

Impacto do comanejo multidisciplinar em desfechos de pacientes com fratura de quadril

Impact of multidisciplinary co-management on outcomes of patients with hip fracture
Impacto del manejo conjunto multidisciplinario en desenlaces de pacientes con fractura de cadera


Nicole Waldow Germano Ferreira¹  <https://orcid.org/0000-0002-7084-1556>

Celia Guzinski¹  <https://orcid.org/0000-0002-5817-720X>

Eduarda Boufleuer²  <https://orcid.org/0000-0003-1745-3391>

Polla Victória Paim Rodrigues Finckler²  <https://orcid.org/0000-0003-2540-5699>

Alexandra Nogueira Mello Lopes¹  <https://orcid.org/0000-0002-7484-4287>

Daiane Dal Pai³  <https://orcid.org/0000-0002-6761-0415>

Como citar:

Ferreira NW, Guzinski C, Boufleuer E, Finckler PV, Lopes AN, Dal Pai D. Impacto do comanejo multidisciplinar em desfechos de pacientes com fratura de quadril. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE01456.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0014566>



Descritores

Fraturas de quadril; Equipe de assistência ao paciente; Complicações pós-operatórias; Enfermagem médico-cirúrgica; Enfermagem ortopédica

Keywords

Hip fractures; Patient care team; Postoperative complications; Medical-surgical nursing; Orthopedic nursing

Descriptores

Fracturas de Cadera; Grupo de Atención al paciente; Complicaciones posoperatorias; Enfermería médico-quirúrgica; Enfermería ortopédica

Submetido

2 de Junho de 2021

Aceito

7 de Dezembro de 2021

Autor correspondente

Nicole Waldow Germano Ferreira
E-mail: nicolewgferreira@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Camila Takao Lopes
(<https://orcid.org/0000-0002-6243-6497>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar o impacto do programa de comanejo multidisciplinar nos desfechos de pacientes com fratura de quadril hospitalizados.

Métodos: Estudo observacional, do tipo antes e depois, retrospectivo. Foram coletados dados dos pacientes hospitalizados por fratura de quadril entre 2015 e 2019, em hospital universitário com serviço referência para ortopedia. A intervenção analisada foi o programa de comanejo multidisciplinar, que iniciou em 2017.

Resultados: O número de lesões por pressão adquiridas na internação diminuiu significativamente ($p < 0,005$) após a implementação do comanejo. Da mesma forma, o tempo de internação até a cirurgia reduziu ($p < 0,046$), sendo cumpridas as diretrizes nacionais e internacionais de correção da fratura em até 48 horas. Infecções, reinternações e óbitos não tiveram seu impacto confirmado.

Conclusão: O comanejo multidisciplinar teve impacto positivo nos desfechos dos pacientes hospitalizados por fratura de quadril, resultando em redução do número de lesões por pressão e do tempo de espera para realizar a cirurgia. Através deste estudo, foram identificadas evidências preliminares que suportam a implementação desse tipo de programa.

Abstract

Objective: To assess the impact of the multidisciplinary co-management program on the outcomes of hospitalized patients with hip fractures.

Methods: This is an observational, before-and-after, retrospective study. Data were collected from patients hospitalized for hip fracture between 2015 and 2019, at a university hospital with a referral service for orthopedics. The intervention analyzed was the multidisciplinary co-management program, which started in 2017.

Results: The number of pressure injuries acquired during hospitalization decreased significantly ($p < 0.005$) after the implementation of co-management. Likewise, the length of hospital stay until surgery was reduced ($p < 0.046$), and national and international guidelines for fracture correction within 48 hours were complied with. Infections, readmissions and deaths have not had their impact confirmed.

Conclusion: The multidisciplinary co-management had a positive impact on the outcomes of patients hospitalized for hip fracture, resulting in a reduction in the number of pressure injuries and in the waiting time for surgery. Through this study, preliminary evidence was identified to support the implementation of this type of program.

¹Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

³Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Evaluar el impacto del programa de manejo conjunto multidisciplinario en los desenlaces de pacientes con fractura de cadera hospitalizados.

Métodos: Estudio observacional, tipo antes y después, retrospectivo. Se recopilaron datos de pacientes hospitalizados por fractura de cadera entre 2015 y 2019, en un hospital universitario con servicio de ortopedia de referencia. La intervención analizada fue el programa de manejo conjunto multidisciplinario, que comenzó en 2017.

