



La gestione della frattura di femore in RSA

Carlo Fiori

Elisa De Maestri

Maria Teresa Parolini

Rita Bormolini

La gestione della frattura di femore in RSA

I dati oggetto del nostro studio si riferiscono al quinquennio 2006-2010 e riguardano un campione di 308 ospiti (205 femmine e 103 maschi) dei quali 122 (39,6%) sono andati incontro ad almeno una caduta.

Nel periodo considerato si sono verificate 13 fratture di femore.

La frattura di femore è avvenuta, in media, dopo una permanenza in RSA di $53,6 \pm 59,2$ mesi.

Tuttavia quasi un terzo delle fratture (30,7%) si è verificato nei primi sei mesi di permanenza in RSA (media $3,3$ mesi $\pm 2,7$).

La gestione della frattura di femore in RSA

Pur con le inevitabili limitazioni dovute alla esiguità del campione i nostri dati evidenziano che il periodo immediatamente successivo all'ingresso in RSA è particolarmente a rischio per cadute/fratture.

Particolare attenzione e sorveglianza dovrà perciò essere garantita ai nuovi ospiti, almeno per i primi mesi di permanenza in RSA.

La gestione della frattura di femore in RSA

Fratture di femore
complessive nel
campione:

60

Verificatesi in R.S.A. nel
quinquennio 2006-2010

13

Post - traumatiche
(caduta)

