



Fractura Proximal do Fémur

Um problema ortopédico?
....exclusivamente ortopédico?

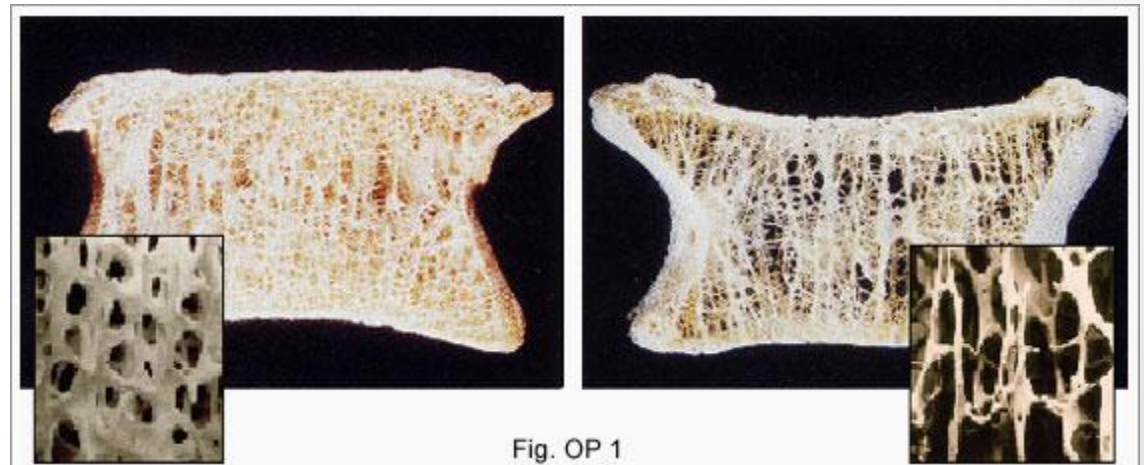
Paulo Felicíssimo (Director de Serviço)

Miguel Pádua

Patrícia Gomes

1. O Problema:

- É uma fractura de Fragilidade
- Osteoporose – uma epidemia



Dados epidemiológicos

- Incidência aumentou a 2% ano(1999-2006)

- Johansen A et al, Osteoporosis Int 2003;14:6:515-519

- Mortalidade em 1 ano: 30%

Mortalidade durante internamento: 15%

- GiversenIM et al, Osteoporosis Int2007;18(6):721–732

- Metade fica com sequelas na marcha

- Gallacher SJ, Best PractResClinRheumatol 2005;19:6:1081-1094

- Custo estimado: 6500 a 14500eur / fractura

Hip Fractures World Prevision

1,6 Millions in 2000

2,6 Millions in 2025

4,5 Millions
In 2050

Johnell O, Kanis JA, *Osteoporos Int.* 2006;17:1726-1733.

Realidade Portuguesa

(Circular Informativa nº13 (01/04/08) da DGS)

9523 fracturas do fémur (2006)

15% dos doentes
recuperam
capacidade funcional
prévia

40% dos doentes ficam
com incapacidade grave

Mortalidade estimada
em **20% a 30%**
no ano seguinte à fractura

No HFF

- Dados 2006-2012 (7 anos)
 - 2747 casos
 - 392,4/ano
 - 1.07/dia
- Dados 2006-2009 (4anos)
 - Tempo médio de internamento 7,8 dias
 - 38% da traumatologia

ORTOPEDIA - ALA - B PLANO GERAL

LEGENDA: X - 2111/2013
S - SORO
B - BIONECA
T - T-2011/2013
PR - PR-2011/2013

CAMA	NOME DO DOENTE	ID	DATA INT.	DATA CIR.	TOR.	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	EXAMES - TRATAMENTOS	DIETA	SORO	DATA REALGALIA	PEN S O S	OBSERVAÇÕES
1	ELA Sosa	87	14.1	18.1	NA	DHS 2012	M.P.	ALTA 25/02	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
2	M ^{re} Luz Ly Luis	88	31.11	2.01	NA	DHS 2012	R.F.	ALTA 11/11 RNCCT (22/01)	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
3	M ^{re} Eugénia Alves	80	20-1	20/02	NA	DHS 2012		ALTA 27/02	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
4	Luise Rangel	91	22.1		NA	DHS 2012		ALTA 27-01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
5	Christina Lopes	72	12.01	15/01	NA	DHS 2012		ALTA 27-01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
6	M ^{re} Carmo Ferreira	58	20-1		NA	DHS 2012		ALTA 27-01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
7	Glória Rito			20/02	NA	DHS 2012		ALTA 27-01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
8	Helena Palma	74	20-1		NA	DHS 2012		ALTA 27-01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
9	Delia Leonardo	84	20-1		NA	DHS 2012		ALTA 27-01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
10	M ^{re} Helena Gomes	77	24/12	30-12	NA	DHS 2012	F.A.	ALTA 6.1	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
11	Lidia Oliveira	90	21.11	25.11	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 22/12	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
12	Ava Cristina Canino	29	21.01		NA	DHS 2012	F.A.	ALTA 25/11	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
13	Valley Jonckheere	28	12.01	20.1	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/11	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
14	Maria Rosario	86	15.01		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
15	Eliane Ferreira	19	17.01	20-01	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
16	Jessica Veiga	17	17-01		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
17	Manuel Costa	84	12.01		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
18	Stella Conceição Pereira	83	15.01	18.01	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
19	Admirson Tavares	15	20-1		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
20	João Paulo Fernandes	35	19-1		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
21	Abílio Amaro	29	5.1	8.1	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
22	Luis Rosenthal	25		20-01	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
23	Isa Gomes	69	15.11	23.12	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
24	M ^{re} Isabel Leite	76	23.12		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
25	Fernanda				NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
26	M ^{re} Conceição Franco	82	14.01		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
27	Aurélia Gomes	88	19-1		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
28	Olivia Tavares	19	17.01		NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
29	M ^{re} Mariana Vieira	63	19.01	20-1	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 27/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
30	Efegénia Silva	85	19/1	18.1	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
31	Violante Silva	81	15.11	25.11	NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10
32					NA	DHS 2012	F.C.	ALTA 25/01	Flie	S	14/02/12		Praxia 10

Como resolver?

- Tx é quase sempre cirúrgico.
 - Mortalidade em 1 ano: 30% → 18%
 - Permite retomar a marcha
 - Mesmo em acamados, diminui a dor e facilita os cuidados diários aos prestadores.
 - Diminui as complicações inerentes ao acamamento



Complicações de acamamento

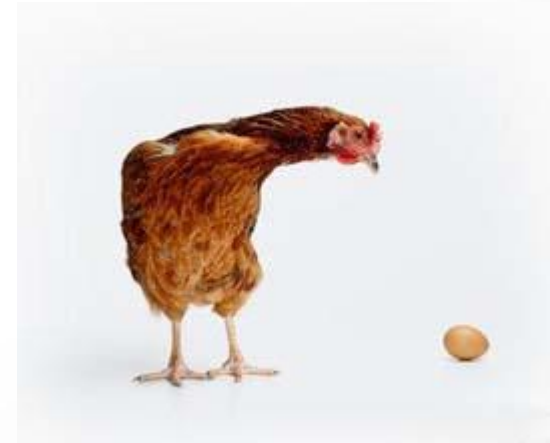
- Pneumonias de aspiração
- Fenómenos trombo-embólicos
- Desmineralização óssea e alt. iónicas
- Insuficiência Renal Agudizada
- Incontinência
- Úlceras de pressão
- Atrofia muscular → ciclo vicioso
- Depressão
- ...



O Paciente com Fractura que tem Doenças???

ou

O Paciente com Doenças que tem uma Fractura???

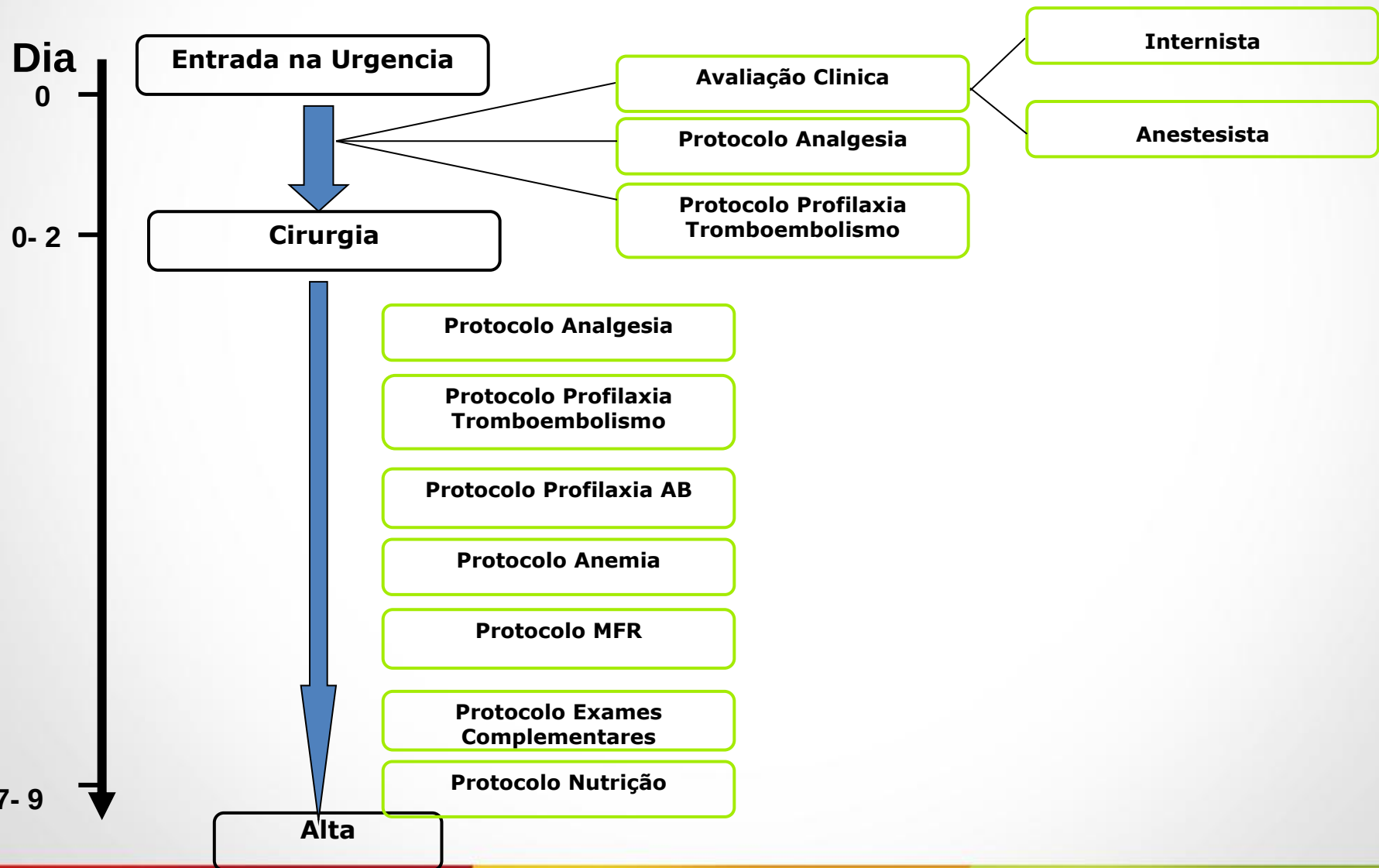


- 
- As **FEPF** Representam **90%** das nossas Referenciações a **Medicina Interna!**
 - As **FEPF** Representam **50%** dos Doentes não Aptos por **Anestesia!**



