



SOCIEDADE PORTUGUESA DE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Rev Port Ortop Traum 25(4): 303-310, 2017

REVISÃO

# PERCURSO CLÍNICO E PROGRAMA DE ALTA NOS DOENTES COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR

*Paulo Felicissimo, Jaime Branco*

*Serviço de Ortopedia B, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora*

*CEDOC, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa,*

*Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa*

**Paulo Felicissimo**

Diretor de Serviço de Ortopedia

**Jaime Branco**

Professor Doutor

Diretor de Serviço de Reumatologia

**Submetido em** 06 fevereiro 2017

**Revisto em** 11 abril 2017

**Aceite em** 02 junho 2017

**Tipo de Estudo:** Estudo de Prognóstico

**Nível de Evidência:** V

**Declaração de conflito de interesses:** Nada a declarar.

**Correspondência**

Paulo Felicissimo

Serviço de Ortopedia B

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora

Rua Barão de Sabrosa, 213 – 4º Esqº

1900-089 Lisboa

[paulo.felicissimo@gmail.com](mailto:paulo.felicissimo@gmail.com)

## RESUMO

As fraturas da extremidade proximal do fémur são um desafio médico, ortopédico, social, familiar, económico e até na organização dos serviços de ortopedia. O desenvolvimento de um percurso clínico permitirá à equipa hospitalar que lida com estes doentes otimizar os recursos, melhorar a prestação de cuidados de saúde e até reduzir os gastos. O desenvolvimento de um programa de alta permitirá uma melhor articulação entre os hospitais e os centros de saúde da região de forma a que os cuidados de saúde prestados a estes doentes após alta tenham uma continuidade com uma integração hospital-centro de saúde.

Neste artigo os autores fazem uma proposta de percurso clínico e programa de alta baseados na sua experiência pessoal e na revisão bibliográfica que foi realizada.

**Palavras chave:** *Fraturas da extremidade proximal do fémur; percurso clínico; programa de alta*

## ABSTRACT

Hip fractures are a medical, orthopedic, social, family, economic and even in the organization of orthopedic services challenge. The development of a clinical pathway will allow the hospital staff to optimize resources, improve the delivery of health care and reduce spending. The development of a discharge program will allow better coordination between hospitals and health centers and improve the health care provided to these patients after discharge. So, the treatment will have continuity with a hospital-health center integration.

In this article the authors made a proposal for clinical course and discharge program based on their personal experience and literature.

**Key words:** *Hip fractures; clinical pathway; discharge program*

## INTRODUÇÃO

As fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) são de entre todas as fraturas associadas à osteoporose as que maior impacto têm do ponto de vista clínico. Podem ser definidas como uma patologia com múltiplos desafios:

- Um desafio médico por a sua idade elevada associada um conjunto de comorbilidades (respiratória, cardiovascular, endócrina, neurológica, etc.) condicionarem de forma intensa não só o seu tratamento mas também a sua recuperação. Estes doentes estão habitualmente polimedicados. Esses fármacos são muitas vezes responsáveis (anti-hipertensores) pelas quedas e consequentes fraturas. Conditonam também a atitude terapêutica, obrigando a adiar a cirurgia (antiagregantes plaquetários, anticoagulantes orais).
- Um desafio ortopédico porque estas fracturas são muitas vezes fracturas muito instáveis do ponto de vista mecânico, o que nos levanta grandes dificuldades técnicas na sua osteossíntese (Figura 1).
- Um **Desafio Social/Familiar** pela Mortalidade, Morbilidade e Incapacidade<sup>1</sup> a que estão associadas (Figura 2). As escassas estruturas de apoio Social e muitas vezes a ausência de apoio familiar são causa dos prolongados internamentos destes doentes. Este facto dificulta intensamente a atividade nos serviços onde estes doentes estão internados.
- **Desafio Económico** pelos elevados custos «... em 2006 com 9523 Fracturas do Fémur estimam-se gastos na ordem 52 milhões de Euros só em cuidados hospitalares.» Circular Informativa nº13 (01/04/08) da DGS<sup>2</sup>.
- **Desafio Organização e Gestão dos Serviços Saúde** pelo seu número - «...em 2006 ocorreram 9523 Fracturas do Fémur...» Circular Informativa nº13 (01/04/08) da DGS. Em 2006 no Hospital Fernando Fonseca, as fracturas da extremidade proximal do fémur representaram 15,9% do total de internamentos. Mas em termos de número de dias gastos representaram 35% do número

total de dias de internamento (Figura 3) e 39% do número total de fraturas<sup>3</sup>. Um tão elevado número de doentes condiciona toda a restante atividade. O serviço tem com frequência de alterar a atividade cirúrgica programada (por falta de camas e/ou de tempos operatórios) o que conciona o aumento do número de doentes nas listas de espera.

