

PDTA
PERCORSO FRATTURA DEL FEMORE NEL PAZIENTE
ULTRASESSANTACINQUENNE

Gruppo di lavoro multidisciplinare:

Dott. Sebastiano Cudoni (Coordinatore)
Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia - Ospedale San Francesco – ASL Nuoro

Dott. Stefano Sau
Direttore UOC Pronto Soccorso - Ospedale San Francesco – ASL Nuoro

Dott.ssa Elena Zidda
Direttore UOC Anestesia e Rianimazione - Ospedale San Francesco – ASL Nuoro

Dott. Gavino Casu
Direttore UOC Cardiologia - Ospedale San Francesco – ASL Nuoro

Dott.ssa Elisabetta Clemente
Direttore UOC Medicina Fisica e Riabilitazione - ASL Nuoro

La frattura di femore nel grande anziano rappresenta un importante e crescente problema socio-sanitario associato ad un aumentato rischio di mortalità e decadimento delle condizioni generali per sviluppo di complicanze.

Secondo alcuni studi della letteratura il 5% dei pazienti con frattura di femore muore nell'immediato periodo che precede o segue l'intervento chirurgico e la mortalità a 30 giorni si aggira attorno al 10%. A seconda di alcune casistiche il tasso di mortalità a 6 mesi varia tra il 13,5 e il 20% e a 12 mesi può addirittura superare il 30%.

Lo sviluppo di complicanze, più frequentemente di natura cardiologia e polmonare, e spesso associate, comporta un prolungamento dei tempi di degenza e spesso un reingresso in ambito ospedaliero in tempi brevi. Ad un anno il ritorno alle condizioni pre-esistenti al trauma è osservato solamente in poco più del 40% dei pazienti, mentre il 20-25% va incontro a istituzionalizzazione definitiva a causa di invalidità permanente ed un ulteriore 25 % giunge in osservazione per una nuova frattura.

Numerosi studi mostrano che, in termini di giorni di immobilizzazione a letto, la disabilità conseguente alle fratture di femore incide più delle broncopneumopatie, degli infarti del miocardio e delle neoplasie in genere. Il rischio di morte a tre anni è più rilevante della neoplasia mammaria. Nelle persone anziane, la durata media dei ricoveri ospedalieri per frattura di femore è la più lunga fra tutte le patologie.

Le risorse umane e finanziarie necessarie alla gestione sanitaria e assistenziale del grande anziano sono notevoli e, considerato il crescente aumento dell'età media della popolazione, il problema è destinato ad aumentare ulteriormente.

Mentre per altre patologie, come l'infarto e l'ictus, la mortalità nei pazienti anziani si è progressivamente ridotta negli ultimi 40 anni, quella per frattura di femore non mostra un trend positivo nonostante il continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche, anestesologiche e assistenziali.

Le Linee Guida internazionali concordano che una più appropriata ed efficiente organizzazione multidisciplinare, al fine di ridurre i tempi di attesa tra evento traumatico ed intervento chirurgico, possa ridurre i tassi di mortalità e l'insorgenza di complicanze, particolarmente frequenti in pazienti con numerose comorbidità operati oltre le 48 ore dal trauma.

Le Linee Guida oggi disponibili raccomandano, per questo, che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48, in accordo con solide meta-analisi che identificano importanti ed evidenti correlazioni tra ritardo nell'intervento, più elevati tassi di mortalità, morbosità (trombosi venosa profonda, embolia polmonare e piaghe da decubito) e peggiori risultati dei programmi di riabilitazione.

Studi recenti confermano che l'intervento precoce (eseguito entro le 48 ore) riduca di almeno il 25% il rischio di mortalità. Come outcome secondario, ma sicuramente non irrilevante, emerge tra i vantaggi del trattamento precoce anche una riduzione di oltre la metà del rischio di sviluppare ulcere da pressione.

Per raggiungere l'obiettivo dell'intervento entro le 24-48 ore, le linee guida raccomandano un'organizzazione che consenta di intervenire chirurgicamente 7 giorni su 7, nella fascia oraria diurna. Queste indicazioni si basano su un ragionevole compromesso fra la necessità di operare in tempi rapidi ed il rischio di maggiori complicanze negli interventi eseguiti al di fuori del normale orario di lavoro.

Scopo del presente Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale è quello di predisporre un percorso condiviso, all'interno del Presidio Ospedaliero San Francesco di Nuoro, per il trattamento delle fratture di femore nei pazienti over 65 entro le 48 ore dall'ammissione.