100% das FEPP Necessitam de Medicina
Física e Reabilitação!

Percurso Clínico



Trombo-profilaxia

- HBPM 40mg q24h

Incidência de TVP por Especialidade	%
Cirurgia Ortopédica	50
Trauma múltiplo	50
Cirurgia Oncológica	40
Cirurgia Geral	25
Medicina Geral	17

Data - International Consensus Statement 1997/2002

Trombo-profilaxia



	% TVP	% EP	
		EP	EP fatal
Artroplastia Anca	45 – 57	0,7 – 30	0,1 – 0,4
Artroplastia Joelho	40 – 84	1,8 – 7,0	0,2 – 0,7
Fraturas Fémur proximal	36 – 60	4,3 – 24	3,6 – 12,9

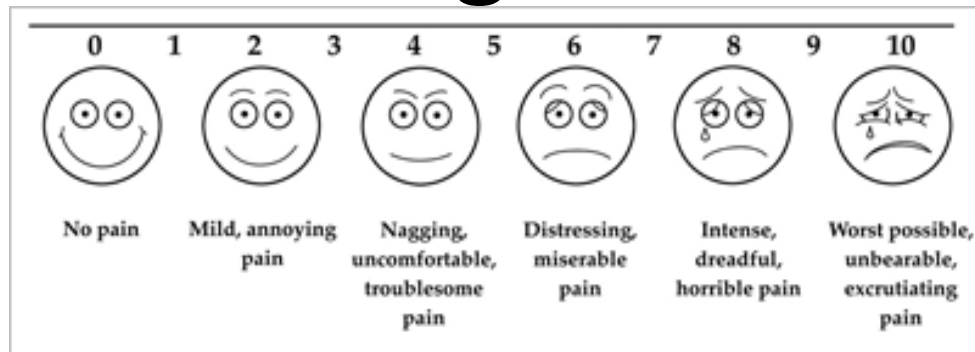
AA e ACO – demora cirúrgica

Antiagregantes Plaquetárias (AP)		Modo de Acção	Tempo recomendado de suspensão entre AP e BNE	Tempo recomendado de início do AP após BNE
Inibidores da Cox	AINE	Inibidor reversível da COX1	Não suspender	Não suspender
	Aspirina	Inibidor irreversível da COX1	Não suspender	Não suspender; iniciar 6 a 24 h 1ª administração após BNE / retirada do cateter
	Triflusal		Não suspender	Não suspender
Inibidor do cAMP	Dipiridamol	Aumenta o metabolismo da adenosina	Não suspender	Não suspender
Derivados das Tienopiridinas	Clopidogrel	Alteração irreversível dos receptores do ADP	5 dias	Iniciar num período de 6 a 24 horas após BNE punção única ou após retirada do cateter epidural
	Ticlopidina		10 dias	
	Prasugrel		7 dias	
Inibidores da GP IIb/IIIa	Abciximab	Bloqueio da GPIIb/IIIa	48 dias	Não recomendado iniciar nas 4 semanas após cirurgia / BNE. Se necessário, vigilância neurológica de 2/2 h por um período não inferior a 24 h
	Tirofiban		8 dias	
	Eptifibatide		8 dias	

AA e ACO – demora cirúrgica

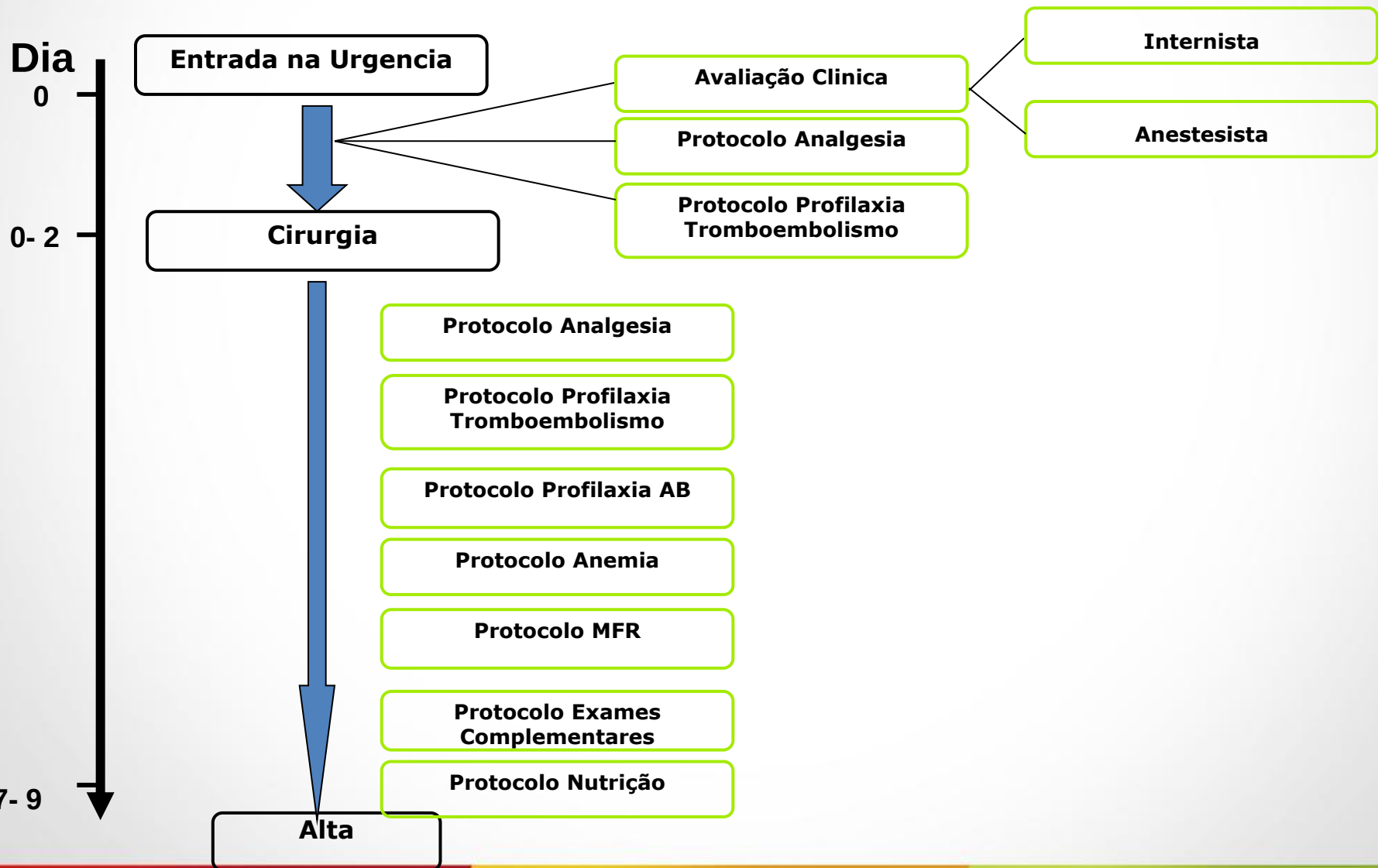
Fármacos Inibidores da Hemostase		Tempos de Segurança (Horas)		Observações
		F ↔ BNE / RC	BNE / RC ↔ F	
HNF	SC	Sem necessidade de suspender		apTT normal Se HNF > 5 dias, doseamento de PLT
	EV	4 h	> 1 h	apTT normal Se HNF > 5 dias, doseamento de PLT
HBPM	Profilática	12 h	6 h	Se HBPM > 5 dias, doseamento de PLT
	Terapêutica	24 h	6 h	Não aconselhado permanência do cateter epidural em doentes medicados com HBPM em dose terapêutica. Se HBPM > 5 dias, doseamento de PLT
Fondaparinux		36 h	12 h	Aconselhado o aumento dos tempos de segurança na presença de clearance de creatinina < 30ml / min
ACO		INR < 1.5 ≥ 4 dias		Necessário INR < 1.5 independentemente do tempo de suspensão do ACO, que pode variar 1-5 dias
Inibidores da Trombina Lepirudina Bivalirudina Argatroban		24 h	6 h	
Fibrinolíticos		24 - 36 h	4 h	Contra-indicado BNE em doentes medicados com fibrinolíticos; em situações de excepção, recomenda-se o cumprimento dos intervalos de segurança
Produtos naturais				Sem contra indicação para BNE

