

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

## TRATAMENTO DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR EM IDOSOS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS  
Nº 21, DE 24 DE SETEMBRO DE 2018.

### TRATAMENTO

O tratamento cirúrgico da fratura do colo do fêmur deve ser realizado com a maior brevidade possível, desde que o paciente se encontre clinicamente apto para a cirurgia proposta (osteossíntese ou artroplastia). É fundamental que se evite ultrapassar um período superior há 48h, a partir da ocorrência da fratura.

#### Analgesia Pré- e Pós-Operatória

Visa a eliminar ou minimizar a dor a níveis toleráveis em pré e pós-operatório, contribuindo para uma satisfatória evolução clínica, reabilitação fisioterápica e alta hospitalar precoce.

O cuidado multidisciplinar precoce referente a aspectos como analgesia sem uso de opioides, hidratação, fisioterapia respiratória e demais cuidados clínicos reduz significativamente a mortalidade nos primeiros 30 dias e até no período de um ano.

É importante a reavaliação da intensidade da dor após a administração de um protocolo analgésico que deve ser realizada entre 30 e 60 minutos, após administração do analgésico. Inicialmente, deve ser realizada com a administração de analgésicos simples, como paracetamol ou a dipirona.

#### ANESTESIA

A opção pela técnica anestésica deve considerar o procedimento cirúrgico e o estado clínico do paciente. O bloqueio do nervo femoral deve ser realizado para analgesia pré-operatória o mais precocemente possível, seja em dose única ou com infusão contínua de anestésico local (AL).

#### Técnicas Anestésicas

- Bloqueios do neuroeixo - Mostram-se adequados e preferenciais na maioria dos casos, notadamente o subaracnoide. É importante a realização prévia do bloqueio do nervo femoral, para que o paciente possa ser posicionado em decúbito lateral de forma confortável, sem ocorrência de dor para sua execução.
- Bloqueio subaracnoide - Na ausência de contraindicações, é a técnica preconizada e utilizada no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). O uso da bupivacaína isobárica possibilita menor dispersão cefálica da solução anestésica com consequente menor bloqueio simpático, desde que doses adequadas desta sejam utilizadas. Na maioria dos casos, situam-se entre 5-12 mg quando utilizada a bupivacaína.
- Anestesia Peridural - Não preconizamos essa técnica para anestesia no idoso, pois implica maiores riscos de acidentes como injeção acidental intravascular ou subaracnoide e hematoma peridural.
- Bloqueios Periféricos - A área cirúrgica das fraturas proximais do fêmur pode envolver os nervos femoral, isquiático, obturatório, cutânea femoral lateral e subcostal. Para os pacientes com contraindicação aos bloqueios do neuroeixo e também para os portadores de doença cardíaca grave como a estenose aórtica grave, o bloqueio do plexo lombar associado ao do nervo isquiático via transglútea pode ser uma opção à anestesia geral.
- Anestesia Geral - Deve ser utilizada em pacientes com comprometimento da função pulmonar com necessidade de apoio ventilatório. A intubação traqueal deve ser realizada, para que se evite o risco de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, que pode ocorrer por regurgitação silenciosa devido à incontinência gastroesofágica, frequente no idoso. A associação da anestesia geral com o bloqueio do nervo femoral é recomendada para analgesia pré e pós-operatória.

#### Pós-operatório

- Deve ocorrer em unidade que proporcione adequada vigilância e controle das condições clínicas, com especial atenção à analgesia, devendo ser evitado o uso de anti-inflamatórios não hormonais. A administração de opioides deve ser criteriosa, respeitando-se as comorbidades e o estado geral do paciente, em função de sua metabolização e efeito depressivo central.

#### FRATURAS

As fraturas do colo do fêmur se dividem em dois grupos: fraturas de colo de fêmur desviadas e colo de fêmur não desviadas.

#### Fraturas de Colo de Fêmur não Desviadas

- Osteossíntese com aplicação de implantes extramedulares (parafusos ou sistema de placa e parafuso deslizante com ângulo fixo).

### INTRODUÇÃO

As ocorrências de quedas constituem um agravo importante nos idosos e as fraturas, em particular as de fêmur (de colo ou outras partes), podem levar a vários tipos de complicações, inclusive à morte.

As fraturas proximais do fêmur são a principal causa de morte relacionada a quedas nos idosos. Atingem com maior frequência, a população de idosos, sendo 95% acima de 60 anos e do sexo feminino (75%).

