

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca,
EPE
Sessões Clínicas
Miguel Pinheiro
miguelpinheiros@gmail.com

Direcção:
Dr. Paulo Felicíssimo
Dr. Francisco Mateus

4 anos no HFF

fractura fémur proximal

2006-2007-2008-2009

sumário

Introdução

As ancas da Amadora e de Sintra

As ancas do Norte da Europa

Conclusão

Patogenia multifatorial ⁽¹⁾

90% associadas a quedas ⁽²⁾

só 1% das quedas resultam em FEPP (fracturas da extremidade proximal do fémur) ⁽³⁾

A própria patogenia da queda é multifatorial

1 Melton LJ III et al Epidemiology of hip fractures: implications of the exponential increase with age. *Bone* 1996;18(SUPPL3):121s-125s

2 Youn T et al Do all *Hip fractures result from a fall?* *Am J Orthop* 1999;28:190-194

3 Nevitt MC et al Type of fall and risk of wrist and hip fractures: the study of osteoporotic fractures. *J Am Geriatric Soc* 1993; 41:1226-1234

OSTEOPOROSE

A incidência das FEFP e de outras fracturas osteoporóticas aumentarão **4x** no mundo inteiro nos próximos 50 anos (...) se não se tomarem já medidas preventivas uma epidemia de osteoporose catastrófica e global parece inevitável (...) pondo em risco sistemas de saúde de vários países. (1) (4)

280 000 FEFP/ano nos EUA valor que **duplicará até 2050**

(2)(3)

1 Riggs BL et al *The Worldwide Problem of Osteoporosis: Insights afforded by epidemiology*, Bone 1995; 5:505-511

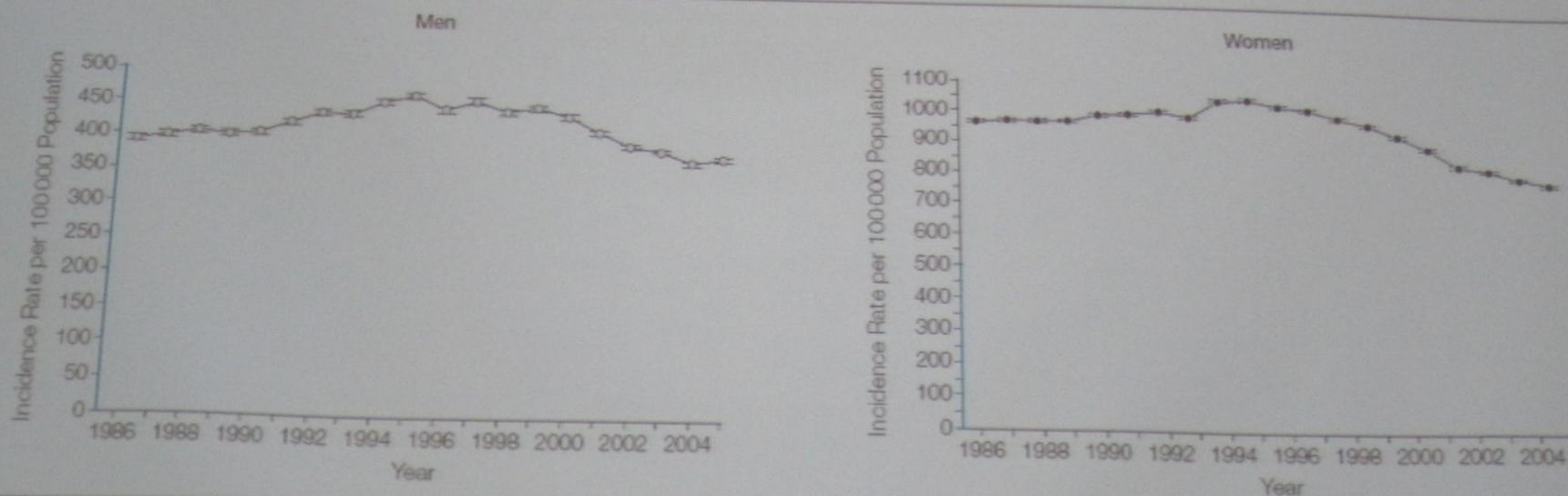
2 Cooper C et al *Hip fractures in the elderly: a worldwide projection*. Osteoporos Int 1992; 2:285-289

3 Johnell O et al *An estimate of worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture*. Osteoporos Int 2004; 15:897-902

4 Branco JC et al *A epidemiologia e o impacto económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: Uma reflexão sobre o tratamento da Osteoporose grave*. Act Reumatol Port 2009; 34:475-485

Hip fracture incidence changes over time

Figure 1. Trend in Age-Adjusted Hip Fracture Incidence for Men and Women



Data are based on a 20% sample of Medicare claims; error bars indicate 95% confidence intervals. $P < .001$ for a change in trend in 1995. Regions of y-axes that are in blue indicate incidence rate of 0 to 500 per 100,000 population.

etiologia
epidemiologia

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Canadá

36 000 FEPF/ano

88 000 em 2040 (daqui a 30 anos)

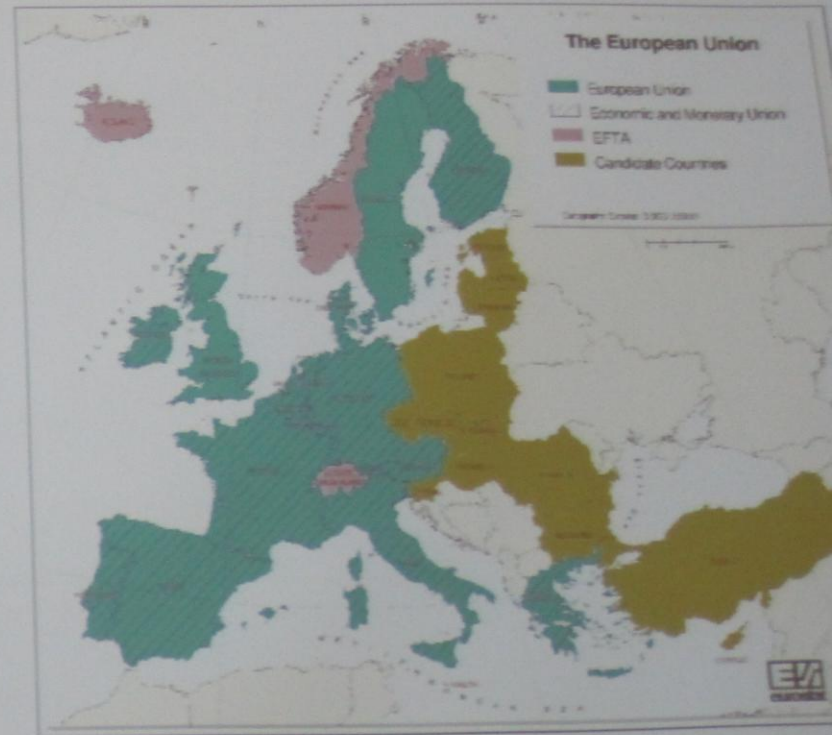
$\frac{1}{4}$ dos canadianos terão >65 anos ⁽¹⁾

1 Riggs BL et al *The Worldwide Problem of Osteoporosis: Insights afforded by epidemiology*, Bone 1995;5:505-511

The Ageing Population

In the European Union

- the over-65 population is anticipated to rise from
- 15.4 % in 1995 to 22.4 % by 2025



Population aged 80 + 21 million (2.9%)

Mean life expectancy in Swedish men and women

Life expectancy women

2009	83 years
2000	82 years
1950	74 years
1900	57 years
1850	44 years
1750	37 years

Life expectancy men

2009	79 years
2000	77 years
1950	71 years
1900	54 years
1850	40 years
1750	34 years

Life expectancy women

Age	70 yrs	17 years
	75 yrs	13 years
	80 yrs	9 years
	85 yrs	6 years
	90 yrs	4.3 years

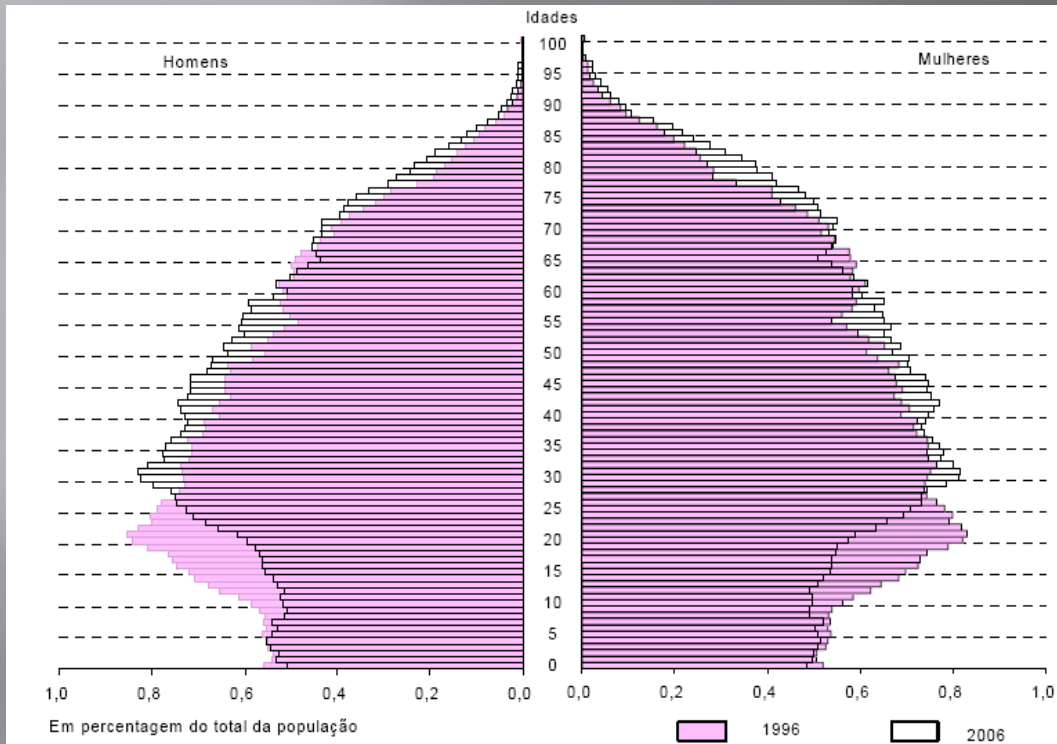
Life expectancy men

Age	70 yrs	14 years
	75 yrs	11 years
	80 yrs	8 years
	85 yrs	5 years
	90 yrs	3.6 years

• Expected increase by 2050 + 3 yrs = 86 and 82 yrs

Kalla: SCB 2000

etiologia epidemiologia



61-173 velhos/100 jovens
209-380

ano 2000
ano 2050

etiologia
epidemiologia

MAS NÃO SÓ!