Analgesia

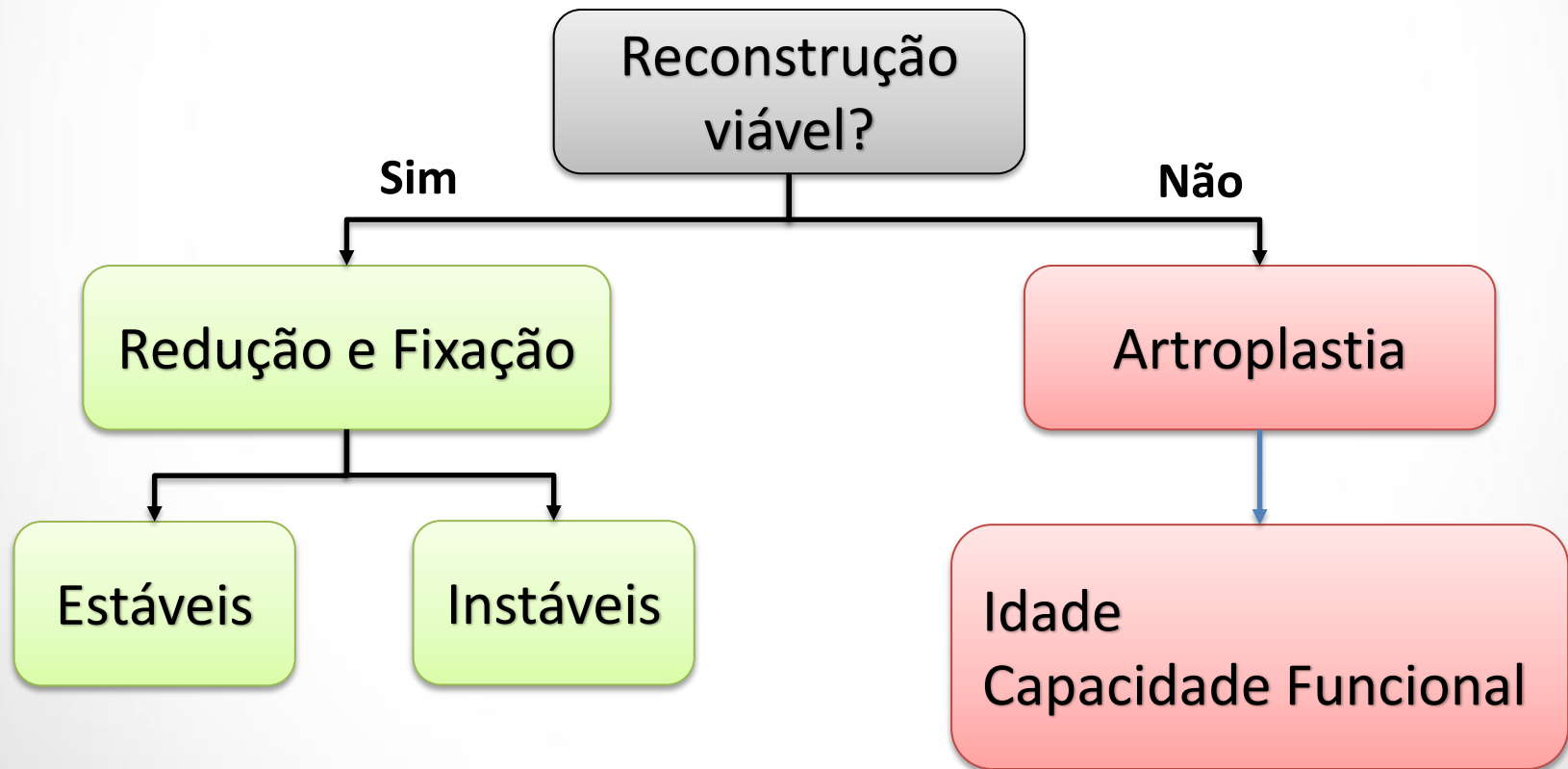


- Protocolo analgésico para o Pré e Pós-operatório
 - Paracetamol 1000mg ev q8h
 - Metamizol 2g ev q8h
 - Tramadol 100mg ev q8h
 - Opiáceos acção rápida à entrada consoante VAS

Percurso Clínico

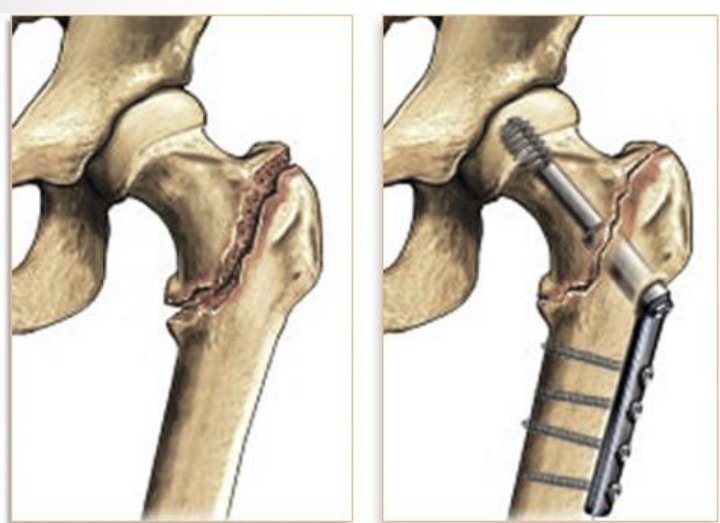


Seleccção do Implante

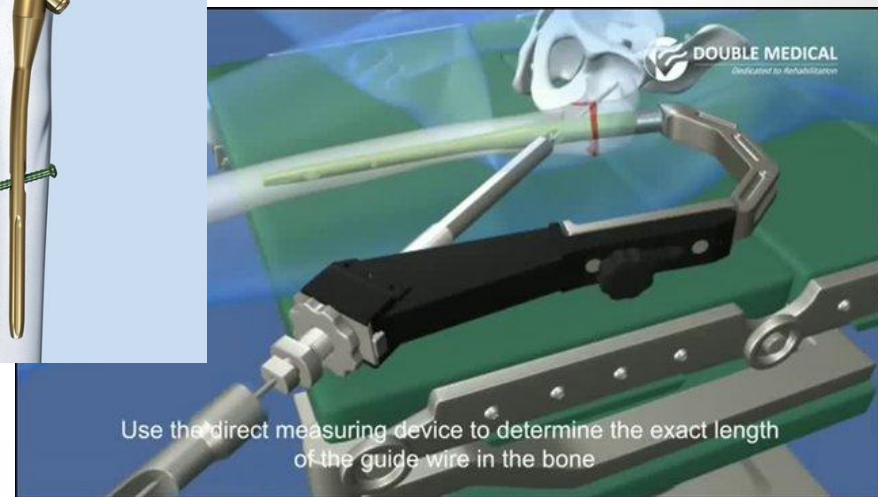


Redução e fixação – F. Extracapsulares

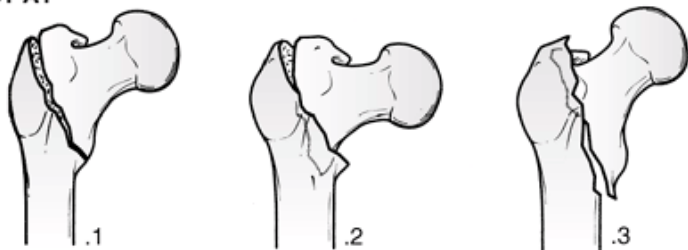
Estáveis



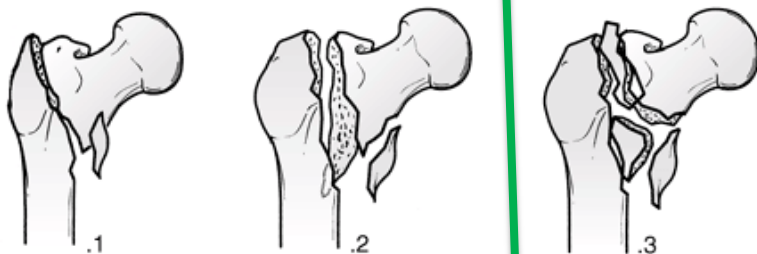
Instáveis



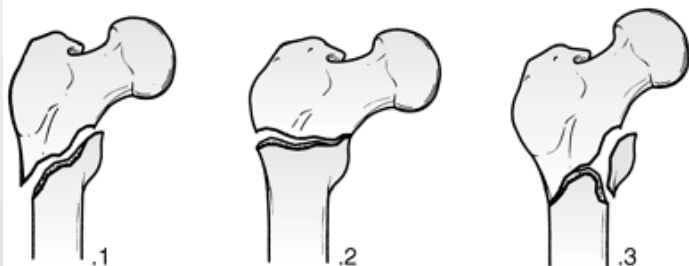
31-A1



31-A2



31-A3

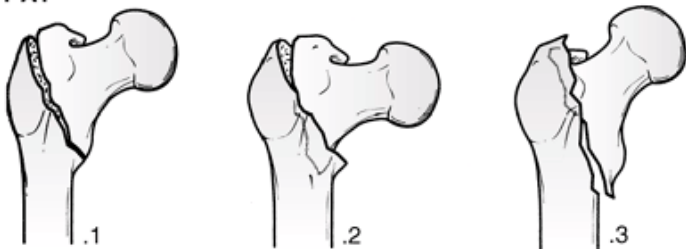


Estáveis

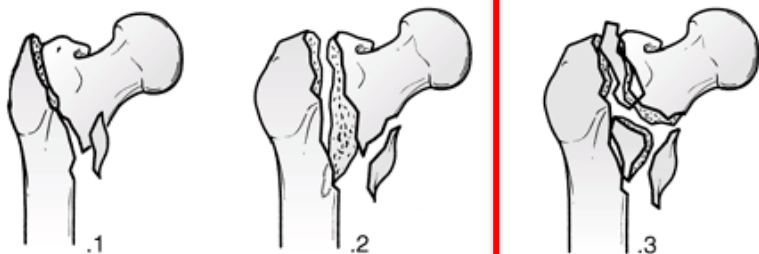
Gold-Standard:
**Parafuso de
compressão dinâmico**