Resultados: El número de úlceras por presión adquiridas en la internación se redujo significativamente ($p < 0,005$) luego de la implementación del manejo conjunto. De la misma forma, el tiempo de internación hasta la cirugía se redujo ($p < 0,046$), cumpliendo las directrices nacionales e internacionales de corrección de la fractura en 48 horas como máximo. No se confirmó el impacto de infecciones, reinternaciones y fallecimientos.

Conclusión: El manejo conjunto multidisciplinario tuvo un impacto positivo en los desenlaces de los pacientes hospitalizados por fractura de cadera, lo que redujo el número de úlceras por presión y el tiempo de espera para realizar la cirugía. A través de este estudio, se identificaron evidencias preliminares que respaldan la implementación de este tipo de programa.

Introdução

A incidência da fratura de quadril (FQ) vem aumentando em todo o mundo juntamente com o envelhecimento populacional.⁽¹⁾ Estudo realizado no sul do Brasil demonstrou que quase 90% dos casos de FQ ocorrem em idosos acima de 70 anos,⁽²⁾ sendo que as comorbidades e fragilidades desta faixa etária estão comumente presentes,⁽³⁾ elevando o risco de complicações pós-operatórias.

Considerando a complexidade das demandas dos pacientes com FQ, torna-se necessária a implementação e planejamento das ações de maneira multidisciplinar⁽⁴⁾ envolvendo além dos cuidados cirúrgicos, a identificação precoce das necessidades clínicas, sociais e funcionais do paciente. O comanejo de pacientes com este tipo de fratura pode melhorar as complicações relativas à internação, além de reduzir as taxas de mortalidade hospitalar,⁽⁵⁾ o que evidencia a necessidade de rever protocolos de manejo da FQ, considerando a implementação de programas multidisciplinares nas instituições.⁽⁶⁾

Diretrizes nacionais e internacionais⁽⁷⁻⁹⁾ apontam a importância da equipe multidisciplinar no cuidado aos pacientes com FQ. Em concordância, estudos internacionais^(3,10) evidenciaram que os programas multidisciplinares repercutem em redução de complicações pós-operatórias e do tempo de espera para a realização da cirurgia. Entretanto, no âmbito nacional, pesquisas sobre a temática ainda são escassas, e tais lacunas na produção científica justificam a realização deste estudo.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto do programa de comanejo multidisciplinar nos desfechos dos pacientes com FQ hospitalizados.

Métodos

Estudo observacional do tipo antes e depois,⁽¹¹⁾ retrospectivo, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que possui 919 leitos, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com uma unidade referência para ortopedia.

A população estudada foram os pacientes hospitalizados com diagnóstico de FQ no período de 2015 a 2019 (N=445). Os critérios de inclusão foram ser paciente internado com diagnóstico principal de FQ, ter realizado cirurgia de correção da fratura, maior de 18 anos. O critério de idade superior a 18 anos está alinhado à diretriz britânica quanto à população alvo para manejo de fratura de quadril em adultos.⁽⁸⁾

Foram excluídos pacientes internados por convênio particular (n=104), que tiveram fratura patológica (n=28), que não atenderam aos critérios de acompanhamento pelo comanejo (n=10) e os casos de FQ no período de três meses antes e três meses após a implantação do comanejo (n=46). Este critério se deve ao fato de que a intervenção analisada iniciou em outubro de 2017, sendo considerado período de adaptação os três meses que antecederam e que sucederam, a fim de reduzir vieses. Os pacientes que sofrem fratura patológica foram excluídos por se tratar de um tipo de fratura relacionado a um osso previamente doente, comum em casos de neoplasias, sendo atendidos por uma equipe de oncologia.

A intervenção analisada foi o programa de comanejo multidisciplinar instituído com base em protocolos internacionais,⁽⁹⁾ composto por médico clínico, cirurgião ortopédico, anestesista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social e

nutricionista. O cirurgião ortopédico determina se o paciente se encaixa nos seguintes critérios de acompanhamento pelo comanejo: risco de complicações por idade e/ou ser portador de comorbidades; e então aciona o restante da equipe multidisciplinar no momento da internação do paciente, desencadeando as avaliações iniciais de cada membro da equipe, e todos os profissionais acompanham o paciente até o momento da alta.

