

La ortogeriatría, una integración eficiente

Dante Alberti A.

Unidad Geriatría, Complejo Hospital San José.

SUMMARY

The orthogeriatrics is the integration of two medical specializations: orthopedics and geriatrics, in conjunction with physical therapists, occupational therapists, nurses, etc., in order to give a fast and standardized assistance to the patient, emphasizing on the quality and opportunity. All this is done to diminish the morbid mortality, time spent at the hospital, and the functional recovery of the patient to the stages previous to the fracture. Examples of different assistance types are described with their advantages and disadvantages, resulting in ortho-geriatrics as the best option. The patient will be responsibility of the orthopedic surgeon, in conjunction with the geriatrician and other professionals, to reduce the waiting time to a minimum before the surgery and, after the surgery, it would be the geriatrician responsibility to apply the rehabilitation protocols, discharge from the hospital no more than five days after the surgery, and the subsequent monitoring at the general ortho-geriatrics hospital.

La integración de dos especialidades de la Medicina, la Geriatría y la Traumatología, dio origen a la Ortogeriatría, naciendo por necesidad de mutua ayuda entre estos dos profesionales para beneficio del paciente. Está enfocada principalmente en la fractura de cadera, pues esta es un tragedia no solo para quien la padece (generalmente una persona anciana), sino para todo su entorno: de manera brusca e inesperada cambia la vida y estilo de vida del paciente y muchas veces de ser una persona activa e independiente pasa de un momento a otro a ser una persona pasiva y dependiente de otras personas. La historia natural hasta hace poco en la historia de la Medicina era que los pacientes mayores de 60 años permanecen a lo largo de todo el ingreso en el servicio de cirugía ortopédica y el profesional que dirige todo el proceso es el médico traumatólogo. Éste pide

opinión mediante interconsultas al profesional que considere adecuado en función de la situación del paciente: si tiene dificultad respiratoria, avisa al brocopulmonar o cardiólogo; si se agita, avisa al psiquiatra; si no mueve una parte del cuerpo, avisa al neurólogo, etc. Pero no existe un profesional que coordine todos estos problemas. Esto suele provocar que el mismo paciente esté siendo atendido por varios profesionales a la vez sin que exista alguien que contemple todo el proceso globalmente. Este modelo suele provocar mayores complicaciones médicas, estancias más prolongadas, menores tasas de recuperación funcional e incluso mayor mortalidad hospitalaria.

En general en Chile no hay datos claros, pero si vemos la literatura internacional, por ejemplo en España, se producen entre 50.000 y 60.000

fracturas de cadera (FC) al año con una tasa de hospitalización actual de 100 ingresos por cada 100.000 habitantes/año^(1,2). La mortalidad intra-hospitalaria global se sitúa entre el 5 y el 6% y la estancia media es entre 13 y 15 días⁽³⁾. Las tasas de recuperación de la capacidad para caminar de forma independiente con o sin bastón son muy variables en la literatura. Oscilan, según los diferentes estudios, desde el 20% al 40% al alta hospitalaria; entre el 25 y el 55%, durante los primeros meses tras la fractura; el 30 al 50%, a los 12 meses; 72%, a lo largo de los dos primeros años tras la fractura o 55%, a los 3 años⁽⁴⁾.

¿Qué es una unidad de Orto geriatria? Y ¿Por qué se justifica su existencia? La Geriatria como especialidad tiene por característica dividir la atención del paciente anciano de acuerdo a su grado funcional, es decir, de acuerdo al grado de independencia que presente. Si bien es cierto, la edad es un factor importantísimo, no es lo más determinante como sí lo es el grado funcional que tiene la persona, ya que pueden haber personas de 60 años con secuelas de accidentes vasculares, demencias, artrosis invalidantes o amputaciones de miembros, y por otro lado, pueden haber personas de 80 y más que son independientes en las actividades de la vida diaria (AAVD) y que incluso continúan trabajando. Sabemos que en Geriatria existen los llamados niveles de atención geriátrica de acuerdo al grado funcional que tenga el paciente y dentro de estos niveles de atención geriátrica, tenemos las unidades de Orto geriatria. Si bien es cierto que el protagonismo de una fractura de cadera la tiene el médico traumatólogo, quien es el que va a operar al paciente que ha sufrido de una fractura de cadera, es de igual importancia el trabajo que realizan el geriatra y los demás profesionales tanto antes como después del acto quirúrgico.