Estilo de vida sedentário

Aumento da estatura

Hábitos alimentares perinatal, infância e adulta
(avanços da Medicina e aumento da sobrevivência/idosos frágeis)

1 McColl A et al Hip fracture incidence and mortality in an english region: a study using routine national health service data Public Health Med 1998; 20:196-205

2 Melton LJ III et al Long term trends in hip fracture prevalence: the influence of hip fracture incidence and survival Osteoporos Int 1998;8:68-74

3 Huusko TM et al The changing picture of hip fractures: dramatic change in distribution and no change in age-adjusted incidence within 10 years in central Finland Bone 1999;24:257-59

4 Rogmark C et al Incidence of hip fractures in Malmo, Sweden 1992-5: a trend break Acta Orthop Scand 1999;70:19-22

5 Evans JG et al Secular trend in proximal femur fracture, Oxford record linkage study area 1968-86 Epidemiol Community Health 1997;51:424-429

6 Cooper C et al Maternal height, childhood growth and risk of hip fracture in later life: a longitudinal study. Osteoporos Int 2001;12:623-29

7 Branco JC et al A epidemiologia e o impacto económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: Uma reflexão sobre o tratamento da Osteoporose grave. Act Reumatol Port 2009; 34:475-485

questões fundamentais

Quantas FEPP em Portugal?

Quantas na nossa área de residência?

Que diferenças?

Que mortalidade no 1º ano?

Qual a taxa de **complicações** aceitável?

Qual é a variação de **funcionalidade** pré e pós tratamento?

Como melhorar a funcionalidade?

Qual é o **melhor tratamento**?

De que **factores** além da fractura depende?

Que custos?

Quantas FEPF em Portugal?

Ano	FEPF
1989	5600
1994	6718
2006	9523

1 Branco JC et al *A epidemiologia e o impacto económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: Uma reflexão sobre o tratamento da Osteoporose grave.* Act Reumatol Port 2009; 34:475-485

2 DGS

Que custos?

Ano	Milhões de euros
1990	11
1992	22,5
1994	28
2006	52

4 100 euros de custos directos*

6 037 euros – 2x gastos EAM+DPOC+DHC

1 Branco JC et al A epidemiologia e o impacto económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: Uma reflexão sobre o tratamento da Osteoporose grave. Act Reumatol Port 2009; 34:475-485

2 DGS

objectivo deste trabalho

Analisar
a distribuição da FEPF na área de influência do
HFF
nos anos 2006, 2007, 2008 e 2009

população da área de residência do Hospital

Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual											
		Período de referência dos dados											
		2008				2007				2006			
		Local de residência 											
		Portugal	Continente	Amadora	Sintra	Portugal	Continente	Amadora	Sintra	Portugal	Continente	Amadora	Sintra
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	
HM	Total	10 627 250	10 135 309	172 110	445 872	10 617 575	10 126 880	173 413	437 471	10 599 095	10 110 271	174 511	428 470
	65 e mais anos	1 874 209	1 811 651	30 068	60 872	1 849 831	1 787 344	29 436	57 663	1 828 617	1 766 145	28 853	54 967
H	Total	5 142 566	4 904 381	82 038	219 197	5 138 807	4 901 357	82 793	215 044	5 129 937	4 893 500	83 440	210 588
	65 e mais anos	782 521	759 070	12 517	26 654	772 405	748 918	12 271	25 108	763 752	740 183	12 002	23 836
M	Total	5 484 684	5 230 928	90 072	226 675	5 478 768	5 225 523	90 620	222 427	5 469 158	5 216 771	91 071	217 882
	65 e mais anos	1 091 688	1 052 581	17 551	34 218	1 077 426	1 038 426	17 165	32 555	1 064 865	1 025 962	16 851	31 131

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

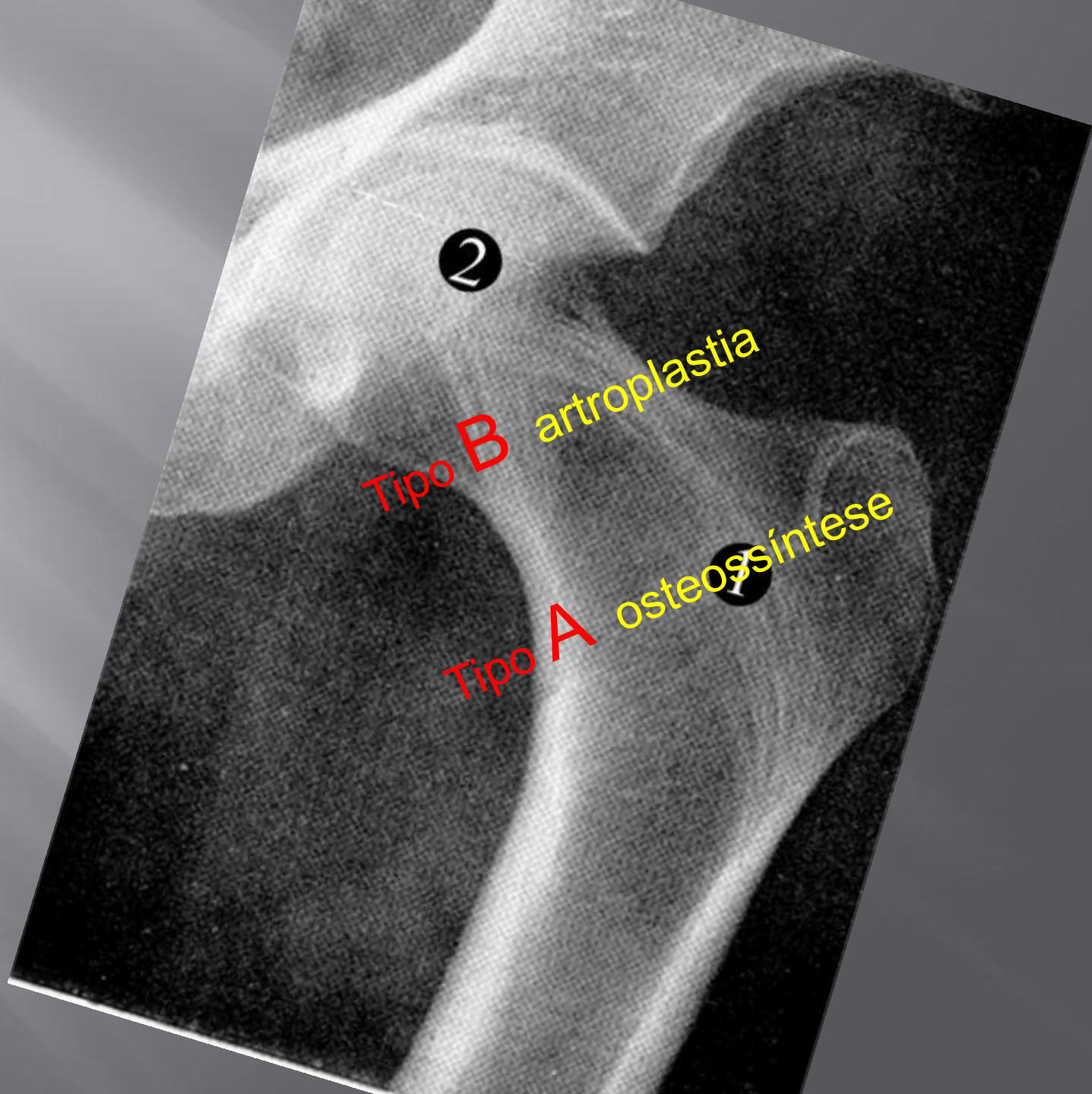
População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

população da área de residência do Hospital

		2006	aumento	2009
Portugal Continente	total	10 110 271 1:1,07	0,34 %	10 144 949 1:1,07
	>65A	1 766 145	4%	1 838 327 17,6% 1:1,395
Amadora e Sintra 29%	total	602 981 5,7%	3,6%	625 016 5,8% 1:1,05
	ine.pt dados de Maio 2010 >65A	83 820 13,9%	13%	94 943 14,7% 1:1,322

população estudada

doentes internados no HFF com
diagnóstico de fractura da extremidade proximal do fémur
FEPF



resultados

sazonalidade

distribuição por sexo

distribuição por classificação

tratamentos

complicações do tratamento cirúrgico

fatalidade precoce

dias de internamento

distribuição por sexo e idade

N=1521

380/ano ou

1,04/dia

Média etária 78,2 (13-103)