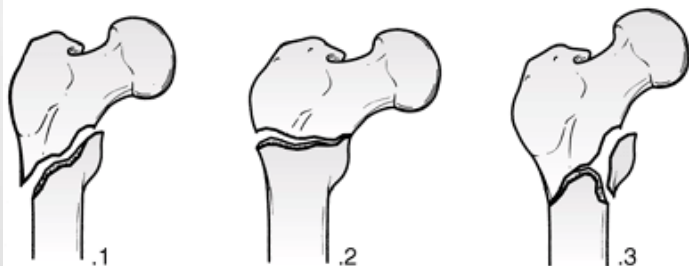
31-A1



31-A2



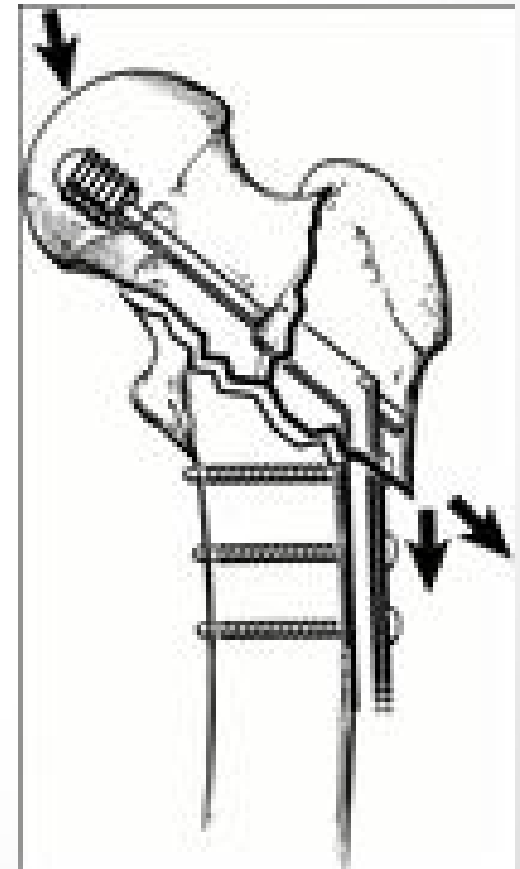
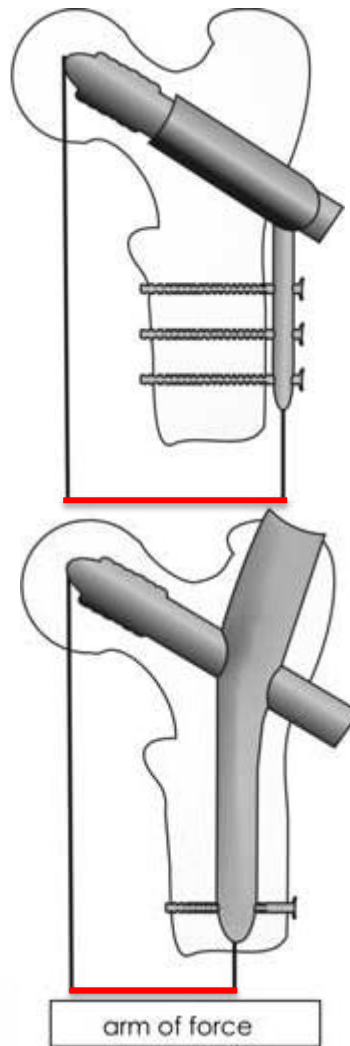
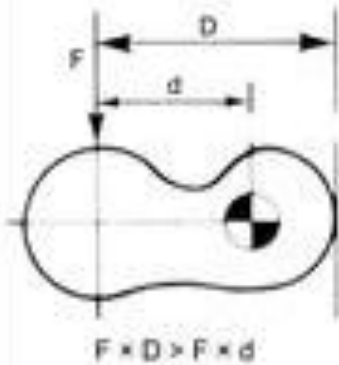
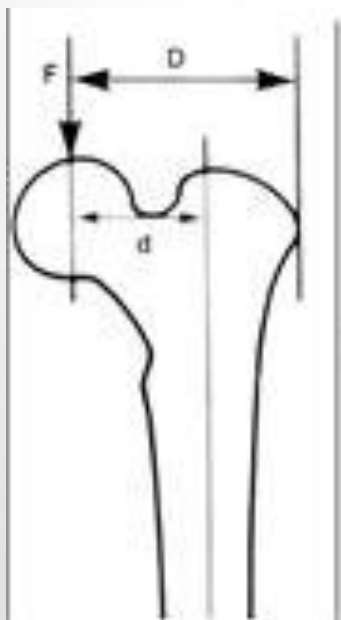
31-A3



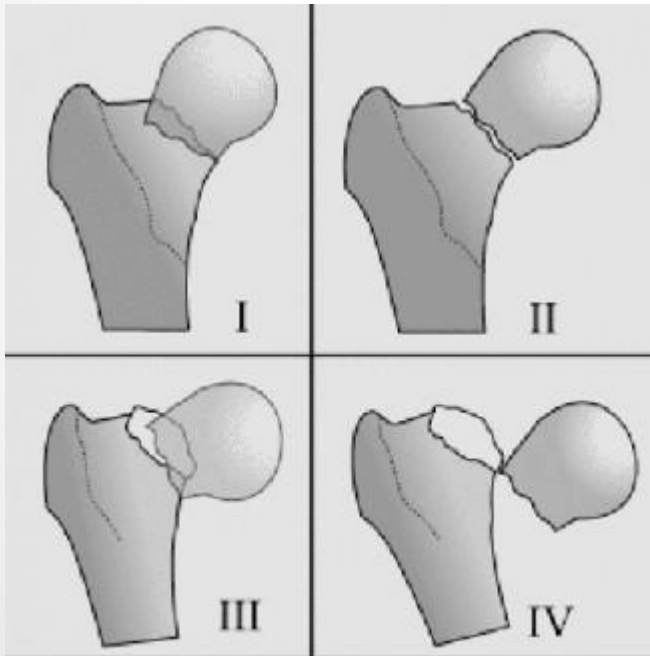
Instáveis

Gold-Standard:
Cavilha Cefalo-Medular





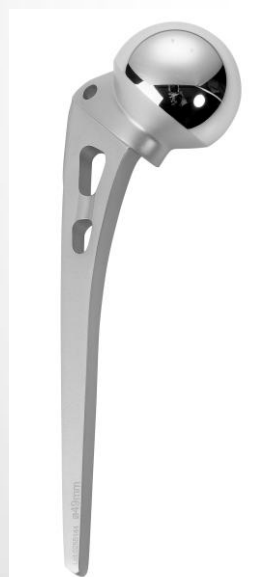
Fraturas Intracapsulares



- Fraco potencial de consolidação
 - Hematoma fracturário é diluído
 - Factores anti-osteogénicos na Sinovial?
 - Pobre vascularização
- Gold-Standard: Artroplastia

