

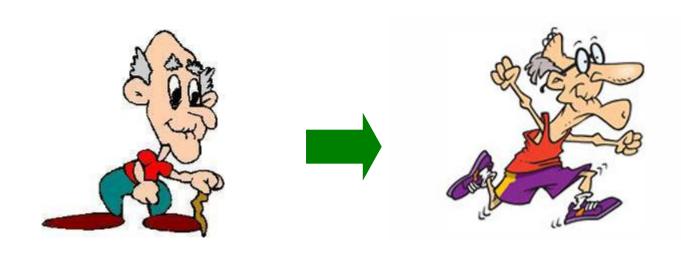


Quali fattori influenzano il recupero delle attività di vita quotidiana dopo una frattura di femore? Uno studio prospettico multicentrico

DOTT.SSA ANTONELLA ORLANDI MAGLI RESPONSABILE UNITA' ORGANIZZATIVA AREA RIABILITAZIONE

Scopo dello studio

Come **modificare** l'assistenza infermieristica e riabilitativa per i pazienti anziani ricoverati per frattura di femore



Obiettivo

Identificare i **fattori** in grado di **influenzare** il **recupero/perdita** delle autonomie nelle attività di vita quotidiana nei **primi 4 mesi** dopo l'intervento di chirurgia per frattura di femore

Per gli infermieri cosa influenza lo sviluppo di lesioni da pressione

MATERIALI E METODI

DISEGNO DELLO STUDIO:

studio di coorte prognostico prospettico multicentrico

SETTING:

- Centro coordinatore:
 - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR)
- Centro satellite:
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi,

CRITERI DI INCLUSIONE:

 tutti i pazienti consecutivi afferenti agli ospedali sede dell'indagine con diagnosi di frattura di femore da fragilità (pertrocanterica, collo di femore e sottotrocanterica) di età uguale o superiore ai 65 anni.

CRITERI DI ESCLUSIONE:

Pazienti o parenti/tutori che rifiutavano il consenso alla partecipazione allo studio.

Fratture periprotesiche

Fratture patologiche

MISURE DI OUTCOME PRIMARIO:

 si è costruito un outcome che fosse in grado di tenere in considerazione non solo del livello di attività di vita quotidiana (ADL) registrato a 4 mesi ma anche di pesare la variazione di ADL rispetto alla condizione di prefrattura

 Tenuto conto delle caratteristiche della scala e prevedendo un peggioramento della ADL a 4 rispetto alle abilità di partenza l'outcome primario è stato calcolato secondo la seguente formula:

 $[(ADL post - ADL pre) / (7 - ADLpre)] \times 100$

Endpoint primario



Eating



Bathing



Dressing



Transferring



Toileting



moving around

(ADL post – ADL pre)

(7 - ADLpre)

MISURE DEGLI OUTCOME SECONDARI:

• l'incidenza della mortalità e delle riospedalizzazione e relative cause, avvenute nei primi 4 mesi dopo l'evento.

• Identificazione dei possibili fattori predittivi: l'identificazione dei possibili fattori predittivi è avvenuta attraverso il lavoro di un team multi professionale di esperti costituito per l'occasione basandosi sui dati reperibili in letteratura e sull'esperienza clinica.

Variabili raccolte

verticalizzazione

dolore

Emoglobina persa

età

FEBBRE

Sesso

pannolone

Altre fratture

Trattamenti di FKt

Tipo di frattura

Attesa intervento

Possibilità di carico

osteosintesi vs

comorbidità

Intensiva

MATERA **Protessi**

provenienza

Percorso post-degenza

Recupero deambulazione

Casa di riposo

Catetere vescicale

ortogeriatria vs ortopedia

ESTENSIVA

Presenza del care giver

Durata intervento

Il protocollo di studio prevedeva tre sezioni principali:

- 1. l'arruolamento del paziente e la prima raccolta di dati durante l'accesso al pronto soccorso;
- 1. la raccolta dati nel periodo pre e post operatorio nelle degenze ordinarie per acuti;
- 1. la raccolta dati nel periodo di follow up a 4 e 12 mesi rispetto ai trattamenti riabilitativi effettuati, al dolore, e alle abilità motorie.