Letteratura di base

- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN): Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. 2009
- Consenso intersocietario sulla profilassi antitrombotica in chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio e nelle fratture del collo del femore. 2010
- La gestione dei pazienti con frattura prossimale di femore. GIOT Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia. 2011
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Hip fracture. The management of hip fracture in adults. 2011
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: Management of proximal femoral fractures. 2011
- Documento di indirizzo "Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni" - PAFF Regione Lazio DGR n. 613, 2009, Revisione 2013

FASE 1 – PRONTO SOCCORSO

Presa in carico in Pronto Soccorso del paziente ≥ 65 anni, con sospetta frattura di femore

	Azione
Infermiere del Triage	<p>Accoglienza, registrazione anagrafica, valutazione globale, attribuzione del codice colore; esecuzione dell'ECG con richiesta di refertazione cardiologica immediata con indicazione: FRATTURA DI FEMORE. Se il paziente è su tavola spinale, vista la breve gestione, viene mantenuto su tale presidio.</p> <p><u>ECG</u>: sarebbe opportuno che la refertazione dell'ECG avvenisse in maniera informatica utilizzando l'apposito software attualmente in dotazione (Estensa WEB).</p> <p>In alternativa l'OSS o l'Ausiliario si occupa della refertazione immediata.</p>
Medico di Pronto Soccorso	<p>Valutazione appena possibile, richiesta Rx del Bacino-Pelvi e Torace con assegnazione di codice radiologico. Da accordi presi con la radiologia, tale esame andrà eseguito entro 15 minuti.</p>
Tecnico di radiologia	<p>Esecuzione esami richiesti entro 15 minuti dall'allerta del medico o infermiere del Pronto Soccorso</p>
Medico di Radiologia	<p>Refertazione nel minor tempo possibile</p>
OSS o ausiliario del Pronto Soccorso	<p>Recupero del referto.</p> <p>Sarebbe opportuno dotare il pronto soccorso del RIS-PACS per il contenimento dei tempi.</p>
Medico di Pronto Soccorso	<p>Ricovero presso Reparto Ortopedia.</p>

FASE 2 – REPARTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Ingresso del paziente in Reparto con gli esami radiografici (Rx torace compreso) ed ECG refertato.
- Prelievo degli esami ematochimici preoperatori urgenti e di richiesta del Gruppo Sanguigno.
- Compilazione della cartella clinica da parte del medico del reparto con raccolta dell'anamnesi e della documentazione clinica eventualmente in possesso del paziente. Aggiornamento della terapia farmaco-logica assunta dal paziente con opportune modifiche quando necessarie.
- Visionati gli esami radiografici verrà posta l'indicazione chirurgica, con indicazione del tipo di intervento (Vedi schema allegato Fase 5), o verranno richiesti ulteriori accertamenti quando necessari.
- Appena in possesso degli esami ematochimici, verrà richiesta la valutazione anestesiologicala preoperatoria urgente (Vedi paragrafo successivo). Sulla base di questa, se il paziente verrà ritenuto idoneo all'intervento si procederà all'acquisizione del consenso all'intervento e alle eventuali emotrasfusioni, all'inserimento in lista operatoria e al prelievo della 2^a determinazione e delle prove crociate.
- Se durante la consulenza anestesiologicala si ravviserà la necessità di ulteriori accertamenti si procederà alla loro richiesta.

FASE 3 - CONSULENZA ANESTESIOLOGICA

Ricezione della richiesta di consulenza anestesiologicala appena disponibili gli esami ematici, l'Rx Torace e l'ECG refertato.

Esecuzione di consulenza anestesiologicala entro un'ora dalla ricezione della richiesta quando questa venga inviata dalle h. 8:00 alle h. 20:00.

Se l'anestesista non riterrà opportuna la richiesta di ulteriori indagini o valutazioni, il paziente dovrà essere operato seguendo i criteri e la tempistica di tutte le altre urgenze, ovvero nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 48 ore dal ricovero.

L'anestesista dovrà richiedere la consulenza cardiologica, con apposito modulo, in presenza dei criteri concordati dalla UO di Cardiologia con l' UO di Anestesia (Vedi allegato 1 e 2).

La presa in carico precoce del paziente da parte dell'anestesista sarà inoltre utile a garantire condizioni di maggiore sicurezza in presenza di importanti comorbilità o assunzione di terapie con antiaggreganti o anticoagulanti o con altri farmaci che possono modificare o condizionare l'apporto al grande anziano.