Tais fraturas têm como principal causa a fragilidade óssea devido à desmineralização ou processos tumorais.

Em virtude da frequente ocorrência de doenças associadas nesses pacientes, a taxa de mortalidade nos primeiros 30 dias atinge de 5% a 10%, chegando a 15% a 30% no primeiro ano.

### DIAGNÓSTICO

Para pacientes com suspeita de fratura do colo do fêmur é indicada imagem radiográfica em três incidências: panorâmica da bacia em anteroposterior (AP), perfil do quadril (*Cross Table*) e AP do quadril com 10º de rotação interna.

A ressonância magnética (RM) é o método de imagem de escolha para o diagnóstico da fratura oculta do colo de fêmur, que não foi diagnosticada nas radiografias simples.

A tomografia computadorizada (TC) deverá ser a imagem de escolha na ausência da ressonância magnética, nas primeiras 24 horas da ocorrência da fratura.

Para pacientes com radiografias iniciais negativas para fratura de colo de fêmur, porém com suspeita clínica de fratura, uma alternativa para os serviços de saúde que não possuem acesso a RM e TC é a mobilização com bloqueio de nervo, com realização de manobras de tração e rotação interna e externa, associada à radiografia simples.

As diretrizes preconizam o tratamento para adultos, com 60 anos ou mais, que apresentem fratura do colo do fêmur com trauma de baixo impacto (baixa energia). Não está indicado o tratamento para: pessoas com idade inferior a 60 anos ou para pessoas com fraturas extracapsulares ou da cabeça do fêmur.

## Fraturas de Colo de Fêmur Desviadas

- Artroplastia parcial – para idosos que apresentam uma baixa capacidade cognitiva e uma baixa demanda funcional ou parcial.
- Artroplastia total – para idosos com boa capacidade cognitiva, como atenção, juízo, raciocínio, memória e linguagem; com uma demanda funcional comunitária; e sem fatores clínicos que impeçam a realização de um procedimento mais amplo.

## TRATAMENTO – CONSIDERAÇÕES

### Prótese Bipolar versus Unipolar

As próteses unipolares e bipolares não apresentam diferenças significativas no resultado funcional do paciente, sendo recomendadas as próteses unipolares por terem um custo menor.

### Haste Femoral Cimentada

Os estudos revisados nas duas diretrizes não apresentaram diferença estatística e clínica entre as técnicas cimentadas e não cimentadas.

Como o risco de ocorrerem fraturas do fêmur, ao serem usadas hastes não cimentadas é maior na população idosa, a artroplastia total cimentada é a melhor opção para o tratamento de pacientes idosos com fraturas desviadas do colo do fêmur.

### Abordagem Cirúrgica

Em relação à via de acesso cirúrgico, as comparações ocorrem entre as vias anterior, anterolateral, lateral e a posterior. O sucesso da escolha da via de acesso está intimamente relacionado à experiência do cirurgião na sua execução, pois a abordagem ânterolateral é mais adequada, segundo os estudos avaliados nas duas diretrizes consideradas (NICE e AAOS).

### Infecções Cirúrgicas

No caso de cirurgias ortopédicas eletivas com implantes ou manipulação óssea e próteses, a profilaxia antibiótica deve e ser feita com:

- Cefazolina 2 g IV até 60 minutos antes da incisão cirúrgica e ser seguida por 1g IV de 8/8h no pós-operatório até 24 horas.

Em cirurgias longas, o profissional deve fazer o repique intraoperatório do antibiótico com:

- Cefazolina 1 g, 4 horas após a primeira dose; como alternativa, é indicada a Cefuroxima 1,5 g IV até 60 minutos antes da incisão, seguida de 1,5 g IV de 8/8 h por 24 horas.
- Cefuroxime 750mg 6 horas após a primeira dose.

Para pacientes alérgicos aos Beta-Lactâmicos é indicada:

- Clindamicina 900mg IV no pré-operatório, seguida por 600mg IV de 6/6h por 24 horas, **OU**
- Vancomicina 1g (ou 15mg/kg) IV em 1 a 2 horas antes da incisão (correr lento em 1 hora), seguida por vancomicina 1g IV de 12/12h por 24 horas.

O cimento ósseo com antibiótico é indicado na cirurgia de artroplastia total de revisão para a profilaxia e diminuição da taxa de infecção profunda.