SCHEDA 2 STUDIO ANZIA	ANI		CED
⁸⁷ Numero di telefono			
Fisioterapista	⁸⁰ Giornata di	rimozione drenago	gio:
⁸¹ Solo seduto ⁸² Deambula con carico:	□ NO ¹□ SI' □ NO ¹□ parziale	e ²□ Sl'	

84Data Scala ILOA/...../

83Paralisi SPE º- NO ¹- SI'

Attività funzionali	Livello di assistenza ^(A)	Ausilio (8)
Trasferimento da supino a seduto sul bordo del letto		
Trasferimento da seduto sul bordo del letto alla stazione eretta		
Deambulazione (4,57m)		
Salita e discesa di 3 gradini		
Tempo necessario per percorrere 13,4m (c)		
	85	86

(A) Scala di assistenza dell'Università dell'IOWA con associato il grado ordinale

Livello di assistenza	Definizione
0 - Indipendente	Non è necessaria assistenza o supervisione per eseguire l'attività in maniera sicura con o senza ausili o adattamenti
1 - Supervisione	E' necessaria una supervisione vicino al paziente per eseguire l'attività in sicurezza senza contatto.
2 – Assistenza minima	E' necessario un punto di contatto per l'esecuzione sicura dell'attività, incluso l'aiuto nell'utilizzo di ausilii, l'accompagnamento di una o entrambe le gambe e la stabilizzazione dell'ausilio.
3 – Assistenza moderata	Due punti di contatto sono necessari (da una o due persone) per l'esecuzione sicura dell'attività
4 – Assistenza massima	Un supporto significativo è neoessario per un totale di tre o più punti di contatto (da una o più persone) per l'esecuzione sicura dell'attività.
5 – Attività fallita	Tentativo fallito di esecuzione dell'attività, anche con la massima assistenza.
6 – Attività non testata	L'attività non è stata tentata per ragioni mediche o di sicurezza

Punto di contatto: qualsiasi contatto fisico tra il terapista e il paziente o l'ausilio

(C) Scala per la velocità di deambulazione (13,4m)

0	≤ 20 sec
1	21-30 sec
2	31-40 sec
3	41-50 sec
4	51-60 sec
5	61-70 sec
6	> 70 sec

^(B) Scala per gli ausili

0	No ausili
1	Un bastone o una stampella
2	Due bastoni
3	Due stampelle antibrachiali
4	Due stampelle ascellari
5	Deambulatore / Corrimano

	Scheda	a 3 interna di Follow	-up		
88Data		⁸⁹ follow up: A _□ 4 mesi	^B □ 12 mesi		
90SAHFE	Score				
1	Deambula senza a	ausilii			
2	Deambula con au	silio			
3	Deambula con du	e ausilii			
4	Deambula con wa	ılker			
5	Totalmente incap	ace di deambulare			
91ADL					
Si alimer	nta da solo		sì no		
Si lava d	a solo		sì no		
Si veste	da solo		sì no		
Vi è cont	inenza intestinale		sì no		
	tinenza urinaria		sì no		
	letto da solo		sì no		
Cammina	ava da solo		sì no		
92PERCOR	RSO RIABILITATIVO				
	☐ ^A Estensiva				
	☐ ^B Intensiva	940			
	Lungodegenza	⁹⁴ Per quanti gg?			
	□ DCasa di riposo				
	□ EDomiciliare	⁹⁵ Quanti trattamenti			
	☐ FAmbulatoriale	O 0-10			
		O 10-20 O >20			
		0 720			
%RIOSPEDALIZZAZIONE					
⁰ no	¹si ⁹⁷ quante				
	98 causa				
"ULTERIO	ORI CADUTE				
⁰ no	¹si ^{99.1} quante				
	^{99.2} dove				
	99.3 causa				