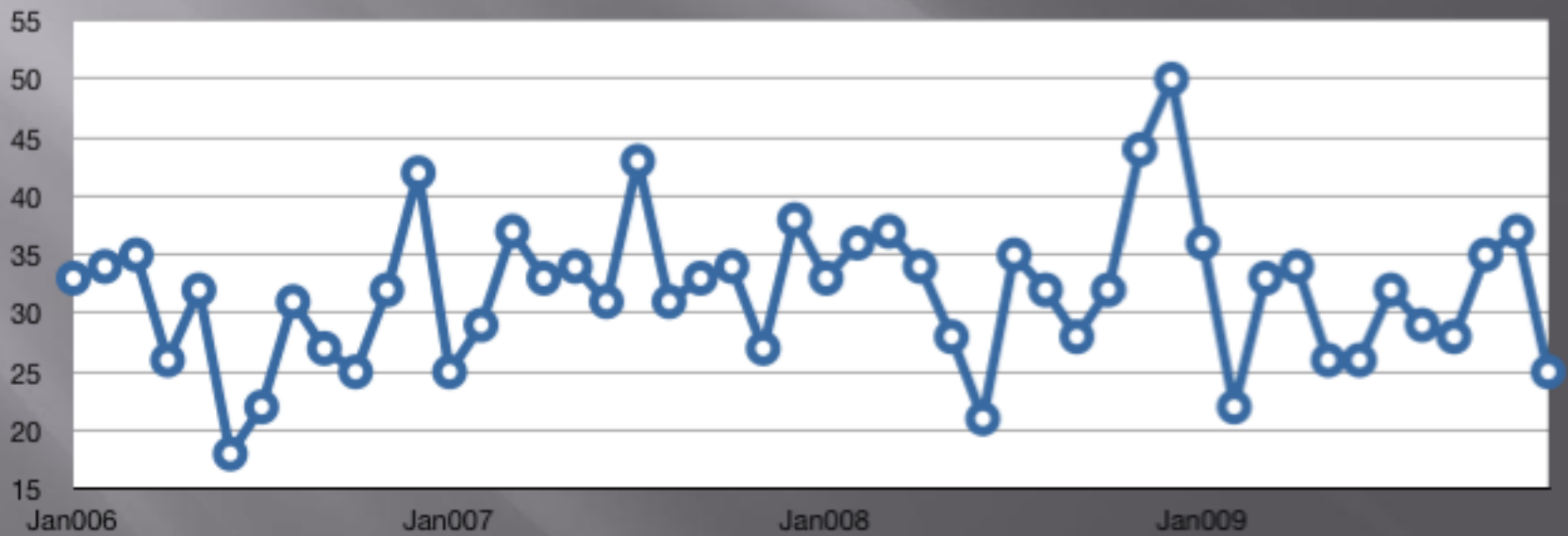
O Nosso Serviço

64 camas

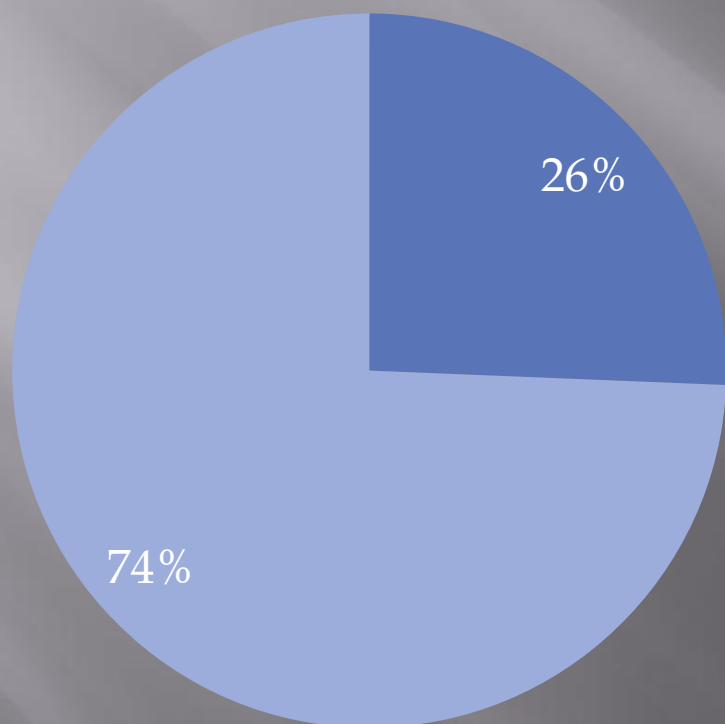
>2500 internamentos/ano
(+/- 15% por FEPPF/ano)

>1000 doentes de traumatologia/ano
+/- 38% FEPPF/ano

sazonalidade



distribuição por sexo e idade



1131 Mulheres

média 79,9

Diferença média etária 6,7

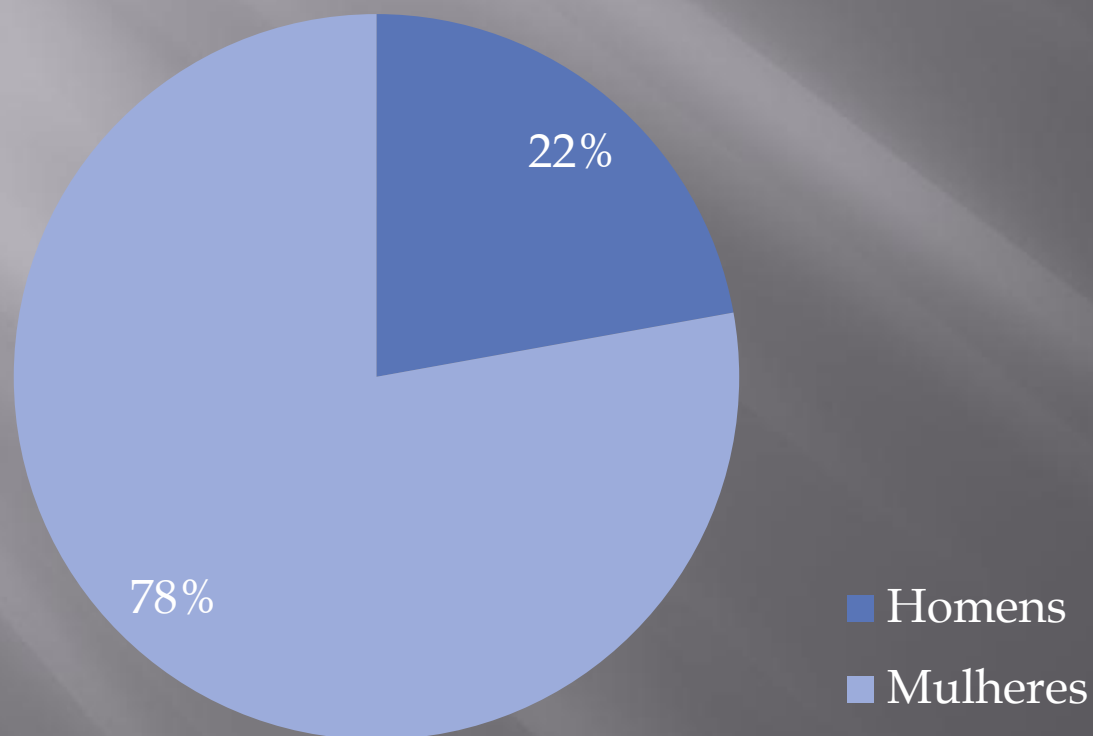
390 Homens

média 73,2

■ Homens

■ Mulheres

distribuição por sexo e idade >65 A



87%

N=1331

Média etária 81,7

29,5% >85A

distribuição por classificação e idade

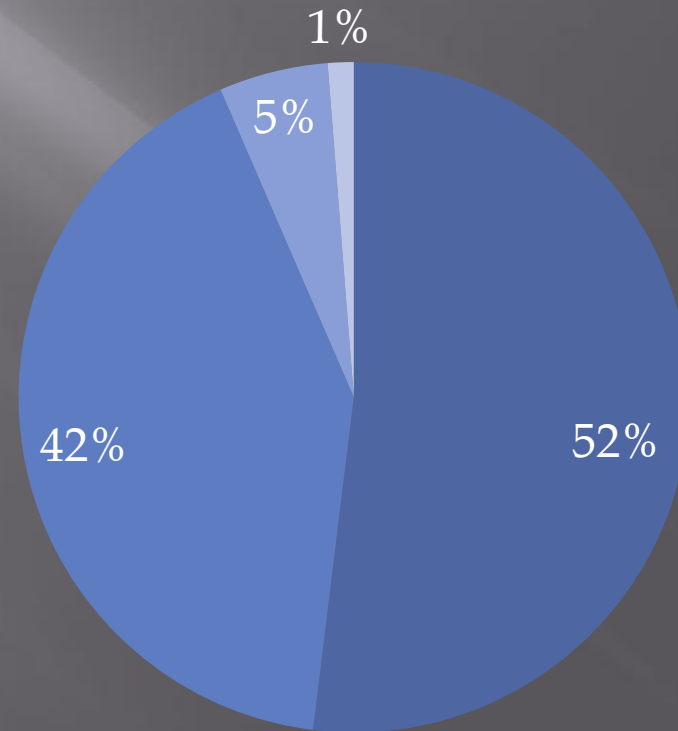
N=1521

A N=790 79,3

B N=494 78,0

Diferença da média etária 1,3 A

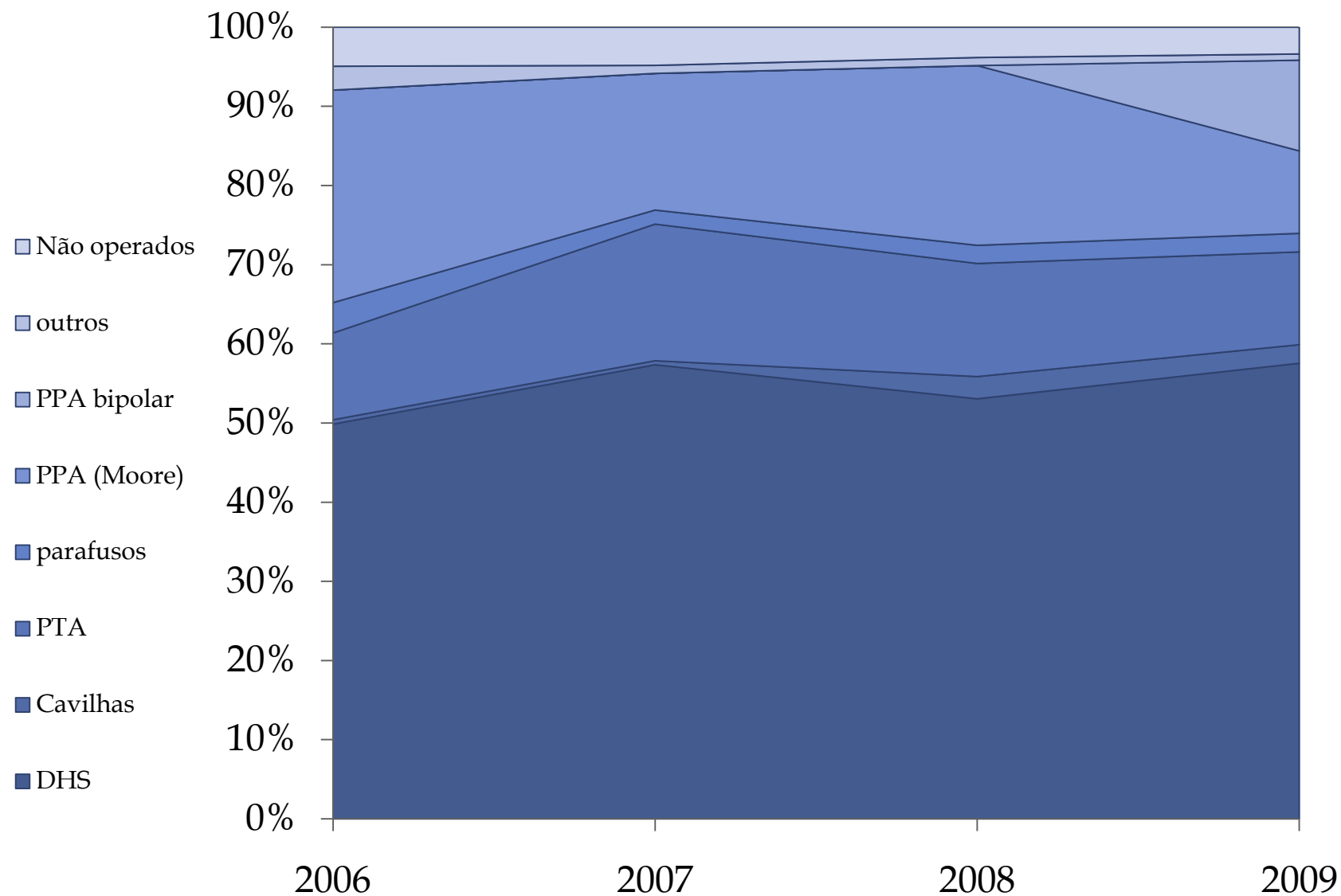
- 31A extracapsulares
- 31B intracapsulares
- subtrocantéricas
- outras