Antes de la operación el paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica debe de ser evaluado por el médico geriatra, quien le va a reali-

zar una valoración geriátrica integral para detectar no solo los diagnósticos médicos conocidos, sino detectar otros problemas no reconocidos, pero que representan problemas en la calidad de vida del paciente, como los llamados síndromes geriátricos. Se debe de realizar una adecuada premedicación, compensar al paciente si es que presenta un problema agudo que lo descompense como una infección, un trastorno electrolítico, dolor, entre otros y sobre todo tenerlo listo para la cirugía.

Luego de la operación dentro de las acciones inmediatas, el paciente que pertenece a una Unidad de Orto geriatria, se deberá controlar problemas postoperatorios si es que los existieran, como dolor, náuseas, mareos, anemia, entre otros. Se debe de promover la movilización precoz y aplicar un programa de rehabilitación integral. Ideal sería contar con protocolos de atención y sobre todo ir pensando en el alta hospitalaria para luego derivar al policlínico de Orto geriatria.

Los estudios y la evidencia científica han demostrado que las unidades de Orto geriatria sí funcionan: un paciente ingresado en estas unidades se recupera más rápido y de manera más efectiva que los ingresados en una sala de traumatología tradicional, donde luego de la operación esperan la alta médica para recién ingresar a un programa.

El éxito de estas unidades se debe al trabajo planificado y coordinado, es decir, a base de programas previos ya preparados y estandarizados (protocolos)⁽⁵⁾, al trabajo en equipo interdisciplinario donde cada profesional de la salud, desde el punto de vista de su experiencia y de su especialidad, aporta de manera integral y en conjunto, en equipo y no por separado, al beneficio de los pacientes. Este equipo generalmente está conformado por el geriatra, las enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, psicólogos quienes pueden construir protocolos de acción para evitar, por ejemplo, el *delirium*⁽⁶⁾ que es muy frecuente en los

fracturados de cadera. En todo caso, la mayoría de las complicaciones de las fracturas de caderas se evitan cuando se disminuye el tiempo entre la fractura y la cirugía⁽⁷⁾. Todo esto se puede lograr en estas unidades de Orto geriatria: el diálogo entre los profesionales que trabajan en el equipo interdisciplinario a través de reuniones conjuntas, generalmente una vez a la semana, donde cada miembro del equipo expone sus resultados de cada paciente ingresado en la Unidad. Se exponen los beneficios si los hay y cuando no los hubiera, el o los tratamientos alternativos. Finalmente se discute y se programa el alta cuando se han cumplido los plazos desarrollados en los programas existentes.

En nuestro medio, no existen estas unidades de Orto geriatria y lo que se hace a nivel de la especialidad son los llamados equipos consultores, que son equipos conformados por profesionales que pertenecen al *staff* de Geriatria y acuden a las salas de Traumatología a atender a los pacientes que en forma puntual han sufrido de una fractura de cadera generalmente cuando ya han sido operados. Lamentablemente la evidencia científica ha demostrado que estos equipos consultores no son tan eficaces como sí lo es una Unidad de Orto geriatria.

MODELOS DE TRATAMIENTO EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

Aunque el anciano con fractura de cadera puede ser atendido de varias maneras diferentes, de un modo esquemático podemos distinguir cuatro modelos principales.

1. Modelo tradicional: actualmente sigue siendo el modelo más extendido en nuestro país y es el modelo descrito anteriormente. Este modelo suele provocar mayores complicaciones médicas, estancias más prolongadas, menores tasas de recuperación funcional e incluso mayor mortalidad hospitalaria.

2. Modelo con geriatra interconsultor: al igual que en el modelo tradicional, el paciente permanece todo el ingreso en el Servicio de Traumatología y el responsable final es el médico traumatólogo. Pero, además, el geriatra realiza visitas periódicas (diarias o no) con el fin de colaborar en la realización y en el seguimiento del plan de cuidados. La implicación del geriatra en el manejo del paciente puede ser muy variable, desde una mera supervisión hasta el pase de visita diario, pero siempre la responsabilidad última sobre el paciente es del traumatólogo. Este modelo, en general, disminuye las complicaciones médicas en el postoperatorio; sin embargo, no suele mejorar la supervivencia ni la estancia hospitalaria ni el estado funcional.