Por outro lado, o número de FEPF tem vindo a aumentar de forma progressiva e constante nos últimos 20 anos. É essa a experiência do serviço de ortopedia do hospital Fernando Fonseca (Figura 4). Mas este aumento não é apenas a nível local mas é o também a nível nacional. Os dados disponibilizados pela ACSS indicam um número 12.992 FEPF a nível nacional em 2015 o que comparado com o



Figura 1: Falência de Material de osteossíntese em fractura extremamente instável.

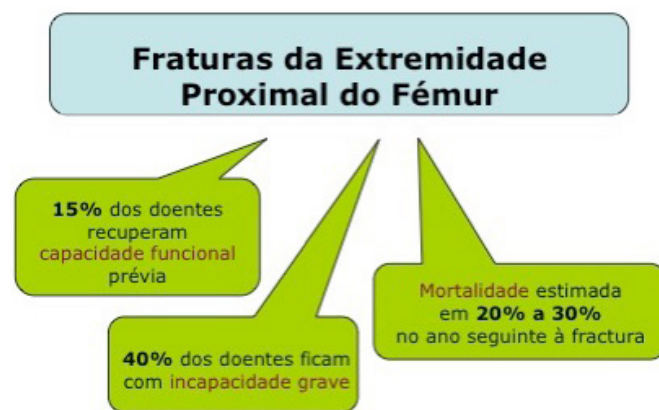


Figura 2: Estima-se que só 15% dos doentes que sofrem uma fractura da extremidade proximais do fémur recuperam a capacidade funcional prévia. 40% ficam com uma incapacidade grave e 20 a 30% morrem no primeiro ano após a fractura.

## Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur

- ...em 2006 constituíram **15,9% do total de Internamentos** no Serviço de Ortopedia do Hospital Fernando Fonseca.

- **>35%** do número total de **dias de internamentos**.

Figura 3: Fraturas proximais do fémur entre 2006-2009 no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.



Figura 4: Evolução do número de fraturas da extremidade proximal do fémur no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca nos últimos 19 anos.

número de 9523 em 2006 (DGS 2008) significa um aumento de 36,4% em 10 anos.

Pelo exposto sentimos a necessidade de desenvolver um projeto alicerçado numa equipa multidisciplinar organizada com base num percurso clínico com vários protocolos de atuação.

## MATERIAL E MÉTODOS

A proposta do percurso clínico e do programa de alta que aqui é apresentada foi elaborada com base na experiência pessoal dos autores e na pesquisa bibliográfica na PubMed com utilização das palavras chave “clinical pathway” e “hip fractures” e “discharge program” entre 1995 e 2016

## RESULTADOS

No percurso elaborado encontram-se contemplados não só a atuação terapêutica mas também o tempo correto da sua aplicação<sup>4,5,6,7</sup>. Ele é dirigido para uma equipa multidisciplinar e possui vários protocolos de atuação (Figura 5).

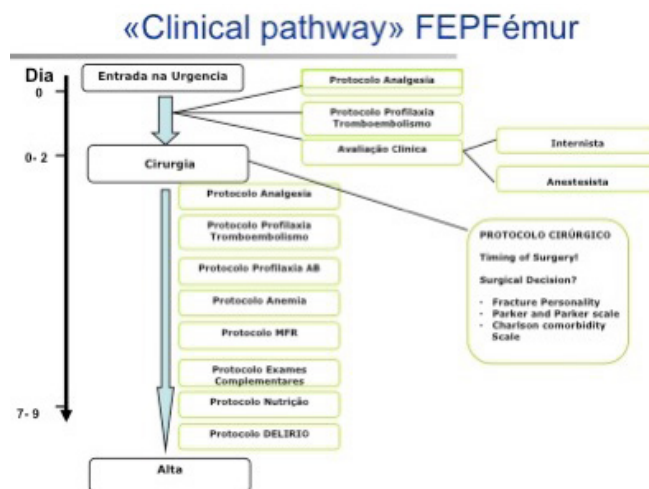


Figura 5: Percurso clínico para as fraturas da extremidade proximal do fémur.

Este percurso embora importante não deve ser a única padronização de tratamentos e condutas a ter nestes doentes. Após a alta hospitalar verifica-se uma falha de comunicação importante entre o serviço hospitalar e o centro de saúde. Desta menor integração dos cuidados de saúde resultam mais despesas, mais consumo de recursos e em última análise menor qualidade dos serviços prestados ao doente. O desenvolvimento de um programa de alta específico<sup>8,9,10</sup> para estes doentes permite uma maior integração dos serviços hospitalares com os centros de saúde e este deve ser centrado no médico de família (Figura 6).