Tipos de Prótese

Maior exigência funcional



Unipolar

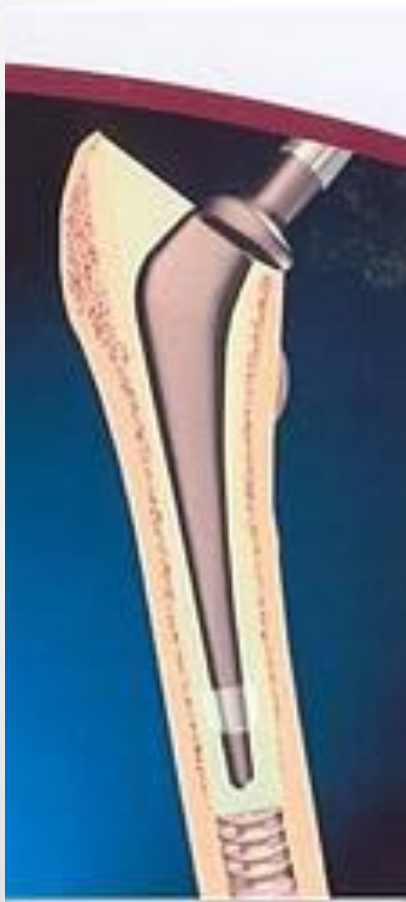


Bipolar



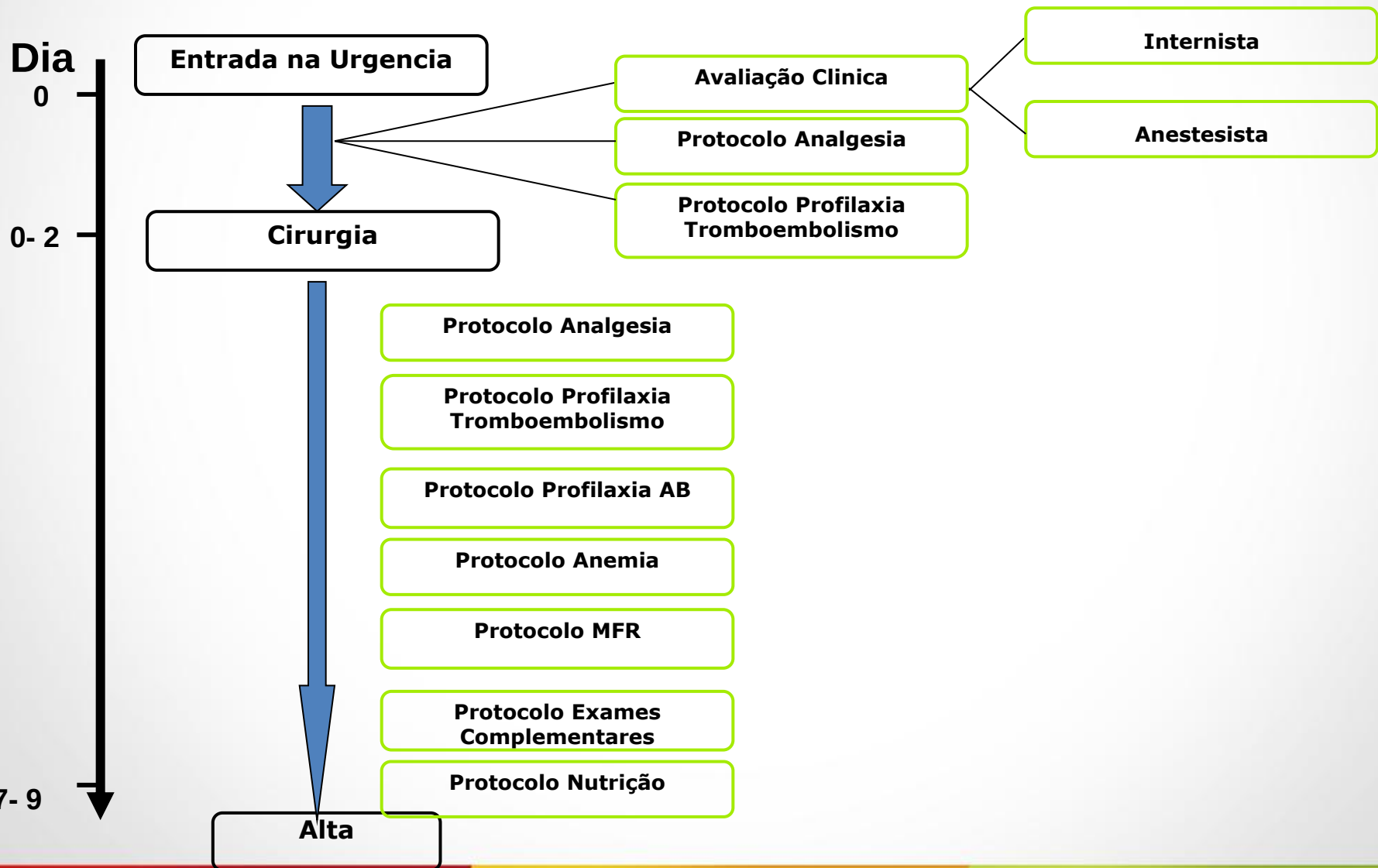
Totais





- Próteses preferencialmente cimentadas

Percurso Clínico





Transfusão

- Perda hemática expectável Intra-op: 100 – 500ml
- Perda oculta expectável: 500-1000ml
- Ferro Trivalente ev à entrada
- Reserva de UCE pré-op
- Transfusão se $<9\text{g/dl}$ ou 8g/dl (se doença Coronária...)

Prevenção de Delírio

- Avaliação “Risk Delirium Score”
 - **Risco elevado** se Score ≥ 5



Haloperidol 1,5mgEV/dia

- **DSM IV** para o diagnóstico de delírio.



Nutrição

- Doentes em média atingem só 50% das necessidades diárias calóricas e proteicas
- Suplementos multinutricionais ↓ mortalidade e taxa de complicações

Duncan D et al, Age & Ageing 2001;30:Suppl2:22

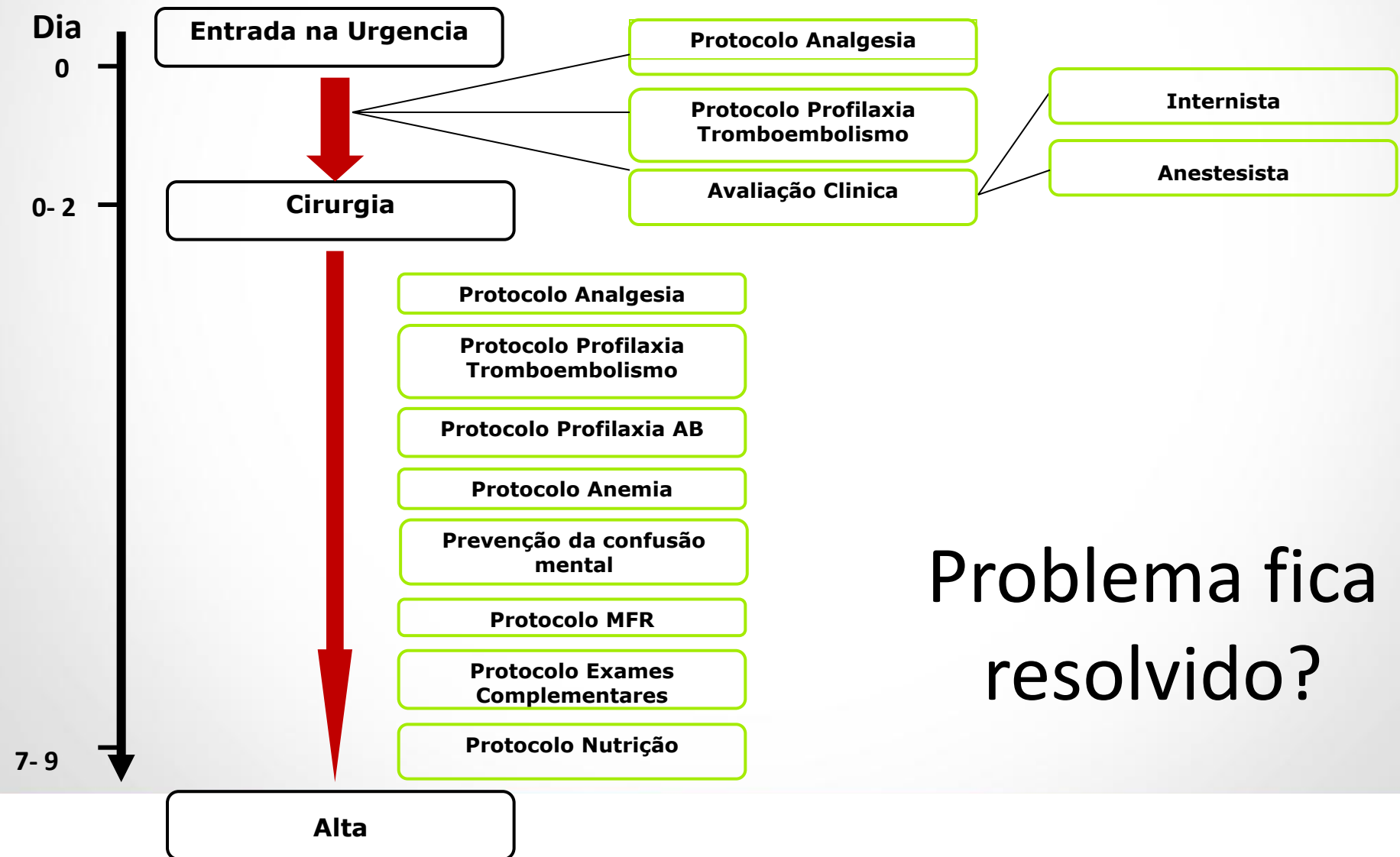
- Suplementos proteicos ↓ tempo de internamento

Avenell A & Handoll, Cochrane Database SystRev 2004;1:CD001880



Após a alta hospitalar

Percurso intra-hospitalar





O que sucede ao doente após a Alta Hospitalar?

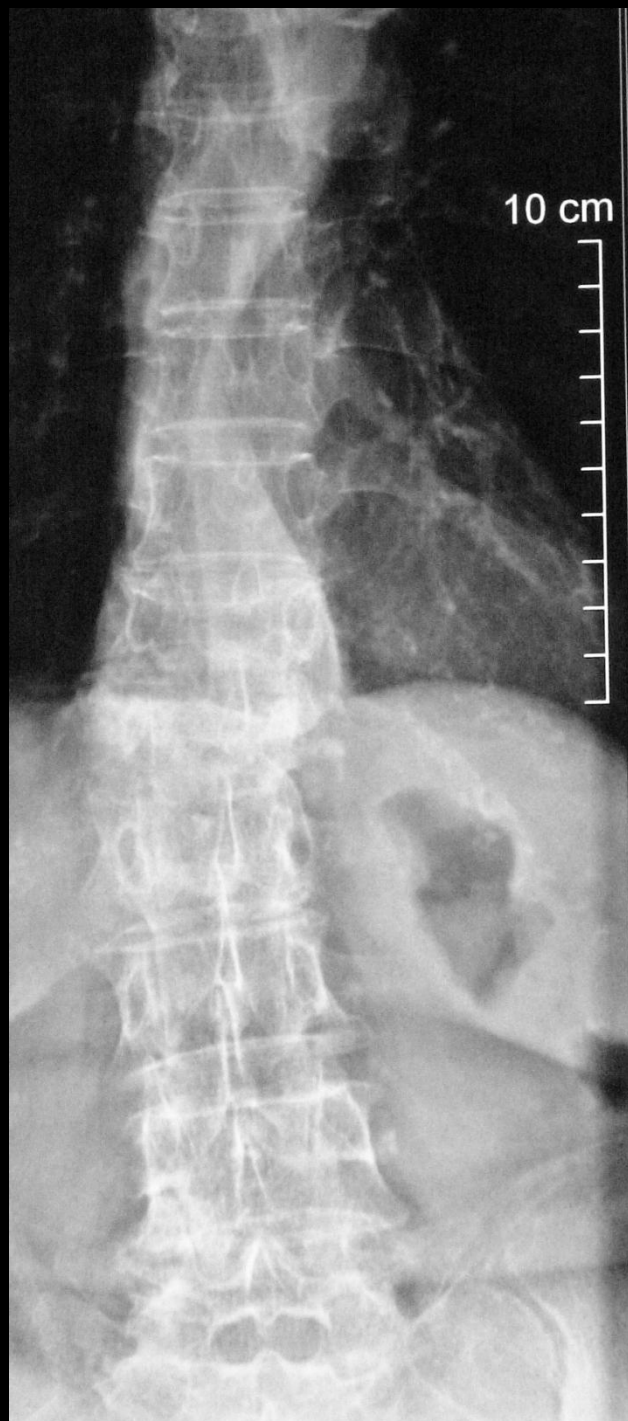
Após Fractura Próximal do Fémur

Dados epidemiológicos iniciais

- Mortalidade em 1 ano: 30%
Mortalidade durante internamento: 15%
 - GiversenIM et al, Osteoporosis Int2007;18(6):721–732
- Metade fica com sequelas na marcha
 - Gallacher SJ, Best PractResClinRheumatol 2005;19:6:1081-1094

Após Fractura Próximal do Fémur

- Incidência de nova fractura osteoporótica é:
 - 10,4 / 100 doentes/ ano
 - 2,5x superior à população com características similares sem fractura prévia
- 1% dos doentes com Fractura Proximal do Fémur sofrerá nova fractura ao fim de 1A (DGS)
- Incidência de Refractura da Extremidade Proximal do Fémur é:
 - 4x Superior à calculada para a taxa de incidência das 1ª fractura na mesma população