3. Modelo de unidades de rehabilitación geriátrica: este modelo precisa de unidades de rehabilitación ubicadas dentro o, más frecuentemente, fuera del hospital de agudos, donde se derivan ancianos con fractura de cadera para realizar rehabilitación. Por lo tanto, se excluyen pacientes clínicamente inestables. Son atendidos por un equipo multidisciplinario compuesto por kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, trabajadores sociales y geriatras. El responsable último del paciente suele ser el médico geriatra. Este modelo suele disminuir la estancia en el hospital de agudos, aunque la estancia total sea más larga. Suele mejorar el estado funcional al alta y suele existir un mayor porcentaje de pacientes que pueden volver a su domicilio previo. Sin embargo, no suele existir variación en la mortalidad ni en el estado funcional a los 6 o 12 meses.

4. Unidades de Orto geriatria: estas unidades están diseñadas para atender a todos los ancianos con fractura de cadera a lo largo de todo el proceso asistencial (tanto la fase aguda pre y postoperatoria, como rehabilitadora y de mantenimiento). Están formadas por un equipo multidisciplinario (traumatólogos, geriatras, re-

habilitadores, anestesiólogos, kinesiólogos, trabajadores sociales, enfermeras, técnicos paramédicos) quienes conjuntamente elaboran la lista de problemas y el plan de cuidados. Es altamente recomendable que los profesionales sean los mismos, es decir, que exista un *staff* capacitado en Geriátrica para disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Las enfermeras de Geriátrica juegan un papel fundamental como coordinadoras de todo el proceso asistencial. Desde el punto de vista de instalaciones, precisan camas de agudos -pues el preoperatorio es siempre agudo- y camas de convalecencia para iniciar la rehabilitación precozmente según protocolo establecido que debería ser de 5 días. Además debe existir el policlínico de Orto geriátrica para poder ver la evolución a los 15 días del alta por el geriatra y el traumatólogo para valorar modificaciones del tratamiento o incluso el reingreso hospitalario. En el intertanto el paciente acude al policlínico de kinesiólogía y terapia ocupacional geriátrica para complementar la rehabilitación. El segundo seguimiento se hace a los 3 meses.

Estas unidades^(9,10) han demostrado una disminución significativa de la estancia en hospital de agudos sin un incremento de la estancia media total de todo el proceso. Además los pacientes suelen recibir más rehabilitación por lo que tienen más posibilidades de recuperar la situación funcional previa. Esto y el seguimiento extrahospitalario hacen que la mejoría funcional pueda mantenerse en el tiempo. También se disminuye la mortalidad en el hospital de agudos, ya que son menores las complicaciones médicas. No está del todo claro el efecto sobre la mortalidad a los 6 y 12 meses. Por lo tanto, hasta la fecha, estas son las unidades que han demostrado ser más beneficiosas en el tratamiento del anciano con fractura de cadera, no sólo por la mejoría del paciente, sino por los beneficios para el sistema sanitario por la adecuada utilización de los recursos⁽¹¹⁾.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SUBUNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

Ésta tiene como visión proporcionar cuidados de salud continua, permanente, segura y total, donde el paciente recibe el máximo de cuidados que amerita su condición más allá de la salida del paciente del Hospital. Los cuidados siempre deben ser en el área biológica, cognitiva, funcional y social. Y la misión de la subunidad es proporcionar la mejor atención a los enfermos con fracturas especialmente de cadera con o sin patologías complejas, incorporando a sus familias o cuidadores en los cuidados y rehabilitación. Para ello se debe contar con un equipo integrado y especializado que realice diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y derivación en un ambiente que estimula la amabilidad y el respeto.

El objetivo general es tener una unidad médico-quirúrgica con rehabilitación integral, conformada por un equipo multidisciplinario que va a tratar al paciente que ha presentado una fractura (generalmente de cadera) en modo interdisciplinario desde la etapa preoperatoria (disminuir el tiempo de latencia entre la fractura y la cirugía, estabilizando los problemas médicos), pasando por la etapa postoperatoria (evitar las complicaciones en el postoperatorio, bien sean reagudizaciones de enfermedades ya conocidas o complicaciones nuevas, cuadro confusional, neumonía, desnutrición, deshidratación, analgesia adecuada para garantizar un buen alivio del dolor durante toda la estancia y postalta sin efectos secundarios, etc.) para disminuir los días de estadía hospitalaria y reingresos, continuando con su rehabilitación integral hasta el alta médica fuera del hospital y reinsertarlo dentro de lo posible en su comunidad en lo posible en el estado funcional previo a la fractura.