9

Spontanee

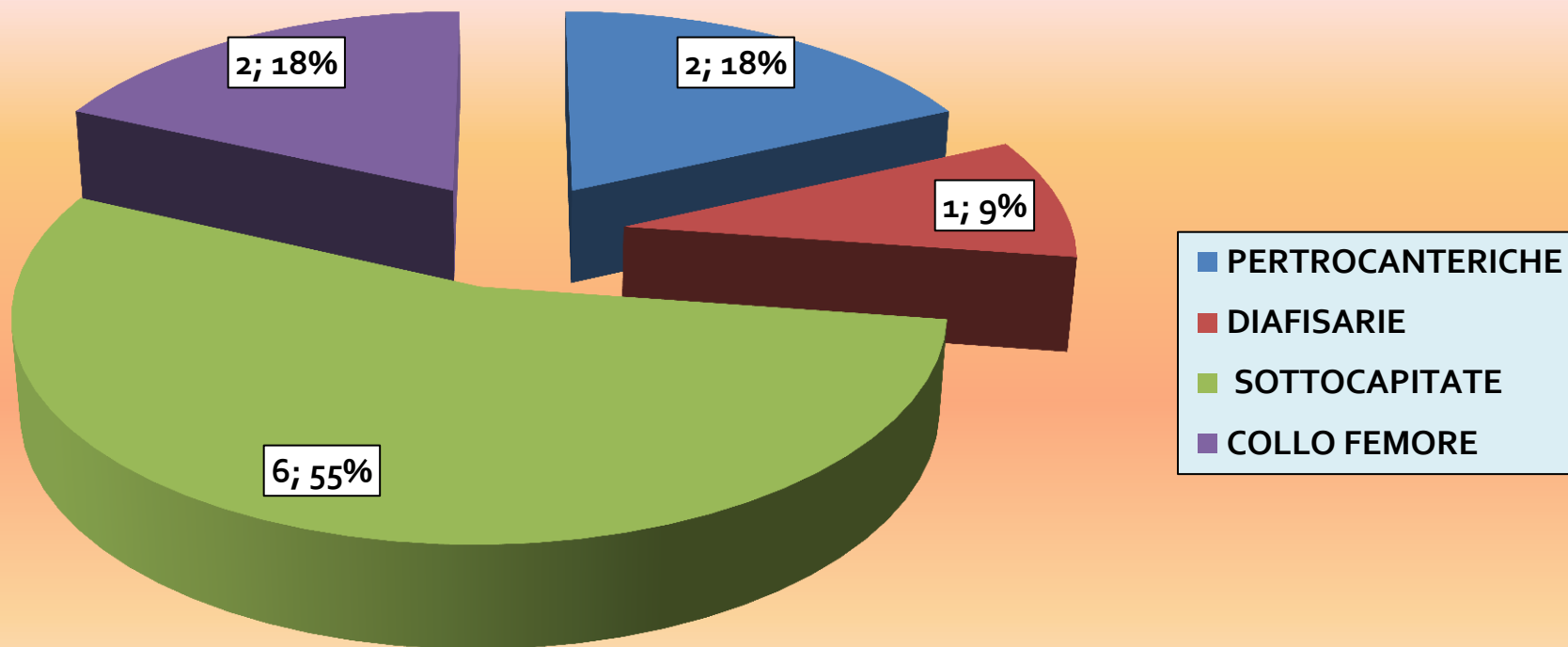
4

Fratture antecedenti
al 2006
(anamnestiche)