FASE 4 – CONSULENZE E APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI

Allegato 1 - Valutazione Cardiologica pre-operatoria

ECG: Per tutti i pazienti con Refertazione in urgenza inviata dal Pronto Soccorso o Ortopedia

• VALUTAZIONE CARDIOLOGICA:

Da effettuarsi nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre le 6 ore se richiesta nelle ore diurne (8 – 20)

Richiesta esclusivamente dall'anestesista dopo valutazione del paziente in caso di:

- Cardiopatia ischemica (pregresso infarto miocardico/ Storia di angina pectoris);
 - Scopenso cardiaco, NYHA ≥ 3 ;
 - Diabete mellito complicato o non metabolicamente controllato;
 - Pregresso Ictus cerebrale/TIA;
 - Aritmie significative (FA; TVNS; Blocco AV II° grado o superiori);
 - Arteriopatie periferiche (Arteriopatia Obliterante/Aneurisma aorta);
 - Insufficienza renale cronica (filtrato renale calcolato < 30 ml/min);
 - Altro: richiesta motivata dall'anestesista (es. soffi patologici, bridging therapy).
-
- #### **• ESAMI STRUMENTALI INDICATI DAL CARDIOLOGO:**
- (Eventualmente dopo discussione collegiale con l'anestesista)
- Ecocardiogramma;
 - ECGD sec Holter;
 - Cateterismo cardiaco/Coronarografia;
 - Impianto pace maker temporaneo.

Allegato 2 – Richiesta Valutazione Cardiologica pre-operatoria


Richiesta Valutazione Cardiologica Preoperatoria per frattura di Femore
Intervento Chirurgico

 Urgente

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

 Reparto di provenienza **Ortopedia**
 Ecg
 Vs. Cardiologica

Anamnesi.....

Fattori di Rischio /Instabilità Cardiaca

<input type="checkbox"/> angina pectoris instabile <input type="checkbox"/> recente infarto del miocardio (<6 mesi) <input type="checkbox"/> scompenso cardiaco (NYHA III-IV) <input type="checkbox"/> stroke / T. I. A <input type="checkbox"/> disfunzioni renali (clearance <input type="checkbox"/> 30 ml/min) <input type="checkbox"/> diabete mellito scompensato <input type="checkbox"/> ipertensione arteriosa severa non controllata <input type="checkbox"/> obesità grave (BMI > 35)	<input type="checkbox"/> significative aritmie cardiache <input type="checkbox"/> disturbi valvolari sintomatici
---	---

Terapia in atto

<input type="checkbox"/> Betabloccanti <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Ca++Antagonisti <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> ACE-I/ARBS	<input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> Nitrati <input type="checkbox"/> Antiaggreganti piastrinici <input type="checkbox"/> TAO VKA/NOA	_____ _____ _____
--	--	-------------------------

Nuoro,

L'Anestesista

FASE 5 - SALA OPERATORIA

L'intervento chirurgico per frattura di femore nel paziente ultrasessantacinquenne consisterà in:

- Osteosintesi con Viti Cannulate Frattura sottocapitata collo femore (Garden 1-2) in pazienti di età < 70 anni
- Posizionamento Endoprotesi biarticolare Frattura sottocapitata collo femore (Garden 3-4) in pazienti di età >80 anni
- Posizionamento Artroprotesi Totale Anca Frattura sottocapitata collo femore (Garden 3-4), in pazienti di età < 75 anni
- Osteosintesi (es. Chiodo endomidollare) Frattura laterale collo femore

Tali indicazioni generali sono modificabili sulla base del quadro clinico del paziente.

FASE 6 - TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Il paziente effettuerà il controllo radiologico post-operatorio in giornata. Verrà quindi richiesta la valutazione fisiatrica al Servizio di Riabilitazione Ospedaliero, con l'indicazione, sulla base del tipo di intervento chirurgico effettuato e sul controllo radiografico, della concessione del carico, immediata o ritardata.

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERO

- Presa in carico dell'assistito ospite del Reparto, previa segnalazione al dirigente medico di riferimento;
- Il trattamento riabilitativo su ogni paziente verrà effettuato due volte al dì, come per i pazienti in regime di intensità di cura, da parte dei fisioterapisti;
- A turno, mensilmente due fisioterapisti gestiranno la fisiokinesiterapia del paziente fratturato, ciò per evitare che l'assenza di uno possa avere ricadute negative sul protocollo attivato;
- Invio di una scheda comprensiva di tutte le informazioni utili per la predisposizione immediata della prosecuzione del trattamento, già dal momento della presa in carico, per posta elettronica ai vari servizi/presidi di recupero e riabilitazione funzionale della ASL e al PUA distrettuale di residenza dell'ammalato che, per i casi previsti, attiverà percorsi alternativi al domicilio in tempo utile.

L'Unità Operativa deve essere dotata di ausili necessari per supportare la riabilitazione, secondo un elenco da predisporre congiuntamente con il Servizio di Riabilitazione Intensiva Ospedaliera. Sarebbe auspicabile individuare all'interno del Reparto uno spazio adeguato per l'effettuazione del trattamento riabilitativo.