTO ÓSSEO) PARA ASFRATURAS FEMORAIS PROXIMAIS EM ADULTOS (COCHRANE REVIEW). IN: THE COCHRANE LIBRARY, 2006.

PROUTY A, COOPER M, THOMAS P, CHRISTENSEN J, STRONG C, BOWIE L, OERMANN MH. MULDISCIPLINARY PATIENT EDUCATION FOR TOTAL JOINT REPLACEMENT SURGERY PATIENTS. ORTHOPAEDIC NURSING. 2006; 25

ROBERTSON BD, ROBERTSON TJ. CURRENT CONCEPTS REVIEW POSTOPERATIVE DELIRIUM AFTER HIP FRACTURE. THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY. 2006; 88A (9)

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). PROPHYLAXIS OF VENOUS THROMBOEMBOLISM. A NATIONAL CLINICAL GUIDELINE. EDINBURGH: SIGN, 2002 (IN PRESS).

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). PREVENTION AND MANAGEMENT OF HIP FRACTURE ON OLDER PEOPLE, EDINBURGH: SIGN, 2002 (IN PRESS).

SMELTZER SC, BARE GB BRUNNER/SUDDARTH. TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA VOL 4, GUANABARA KOOGAN, RIO DE JANEIRO, 1994.

SOARES BGO. PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS IN. BORK, A.M.T. ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS GUANABARA KOOGAN, RIO DE JANEIRO, 2005

SUETTA C, ET AL. RESISTANCE TRAINING IN THE EARLY POSTOPERATIVE PHASE REDUCES HOSPITALIZATION AND LEADS TO MUSCLE HYPERTROPHY IN ELDERLY HIP SURGERY PATIENTS – A CONTROLLED, RANDOMIZED STUDY. J AM GERIATRIC SOC. 2004; 2(12)
TALBOT NJ, BROWN JHM, TREBLE NJ. EARLY DISLOCATION AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY. ARE POSTOPERATIVE RESTRICTIONS NECESSARY? J ARTHROPLASTY. 2002; 17(8):1006-1008.

TEMPLE J. TOTAL HIP REPLACEMENT. NURSING STANDARD; 2004: 19(3).
TRUELLE JE, EMERSON R, SMITH S. OUTCOMES OF TOTAL HIP ARTHROPLASTY: A STUDY OF PATIENTS ONE YEAR POSTSURGERY. J ORTHOP SPORTS PHYS THER. 2002; 32(6):260-267

TRUELLE-JACKSON E, SMITH SS. EFFECTS OF A LATE-PHASE EXERCISE PROGRAM AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. ARCH PHYS MED REHABIL. 2004; 85: 1056-1062.

VENTURA MF. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES NO PÓS OPERATÓRIO DE PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL - ENFERMAGEM ORTOPÉDICA, ÍCONE SÃO PAULO, 1996.

WALMSLEY PJ, KELLY MB, HILL RMF, BRENKEL I. A PROSPECTIVE, RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL OF THE USE DRAINS IN TOTAL HIP ARTHROPLASTY THE JOURNAL OF BONE & JOINT SURGERY (BR). 2005; 87-B(10).



WANG AW, GILBEY HJ, ACKLAND TR. PERIOPERATIVE EXERCISE PROGRAMS IMPROVE EARLY RETURN OF AMBULATORY FUNCTION AFTER TOTAL HIP ARTROPLASTY. A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL. AM J PHYS MED REHABIL 2002; 81(11):801-806.

WATTERS CL, MORAN WP. HIP FRACTURES – A JOINT EFFORT. ORTHOPEDIC NURSING; 2006: 25

YOUM T, MAURER SG, STUCHIN SA. POSTOPERATIVE MANAGEMENT AFTER TOTAL HIP AND KNEE ARTHROPLASTY. J ARTHROPLASTY. 2005; 20(3): 322-324.