Anteriormente à implementação do comanejo, além de parte dos profissionais serem acionados somente mediante alguma demanda específica do paciente, não havia um diálogo sistematizado entre eles, provocando por diversas vezes condutas fragmentadas e, conseqüentemente, impactos negativos nos desfechos e na segurança do paciente. Após a implementação, a comunicação entre essa equipe passou a acontecer através de um *round* estruturado que ocorre semanalmente. Nesse espaço, se estabelece um ambiente interativo e inclusivo, onde se buscam soluções em equipe para questões que surgem durante a internação, no período pré e pós-operatório. Foram estabelecidas cinco etapas sequenciais a serem seguidas para discussão dos casos:⁽⁴⁾

1. Equipe médica revisa o caso, confere laudos de exames, aborda condições clínicas e data prevista da cirurgia/alta.
2. Enfermeiro atualiza a condição clínica recente do paciente (queixas, alteração de sinais vitais e eliminações) e expõe plano de cuidados referentes aos diagnósticos de enfermagem identificados, abordando questões como manejo da dor e de delirium, prevenção de quedas e de lesão por pressão (LP) e condições das vias invasivas como cateteres venosos, sondas e drenos.
3. Revisão de itens de segurança pelo farmacêutico (terapia e reconciliação medicamentosa, prevenção de infecção, profilaxia antitrombótica e analgesia);
4. Plano de tratamento da fisioterapia (mobilidade e deambulação), do serviço social (situação familiar e organização para alta) e nutricional (dieta ofertada e aceitação);
5. Definições: médico clínico e anestesista confirmam ou não condições do paciente para cirurgia (quando em pré-operatório) e alta (quando

em pós-operatório). Cirurgião sumariza o plano de cuidados, confirmando as ações definidas conjuntamente pela equipe.

Os dados foram coletados por meio de solicitação de *query* dos prontuários eletrônicos dos pacientes hospitalizados por FQ de 2015 a 2019. Foram coletadas informações sobre sexo, idade, Índice de Massa Corporal (IMC), escala de Braden, mecanismo de fratura, tipo de fratura, lado da fratura, comorbidades, tipo de cirurgia, classificação da *American Society of Anesthesiology* (ASA), LP (especificando quanto ao local e estágio da lesão), transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), reinternação em até 3 meses, infecção conforme o seu foco, óbito em até 3 meses conforme sua causa e tempo de internação (total e tempo entre a internação e a alta). Os desfechos analisados foram: transferência para a UTI reinternação, óbito, LP, infecção, tempo entre a internação e a cirurgia, tempo entre a internação e a alta.

Para o cálculo amostral considerou-se como desfecho principal o tempo entre a internação e a cirurgia. Foi calculado o tamanho da amostra para detectar diferenças entre as proporções Y entre o Tratamento e Controle, por meio de uma ferramenta *PSS Health* versão online.⁽¹²⁾ Considerando poder de 80%, nível de significância 5% e uma proporção de Y no Tratamento de 55,1% e no Controle 38,3%,⁽¹³⁾ sendo estimado o tamanho amostral total de 298 sujeitos, sendo 149 em cada grupo. Considerando o comportamento dos desfechos na população estudada, a amostra se mostrou estatisticamente suficiente em 257 pacientes.

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências relativas e absolutas e as numéricas por medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalos interquartílicos). As análises de associação foram realizadas por meio do teste qui-quadrado, teste t ou Mann-Whitney, conforme a distribuição das variáveis (submetidas ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis, valores de assimetria e curtose). Utilizou-se o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) e foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Foram respeitados todos os preceitos éticos previstos pela legislação brasileira para pesquisas com seres humanos. Pesquisa aprovada por meio do parecer 4.095.550 e CAAE 30842520.5.0000.5327.