100PERMANENZA DOLORE NELL'ULTIMA SETTIMANA

0no	1si	^{100.1} Valore da 0 a 10 <u>:</u>

Livello di mobilità scala ILOA Iowa Level of Assistance

- Somministrata in 6° giornata di ricovero
- ILOA misura :livello di indipendenza
- Ausili utilizzati

```
0 = indipendente
6= attività non testata
Distanza 13,4 m
0 = (< 20 sec ) fino a 6 ( > 70 sec.)
```

⁸⁴Data Scala ILOA/...../

io ^(B)

(A) Scala di assistenza dell'Università dell'IOWA con associato il grado ordinale

Limite di contetence	1: II I' : 1				
Livello di assistenza	Definizione				
0 - Indipendente	Non è necessaria assistenza o supervisione per eseguire l'attività in maniera sicura				
	con o senza ausili o adattamenti				
1 - Supervisione	E' necessaria una supervisione vicino al paziente per eseguire l'attività in sicurezza				
	senza contatto.				
2 – Assistenza minima	E' necessario un punto di contatto per l'esecuzione sicura dell'attività, incluso l'aiuto				
	nell'utilizzo di ausili, l'accompagnamento di una o entrambe le gambe e la				
	stabilizzazione dell'ausilio.				
3 – Assistenza moderata	Due punti di contatto sono necessari (da una o due persone) per l'esecuzione sicura				
	dell'attività				
4 – Assistenza massima	Un supporto significativo è necessario per un totale di tre o più punti di contatto (da				
	una o più persone) per l'esecuzione sicura dell'attività.				
5 – Attività fallita	Tentativo fallito di esecuzione dell'attività, anche con la massima assistenza.				
6 – Attività non testata	L'attività non è stata tentata per ragioni mediche o di sicurezza				
	·				

Punto di contatto: qualsiasi contatto fisico tra il terapista e il paziente o l'ausilio

(C) Scala per la velocità di deambulazione (13,4m)

Ocala per la veroc	ita di deambalazione (
0	≤ 20 sec
1	21-30 sec
2	31-40 sec
3	41-50 sec
4	51-60 sec
5	61-70 sec
6	> 70 sec

^(B) Scala per gli ausili

0	No ausili
1	Un bastone o una stampella
2	Due bastoni
3	Due stampelle antibrachiali
4	Due stampelle ascellari
5	Deambulatore / Corrimano

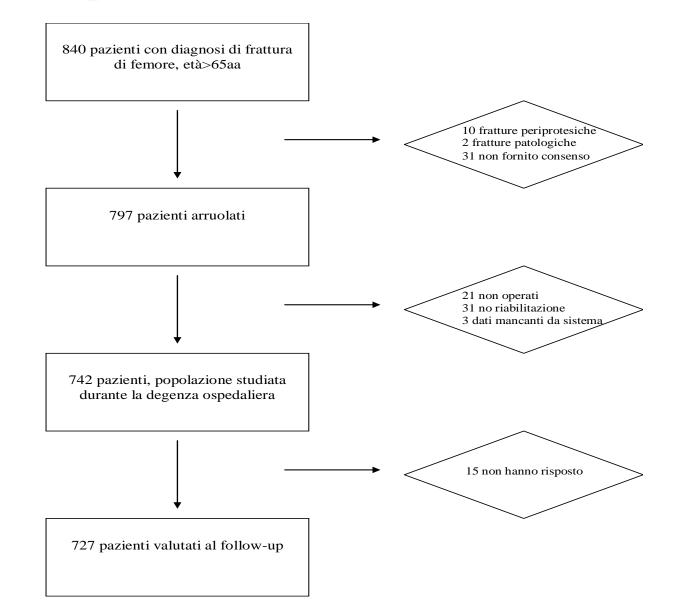
Storia

- In marzo 2013 approvazione del Comitato Etico
- Fatto uno studio pilota in Giugno 2013 (dal 3 al 15) per testare percorsi e strumenti. Arruolati 10 pazienti
 - Modificato scheda 1 e alcune parti del protocollo
- Iniziato studio il 1 ottobre 2013 e concluso il 30 settembre 2014 l'arruolamento
- 2015 concluso il follow up