R



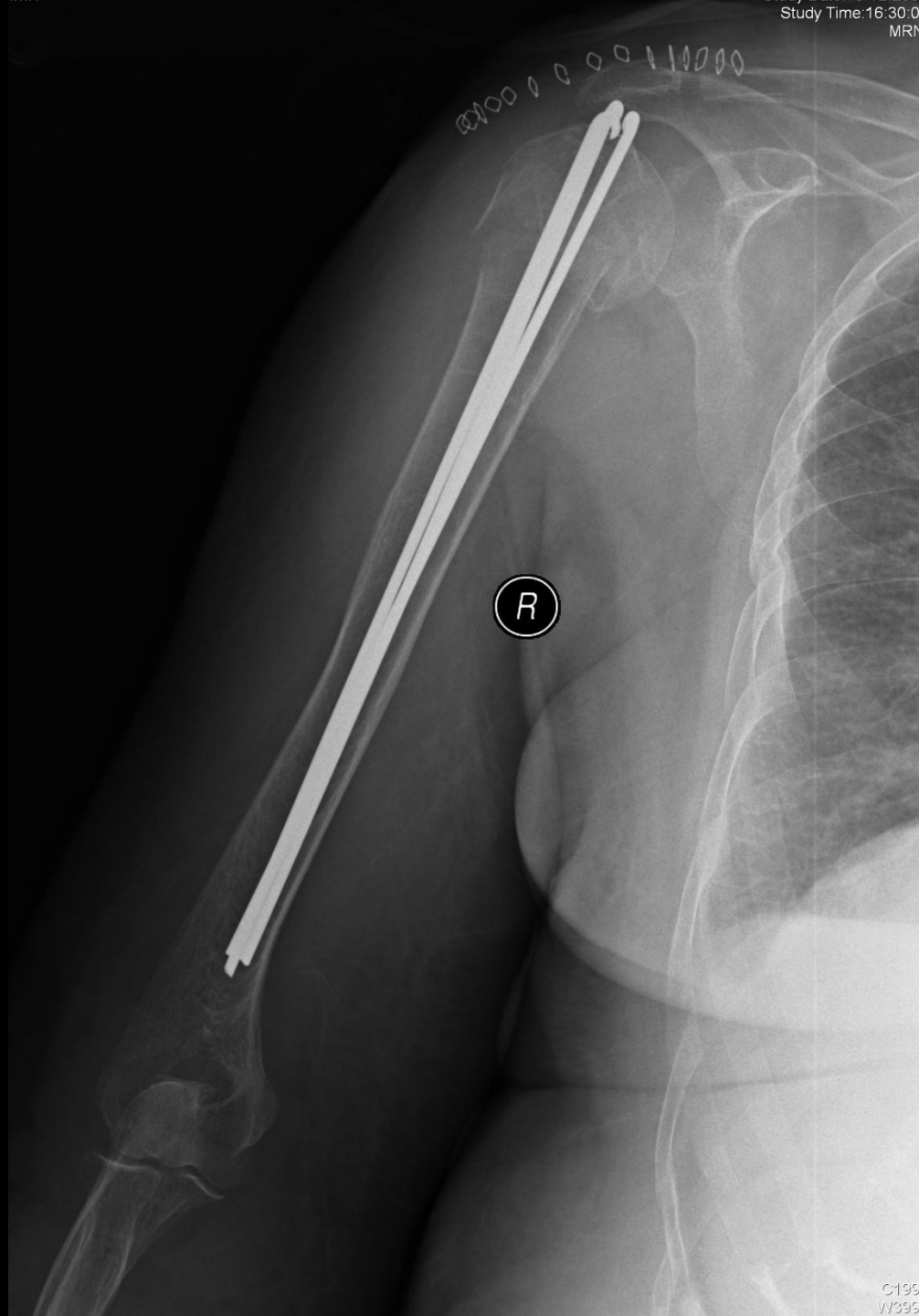
[H]

Study Date: 08-12-2009
Study Time: 21:14:32
MFN:

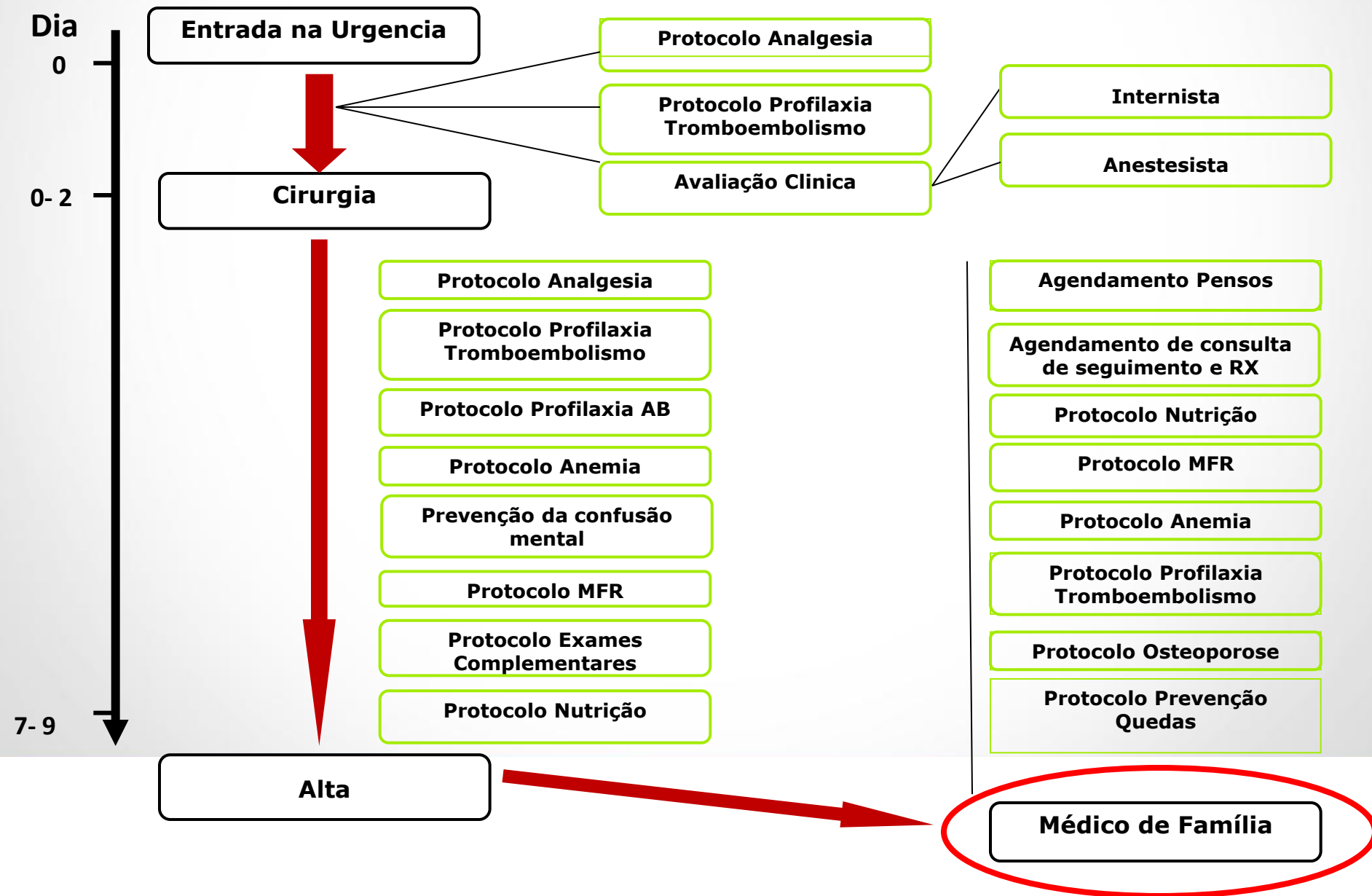
D



[L]



4. Como Resolver?



4. Agendamento

- Agendamento de pensos
 - 2x por semana
 - Reomoção de pontos/agrafos entre os 10-14 dias
- Agendamento de consulta de seguimento e Rx
 - 15 dias, 1M, 3M, 6M

4. Protocolo de MFR

- Depende:
 - nível funcional prévio
 - grau de independência nas AVD
 - tipo e local de residência
 - suportes sociofamiliar 

4. Protocolo de MFR

- 3 Pontos essenciais:
 - Mobilização articular
 - Fortalecimento muscular
 - Treino das transferências e da marcha
- Indicação para:
 - Carga/Sem carga
 - Restrições (artroplastias)

4. Protocolo de Nutrição

- Dieta saudável e balanceada
- Ingestão adequada de
 - Proteínas (reforço proteico reduz complicações, diminui tempo de permanência da reabilitação, sem efeito na mortalidade)
 - Cálcio
 - Vitaminas essenciais (suplementos reduzem complicações pós-operatórias, sem efeito na redução da mortalidade)
 - Água
- Evitar ingestão de álcool

Relatório OMS– “Prevenção de quedas no idoso”, 2010

DGS – “Fracturas da extremidade proximal do fêmur no idoso”, 2003

4. Protocolo de Anemia

- Anemia nos idosos:
 - achado clínico comum (prevalência 25,4% segundo OMS)
 - frequentemente multifatorial (↓ferro, medicação, comorbilidades)
 - impacto significativo na qualidade de vida, declínio funcional e mortalidade
- Considera-se resposta adequada da anemia ferropénica à tx:
 - ↑ da Hb de 1 a 2 g/dL 2 a 4 semanas após do início da tx
 - Resposta pode ser monitorizada por ↑ dos reticulócitos ao fim de 1S