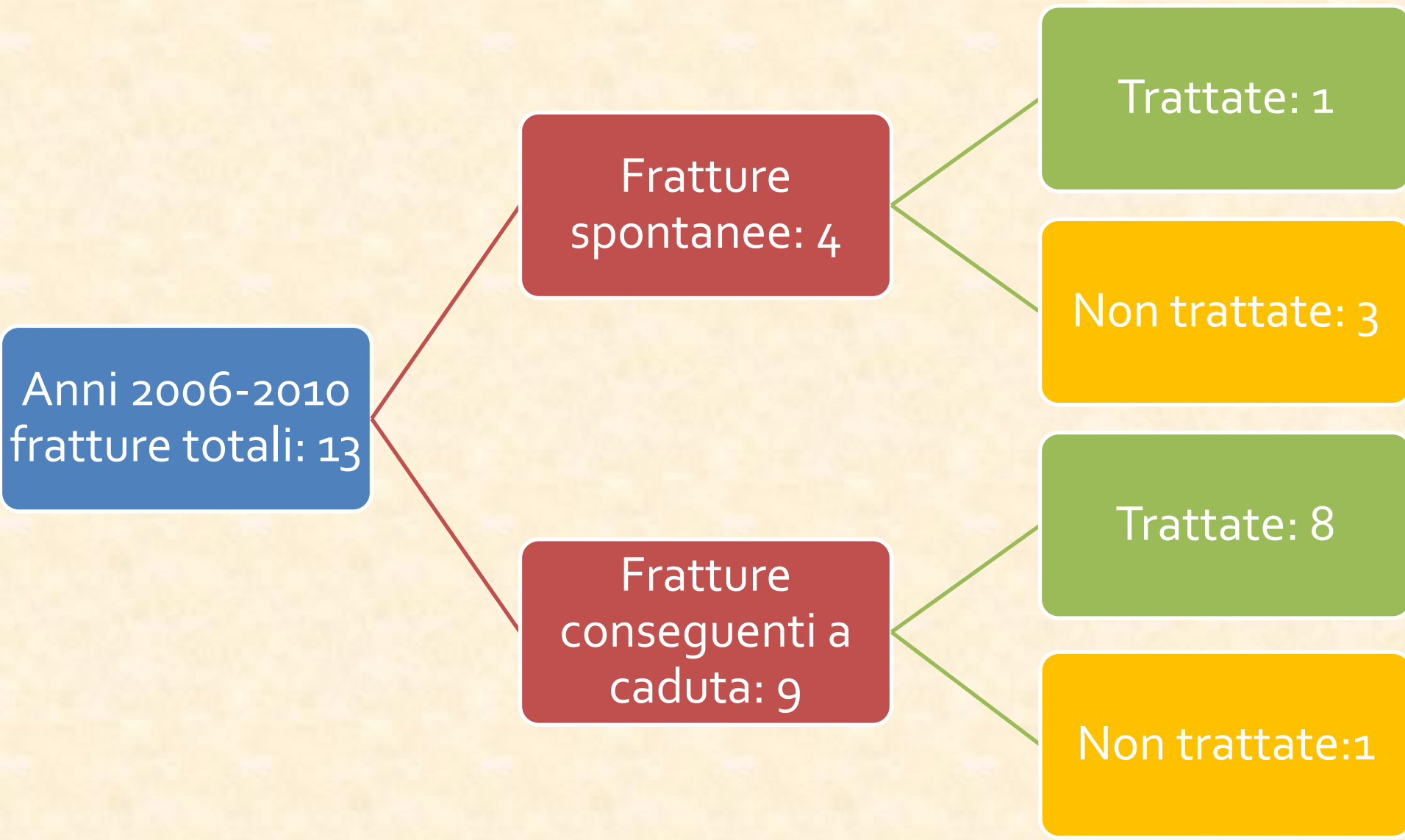
47

La gestione della frattura di femore in RSA

Fratture di femore (anni 2006 - 2010)



La gestione della frattura di femore in RSA



La gestione della frattura di femore in RSA

Si individuano pertanto due gruppi ben distinti la cui gestione è stata molto diversa:

- Pazienti trattati chirurgicamente (impianto di protesi d'anca oppure osteosintesi).
- Pazienti non trattati.

La gestione della frattura di femore in RSA

I pazienti non trattati chirurgicamente erano (tranne un singolo caso) soggetti molto compromessi sia sul piano clinico che funzionale e generalmente già confinati ad un regime letto/carrozzina.

Per questi ospiti l'intervento assistenziale e riabilitativo si è focalizzato soprattutto sui seguenti aspetti:

1. Corretto posizionamento al letto.
2. Prevenzione delle ulcere da pressione.
3. Addestramento del personale ad una corretta mobilizzazione.

-1- Corretto posizionamento al letto

- Addestramento del personale ad una corretta mobilizzazione durante le manovre di igiene e di cambio dei presidi ad assorbenza.
- Definizione per ogni ospite di tempi e modalità di posizionamento (tenuto conto anche della eventuale presenza di ulcere da pressione).
- Utilizzo di cuscini ad hoc per migliorare il posizionamento (anche con utilizzo di cuscini sagomati su misura). Alla luce dell'esperienza maturata si è giunti ad utilizzare, accanto ai normali cuscini, anche cuscini "a sacco" imbottiti con piccole sfere di polistirolo e cuscini in materiale a lento rilascio.

-2- Prevenzione delle ulcere da pressione

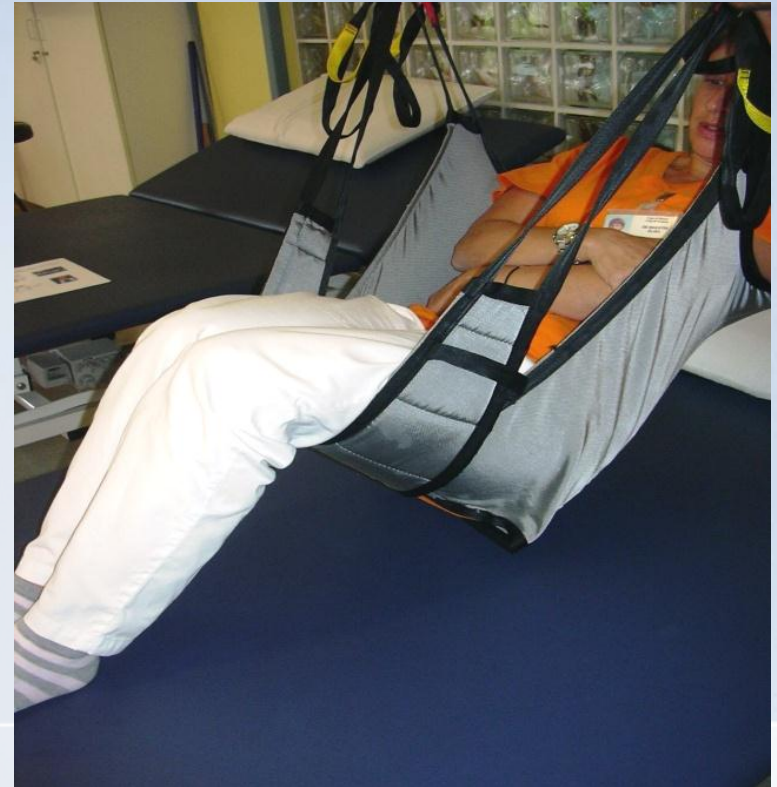
- Applicazione del protocollo interno della RSA relativo alla prevenzione delle piaghe da decubito con particolare attenzione a:
 1. Cambio di postura ogni due ore (comprese le ore notturne).
 2. Tempestiva adozione di presidi antidecubito (MAD di vario tipo, cuscino antidecubito e (più recentemente) protezione in materiale a lento rilascio per dorso dell'ospite quando alzato in bascula.
 3. Attenzione allo stato nutrizionale.
 4. Piano di medicazione se ulcere presenti alla dimissione dall'ospedale.