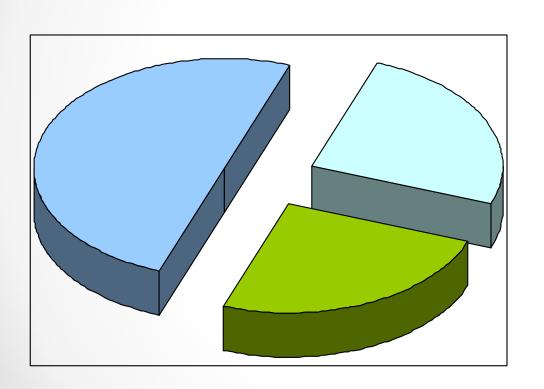
Risultati comuni

- 840 pazienti potenzialmente eleggibili.
- 742 pazienti arruolati
- 727 pazienti studiati anche durate follow-up.

Diagramma di flusso



Risultati outcome primario: Variazione ADL a 4 mesi



- Peggiora
- Recupera il livello pre
- Migliora il livello pre

Outcome secondari:

Mortalità è stata del 9,1 %

Nuovo ricovero ospedaliero 92 pazienti (13,8%) nel corso dei primi 4 mesi.

Le cause più frequenti:

problematiche cardio-respiratorie (25,9%), le infezioni della ferita (12,9%) e una nuova frattura (9,7%).

Passo 1: predittivi legati al paziente

(per correggere il campione, in rosso i dati significativi all'UNIVARIATA)

	N=742	Variazione ADL % Median (IQR)	Rho	Pvalue			
Variabili di base	Variabili di base						
Eta' (anni)	83.7 (7.8)		0,25	<0,0005			
Sesso Donne	573 (77.2)			ns			
Provenienza Domicilio	682 (91.9%)			ns			
Altre fratture Sì	55 (7,4)	42,9 (62,0) vs 14,2 (58,6)		0,023			
Charlson Index	2 (2)		0,16	<0,0005			
Emoglobina di base	12.3 (1.6)		-0,08	0,037			
Lesioni da decubito pre- fracture Sì	34 (4.6)			ns			
Costutizione Magri/grassi Normali	214 (29.2) 518 (57.1)			ns			
Tipo di frattura Prattura del collo Frattura peretrocanterica	352 (47,4) 390 (52.6)			ns			

Passo 2: predittivi legati all'assistenza

(in rosso i dati significativi all'UNIVARIATA)

-				7
Variabili assistenziali/ospedali	ere			
Tempo di attesa dalla chirurgia (h)	47 (39)			ns
% gg di dolore	12.5 (25)			ns
Perdita di emoglobina	22.5 (11.2)			ns
Tipo di intervento Protesi (endo o artro) Osteosintei	336 (45.3) 406 (54.7)			ns
Durata dell'intervento(min)	60 (32)		-0,07	0,075
Terapia Intensiva Sì	33 (4.4)			ns
Attesa intervento – inizio FKT (gg)	1 (1)			ns
gg di rimozione drenaggio	1 (1)			ns
% gg di disorientamento	0 (39.2)		0,259	<0,0005
% gg di contenzione	83,3 (100)		0,138	<0,0005
Mobilizzazioni giornaliere	4.4 (1.8)		-0,132	0,001
Materasso ad aria Sì	365 (49.2)	33,3 (59.1) vs 0 (50)		<0,0005
% gg care giver	90 (42)		-0,107	0,006
Numero di trattamenti	5.9 (2.5)			ns
% gg di febbre	29.2 (24.6)			ns
Indicazione di deamb Senza carico Con carico (parziale/totale)	366 (49.3) 376 (50.7)			ns
Statica riuscita No	113 (15.2)	42.9 (66.7) vs 14.2 (57.1)		0,004
Deambulazione riuscita No	450 (60.6)	40 (66.7) vs 0 (50)		<0,0005
% gg di uso del catetere vescicale	100 (38)		0,143	0,004

Risultati







Fase acuta



Conclusione

Il trattamento nella fase iniziale

del paziente fratturato è determinante

nel percorso di recupero del paziente anziano





GRAZIE