Resultados

A amostra foi composta por 257 pacientes, sendo 128 antes e 129 depois da implementação do comanejo multidisciplinar, caracterizada em sua maioria pelo sexo feminino (67%, n=173) e com média de 73,92 anos ($\pm 11,51$), conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com FQ do grupo pré comanejo e do grupo do comanejo segundo características sociodemográficas e clínicas

Variáveis	Grupo pré comanejo n=128 n(%)	Grupo comanejo n=129 n(%)	p-value	Todos os pacientes n=257 n(%)
Sexo ^a			0,112 ^t	
Feminino	80(62,5)	93(72,1)		173(67,3)
Masculino	48(37,5)	36(27,9)		84(32,7)
Idade ^b	73,83($\pm 11,58$)	73,81($\pm 11,4$)	0,992 ^U	73,92($\pm 11,51$)
IMC ^c	24,56($\pm 5,28$)	23,91($\pm 4,62$)	0,310 ^U	24,22 ($\pm 4,94$)
Mecanismo de fratura ^a			0,005 [*]	
Queda da própria altura	115(89,8)	125(96,9)		240(93,4)
Acidente automobilístico	6(4,7)	4(3,1)		10(3,9)
Queda de altura	7(5,5)	-(-)		7(2,7)
Tipo de fratura ^a			0,004 [*]	
Intracapsular	46(35,9)	73(56,6)		119(46,3)
Extracapsular	79(61,7)	54(41,9)		133(51,7)
Múltiplas fraturas	3(2,3)	2(1,5)		5(1,9)
Lado da fratura ^a			0,080 ^U	
Esquerdo	52(40,6)	67(51,9)		119(46,3)
Direito	76(59,4)	62(48,1)		138(53,7)
Tipo de cirurgia ^a			0,001 [*]	
Osteossíntese	92(71,8)	64(49,6)		155(60,3)
Artroplastia	35(27,3)	63(48,8)		100(38,6)
Girdlestone	1(0,8)	2(1,5)		3(1,2)
Classificação ASA ^a			0,143 [*]	
I-Paciente hígido	-(-)	1(0,8)		1(0,4)
II-Doença moderada	7(5,5%)	55(42,6)		126(49)
III-Doença severa	55(42,9)	70(54,3)		125(48,6)
IV-Ameaça constante à vida	2(1,6)	3(2,3)		5(1,9)
Comorbidades ^a				
HAS	79(61,7)	82(63,6)	0,797 ^t	161(62,6)
Diabetes Mellitus	31(24,2)	34(26,3)	0,774 ^t	65(25,3)
DN/Demência	20(15,6)	34(26,3)	0,46 ^t	54(21,0)
Cardiopatia	23(17,9)	27(20,9)	0,637 ^t	50(19,5)
Acidente Vascular Cerebral	19(14,8)	18(13,9)	0,861 ^t	37(14,4)
Osteoporose	12(9,4)	11(8,5)	0,831 ^t	23(8,9)
Dislipidemia	12(9,4)	10(7,7)	0,663 ^t	22(8,6)
Hipotireoidismo	5(3,9)	10(7,7)	0,287 ^t	15(5,8)
DPOC	7(5,5)	7(5,4)	1,00 ^t	14(5,4)

^a - n (%); ^b - Média (\pm DP); ^{*} - Teste Qui-Quadrado de Pearson; ^t - Teste t de student; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica; DN - Doença Neurológica; DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A tabela 2 apresenta as diferenças nos desfechos dos pacientes do grupo pré comanejo e do grupo do comanejo.

Tabela 2. Desfechos dos pacientes do grupo pré comanejo e do grupo do comanejo

Variáveis	Grupo pré comanejo n=128 n(%)	Grupo comanejo n=129 n(%)	Todos os pacientes n=257 n(%)	p-value
Internação até a cirurgia, dias ^b	3(2-5)	2(2-4)	2(2-4)	0,046 ^U
Internação até a alta, dias ^b	8(6-11,75)	7(6-10)	8(6-11)	0,265 ^U
Lesão por pressão ^a				0,005 [*]
Sim	34(26,6%)	16(12,4)	50(19,5)	
Não	94(73,4%)	113(87,6)	207(80,5)	
Infecção no pós-operatório ^a				0,41 [*]
Sim	25(19,5)	20(15,5)	45(17,5)	
Não	103(80,5)	109(84,5)	212(82,5)	
Transferência para a UTI ^a				0,50 [*]
Sim	5(3,9)	6(4,6)	11(4,3)	
Não	123(96,1)	123(95,3)	246(95,7)	
Reinternação (em até 6 meses) ^a				0,358 [*]
Sim	19(14,8)	14(10,8)	33(12,8)	
Não	109(85,1)	115(89,1)	224(87,2)	
Óbito (em até 3 meses) ^a				0,65 [*]
Sim	11(8,6)	9(7,0)	20(7,8)	
Não	117(91,4)	120(93,0)	237(92,2)	