-3- Corretta mobilitazione letto-carrozzina

- Definizione per ogni ospite dei tempi dialzata in relazione allo stato clinico, alla presenza/assenza di ulcere da decubito e, soprattutto, alla tolleranza individuale.
- Addestramento del personale al corretto utilizzo del sollevatore e all'utilizzo della modalità di imbragatura "a cucchiaino"

-3- Corretta mobilizzazione letto-carrozzina

Imbragatura "a cucchiaino"



La gestione della frattura di femore in RSA

RISULTATI

Pur in presenza di una condizione di estrema fragilità è stato possibile raggiungere una mobilizzazione quotidiana di questi ospiti in carrozzina come prima della frattura.

La gestione della frattura di femore in RSA

Per gli ospiti sottoposti a trattamento chirurgico alla cura degli aspetti “generalisti” sopra ricordati si è aggiunto un trattamento riabilitativo, spesso lungo e complesso, tendente al raggiungimento di un rapido recupero motorio e funzionale (tale da permettere una vita il più possibile indipendente).

La gestione della frattura di femore in RSA

In una **PRIMA FASE**, immediatamente successiva al rientro in RSA, l'intervento si è concentrato sui seguenti aspetti:

1. Addestramento (dell'ospite e del personale di assistenza) alla corretta esecuzione dei passaggi posturali.
2. Mobilizzazione attiva assistita dell'arto fratturato.

La gestione della frattura di femore in RSA

3. Mobilizzazione globale per mantenimento articolari.
4. Rinforzo muscolare dapprima al letto del paziente e poi in palestra.
5. Addostramento all'uso degli ausili:
 - Carrozzina
 - Deambulatore ascellare
 - Deambulatore basso

La gestione della frattura di femore in RSA

6. Mobilizzazione in carrozzina.
7. Mantenimento della stazione eretta e inizio deambulazione con ascellare. (sulla base delle indicazioni dello specialista ortopedico).

La gestione della frattura di femore in RSA

La fase successiva (generalmente dopo la concessione del carico totale da parte dell'ortopedico) prevede i seguenti passaggi:

1. Proseguimento del rinforzo muscolare.
2. Cyclette a seduta alta (evitando l'iperflessione dell'anca).
3. Cammino alle parallele in palestra (con progressiva introduzione di ostacoli ad altezza variabile).

La gestione della frattura di femore in RSA

4. Cammino con deambulatore basso.
5. Cammino con uno/due operatori.
6. Salita e discesa delle scale in palestra.
7. Cammino autonomo.
8. Addestramento dei familiari nei casi in cui il paziente abbia dei rientri temporanei in famiglia (es. week-end) soprattutto quando l'abitazione presenta barriere architettoniche.

La gestione della frattura di femore in RSA

Vanno rimarcati inoltre due aspetti fondamentali:

- Il trattamento riabilitativo deve essere iniziato il più precocemente possibile (idealmente già il giorno successivo al rientro in RSA), deve essere continuativo (una o due sedute al giorno dal lunedì al venerdì) e deve essere prolungato nel tempo in considerazione del fatto che i tempi di recupero dell'anziano possono essere molto lunghi.