### Indicação da Transfusão

A transfusão deve ser sempre baseada nos dados clínicos e nos exames laboratoriais, evitando a transfusão quando hemoglobina  $\geq$  8g/dl. Utilizar medidas para evitar a transfusão, como o uso de medicamentos para estimular a produção de sangue (sulfato ferroso e ácido fólico) ou para reduzir a perda sanguínea (ácido tranexâmico) e técnicas cirúrgicas e anestésicas para minorar o sangramento.

### Profilaxia do Tromboembolismo Venoso

Em cirurgias de artroplastia do quadril total e parcial e osteossíntese, é feita a profilaxia medicamentosa em todos os pacientes após a alta hospitalar por um período de 28 a 30 dias.

A profilaxia farmacológica deve ser adicionada desde que não haja contraindicações e não tenha risco de hemorragia, conforme a padronização e protocolo hospitalares de exclusiva responsabilidade do hospital:

- Heparina de baixo peso molecular - Pode ser iniciada na admissão e sus-

pensa 12 horas antes da cirurgia, devendo ser iniciada 12 horas após a cirurgia, desde que a hemostasia tenha sido restabelecida.

- Heparina não fracionada para pacientes com insuficiência renal - A partir da admissão, parando 12 horas antes da cirurgia e reiniciar 6-12 horas após a cirurgia, desde que a hemostasia tenha sido restabelecida.

A profilaxia mecânica deve ser utilizada sempre que houver contraindicação para o uso de anticoagulantes. A profilaxia mais adequada é a que associa métodos mecânicos e químicos.

## CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS

O programa de reabilitação interdisciplinar promove melhor resultado e funcionalidade do paciente no pós-operatório de fratura do quadril.

### Fisioterapia

A fisioterapia precoce (dentro das 48h) no pós-operatório, com continuidade e supervisionada por um fisioterapeuta demonstra uma melhora na mobilização e independência do idoso.

### Terapia Ocupacional

É indicada a avaliação da terapia ocupacional na internação do paciente para a avaliação do seu status funcional: Atividade de Vida Diária (AVD); Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL), antes da fratura, no pré operatório e no pós operatório.

### Nutrição

Para o cuidado e prevenção de fraturas: avaliar o estado nutricional com ferramentas confiáveis, como o questionário da MAN, e avaliar se a ingestão de alimentos atende a ingestão diária recomendada (IDR) própria para a faixa etária. Em caso de ingestão nutricional inadequada, o profissional deve introduzir suplementação de Cálcio (1.200mg) e Vitamina D (600 UI), e uso de suplementação nutricional para melhor atingir às necessidades de calorias e proteínas diárias do paciente idoso.

No paciente com fratura de colo de fêmur por fragilidade óssea, devem ser administrados bifosfonados, que são contraindicados para pacientes com insuficiência renal crônica com clearance de creatina  $\leq$  30ml/min.

### Geriatra

O acompanhamento da pessoa idosa pelo geriatra e pela equipe interdisciplinar, desde a admissão, com o intuito de identificar as pessoas idosas mais vulneráveis e de aplicar a avaliação geriátrica ampla (AGA) nos pacientes de eleição. As condutas serão tomadas visando a um tratamento personalizado e multidisciplinar (cognição, humor, capacidade funcional, avaliação social e suporte familiar).

### Atendimento Domiciliar

O atendimento da equipe multidisciplinar no domicílio do paciente idoso procura prestar um cuidado mais humanizado, evitar as reinternações hospitalares, diminuir a permanência do idoso no hospital após cirurgia e, com isso, evitar o risco de infecção, problemas respiratórios, imobilidade e lesão por pressão.

### Lesão por pressão

A identificação dos pacientes em risco, por meio da aplicação de escalas preditivas de risco, favorece a implementação de estratégias de prevenção precocemente. As escalas de Braden, Braden Q e Waterlow são as escalas validadas no Brasil.

Fazem-se necessários a manutenção de pele limpa e seca; o reposicionamento do paciente, com cabeceira a 30 graus e superfícies de apoio adequadas ao peso corporal e nível de mobilização; o uso de coxins para manutenção de calcâneos elevados e flutuantes e a limitação do tempo em que o paciente permanece sentado sem alívio de pressão.

É recomendada a mudança de decúbito de quatro em quatro horas para pacientes de baixo risco e de duas em duas horas para pacientes de alto e altíssimo risco de desenvolver lesão por pressão.