^a - n (%); ^b - Mediana (IIQ); U - Teste U de Mann-Whitney; ^{*} - Teste Qui-Quadrado de Pearson

Sobre os resultados que versam sobre a LP, cabe acrescentar que o risco de desenvolver LP foi o mesmo nos dois grupos, pois, em ambos, a mediana da escala de Braden foi 15 (14-16). Entre as LP, 27 (54%) foram na região sacra, oito (16%) na região glútea, quatro (8%) no calcâneo, uma (2%) no dorso e dez (20%) pacientes tiveram mais de uma LP em locais diferentes. Foram identificadas 15 (30%) LP estágio 1, 31 (62%) LP estágio 2, uma (2%) LP estágio 4 e três (6%) sem registro.

Dos 45 pacientes que desenvolveram alguma infecção durante a internação, 17 (37,7%) foram do trato urinário (ITU) e 17 (37,7%) foram respiratórias. Outros seis (13,3%) tiveram infecção no sítio cirúrgico ou prótese. Além desses, três (6,6%) tiveram ITU e infecção respiratória concomitantes, e outros dois (4,4%) sem foco definido em prontuário. Dos 20 pacientes que vieram a óbito em até 3 meses após a cirurgia, oito (40%) foram por infecção respiratória, cinco (25%) por choque séptico, dois (10%) por parada cardiorrespiratória e cinco (25%) por outros motivos.

Discussão

A similitude dos grupos acerca das características sociodemográficas e clínicas reforça que as implicações do comanejo sobre os desfechos avaliados não estão

relacionadas a mudanças no perfil dos pacientes. A maioria são mulheres, conforme a literatura.^(6,14,15) A média de idade é similar aos resultados de outro estudo,⁽¹⁶⁾ bem como a comorbidade com maior prevalência assemelhou-se aos resultados encontrados em pesquisa brasileira.⁽¹⁷⁾ As comorbidades mais prevalentes identificadas nos pacientes com FQ são Hipertensão Arterial Sistêmica,⁽¹⁸⁾ Diabetes Mellitus, Osteoartrite, Cardiopatias, Acidente Vascular Cerebral e demência, concordando com os achados. Esse perfil de paciente é justificado pelo processo natural do envelhecimento.⁽¹⁹⁾ A média do IMC também já foi descrita de forma semelhante na literatura,⁽¹⁴⁾ sendo que a maior parte das FQ ocorrem em pessoas com IMC dentro da faixa normal.⁽²⁰⁾

A maioria dos pacientes teve classificação ASA II no grupo pré comanejo e ASA III no grupo do comanejo, sendo essas duas classificações as mais encontradas na literatura.^(15,17) A classificação ASA demonstra ser um fator de risco independente para o desenvolvimento de delirium em idosos no pós-operatório, que por sua vez contribui para aumento da mortalidade, complicações clínicas, tempo de internação e reinternações.⁽²¹⁾ O planejamento conjunto da equipe multidisciplinar auxilia na prevenção do delirium pós-operatório.⁽²²⁾

O mecanismo de trauma mais comum foi a queda da própria altura, reforçando o fato de que fraturas de quadril estão associadas a trauma de baixa energia e idade avançada.⁽²⁾ A incidência geral de fraturas extracapsulares foi maior que as intracapsulares, assim como em pesquisas internacionais,^(3,16) apesar de que, isoladamente no grupo do comanejo, fraturas intracapsulares foram mais frequentes. A osteossíntese foi a cirurgia mais realizada, seguida de artroplastia, conforme a literatura.^(10,17) Entretanto, no grupo que não teve intervenção do comanejo, o índice de osteossínteses foi quase três vezes maior do que o de artroplastias, enquanto no grupo do comanejo os índices foram bem similares. A artroplastia já foi relacionada com taxa de reinternação maior, porém, no grupo do comanejo, as reinternações diminuíram.⁽²³⁾

O tempo de internação total diminuiu em um dia após a intervenção do comanejo, assim como em outro estudo que analisou impacto de intervenção multidisciplinar.⁽¹³⁾ Encontrou-se mediana de 7