La gestione della frattura di femore in RSA

Durata del trattamento riabilitativo (anni 2006 – 2010)

Ospite	Num_sedute	Mesi_trattamento
B.A.	80	4
B.R.	130	5
B.R.S.	160	3
C.R.	300	15
D.M.M.	80	4,5
G.A.	90	4,5
N.M.L.	34	3
B.F.	120	6
D.F.	45	4,5
Z.A	65	3
MEDIA	110	5,3
DEV. ST.	± 77	± 3,6

Al termine del trattamento riabilitativo post - frattura è spesso necessario iniziare un ulteriore trattamento finalizzato al mantenimento delle abilità motorie raggiunte.

La gestione della frattura di femore in RSA

- Il trattamento deve essere proseguito in reparto: non ha senso trattare quotidianamente un ospite in palestra se poi sul reparto i trasferimenti vengono sistematicamente eseguiti con sollevatore e carrozzina e se il personale ASA/OSS non collabora attivamente allorquando l'ospite ha raggiunto lo stadio del cammino assistito.

La gestione della frattura di femore in RSA:

RISULTATI

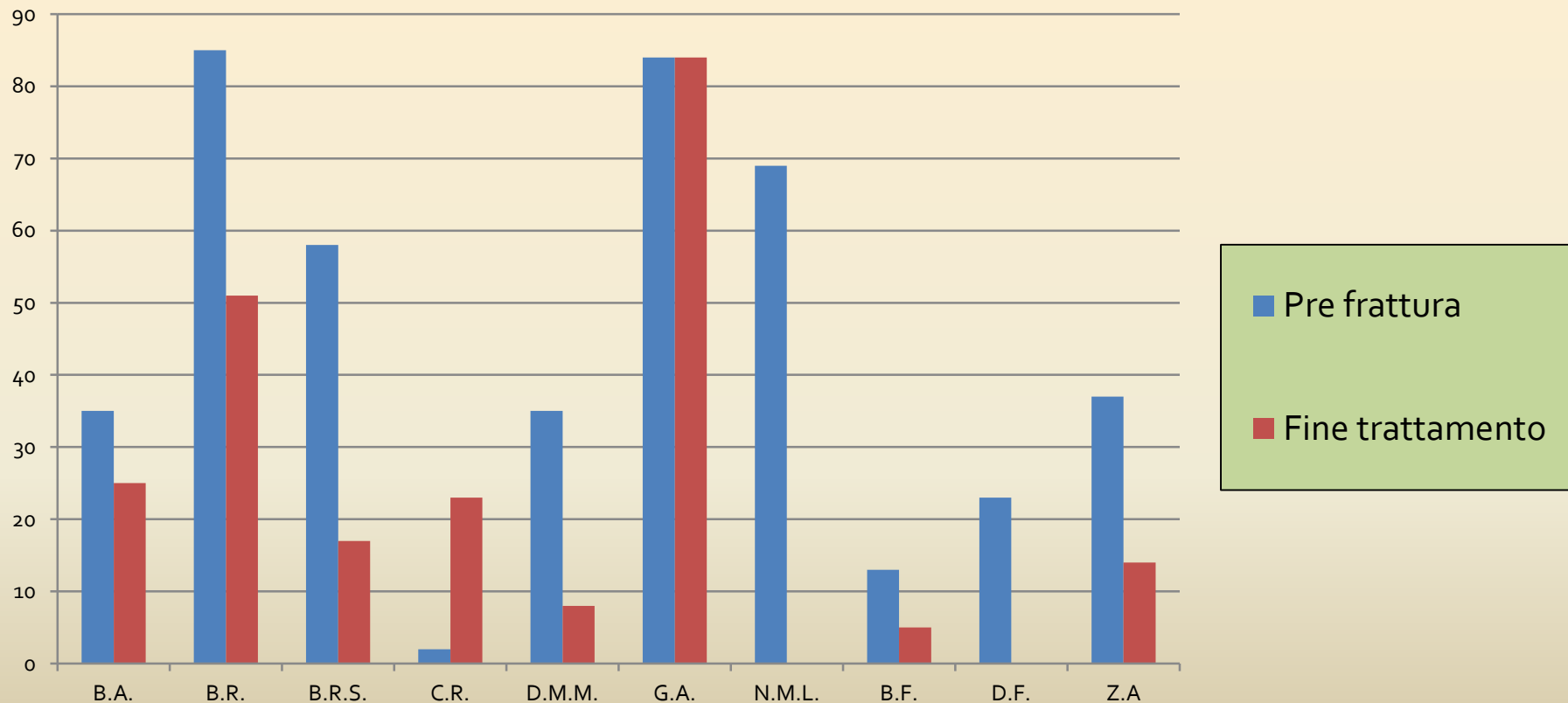
Non sempre, nonostante il prolungato trattamento riabilitativo è possibile riportare il paziente al livello funzionale antecedente la frattura.