A natureza dos cuidados necessários à abordagem dos doentes com fracturas da extremidade proximal do fémur envolve a intervenção de profissionais e a “sociedade” com variadas competências formativas que importa integrar a vários níveis. Como em outros percursos clínicos este tem por principal objetivo evitar as variações inúteis e indesejáveis no tratamento dos doentes. Reduzir os atrasos de alta, através de uma maior eficácia do plano de alta e melhorar a relação custo/eficiência dos serviços de saúde<sup>11,12,13</sup>. A integração de cuidados hospitalares,

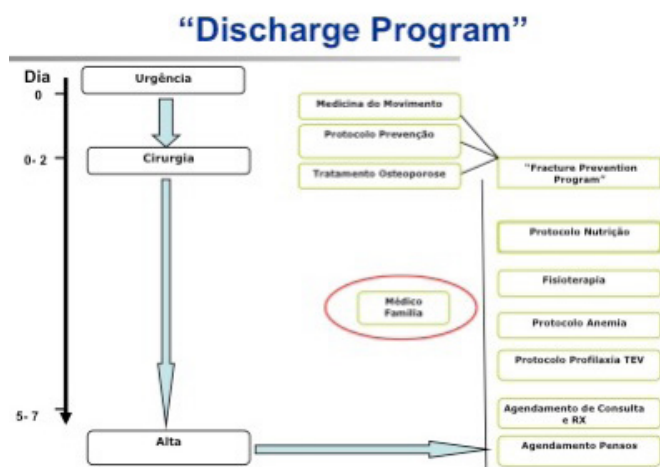


Figura 6: Programa de Alta para as fraturas da extremidade proximal do fêmur.

cuidados primários e serviços da comunidade são expressos num modelo conceptual do projeto que define como suporte uma linha de tempo que “temporiza” os momentos de intervenção e pontos-chave de integração numa proposta que visa a melhoria e optimização da produção, gestão e organização de serviços relacionados com o diagnóstico, o tratamento, cuidados, reabilitação, prevenção e promoção da saúde numa população específica que sofreu 1º episódio de fratura da extremidade proximal do fêmur. Na figura 7 que as referências temporais têm como ponto fulcral o episódio de fratura e “sub-tempos” conforme o tempo e a natureza preponderante da intervenção.

Este projeto deve obedecer à seguinte metodologia de implementação (Figura 7):

- **Tempo I – Internamento (Hospitalar)**

Tempo imediato pós fratura, de natureza hospitalar com forte preponderância na intervenção de equipas de Ortopedia (serviço Urgência, Bloco Operatório e enfermaria), Medicina Física e de Reabilitação (reabilitação imediata pós operatória e no período de internamento), Medicina Interna e equipa de Enfermagem e Fisioterapia.

Ponto crítico de articulação de cuidados entre equipas Hospitalares.

- **Tempo II – Ambulatório (intra ou extra hospitalar)**

Tempo pós alta de natureza hospitalar em ambulatório com forte preponderância na Reabilitação. No

## Integração e Articulação de Cuidados Fraturas da extremidade Proximal do Fémur



Figura 7: Integração e articulação de cuidados de saúde para as fraturas da extremidade proximal do fêmur.

hospital (de acordo com capacidades) e em unidade de proximidade para reabilitação. Envolvimento de equipas de Ortopedia, MFR e Cuidados Primários. Ponto crítico a articulação no momento da alta: Ortopedia/Cuidados Primários, Ortopedia / MFR e MFR /Cuidados Primários.

- **Tempo III – Pós Alta Clínica**

Tempo após a alta clínica Ortopedia com seguimento clínico pelo médico família onde se preconiza que a comunidade tenha soluções que permitam a manutenção melhoria da capacidade funcional adquirida pós fase de reabilitação. Contrariar declínio funcional – prevenção de quedas. Fase de vigilância e correção de factores de risco ou comorbilidades (médico família), e orientação, prescrição e avaliação dos programas de exercício na população. Participação multidisciplinar e da comunidade com foco da medicina do exercício. Ponto crítico de articulação entre Hospital-Cuidados Primários e comunidade com enfoque especial operacional nestes dois últimos.

O desenvolvimento e Implementação de um percurso clínico como o que aqui é proposto, associado a um programa de alta e a um programa de prevenção de novas fraturas é um projeto inovador que irá reduzir a demora média para a cirurgia e do tempo médio



de internamento. Permitirá melhorar a integração dos cuidados de saúde, reduzir o custo, o consumo de recursos, mas acima de tudo fornecer melhores cuidados de saúde.