(6-10) dias de internação no grupo do comanejo, sendo que a internação hospitalar acima de 7 dias está relacionada ao aumento da mortalidade.⁽²⁴⁾

O grupo que recebeu a intervenção do comanejo teve diminuição de um dia no tempo entre a internação e a cirurgia, cumprindo as recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de realização da cirurgia em até 48 horas.⁽⁷⁻⁹⁾ Este é um achado importante, visto que realizar a cirurgia dentro de 2 dias após a internação demonstra reduzir complicações pós-operatórias, tempo de internação e mortalidade^(7,25) sendo que tais desfechos foram de fato mais favoráveis no grupo do comanejo. Pode-se inferir então que uma equipe multidisciplinar empenhada em resolver os problemas clínicos do paciente com agilidade e integralidade auxilia em realizar a cirurgia com segurança e o mais cedo possível.

O tempo de internação prolongado e o atraso para realizar a cirurgia está muitas vezes associado à reinternação, apesar de que tal relação também pode ser devida à gravidade dos casos.⁽²⁶⁾ Nesse contexto, a literatura demonstra que pacientes que recebem cuidados multidisciplinares reinternam menos.⁽²⁷⁾ No comanejo, a situação doméstica, o suporte social, necessidades de reabilitação do paciente e problemas clínicos já são avaliados e encaminhados para uma resolução desde o momento da internação. Contudo, no presente estudo não foi identificado benefício da intervenção na reinternação.

O número de LPs desenvolvidas na internação reduziu para menos da metade após a implementação do comanejo, reforçando achados que analisaram o impacto de ações multidisciplinares.⁽¹⁰⁾ Em evidências similares, a LP estágio 2 foi a mais frequente, bem como a LP localizada na região sacra.⁽²⁸⁾ A LP é um indicador assistencial muito utilizado para pacientes com FQ, e é um dos principais indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem, sendo essa profissão essencial no manejo desses pacientes.⁽²⁹⁾

Por ser um fator de risco independente para mortalidade em pacientes que sofrem FQ,⁽²⁸⁾ é crucial que a LP seja evitada e manejada da melhor forma possível. No período pós-operatório, a mudança de decúbito, a fisioterapia precoce e o uso de colchão de fluxo de ar com motor demonstram ser prá-

ticas protetivas contra o desenvolvimento de LP,⁽³⁰⁾ sendo todas estas práticas da equipe do comanejo. É importante salientar que antes da implementação do comanejo, acreditava-se ser contraindicado o uso do colchão de fluxo de ar em pacientes com FQ. Contudo, após revisão da literatura realizada pela equipe de enfermagem e o espaço que o *round* proporcionou para essas discussões, começou-se a utilizá-lo, conduzindo a uma prática baseada em evidências. Isso reforça ainda mais a importância da comunicação efetiva entre as equipes de saúde, e o quanto ela tem o potencial de melhorar a qualidade da assistência.⁽⁴⁾ Os resultados obtidos podem ter relação com essa implementação, aspecto que merece ser aprofundado.

Complicações clínicas costumam ser mais frequentes que complicações cirúrgicas no período pós-operatório, principalmente infecções como ITU e pneumonia,⁽¹⁹⁾ como no presente estudo. O risco de óbito aumenta consideravelmente após desenvolvimento de infecção no pós-operatório, principalmente se o cenário for sepse ou pneumonia.^(19,31) No presente estudo não foram identificadas diferenças da intervenção sobre as infecções, os óbitos e as transferências para UTI. Contudo, as prevalências encontradas revelam que são desfechos que podem ser mais explorados.

Achados deste estudo corroboram que a ação multiprofissional da equipe de saúde demonstra promover uma reabilitação mais efetiva e minimizar o agravamento clínico do paciente, podendo haver melhora significativa em desfechos dos pacientes que são acompanhados em intervenções multidisciplinares sistematizadas.⁽¹⁰⁾ Os resultados encontrados na presente investigação reforçam que os programas multidisciplinares podem reduzir o tempo até a cirurgia e as complicações pós-operatórias em pacientes com FQ.⁽³⁾

O delineamento utilizado pode ser considerado uma limitação do estudo, havendo maior força se tratasse de um estudo randomizado controlado, o qual não exclui outros potenciais fatores que podem ter mudado ao mesmo tempo em que a intervenção foi executada, limitando a certeza de que os desfechos observados no estudo sejam totalmente atribuídos à intervenção. Outra limitação é que não

foi possível determinar através das medidas quantitativas utilizadas neste estudo quais componentes da intervenção funcionaram ou não, já que não foi possível relacioná-los.