La frattura di femore segna spesso, un significativa compromissione dell'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana.

Abbiamo confrontato lo stato funzionale precedente la frattura con quello alla conclusione del trattamento riabilitativo mediante la somministrazione dell'indice di Barthel.

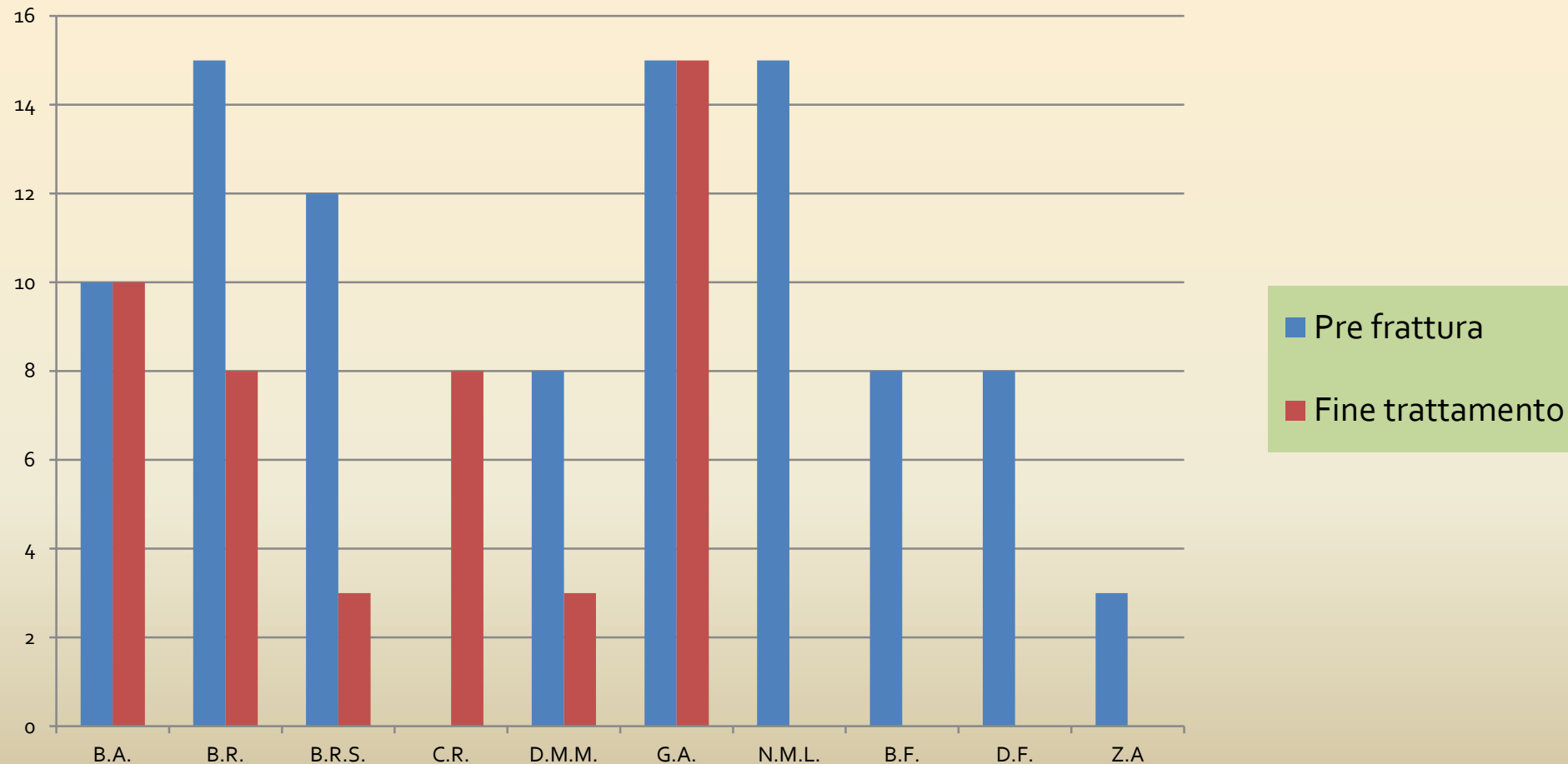
La gestione della frattura di femore in RSA: **RISULTATI**