É aconselhada a monitorização dos seguintes indicadores:

- Tempo Internamento pré operatório
- Tempo de internamento
- Eventos Adversos
- Infecções local ferida operatórias
- Outras Infecções
- Falências de Osteossíntese
- Taxa de reinternamento
- Mortalidade
- Índice de recuperação
- Novas fraturas/período 1 ano

Os valores de base para comparação devem ser os pré-existentes no serviço. Este projeto apresenta como limitação o problema social que está com frequência associado a estas fraturas. A necessidade de referenciação para Rede de Cuidados Continuados e o prolongamento da estadia dos doentes após a alta clínica pode ser uma condicionante para o sucesso do projeto.

Outra limitação está relacionada com a dificuldade ou a ausência de vontade que pode ocorrer entre a ligação dos diferentes componentes do projeto.

## CONCLUSÃO

A aplicação deste percurso permite ao conjunto de profissionais que tratam o doente (Ortopedista, Fisiatra, Internista, Anestesiologista, Enfermeiro, Fisioterapeuta), estarem em perfeita sintonia quanto aos procedimentos a efetuar e no seu tempo correto. Permite ainda identificar os doentes que se encontram dentro do tempo previsto de recuperação, mas acima de tudo, identificar aqueles que se encontram atrasados em relação ao tempo previsto. Permite assim identificar mais precocemente a situação mas também introduzir ações terapêuticas que os permitam mais facilmente recuperar.

Este percurso embora importante não deve ser a única padronização de tratamentos e condutas a ter nestes doentes. Após a alta hospitalar verifica-

se uma falha de comunicação importante entre o serviço hospitalar e o centro de saúde. Desta menor integração dos cuidados de saúde resultam mais despesas, mais consumo de recursos e em última análise menor qualidade dos serviços prestados ao doente. É nossa opinião que o desenvolvimento de um programa de alta específico como o que se propõe para os doentes com fratura da extremidade proximal do fémur permitirá melhorar a integração dos cuidados de saúde, reduzir os custos, otimizar os recursos, mas acima de tudo fornecer melhores cuidados de saúde. Este programa de alta inclui vários protocolos que são o seguimento do percurso clínico hospitalar e tem como peça central o médico de medicina geral e familiar.

## REFERÊNCIAS

1. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2006 Dec; 17 (12): 1726-1733
2. Circular Informativa Direção Geral de Saúde nº13 (01/04/08) da DGS.
3. Pinheiro M, Amaral F, Felicíssimo P. Fraturas da extremidade proximal do fémur estatística de 2006 - 2009. XXX Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia; 2010.
4. Chamberlain M, Pugh H. Improving inpatient care with the introduction of a hip fracture pathway. *BMJ Qual Improv Report.* 2015; 4 (1): 10-13
5. Dore N, Kennedy C, Fisher P, Dolovich L, Farrauto L, Papaioannou A. Improving care after hip fracture: the fracture? Think osteoporosis (FTOP) program. *BMC Geriatrics.* 2013; 13: 130
6. Fleury N, Chevalley F, Rubli E, Coti P, Farron A, Jolles BM. Efficiency of the lausanne clinical pathway for proximal femoral fractures. *Frontiers in Surgery.* 2015; 2: 5
7. Cheah TS. Clinical pathways - the new paradigm in healthcare?. *Med J Malaysia.* 1998; 53 (1): 87-96
8. Jain D, Sidhu GS, Selhi HS, Mears SC, Yamin M, Mahindra P, et al. Early Results of a Geriatric Hip Fracture Program in India for Femoral Neck Fracture. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation.* 2015; 6 (1): 42-46
9. van Wyk PM, Chu CH, Babineau J, Puts M, Brooks D, Saragosa M, et al. Community-based rehabilitation post hospital discharge interventions for older adults with cognitive impairment following a hip fracture: A systematic review protocol. *Journal of Medical Internet Research.* 2014; 3 (3): 47
10. Yazdanshenas H, Washington ER, Shamie AN, Madadi F. Senior Managed Care System for Hip Fracture in the United States. *Clinics in Orthopedic Surgery.* 2016; 8 (1): 19-28
11. Cheah J. Clinical pathways - an evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore. *Singapore Med J.* 2000; 41 (7): 335-346
12. Weingarten S, Riedinger MS, Sandhu M, Bowers C, Ellrodt AG, Nunn C, et al. Can practice guidelines safely reduce hospital length of stay? Results from a multicenter interventional study. *Am J Med.* 1998; 105 (1): 33-40
13. Castelli A, Daidone S, Jacobs R, Kasteridis P, Street AD. The determinants of costs and length of stay for hip fracture patients. *PLoS ONE.* 2015; 10 (7): 1-14