



A fratura transtrocanteriana representa quase metade das fraturas proximais do fêmur em idosos. Tem alto impacto, com 30-50% dos pacientes perdendo independência funcional e mortalidade de até 25% no primeiro ano. A fixação cirúrgica é o tratamento de escolha e deve ocorrer em até 48 horas da internação, devido à alta morbidade e mortalidade associadas ao atraso da cirurgia.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: Paciente idoso (acima de 60 anos), com trauma de baixa energia como queda de própria altura; portador de múltiplas comorbidades e fragilidade. Pacientes jovens vítimas de trauma de alta energia

Exame físico: Paciente decúbito dorsal horizontal com membro inferior acometido encurtado e com rotação externa. Pacientes com fraturas não desviadas ou minimamente desviadas podem não apresentar deformidade

Confirmação diagnóstica: Radiografias de bacia AP, perfil do quadril e fêmur AP e perfil. Adicionais: Tomografia do quadril com reconstrução 3D e Ressonância Magnética se fratura isolada do grande trocanter ou clinica sugestiva e Rx e TC normais

CID	Definição
S72.1	Fratura pertrocantérica
S72.9	Fratura do fêmur parte não especificada
S72	Fratura do fêmur

3. EXAMES E AVALIAÇÕES NO PRÉ-OPERATÓRIO

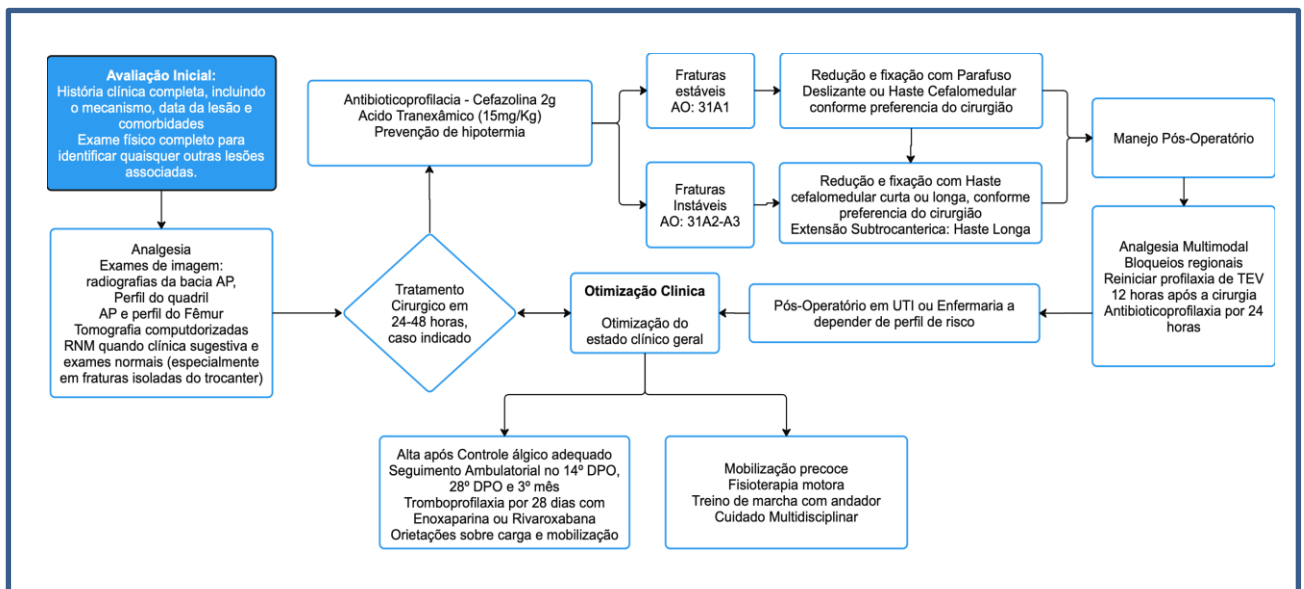
< 40 anos: Hb, Ht, coagulograma e RX de tórax

40 - 60 anos: Hb, Ht, coagulograma, ECG e RX de tórax

> 60 anos: Hb, Ht, coagulograma, glicemia, ureia, creatinina, ECG e RX de tórax

Scores: Charlson Comorbidity Index, FRAIL e EQ-5D-3L

Obs: Exames podem variar na vigência de comorbidades



2. MANEJO DE COMORBIDADES PRÉ-EXISTENTES

- O manejo das comorbidades deve ser focado em otimizar o paciente para a cirurgia precoce dentro das primeiras 24 - 48 horas da admissão hospitalar
- Uso de antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes , em linhas gerais, não deve ser barreira para realização da cirurgia em ate 48 hora da admissão e as medidas necessárias para otimizar o paciente para cirurgia precoce devem ser realizadas

3. INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

Fraturas estáveis (AO:31A1): Redução e fixação com Parafuso Deslizante de Quadril ou Haste Cefalomedular curta

Fraturas instáveis (AO:31A2-A3): Redução e Fixação com Haste Cefalomedular curta. Em caso de Extensão Subtrocanterica optar por haste longa

4. ESCORE DE RISCO

- Classificação da *American Society of Anesthesiologists (ASA)*:

Classificação ASA	
ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).

5. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

- **Idade <70 anos e ASA 1 - 2:** pós-operatório em apartamento/enfermaria, duração da internação de 3 dias
- **Idade ≥70 anos ou ASA ≥ 3:** pós-operatório em unidade intensiva, duração da internação de 4 dias

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Código TUSS

39013138– Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocanteriana

Código SUS

04.08.05.063-2- Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocanteriana

Materiais

- Parafuso deslizante de quadril: placa deslizante de quadril, parafuso cefálico, parafusos de fixação
- Haste Cefalomedular: haste femoral com bloqueio cefálico (curta ou longa), parafuso cefálico, parafuso de bloqueio, parafuso tampão

Tempo estimado de cirurgia

1 hora

Preparo para cirurgia e Anestesia

- Banho com clorexidina 2% no pré-operatório;
- Tricotomia realizada fora da sala cirúrgica com cliper

(não usar lâmina);

- Acido Tranexâmico (15mg/kg), exceto se contraindicado;

Antibiótico recomendado

- Cefazolina (Kefazol®) 2g IV ate uma hora antes da incisão cirúrgica, considerar ajuste de acordo com peso;
- Repique de 1g após 2 horas de procedimento caso necessario;
- Manter antibioticoprofilaxia por 24 horas após a cirurgia;

Tecnologias necessárias durante a cirurgia

- Radioscopia intraoperatória
- Mesa cirúrgica radiotransparente
- Trepano (bateria ou nitrogênio)
- Aparelho Radiografia portatil
- Mesa de tração (opcional)

7. PÓS OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta

- Em que dia do pós-operatório deve ocorrer a alta: segundo;
- Critérios mínimos para que o paciente tenha alta: controle da dor e treino de marcha (deambuladores antes da fratura)

Orientações de alta

- Fisioterapia motora com treino de marcha e uso de andador;
- Medicação antitrombótica 28 dias;
- Prevenção secundária fraturas e manejo osteoporose para pacientes idosos
- Observar os retornos regulares;
- Retorno fora do programado caso: edema, calor e vermelhidão local, deformidade do membro inferior, aumento da dor que não responda ao repouso e medicação, alterações clínicas sistêmicas.

Retornos programados

- No 14^o dia após a cirurgia para curativo e retirada de pontos;

- No segundo mês após a cirurgia para radiografias de bacia frente e perfil do quadril;
- No quarto mês após a cirurgia para radiografias de bacia frente e perfil do quadril;
- No decimo segundo mês após a cirurgia para radiografias de bacia frente e perfil do quadril;
- Opcional: no 28^o dia após a cirurgia para avaliação clínica;

ORIENTAÇÕES PÓS OPERATÓRIO

	POI	1° PO
Dieta	Leve iniciada 3 horas após término da cirurgia	Geral de acordo com condição clínica do paciente
Analgesia	Dipirona 1,0 g - EV 6/6 horas	Dipirona 1,0 g - VO 6/6 horas
	Tramal 50 mg - EV 8/8 horas	Tramal 50 mg - EV 8/8 horas
Outras medicações	Omeprazol 40 mg EV 1x	Omeprazol 40 mg VO 1x
Profilaxia de TEV	Enoxaparina 40 mg SC 1 dose 12 horas após cirurgia	Enoxaparin a 40 mg SC 1 vez / dia
Fisioterapia	Motora e ortostase 6 horas após cirurgia, treino de marcha 12 horas após a cirurgia	Motora e treino de marcha com andador, 2x
Ordens e cuidados	Banho chuveiro	Banho chuveiro
	Sentar em poltrona	Sentar em poltrona
Curativo	Não manipular	Não manipular
Outros	Compressor plantar	
	Meia elástica	

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Reinternação ou retorno ao pronto atendimento por motivo relacionado ao procedimento (< 30 dias);
- Infecção pós-operatória;
- Profilaxia adequada para TEV;
- EQ-5D-3L;
- Alta médica conforme critérios sugeridos.

8. GLOSSÁRIO

HB: Hemoglobina
HT: Hematócrito
ECG: Eletrocardiograma
DHS: *Dynamic Hip Screw*
AO: *Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen*
IMC: Índice de Massa Corporal
DM: Diabete Mellitus
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
TEV: Tromboembolismo Venoso
IV: Intravenoso
VO: Via Oral
SC: Subcutânea

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

HOEB - Roberto Palma Costa Filho

IV. Referências Bibliográficas

- [1] Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*. 2012 Jul;16(7):601-8.
- [2] Griffiths R, Babu S, Dixon P, Freeman N, Hurford D, Kelleher E, Moppett I, Ray D, Sahota O, Shields M, White S. Guideline for the management of hip fractures 2020: Guideline by the Association of Anaesthetists. *Anaesthesia*. 2021 Feb;76(2):225-237.
- [3] HIP ATTACK Investigators. Accelerated surgery versus standard care in hip fracture (HIP ATTACK): an international, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):698-708. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30058-1. Epub 2020 Feb 9. Erratum in: *Lancet*. 2021 Nov 27;398(10315):1964.
- [4] MI, Switzer JA. AAOS Clinical Practice Guideline Summary: Management of Hip Fractures in Older Adults. *J Am Acad Orthop Surg*. 2022 Oct 15;30(20):e1291-e1296.
- [5] Schemitsch EH, Nowak LL, Schulz AP, Brink O, Poolman RW, Mehta S, Stengel D, Zhang CQ, Martinez S, Kinner B, Chesser TJS, Bhandari M; INSITE Investigators. Intramedullary Nailing vs Sliding Hip Screw in Trochanteric Fracture Management: The INSITE Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2023 Jun 1;6(6):e2317164.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW520.1	Matheus Rizério, Matheus Azi Roberto Palma Costa Filho	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	20/01/2025	17/04/2026