Indice di Barthel: punteggio complessivo



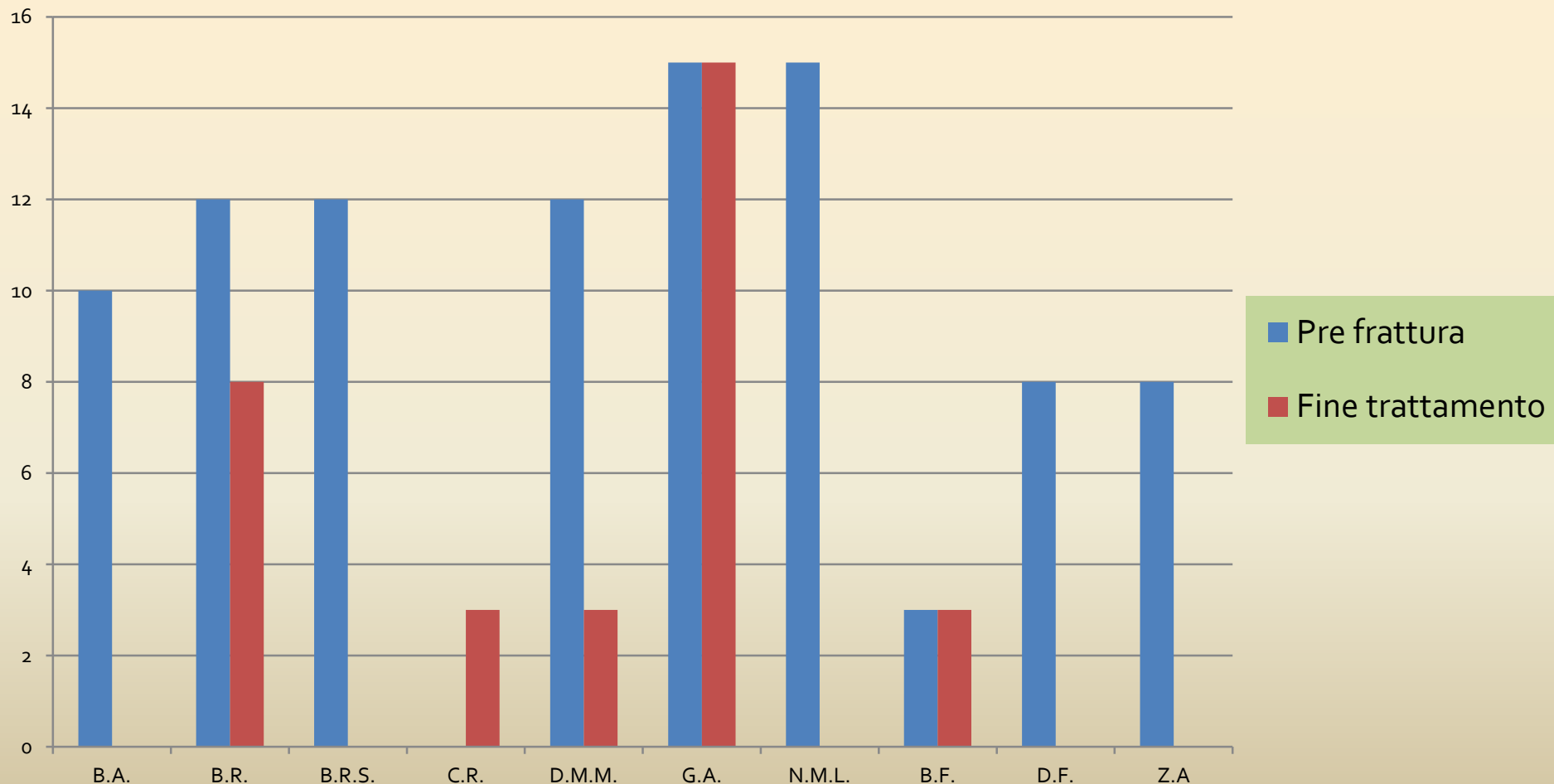
La gestione della frattura di femore in RSA: **RISULTATI**