Conclusão

O programa de comanejo multidisciplinar teve impacto positivo sobre a redução de LP e o tempo de espera até a cirurgia, contribuindo satisfatoriamente na hospitalização e tratamento de pacientes com FQ. Destaca-se que o enfermeiro é integrante fundamental dessa equipe, por ter a perspectiva do acompanhamento continuado da equipe de enfermagem sobre a evolução do paciente, com uma visão mais integral sobre as necessidades diárias e os riscos relacionados ao processo de internação e tratamento. Os resultados aqui apresentados avançam no conhecimento à medida que se trata do primeiro estudo que avaliou o impacto de um programa de comanejo multidisciplinar em pacientes hospitalizados com FQ em um hospital público no Brasil. Através deste, foram identificadas evidências preliminares que suportam a implementação de programas desse tipo, podendo contribuir para a qualificação de processos de cuidado no SUS.

Colaborações

Ferreira NWG, Guzinski C, Boufleuer E, Finckler PVPR, Lopes ANM e Dal Pai D declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Ageing and Health. Geneva: WHO; 2018 [cited 2021 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Guerra MT, Giglio L, Morais JM, Labatut G, Feijó MC, Kayser CE. A relação do escore de Lee com a mortalidade pós-operatória em pacientes com fraturas de fêmur proximal. Rev Bras Ortop. 2019;54(4):387-91.