tratamentos

	2006	2007	2008	2009
Operados	341 94%	375 95%	377 96,2%	361 96,5%
DHS	182	226	208	221
PPA (M-Moore B-bipolar)	98 M	68 M	89 M	84 M+B
PTA	40	68	56	45
Parafusos percutâneos	14	7	9	9
Cavilha	2	2	11	9
Outros tratamentos	9	4	4	3
Não operados	18	19	15	13

tratamentos



complicações do tratamento cirúrgico

	2006 341	2007 375	2008 377	2009 361	Total 1454
Artroplastias	138	136	145	129	548
fractura periprotésica intraoperatória	4	4	4	11	
Luxação	3	-	-	2	
Infecção	1	-	2	3	
Total	8	4	6	15	
Revisões/reoperações	1	-	3	3	1,2%
Osteossíntese	203	233	233	242	911
<u>consolidação viciosa/pseudartrose/necrose</u>	5	6	7	5	
falência/desmontagem/cut out	7	8	9	9	
Infecção	-	-	-	1	
Total	12	9	16	15	
Revisões/reoperações	7	7	8	7	3,2%

complicações do tratamento cirúrgico

Trocantéricas + basicervicais N= 758

Totalmente classificadas e tratadas com DHS N= 730

Estáveis 471-30=441			Instáveis 259+30=289		
REOP (Cut out...)	Consol. viciosa	Bom resultado	REOP (Cut out...)	Consol. viciosa	Bom resultado
9	4	428	19	9	261
2%			7,3%		

fatalidade precoce

1^{os} 30 dias ou no internamento 5,3%

2006		2007		2008		2009	
H	M	H	M	H	M	H	M
8 34,8 %	15	10 45,5 %	12	6 40%	9	8 38%	13
23 - 6,4%		22 - 5,6%		15 - 3,8%		21 - 5,6%	

Dias de internamento

12 dias internamento*
8,3 no pós operatório

Ortopedia B 2007

Incidência

60 – 65 por 100 000 habitantes por ano
a diminuir

população >65 anos

343 – 404/100 000 habitantes >65 anos por ano
a diminuir

Instructional Course

17-18 September 2010



3 Workshops



EFORT Instructional Course

Copenhagen, Denmark: 17-18 September 2010

Fractures in the elderly

an increasing challenge for quality care

- Upper extremity fractures
- Periprosthetic fractures
- Deep venous thrombosis in elderly fracture patients
- Hip fractures
- Hip fracture rehabilitation programmes

Mortalidade
Comorbilidades
Técnica cirúrgica
Reabilitação
Prevenção primária e
secundária

Mortality in short and long term

- Mortality
 - 1-year mortality 11%-34%
 - Long-term mortality (> 10 yrs)

von Friesendorff M JBMR 2008

Vestergaard P Ost Int 2007

Forsén L Ost Int 1999

Schröder HM J Orthop Trauma 1993

- Causes of death

Vestergaard P Ost Int 2007

SURPLUS MORTALITY DUE TO HIP FRACTURE

MEN: 20%

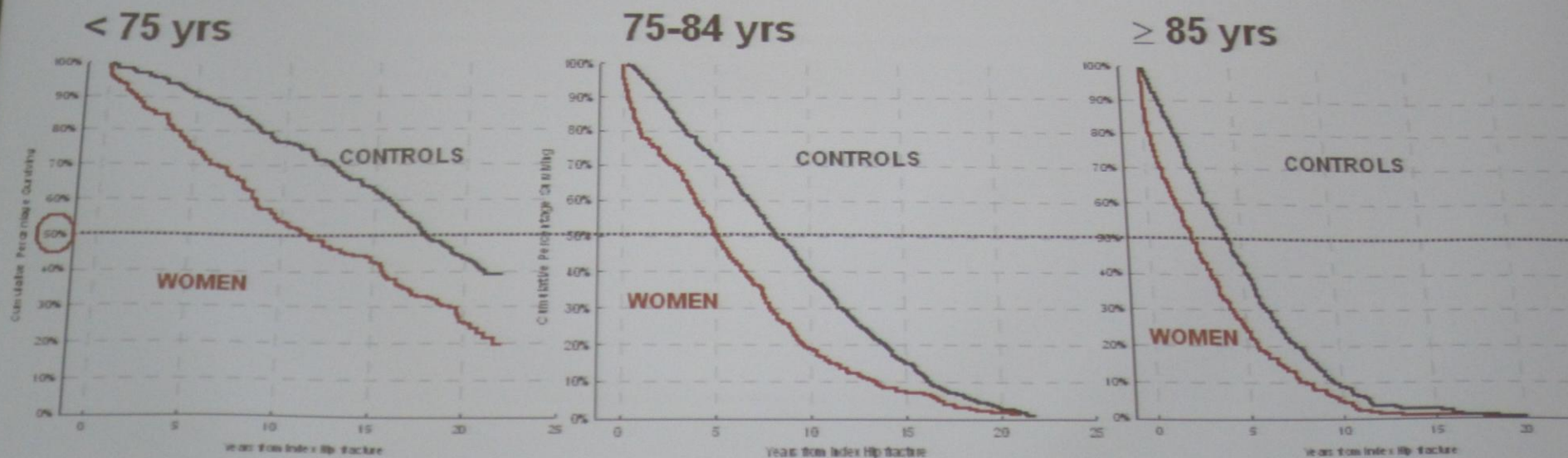
WOMEN: 12%

COMPARED WITH AN AGE-
MATCHED NORMAL POPULATION

Data from the Danish National Board of Health

Survival – Women according to age group

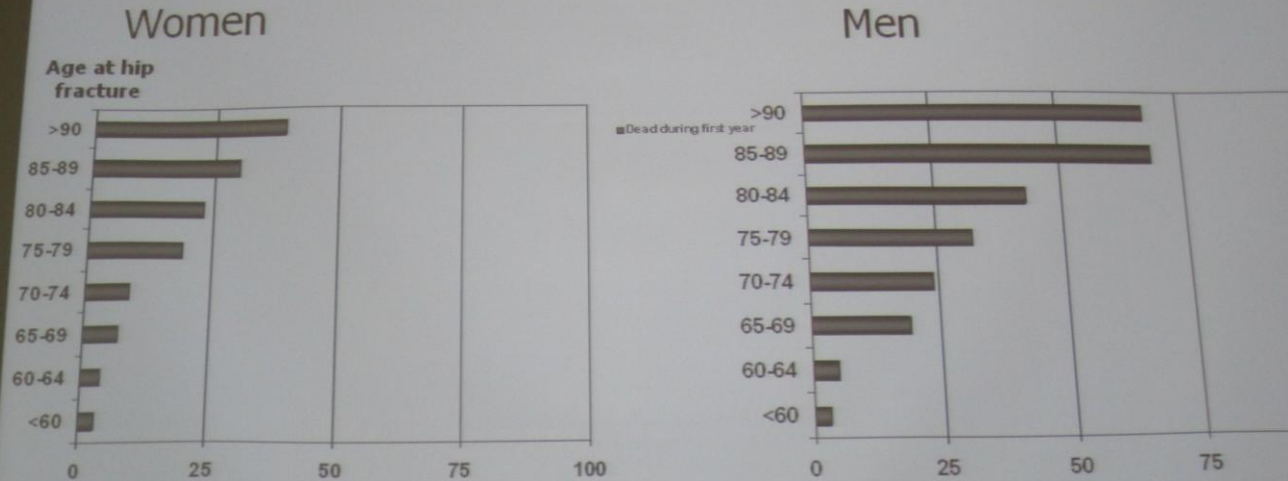
WOMEN – with hip fracture and controls



Mortalidade

LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

After hip fracture: Proportion dead within the first year



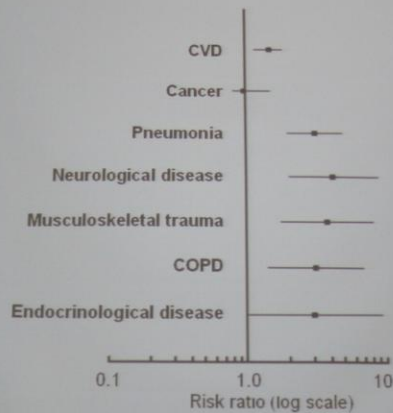
The effect of age at index hip fracture on 1 yr mortality