Indice di Barthel: trasferimenti letto - poltrona



La gestione della frattura di femore in RSA: **RISULTATI**

Indice di Barthel: deambulazione



La gestione della frattura di femore in RSA:

ASPETTI CRITICI

1. DETERIORAMENTO MENTALE.
2. MANCANZA DI COLLABORAZIONE E/O OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO.
3. ULCERE DA PRESSIONE.
4. DOLORE.
5. CONTENZIONE FISICA.

La gestione della frattura di femore in RSA:

ASPETTI CRITICI

DETERIORAMENTO MENTALE.

- Dei 13 pazienti trattati ben 12 erano affetti da deterioramento cognitivo o da demenza conclamata (MMSE medio $10/30 \pm 10$).
- Questo ha condizionato notevolmente il trattamento (mancanza di collaborazione od opposizione al medesimo, difficoltà a spiegare finalità e modalità del trattamento stesso, non coscienza di malattia, incapacità del pz. ad apprendere il corretto utilizzo degli ausili etc.).

La gestione della frattura di femore in RSA: **ASPETTI CRITICI**

DETERIORAMENTO MENTALE.

- La frequente comparsa di agitazione e/o confusione mentale nei giorni successivi all'intervento ha rappresentato un'ulteriore criticità (necessità di assistenza continua da parte dei familiari durante la degenza ospedaliera, ricorso in taluni casi a mezzi di contenzione, mancanza di collaborazione durante il trattamento riabilitativo etc.)

La gestione della frattura di femore in RSA:

ASPETTI CRITICI

ULCERE DA PRESSIONE

- La presenza di ulcere da pressione ha complicato ulteriormente il quadro clinico, l'assistenza all'ospite e il trattamento riabilitativo in 3 ospiti (23%).
- In due casi le lesioni da decubito sono guarite nell'arco di un mese mentre un soggetto ha dovuto essere medicato per oltre tre mesi.

La gestione della frattura di femore in RSA: **ASPETTI CRITICI**

DOLORE

In due casi il trattamento è stato notevolmente condizionato dalla presenza di dolore al carico. Anche la risposta alla terapia antalgica è stata insoddisfacente (è stato possibile mantenere il paziente libero da dolore a riposo ma non durante il trattamento riabilitativo).

La gestione della frattura di femore in RSA:

ASPETTI CRITICI

CONTENZIONE FISICA.

- L'uso di mezzi di protezione e tutela personale (diversi dalle spondine al letto) si è reso necessario in 5 ospiti (38,5%).
- La contenzione fisica è stata motivata dal tentativo del pz. di alzarsi dal letto e/o dalla poltrona prima che fosse concesso il carico totale e/o prima di aver recuperato un cammino sufficientemente sicuro.

La gestione della frattura di femore in RSA:

ASPETTI CRITICI

CONTENZIONE FISICA.

- La contenzione fisica ha potuto essere sospesa in 1 paziente.
- In 4 casi non è stato possibile abbandonarla completamente (spesso anche per l'opposizione dei familiari spaventati dalla possibilità di ulteriori cadute/fratture).

La gestione della frattura di femore in RSA