3. Wallace R, Angus LD, Munnangi S, Shukry S, DiGiacomo JC, Ruotolo C. Improved outcomes following implementation of a multidisciplinary care pathway for elderly hip fractures. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(2):273-8.
4. Guzinski C, Lopes AN, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Pai DD. Good practices for effective communication: the experience of the interdisciplinary round in orthopedic surgery. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(Spe):e20180353.
5. Rincón Gómez M, Hernández Quiles C, García Gutiérrez M, Galindo Ocaña J, Parra Alcaraz R, Alfaro Lara V, et al. Hip fracture co-management in the elderly in a tertiary referral hospital: a cohorts study. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2020;220(1):1-7.
6. Cheung WH, Shen WY, Dai DL, Lee KB, Zhu TY, Wong RM, et al. Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme for elderly patients with hip fracture: a prospective cohort study. *J Rehabil Med*. 2018;50(3):285-91.
7. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta nº 21, de 24 de setembro de 2018. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Fratura do Colo do Fêmur em Idosos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2021 Abr 28]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/sas/2018/poc0021_01_10_2018.html
8. National Clinical Guideline Centre (NICE). The management of hip fracture in adults. London: NICE; 2011 [cited 2021 Apr 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-183081997>
9. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of Hip Fractures in the Elderly Evidence- Based Clinical Practice Guideline adopted by the American Academy of Orthopaedic Surgeons. Illinois: AAOS; 2014 [cited 2021 Apr 28]. Available from: https://aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/hip-fractures-in-the-elderly/management_of_hip_fractures_in_the_elderly-7-24-19.pdf
10. Wu X, Tian M, Zhang J, Yang M, Gong X, Liu Y, et al. The effect of a multidisciplinary co-management program for the older hip fracture patients in Beijing: a "pre- and post-" retrospective study. *Arch Osteoporos*. 2019;14(1):43.
11. Gianicolo EA, Eichler M, Muensterer O, Strauch K, Blettner M. Methods for evaluating causality in observational studies. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;116(7):101-7.
12. Azambuja G. PSS Health versão online: power and sample size for health researchers. Power and sample size for health researchers. Porto Alegre: HCPA; 2020 [citado 2020 Dez 9]. Disponível em: https://hcpa-unidade-bioestatistica.shinyapps.io/PSS_Health/
13. Reguant F, Arnau A, Lorente JV, Maestro L, Bosch J. Efficacy of a multidisciplinary approach on postoperative morbidity and mortality of elderly patients with hip fracture. *J Clin Anesth*. 2019;53:11-19.
14. Lehtonen EJ, Stibolt RD Jr, Smith W, Wills B, Pinto MC, McGwin G Jr, et al. Trends in surgical treatment of femoral neck fractures in the elderly. *einstein (Sao Paulo)*. 2018;16(3):eA04351.
15. Kelly-Pettersson P, Samuelsson B, Muren O, Unbeck M, Gordon M, Stark A, et al. Waiting time to surgery is correlated with an increased risk of serious adverse events during hospital stay in patients with hip-fracture: A cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2017;69:91-97.
16. Saul D, Riekenberg J, Ammon JC, Hoffmann DB, Sehmisch S. Hip fractures: therapy, timing, and complication spectrum. *Orthop Surg*. 2019;11(6):994-1002.
17. Edelmuth SV, Sorio GN, Sprovieri FA, Gali JC, Peron SF. Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fratura de quadril. *Rev Bras Ortop*. 2018;53(5):543-51.
18. Galivanche AR, Kebaish KJ, Agrados M, Ottesen TD, Varthi AG, Rubin LE, et al. Postoperative pressure ulcers after geriatric hip fracture surgery are predicted by defined preoperative comorbidities and postoperative complications. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020;28(8):342-51.
19. Guerra MT, Viana RD, Feil L, Feron ET, Maboni J, Vargas AS. One-year mortality of elderly patients with hip fracture surgically treated at a hospital in Southern Brazil. *Rev Bras Ortop*. 2017;52(1):17-23.
20. Chang MW, Liu HT, Huang CY, Chien PC, Hsieh HY, Hsieh CH. Location of femoral fractures in patients with different weight classes in fall and motorcycle accidents: a retrospective cross-sectional analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1082.
21. Arshi A, Lai WC, Chen JB, Bukata SV, Stavakis AI, Zeegen EN. Predictors and sequelae of postoperative delirium in geriatric hip fracture patients. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2018;9:2151459318814823.
22. Chuan A, Zhao L, Tillekeratne N, Alani S, Middleton PM, Harris IA, et al. The effect of a multidisciplinary care bundle on the incidence of delirium after hip fracture surgery: a quality improvement study. *Anaesthesia*. 2020;75(1):63-71.
23. Paula FL, Cunha GM, Leite IC, Pinheiro RS, Valente JC. Readmission of older patients after hospital discharge for hip fracture: a multilevel approach. *Rev Saude Publica*. 2016;50:1-9.
24. Filho JA, Silva AD, Mendes Junior AF, Pereira FJ, Oppe IG, Loures EA. Fatores preditivos de morte após cirurgia para tratamento de fratura proximal do fêmur. *Rev Bras Ortop*. 2019;54(4):402-7.
25. Pinto IP, Ferres LF, Boni G, Falótico GG, Moraes M, Puertas EB. Does Early Surgical Fixation of Proximal Femoral Fractures in Elderly Patients Affect Mortality Rates? *Rev Bras Ortop*. 2019;54(4):392-5.
26. Sarimo S, Pajulammi H, Jämsen E. Process-related predictors of readmissions and mortality following hip fracture surgery: a population-based analysis. *Eur Geriatric Med*. 2020;11:613-22.
27. Neuerburg C, Förch S, Gleich J, Böcker W, Gosch M, Kammerlander C, et al. Improved outcome in hip fracture patients in the aging population following co-managed care compared to conventional surgical treatment: a retrospective, dual-center cohort study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):330.
28. Magny E, Vallet H, Cohen-Bittan J, Raux M, Meziere A, Verny M, et al. Pressure ulcers are associated with 6-month mortality in elderly patients with hip fracture managed in orthogeriatric care pathway. *Arch Osteoporos*. 2017;12(1):77.
29. Brent L, Hommel A, Maher AB, Hertz K, Meehan AJ, Santy-Tomlinson J. Nursing care of fragility fracture patients. *Injury*. 2018;49(8):1409-12.
30. Chiari P, Forni C, Guberti M, Gazineo D, Ronzoni S, D'Alessandro F. Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: a prognostic cohort study. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169909.
31. Sheikh HQ, Hossain FS, Aqil A, Akinbamiyo B, Mushtaq V, Kapoor H. A comprehensive analysis of the causes and predictors of 30-day mortality following hip fracture surgery. *Clin Orthop Surg*. 2017;9(1):10-8.