Cohort followed until death or 22 years. Index hip fracture 1984-85

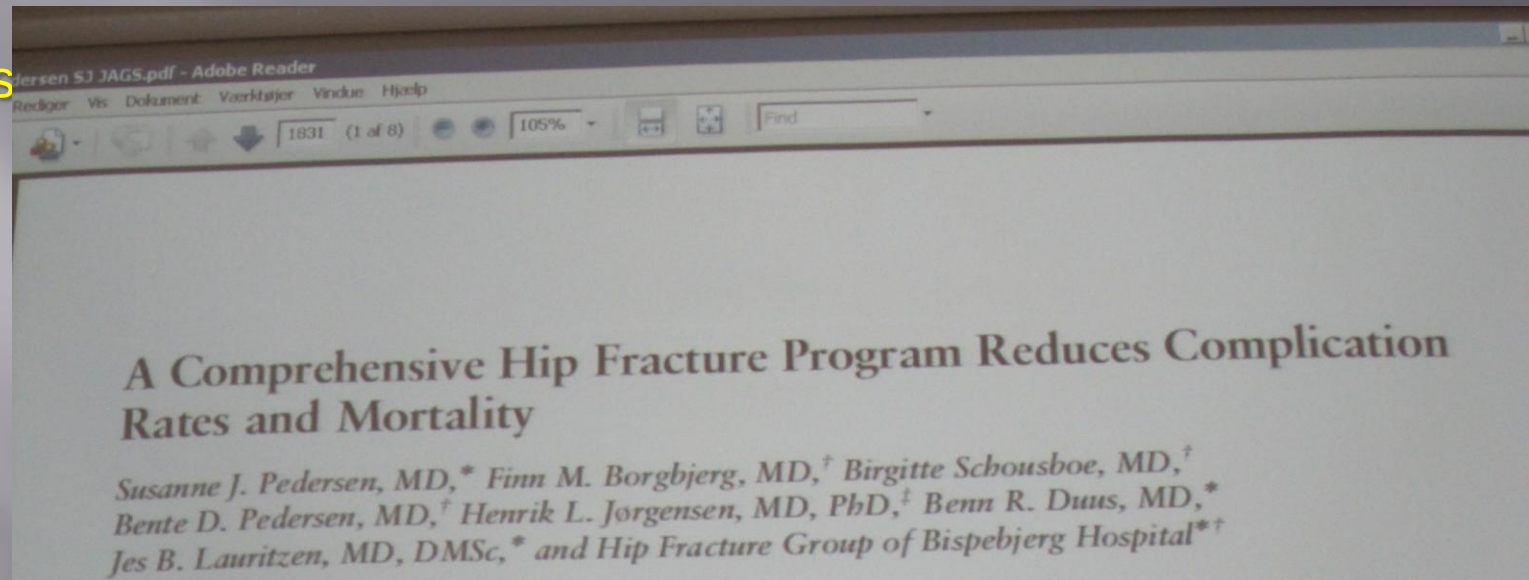
von Friesendorff JBMR 2008; (11):18

LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

Risks associated with death in men



Comorbilidades



AOTRAUMA



Medication

STOP-List

- diuretics (on the day of operation)
- bezofibrats, Niacin, Ezetimibe
- theophyllin
- hormon replacement therapy, SERMs (Raloxifen, Tamoxifen)
- metformin
- NSAID, incl. Cox-2-inhibitors
- tricyclic antidepressants, MAO-inhibitors
- allopurinol
- oral anticoagulation (switch to heparin)
- α -blockers
- herbs (Ginkgo increases bleeding risk)

trauma Course—Fragility
ures and Orthogeriatric
management-Comanagement I-
operative phase
009, Davos, Switzerland
al optimization of stable and unstable
s
Dorsch

CONCLUSION: The optimized hip fracture program reduced the rate of in-hospital postoperative complications and mortality. Randomized clinical trials are needed to confirm these results and elucidate the elements of the program that have the greatest effect on clinical outcomes and mortality. J Am Geriatr Soc 56:1831–1838, 2008.

Key words: hip fractures; fast-track program; mortality; complications

Comorbilidades



The Bispebjerg hip fracture bio bank



Aims

- To find factors identifying persons at risk of incurring hip fractures
- To develop strategies for preventing hip fractures
- To improve surgical techniques for the treatment of hip fractures
- To improve peri- and postoperative care (pain treatment, fluid therapy etc)
- To find ways of reducing mortality and co-morbidity of hip fracture patients
- To find ways of reducing the risk of subsequent hip fractures

Comorbilidade



Abstract 1: Geriatricians in orthopaedics reduce mortality in hip fracture patients



Susanne van der Mark, Sune Jauffred, Troels Riis, Henning W. Ogarrio, Benn R. Duus

N_{total} = 1344 hip fracture patients (age ≥70 years)

	Population 1	Population 2	Population 3	P-value
N	645	381	318	
Hospital	GUH 1/1-6:31/12-7	BBH 1/9-9:8/7-10	BBH 1/1-6:31/12-7	
Geriatricians	+	+	-	
	85.5 (7.3)	85.3 (14.3)		P=0.1
	0.80/0.20	0.75/0.25		P=0.09



Abstract 2: Routine blood tests predict mortality in hip fracture patients



Mathias Mosfeldt, Ole B. Pedersen, Henrik L. Jørgensen, Henning W. Ogarrio, Benn R. Duus, Jes B. Lauritzen

- All hip fracture patients admitted from October 2008 till December 2009 were included prospectively.
- 324 patients for further analysis.
- Hemoglobine, albumin, sodium, potassium, calcium, creatinine, glucose.
- Follow up data on mortality were obtained from the civil registration system February 2010.

Department of Orthopaedic Surgery, Bispebjerg Hospital, D

27) and Barthel Index (Barthel100) at admission (n=394)

Department of Orthopaedic Surgery, Bispebjerg Hospital, D

Comorbilidades

- Aim: Reduce complications

- Reduce waiting routines
- Hip fracture ward room in the Emergency Room
- Treatment initiated by nurses
- Early anaesthesiological evaluation, before the orthopedic surgeon
- Pain killers immediately (paracetamol) Reduce thirst periods – nutrition and soft drinks per os immediately
- Pre og postop.: Femoral nerve catheter og non-opioid pain treatment
- Operation: Spinal anaesthesia, femoral, ischiadicus and sacral block
- Mobilisation immediately
- Training center in the bed ward
- Standard regimen 0 - 3 days
- Defined patient care, multimodal team function
- Personal physio, nurse and physician
- Systematic schematic hip fracture medical record
- Intracutaneous suture

Lauritzen, Pedersen, Jørgensen &
Duus 2010 EFORT Madrid

• Orthogeriatric ward:

- 16 beds in Orthopaedic department of HGUGM
- 14 rehabilitation beds in the Rh Unit.
- Specific geriatric consultation for outpatients

• Orthogeriatric team at HGUGM

- 1 Full-time senior geriatrician
- 1 Full-time senior orthopaedic surgeon
- 1 Full-Time orthogeriatric nurse
- 1 Part time Rehab. Physician
- ward nurses, physiotherapists, social workers, etc

Comorbilidades



Evolución prospectiva
y secuencial en la recuperación
A multidisciplinary and sequential program in
a prospective evolution

Ortiz J. Traum Fund. 2006

OBJECTIVE: Evaluation of a consecutive treatment (orthopaedic, geriatric and rehabilitational) compared to an acute geriatric treatment.

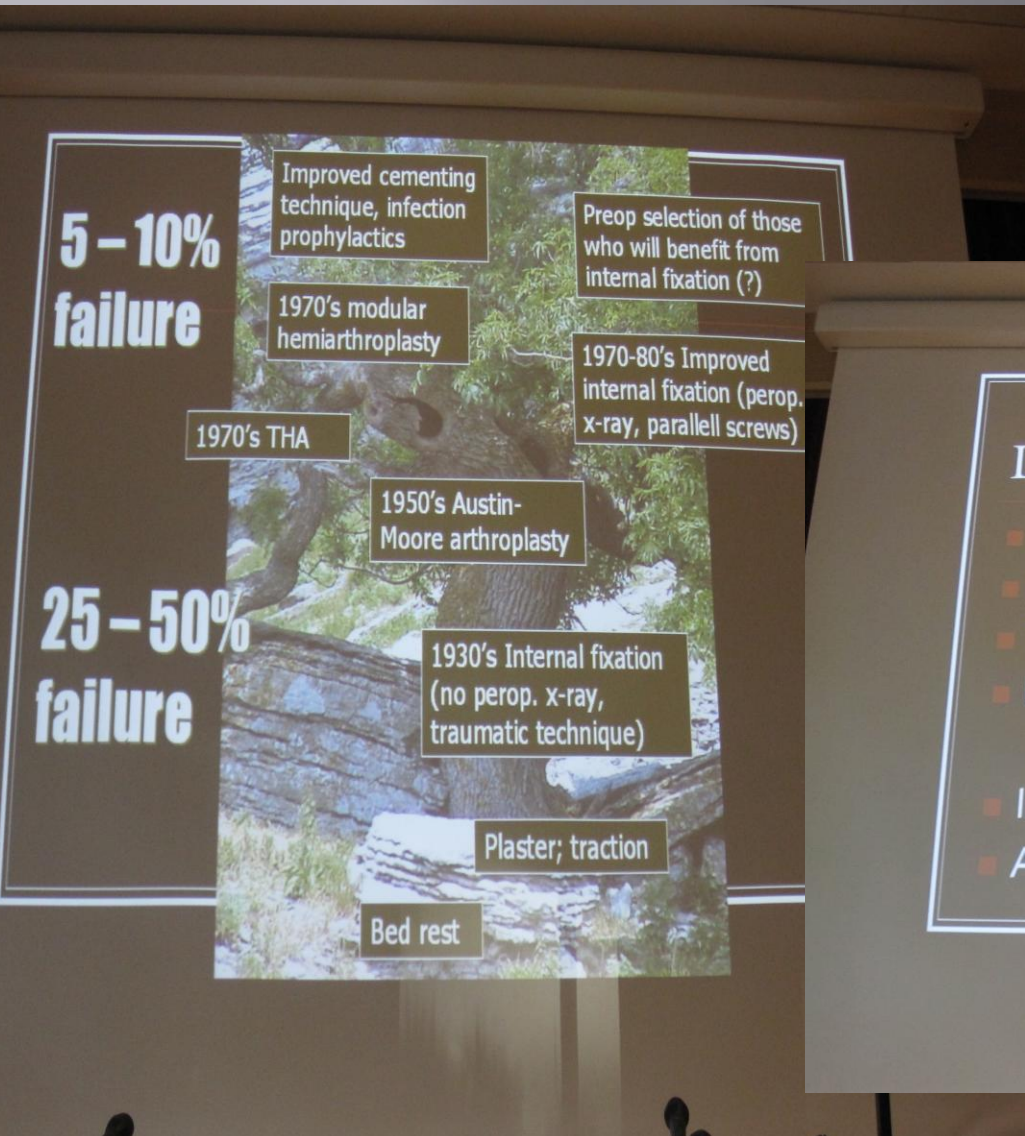
METHODS: Consecutive prospective non-randomized study (n=219) with historical control group (n=155).