 1M de suplemento de ferro com posterior controlo

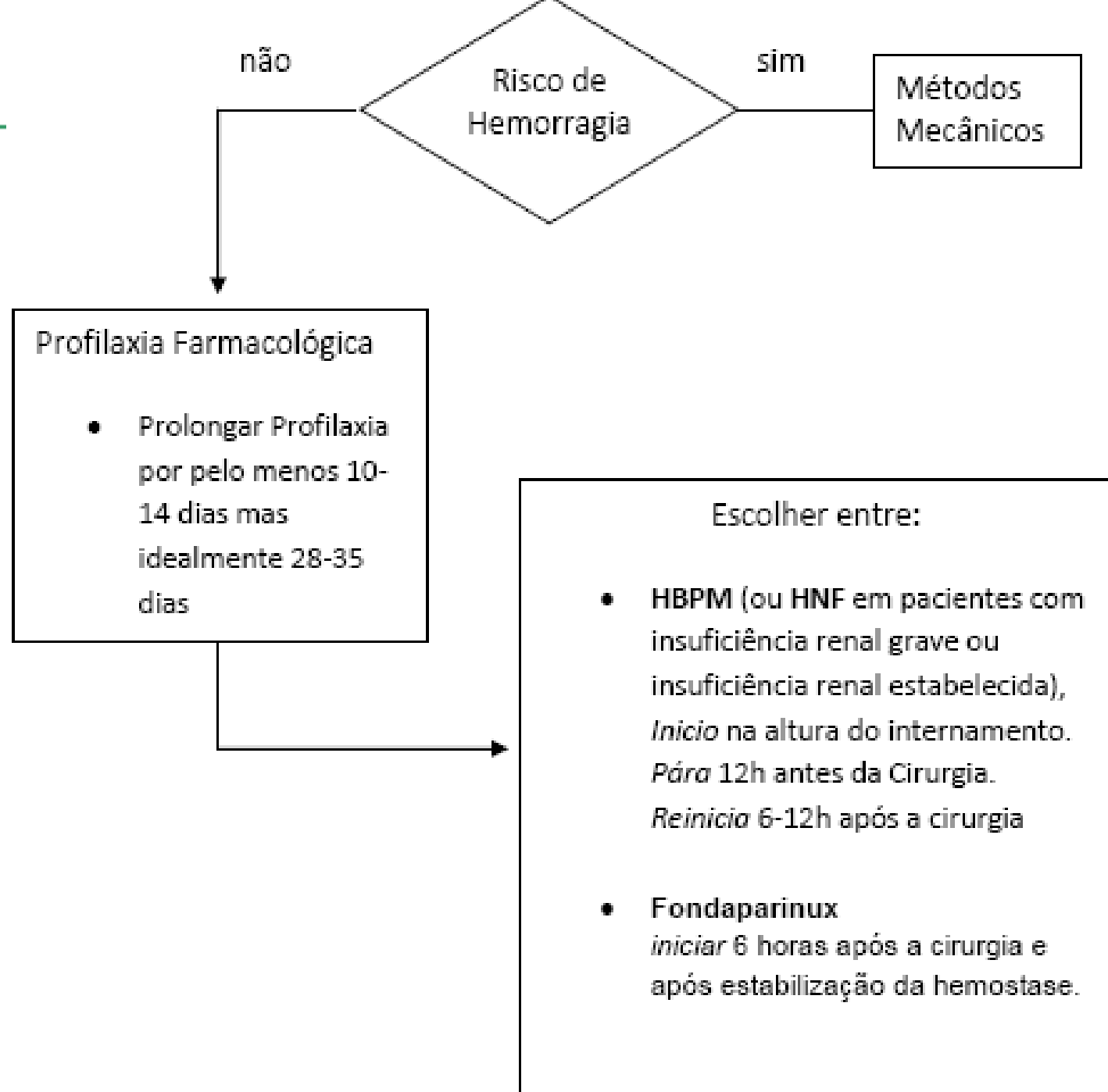
Norma da DGS – “Prescrição e determinação de hemograma”, 2011



4. Protocolo de profilaxia de TEV

- Cirurgia Ortopédica Major
- Risco de TEV permanece aumentado até por volta dos 3M. Risco é mais elevado na 1ªS e vai decrescendo
- Tipos de profilaxia
 - **HBPM**: 40mg/dia
 - Fondaparinux: 2,5mg 1x/dia sc
 - Métodos mecânicos
 - ou reintrodução de ACO prévia

Norma da DGS – “Profilaxia do Trombo Embolismo Venoso em Ortopedia”, 2012



4. Protocolo de Osteoporose

- Vitamina D (700-800UI/dia) e Cálcio (1000-1200 mg/dia)
 - Indicada: risco major de osteoporose, osteopenia/osteoporose, fractura de fragilidade
- Terapia antirreabsortiva
 - São factores de risco *major* para OP:
 - a) idade superior a 65 anos;
 - b) fractura vertebral prévia;
 - c) fractura de fragilidade depois dos 40 anos;
 - d) história de fractura da anca num dos progenitores;
 - e) terapêutica corticóide sistémica com mais de 3 meses de duração;
 - f) menopausa precoce (<40 anos);
 - g) hipogonadismo;
 - h) hiperparatiroidismo primário;
 - i) propensão aumentada para quedas.
- Estimulação
- Exposição

Bri
DGS

4. Protocolo de Osteoporose

- **Bifosfonados** (Alendronato, Risendronato, Ibandronato)

> 75 anos

65 - 74 anos

< 65 anos



se T-score < - 2,5



se T-score < - 3,0

se < - 2,5 e outro FR

- Alternativa: raloxifeno

4. Protocolo de Osteoporose

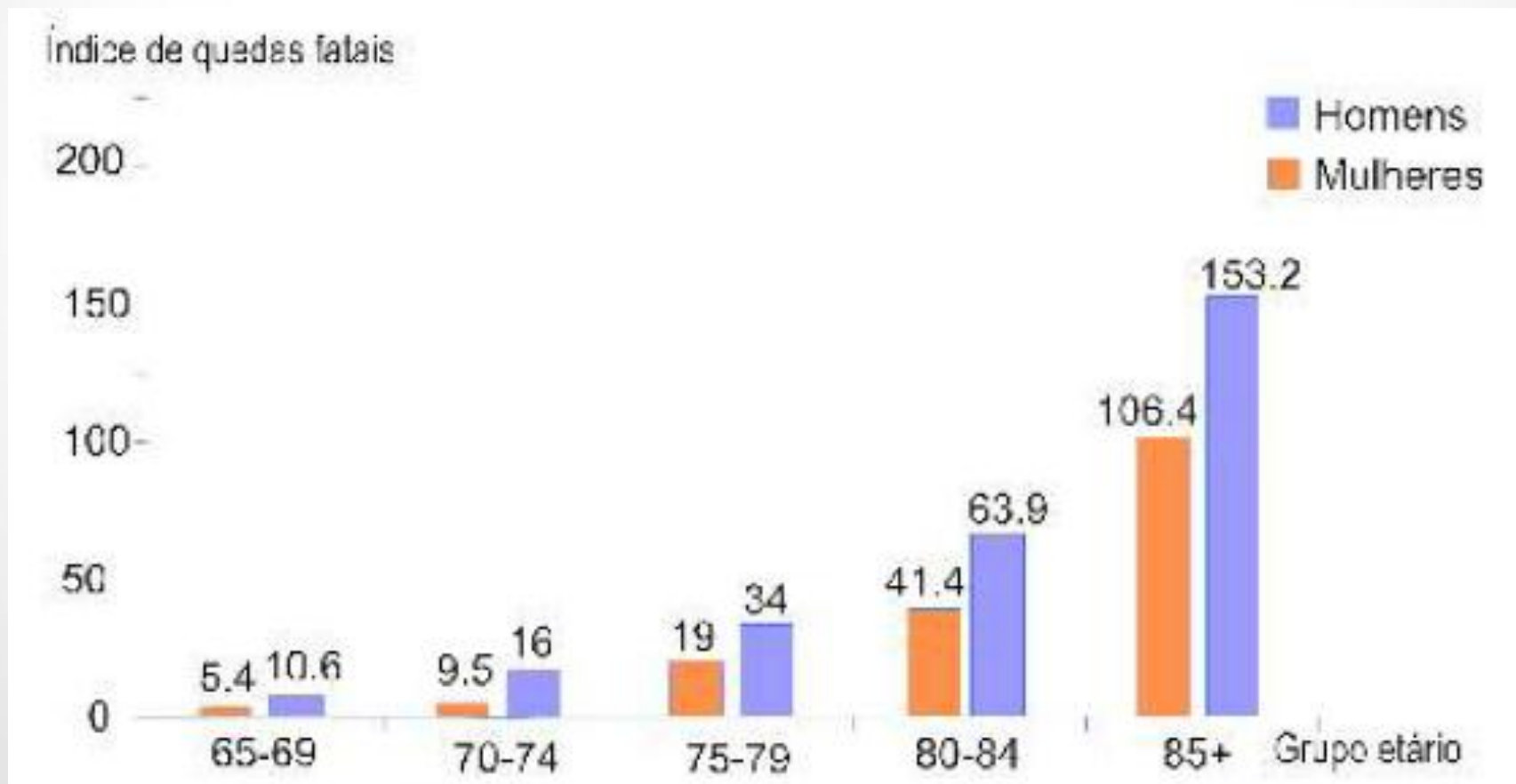
Atenção à
terapia
prolongada
com
Bifosfonatos



4. Protocolo de prevenção de quedas

- OMS:
 - Sofrerá, em média, uma queda por ano
 - 32% das pessoas entre os 65 e 74 A
 - 35% das pessoas entre os 75-84 A
 - 50% das pessoas com idade > 85 A
 - Idosos institucionalizados > comunidade
 - 40% institucionalizados que sofrem quedas, têm quedas recorrentes
 - Maioria das quedas é dentro de casa
- Tinetti ME, et al (1988)
 - Dessas quedas: 6% fractura

4. Protocolo de prevenção de quedas



Relatório OMS– “Prevenção de quedas no idoso”, 2010

4. Protocolo de prevenção de quedas

Factor de Risco	Estudos Significativos / Total	RR ou OR	Intervalo
Fraqueza muscular	10/11	4.4	1.5 – 10.3
Hx de quedas	12/13	3.0	1.7 – 7.0
Défice de marcha	10/12	2.9	1.3 – 5.6
Défice de equilíbrio	8/11	2.9	1.6 – 5.4
Apoio de marcha	8/8	2.6	1.2 – 4.6
Défice visual	6/12	2.5	1.6 – 3.5
Artrite	3/7	2.4	1.9 – 2.9
Limitação nas AVD	8/9	2.3	1.5 – 3.1
Depressão	3/6	2.2	1.7 – 2.5
Défice cognitivo	4/11	1.8	1.0 – 2.3
> 80 anos	5/8	1.7	1.1 – 2.5