RESULTS:

- Reduced number of medical post-operative complications: 68 vs 45% (p<0.001)
- Reduced average hospital stay: 17.6 vs 15.3 days (p<0.05)
- Increased rate of patients with an independent gait at 3 and 6 months.
- Gait restoration at 1 year FU was only associated with age and previous status of independence in activities of daily living

MAPFRE GRANT 2006

Técnica Cirúrgica



Long-term results – 10 year data

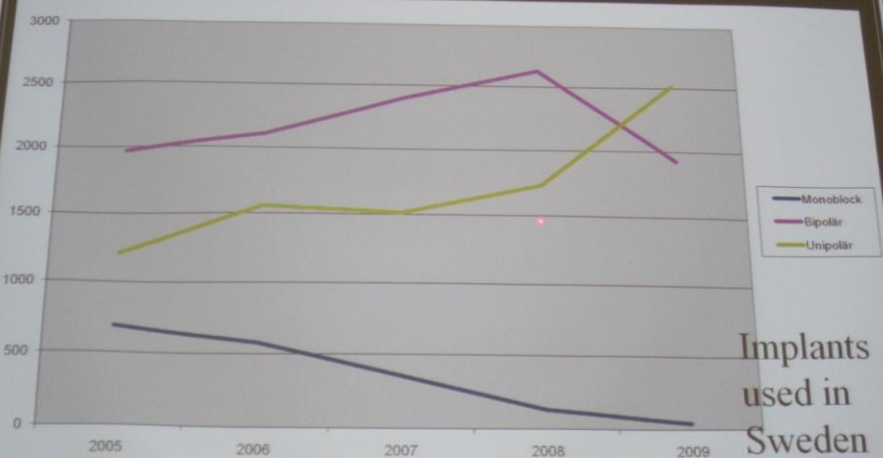
- RCT including 409 independent pts >70 y
 - Internal fixation 217 (Hansson hook pins)
 - THA 103
 - Hemi 89
- } reported as a group
-
- Internal fixation 46 % failure
 - Arthroplasty 9 % failure

Recommendations:

- Cemented stem
- No Austin-Moore® or Thompson®
- Anterolateral approach
- Problems with all bipolar heads or just the VarioCup® ?
Study in progress!



Can surgeons change?



What about nails for the more difficult fracture types?



Stable fractures failure rate
2.4% - nails versus 0.6% - SHS

Unstable fractures failure rate
5.4% - nails versus 4.8% - SHS



International orthopaedics 2006;30:69-78.

Nails versus SHS - fracture healing

All fracture healing
complications

7.4% versus 3.8%



Plate or nail for A3 fractures ?



Previous failure rate from
case series reports

Sliding hip screw - 7%

Nail - 7%

Técnica Cirúrgica

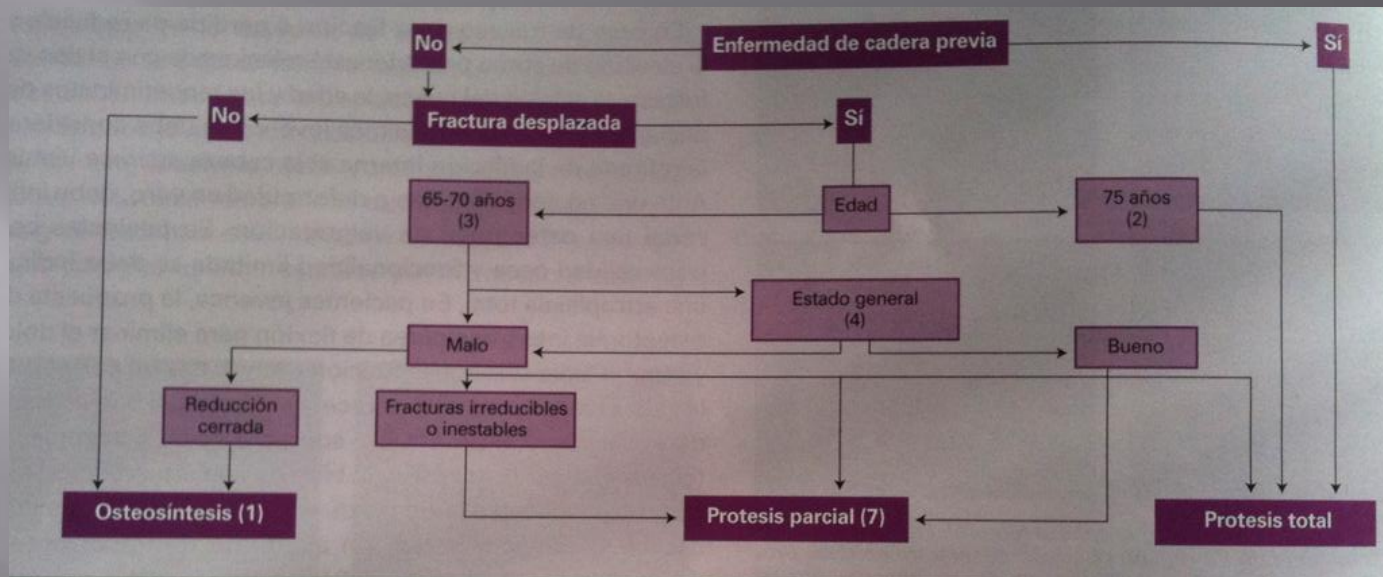
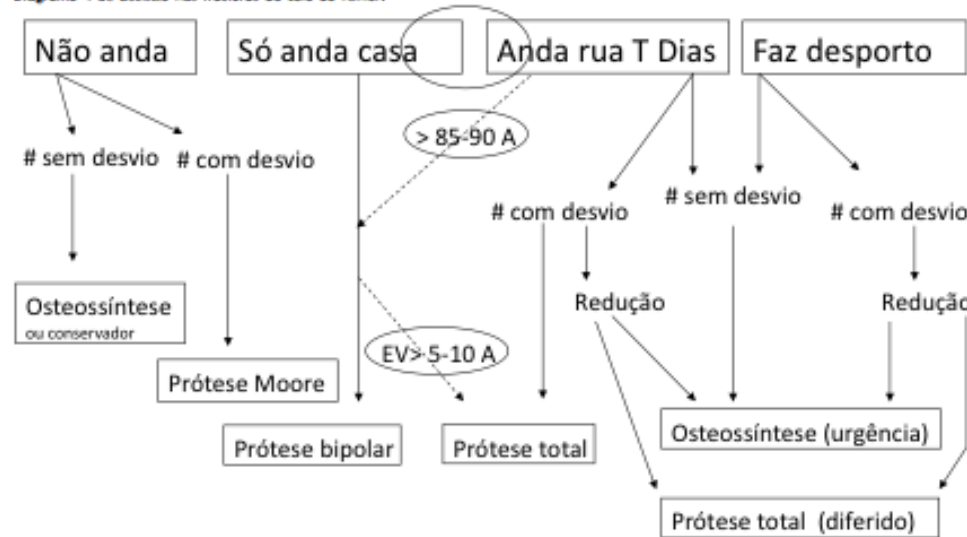
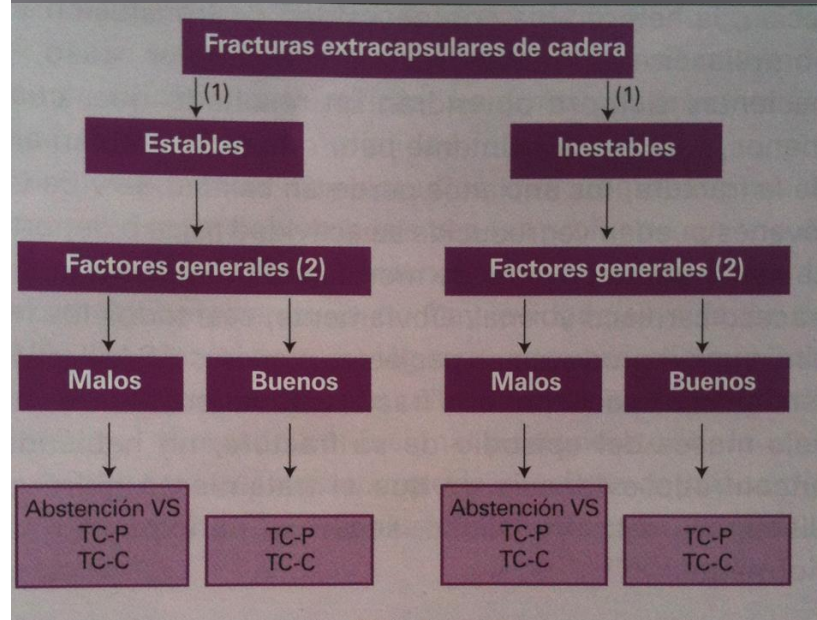


Diagrama 4 de decisão nas fracturas do colo do fêmur:



Os doentes são divididos por funcionalidade de marcha prévia à fractura e por tipo de fractura de Garden. Em casos especiais dúbios a opção é tomada pelo Cirurgião - círculos - ex: doentes que vão todos os dias à rua mas têm mais de 90 anos; doentes que praticamente só andam em casa mas têm uma esperança de Vida (EV) previsivelmente superior a 10 anos; doentes que saem de casa 4 dias por semana.



Reabilitação

Predicting Results of Rehabilitation After Hip Fracture A Ten-Year Follow-Up Study

KARL-GÖRAN THORNGREN, M.D.,* LEIF CEDER, M.D.,** AND KLAS SVENSSON, B.S.†

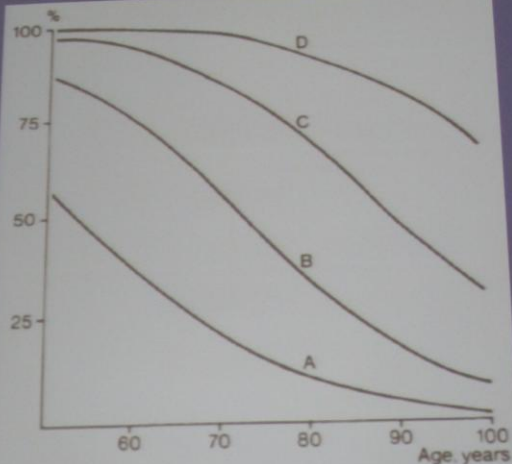


FIG. 2. Probability (in percent) of living at home four months after hip fracture in relation to the patient's age at fracture. The curves denote the patient's walking capacity in combination with ability to visit someone before fracture. For definitions and explanations see Table 2. Curve A, Walk = 0 and Visit = 0; Curve B, Walk = 0 and Visit = 1; Curve C, Walk = 1 and Visit = 0; Curve D, Walk = 1 and Visit = 1.

	Sozinha	C/ auxiliares de marcha	Com companhia	0
Anda	3	2	1	0
Anda rua	3	2	1	0
Compras	3	2	1	0

Type of fracture	General medical condition	Living with someone	Walking capacity	Probability, percent
Cervical	Healthy	Yes	Yes	97
			No	87
		No	Yes	86
			No	59
Trochanteric	III	Yes	Yes	88
			No	61
		No	Yes	59
			No	25
Trochanteric	Healthy	Yes	Yes	92
			No	71
		No	Yes	69
			No	34
Trochanteric	III	Yes	Yes	72
			No	37
		No	Yes	34
			No	11

Osteoporosis: ?

Treatment at Discharge

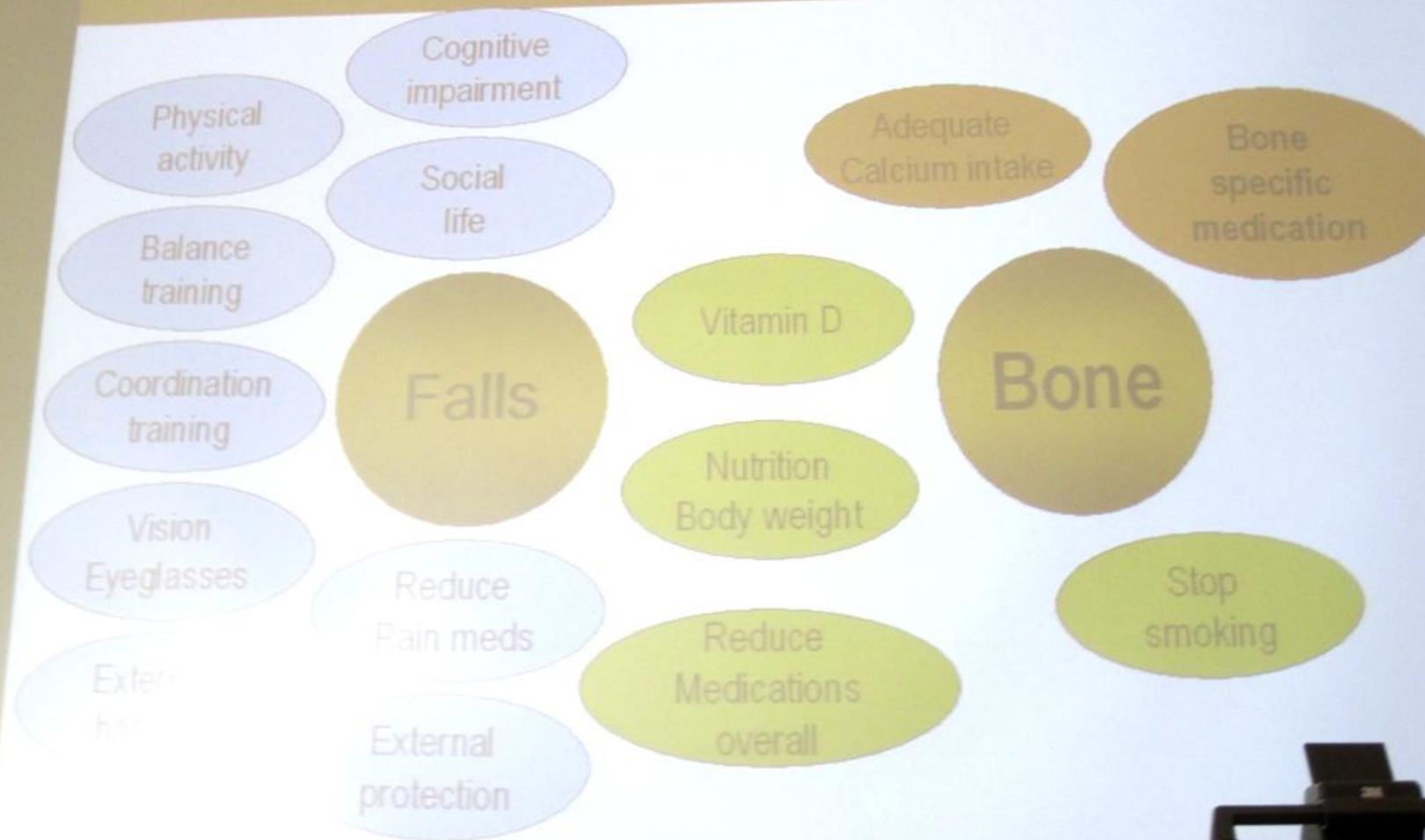
- ▣ 5-6% patients admitted with hip fracture adequately treated for osteoporosis at discharge, only 12% at 5 years
- ▣ Review of medicare data: only 20% patients with hip fracture had any prescription tx over 2 years; patients over age 74 (at highest risk) were least likely to receive treatment
- ▣ Discharge medications carry weight!
- ▣ No significant contraindication in most to treating at time of discharge

Osteoporosis: Vitamin D

- ❑ Prior recommendations of 400-800 IU of vitamin D supplementation not nearly adequate
- ❑ High prevalence of Vitamin D deficiency in frail elders, especially residents of nursing facilities
- ❑ Vitamin D linked to reduction in falls risk in elderly
- ❑ Likely effects on muscle as in addition to bone