4. Protocolo de prevenção de quedas

Avaliação

- AP (cardiovascular, neurológico, psiquiátrico)
- Medicação
- Visão
- Marcha / Equilíbrio



Intervenção Multifactorial

- Tratamento de comorbilidades (Hipotensão postural)
- Revisão terapêutica
- Treino de Marcha / Equilíbrio / Exercício
- Modificação dos FR em casa

British Orthopaedic Association – “The care of patients with fragility fracture”, 2007





Vários
pontos de luz



Piso
antiderrapante



Telefone
sem fios



Chinelos
antiderrapantes



Exercício
físico

NA CASA DE BANHO

- Crie vários pontos de luz
- Coloque barras de apoio e tapete/tiras antiderrapantes no chuveiro/banheira
- O piso deve ser antiderrapante
- Substitua os sabonetes por sabonete líquido/gel de banho
- Se tem dificuldade em sentar-se/levantar-se da sanita, coloque um alçador

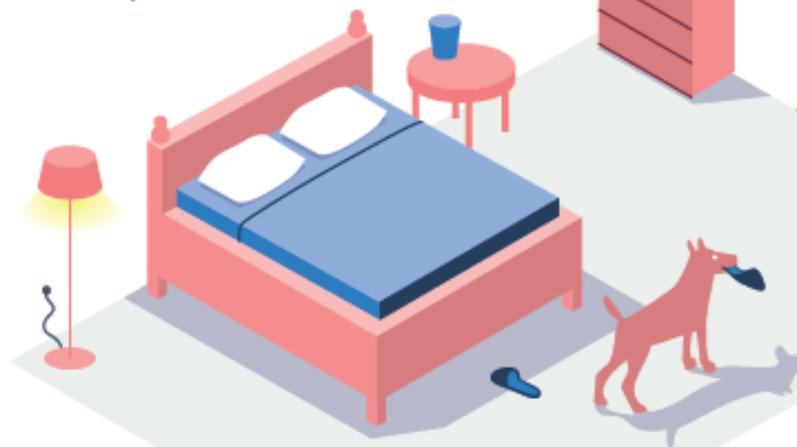


CORREDOR

- Se necessário, coloque um corrimão
- Remova os obstáculos, tapetes ou passadeiras

QUARTO

- O quarto não deve ter mobiliário em excesso
- A cama não deve ser muito alta nem muito baixa
- Deve haver uma mesa de cabeceira que sirva de ponto de apoio
- Deve existir um ponto de apoio à entrada/saída do quarto



ATENÇÃO

Se tiver animais de estimação, deve estar especialmente atento/a. Muitas quedas dão-se por os animais fazerem os donos tropeçar





MAS ...



Dia

0

0-2

Entrada na Urgencia

Protocolo Analgesia

Protocolo Profilaxia Tromboembolismo

Avaliação Clinica

Internista

Anestesista

Cirurgia

Protocolo Analgesia

Protocolo Profilaxia Tromboembolismo

Protocolo Profilaxia AB

Protocolo Anemia

Prevenção da confusão mental

Protocolo MFR

Protocolo Exames Complementares

Protocolo Nutrição

Agendamento Pensos

Agendamento de consulta de seguimento e RX

Protocolo Nutrição

Protocolo MFR

Protocolo Anemia

Protocolo Profilaxia Tromboembolismo

Protocolo Osteoporose

Protocolo Prevenção Quedas

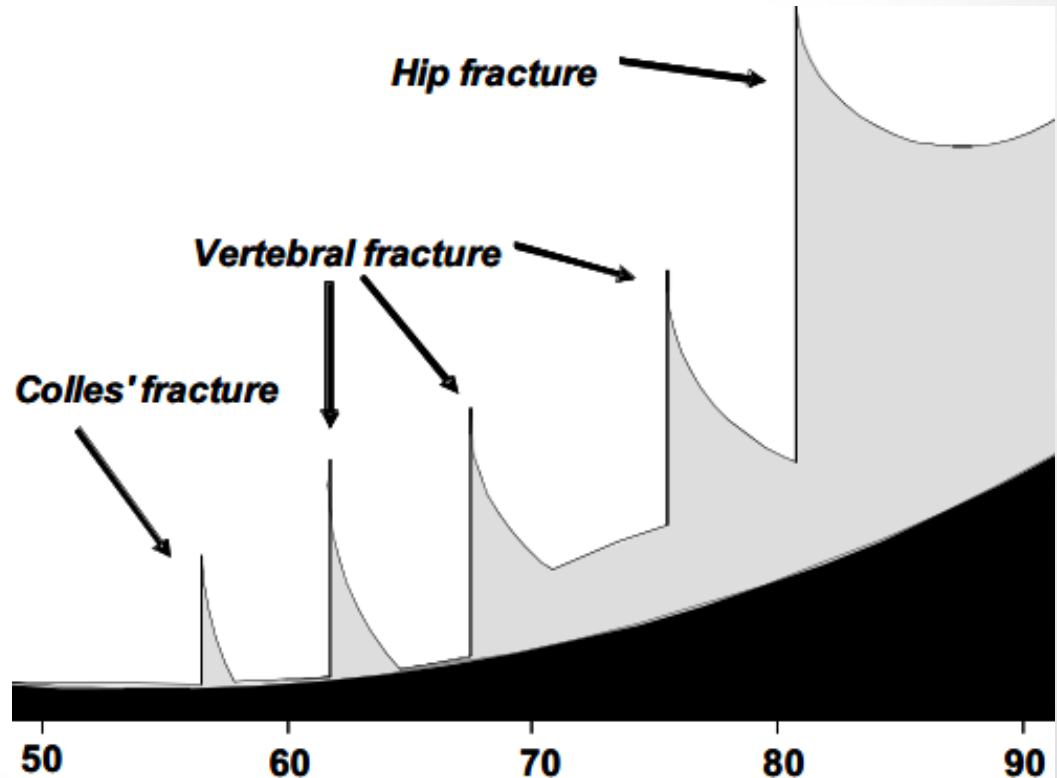
Alta

Médico de Família

7-9

Prevenção 1ª, 2ª e 3ª

- 50-66% das fracturas do fémur proximal tiveram fractura osteoporótica prévia
- < 1/3 são avaliados para prevenção 2ª
- < 5% faz DEXA
- < 10% faz Tx



Adaptado de J. Endo Investigation 1999;22(8) Kanis JÁ & Johnell



Conclusões



- 
- As **FEPF** Representam **um grave problema Saúde Pública**
 - São Desafio:
 - Médico
 - Ortopédico
 - Social
 - Económico
 - Organizacional

- Equipas Multidisciplinares:

- Internista
- Ortopedista
- Anestesista
- Fisiatra
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Médico de Família



Contactos Urgis:

- Anestesia: 26.15 / 26.18
- Asistencia Social: 92 42 22 92 10
- Clínica Quirúrgica:
 - Cirujía: 26.16
 - Traumatología: 26.17
 - Sala Parto: 26.18
 - Sala Operación: 26.19
- Banco Sangre: 26.19
- Radiología: 26.20
- Laboratorio: 26.21
- Farmacia: 26.22
- Neumología: 26.23
- Cardiología: 26.24
- Endocrinología: 26.25
- Oncología: 26.26
- Pediatría: 26.27
- Ginecología: 26.28
- Urología: 26.29
- Otorrinolaringología: 26.30
- Oftalmología: 26.31
- Dermatología: 26.32
- Psiquiatría: 26.33
- Neurología: 26.34
- Nefrología: 26.35
- Hepatología: 26.36
- Geriatria: 26.37
- Hematología: 26.38
- Inmunología: 26.39
- Infectología: 26.40
- Radiología: 26.41
- Anatomía Patológica: 26.42
- Fisiología: 26.43
- Farmacología: 26.44
- Toxicología: 26.45
- Microbiología: 26.46
- Parasitología: 26.47
- Histología: 26.48
- Citología: 26.49
- Genética: 26.50
- Bioquímica: 26.51
- Nutrición: 26.52
- Dietética: 26.53
- Fisioterapia: 26.54
- Logopedia: 26.55
- Psicología: 26.56
- Trabajo Social: 26.57
- Enfermería: 26.58
- Auxiliar de Enfermería: 26.59
- Limpieza: 26.60
- Mantenimiento: 26.61
- Seguridad: 26.62
- Vigilancia: 26.63
- Control de Calidad: 26.64
- Evaluación de Riesgo: 26.65
- Investigación: 26.66
- Docencia: 26.67
- Gestión: 26.68
- Informática: 26.69
- Biblioteca: 26.70
- Archivo: 26.71
- Registro: 26.72
- Contabilidad: 26.73
- Administración: 26.74
- Asesoría Jurídica: 26.75
- Asesoría Económica: 26.76
- Asesoría Fiscal: 26.77
- Asesoría Laboral: 26.78
- Asesoría Ambiental: 26.79
- Asesoría de Seguridad: 26.80
- Asesoría de Salud: 26.81
- Asesoría de Medio Ambiente: 26.82
- Asesoría de Recursos Humanos: 26.83
- Asesoría de Marketing: 26.84
- Asesoría de Comunicación: 26.85
- Asesoría de Relaciones Públicas: 26.86
- Asesoría de Gestión: 26.87
- Asesoría de Organización: 26.88
- Asesoría de Planificación: 26.89
- Asesoría de Control: 26.90
- Asesoría de Evaluación: 26.91
- Asesoría de Mejora Continua: 26.92
- Asesoría de Innovación: 26.93
- Asesoría de Sostenibilidad: 26.94
- Asesoría de Responsabilidad Social: 26.95
- Asesoría de Gobernanza: 26.96
- Asesoría de Transparencia: 26.97
- Asesoría de Acceso a la Información: 26.98
- Asesoría de Protección de Datos: 26.99
- Asesoría de Seguridad Informática: 26.100

- 
- Organizados em **Percursos Clínicos** com protocolos.
 - **Programa de Alta** – em intima colaboração com Centros de Saúde



Fractura Proximal do Fémur

Um problema ortopédico?
....exclusivamente ortopédico?

Paulo Felicíssimo (Director de Serviço)

Miguel Pádua

Patrícia Gomes