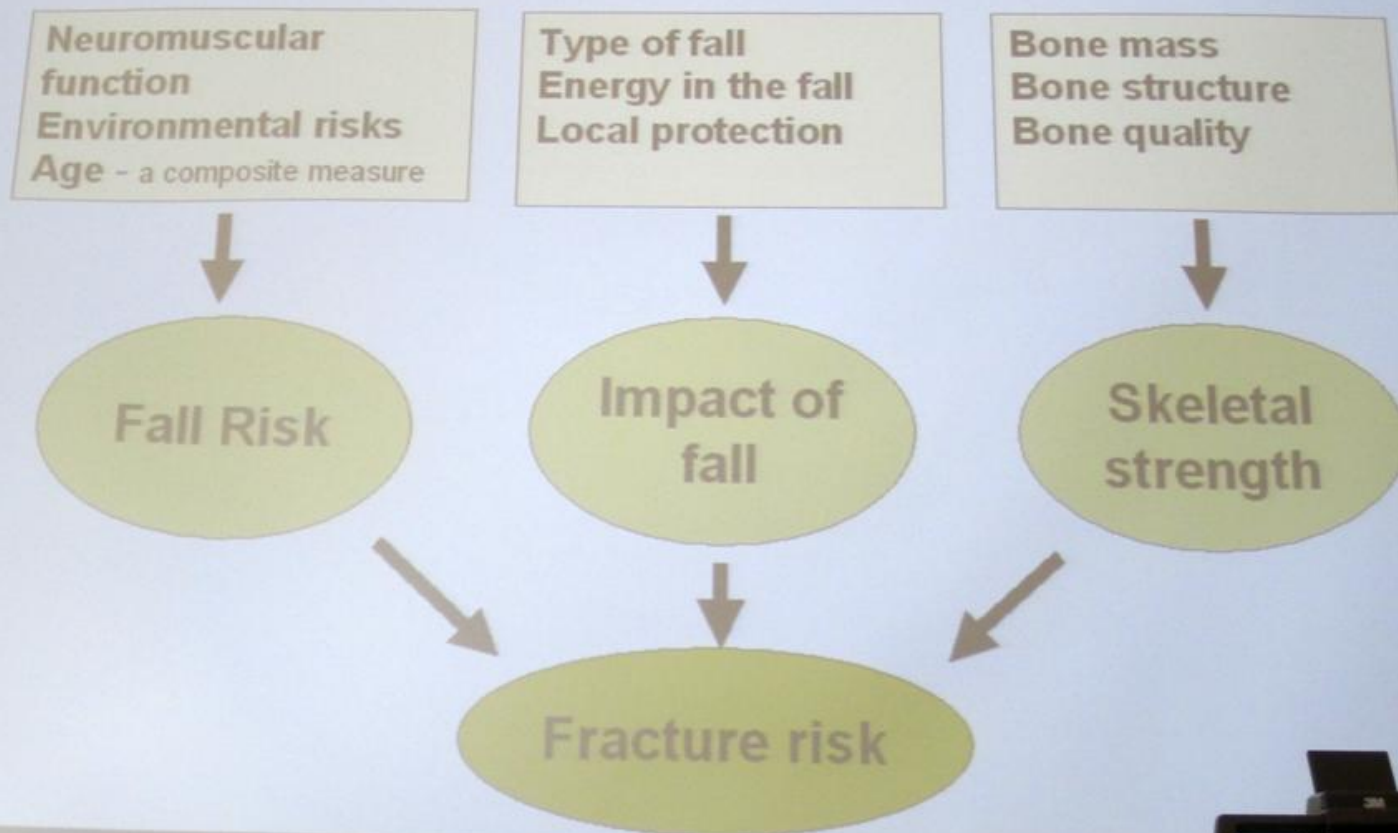
Prevenção primária e secundária

Multi-targeted fracture prevention



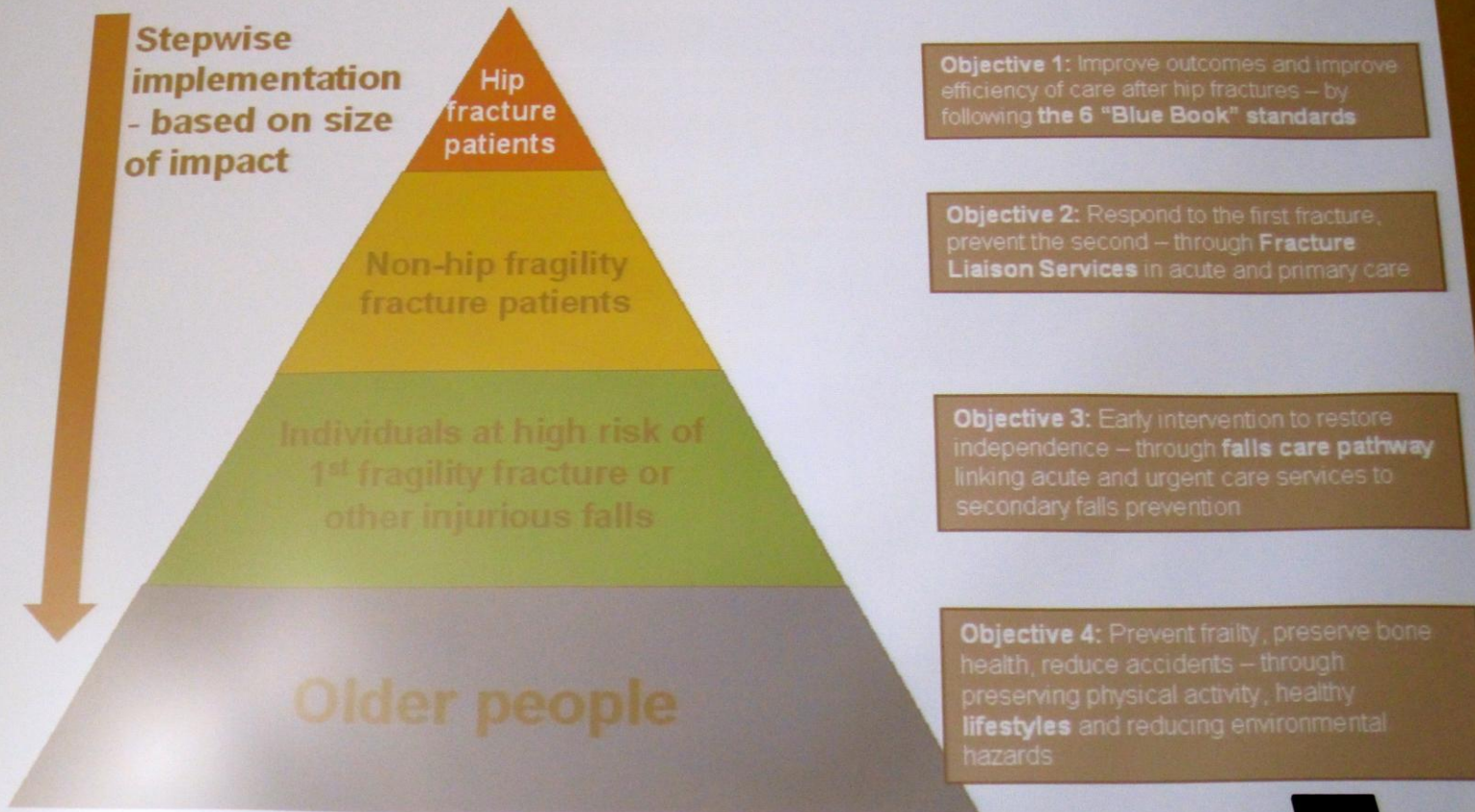
Prevenção primária e secundária

Pathogenesis of Fragility Fractures



Prevenção primária e secundária

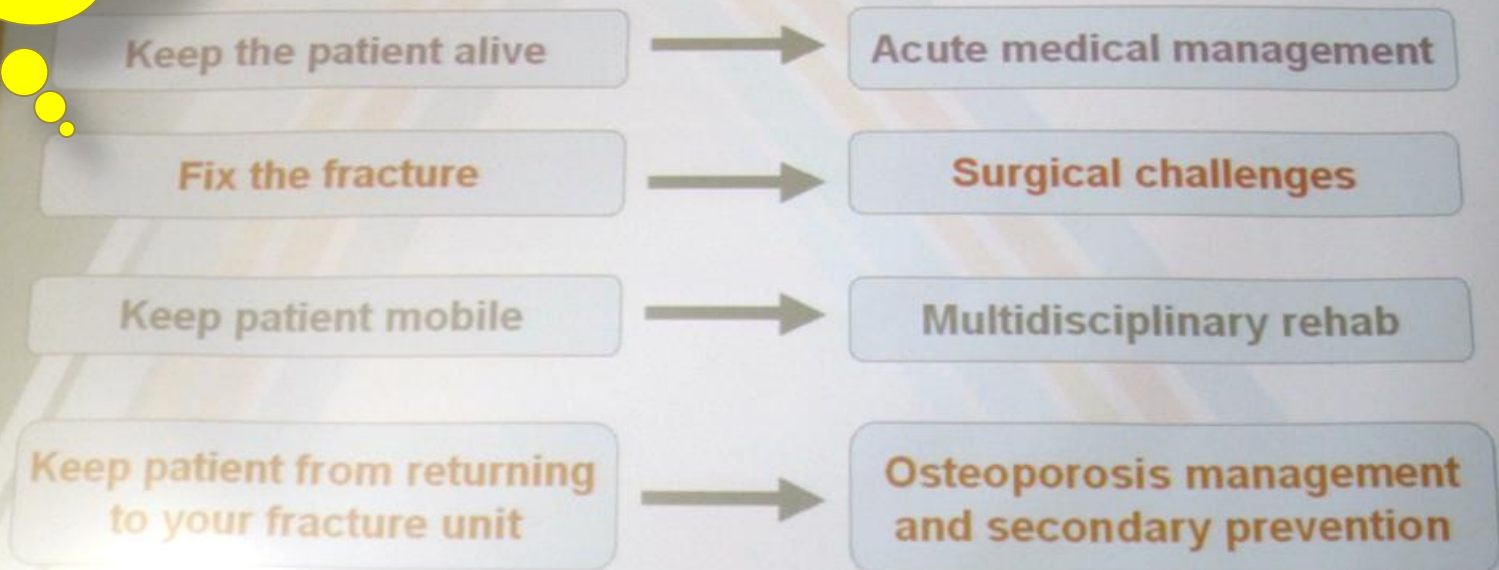
Prevention Package – Falls and fracture care A road map for a systematic approach



I have a fracture I have to fix it

Optimal care of fragility fracture patient:

Goals, challenges and solutions



Quality control of process

Fracture Network

Osteoporosis Fracture Line

Fragility Fracture Network - Why?

- The size of the problem
 - Bone fragility and frailty related fractures are the biggest fracture group in western societies today.
- Recognition of the lack of communities with a focus on fragility fractures within orthopedics
 - It is time for an association covering all aspects of fragility fracture management.
- Improved fracture management is necessary and possible
 - New treatment alternatives will come.

Fragility Fracture Network

Osteoporosis e Line

resumindo

- ≈ **40%** do trauma no Serviço de Ortopedia são FEPP
- ≈ 4 dias até a cirurgia*
- ≈ 2 doentes/semana para POI
- ≈ visitas diárias de Internista variável e atarefado

Nº impossíveis de saber de forma prática!!

Mortalidade? Taxa de recuperação funcional?

Como melhorar o tratamento e a qualidade de vida?

Diminuir os custos e tempo de internamento?...

resumindo

1. EQUIPA multidisciplinar

2. CONTAR

Percurso Clínico de FEPP

para padronizar racionalmente o tratamento
minimizar complicações médicas e cirúrgicas
melhorar a funcionalidade precoce e final
debelar repercussões médicas da imobilidade
prevenção primária e secundária de quedas e fracturas
conseguir ganhos médicos, sociais e económicos.

O Nosso Esboço de Protocolo

Percurso FP65+

Percurso FP65+

Percurso FP65+

1. Serviço de Urgência

Data e hora				Equipo		2º 3º 4º 5º		1				
Doente e meio socio-familiar												
Teste mental abreviado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	2
Palmer e Parker	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	9
Módulo prévia	Não aval	Anda em casa	Sai de casa	TD	Faz desporto	4						
Índice Comorbilidade Charlson	ADI Katz: 1 2 3 4 5 6		ADI Barthel: _____									5
ASA	1	2	3	4	5	6	meio social?	rural	urbano	ter		
meio social	nº habitantes independentes _____		familiares responsáveis _____									7
Medicação de Ambulatório	Verlin	Clashear	Tafelina	Veratrina	Anticancer	Insulina						8
Der VAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	9
Fratura												
lado	direito		esquerda		bil	ano 1ª FFP?						10
classificação	I cole		II toracotóica		III subcra							11
IV outros:	1. Garden 1.		6. transtrocantérica		8. IA							
# associadas?	2. Garden 2.		7. transtrocantérica instável		9. IB							
	3. Garden 3.				10. IIA							
#ortigos?	4. Garden 4.		5. basitrocant		11. IB							
tipo de queda?	caso não		própria altura		actividade		nº quedas/ano					12
Plano												
Rotinas pré-Op	ECO		Rx tórax		TAC		análises		albuminúria			13
Medicação Informático	profilaxia TEP		profilaxia Dor		Inibidores de		dieta HP e Fe					
Medicina Intera	Avaliação pré-op?		S		N		Interconsultas?		S		N	
Proposta Cirúrgica	1. Moore		2. bipolar		3. PTA		4. DHS		5. DHS L		6. DCS	
	7. placa		8. placa		9. placa		10. placa		11. placa		12. placa	
Consentimento	Informado e Assinado						1ª ficha entregue		Sim		Não	
Destino após Alta							Assistente Social?		Sim		Não	

Percurso FP65+

Modalidade	pontos
0-49 anos	0
50-59 anos	
60-69 anos	
70-79 anos	
80-89 anos	
90-99 anos	

Percurso FP65+



Diagrama 1 - Classificação de flutuações para flutuações de sala de Vitor, sem DTS e com 18,752 de teste.

Diagrama 2 - Classificação de flutuações para flutuações de sala de Vitor, com DTS e com 18,752 de teste.

Diagrama 3 - Classificação de flutuações para flutuações de sala de Vitor, com DTS e com 18,752 de teste.

Diagrama 4 - Classificação de flutuações para flutuações de sala de Vitor, com DTS e com 18,752 de teste.



Percurso FP65+

Serviço de Ortopedia

Resumo Percurso FP65+ (tabela 1)

	Médico-Ortopedista	Enfermagem	MFR	Assist. Social	Família	
urgência	Av Clínica; rotinas pré Op; Scores; Proposta Cir/Consentimento; prescrição	entrada			acompanhar ajudar	
internamento	x dias	Anestesia?	Ensino Cuidador Informal	Avaliação	Avaliação	Cuidador
	cirurgia	estabilidade/complicações				
	dia 1	RC, Analítica e Radiológica	ECI, dreno vesical	Ex. laboratoriais	Reavaliação de necessidades e contactos	aprender cuidados preparar casa
	dia 2	RC e Mental Revisão Terapêutica	Penso, remover dreno 1º Levante	transferências decúbitos		
	dia 3	RC, Medicina?	Ensino Cuidador Informal Alertar alterações significativas	Ginásio Treino marcha se autorizado pelo Cirurgião, Andarilha e evolução progressiva para canôdianos		
	dia 4	RC				
	dia 5	RC				
	dia 6	RC				
	dia 7	RC e Mental, ALTA	Penso, Contacto CS, ALTA		confirmação	acompanhar na ALTA
consulta (m)	1,3,6,12	RC e Funcional. Profilaxia	ambulatorial		acompanhar	

ASA Itabela 2

1	Sem patologia
2	Doença sistêmica leve a moderada, controlado
3	Distúrbio sistêmico grave com impacto na C/Anestesia
4	Desordem potencialmente letal, grande impacto C/A

o FP65+ indo, a cirurgia é única esperança cerebral

ADL Katz (tabela 3)

1	Capaz de tomar banho
1	Veste-se e despe-se (não incluir apertar sapatos)
1	Levanta-se da cama e cadeira
1	Higiene pessoal
1	Continência fecal e urinária
1	Alimenta-se (não incluir preparação)

cinha	Com auxiliares	Com companhia	(incapaz)
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca,
EPE
Sessões Clínicas
Miguel Pinheiro
miguelpinheiros@gmail.com

Direcção:
Dr. Paulo Felicíssimo
Dr. Francisco Mateus

proximos 4 anos no HFF ?

fractura fémur proximal

2011-2012-2013-2014