Los objetivos específicos se pueden enumerar del siguiente modo:

1. Trabajo en conjunto de especialidades médicas (geriatra, traumatólogo y anestésista) junto a un equipo multidisciplinario e interdisciplinario (enfermeras, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, asistente social y químico farmacéutico).
2. Elaboración de protocolos y aplicación de estos para otorgar una atención estandarizada.
3. Educación continua a profesionales y estudiantes en temas de Ortogeriatría.
4. Realizar educación sanitaria al paciente y a los cuidadores. Explicarles adecuadamente el objetivo a conseguir (en general, recuperar el estado funcional que tenían antes de la fractura) y enseñarles el tipo de ejercicios que deberán realizar en su domicilio, durante cuánto tiempo e insistirles en la utilización apropiada de los analgésicos.
5. Garantizar la continuidad de los cuidados, primero con el policlínico de Ortogeriatría (traumatólogo, geriatra, terapeuta ocupacional y kinesiólogo) y luego contactando al equipo de Atención Primaria o al médico y la enfermera de la residencia donde vive para explicarles los objetivos a conseguir y la situación en la que el paciente fue dado de alta.

La Subunidad de Ortogeriatría debe depender directamente de la Unidad de Geriatría del hospital,

la cual debe depender directamente de la Subdirección Médica del hospital. La responsabilidad médica en el preoperatorio es del médico traumatólogo quien se desempeñará como médico tratante y el geriatra será interconsultor. En el postoperatorio cuando el paciente esté listo para cargar, la responsabilidad médica debe pasar al geriatra, pasando a la calidad de médico tratante 24 horas postcirugía. Para eso el traumatólogo debe escribir en ficha que la responsabilidad pasa a Geriatría, autorizando la carga -factor clave para la recuperación⁽⁸⁾- y el geriatra debe escribir que acepta esta responsabilidad. Durante la estadía en la Subunidad de Ortogeriatría el traumatólogo tiene calidad de interconsultor. El alta debe ejecutarla el geriatra siempre con el consentimiento del traumatólogo para dar una mayor continuidad a los cuidados. Se deben realizar el máximo de protocolos para unificar criterios en el accionar médico y otros profesionales. La localización geográfica de las camas debe asignarse dentro del Servicio de Traumatología o en otras dependencias del hospital.

La subunidad de Ortogeriatría debe ser parte de un organización mayor que es la Unidad de Geriatría que debería comprender varias subunidades como Subunidad de Geriatría Agudos (UGA), Subunidad de Apoyo Quirúrgico Geriátrico, Subunidad de Cuidados Especiales, Policlínico de Geriatría, etc.

REFERENCIAS

1. Devas MB. Geriatric orthopaedics. *BMJ* 1974;1:190-2.
2. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marañón E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:389-95.
3. Hannan EL, Magazinger J, Wang JJ, Eastwood EA, Silberzweig SB, Gilbert M *et al.* Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture. Risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. *JAMA* 2001;285:2736-42.
4. Alarcón T, González-Montalvo JI. Fractura osteoporótica de cadera. Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. *An Med Interna (Madrid)* 2004;21 87-96.
5. Scottish intercollegiate guidelines network. Prevention and management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Enero 2002. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>.
6. Bitsch M, Foss N, Kristensen B, Kehlet H. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review. *Acta Orthop Scand* 2004;75:378-89.
7. Orosz GM, Magzinger J, Hannan EL, Morrison RS, Koval K, Gilbert M *et al.* Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. *JAMA* 2004;291:1738-4.
8. Cameron IJ, Crotty M, Currie C, Finnegan T, Gillespie L, Gillespie W *et al.* Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. *Health Technol Assess* 2000;4:1-111.
9. Heyburn G, Beringer T, Elliot J, Marsh D. Orthogeriatric care in patients with fractures of the femur. *Clin Orthop Relat Res* 2004;425:35-43.
10. Koval KJ, Chen AL, Aharonoff GB, Egol KA, Zuckerman JD. Clinical pathway for hip fractures in the elderly. *Clin Orthop Relat Res* 2004;425:78-81.
11. Bielza R, Ortiz A, Muñana E. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* Vol. 48. Núm. 01. Enero 2013 - Febrero 2013 - doi: 10.1016/j.regg.2012.03.002

CORRESPONDENCIA

Dr. Dante Alberti Álvarez
Unidad Geriatria
Complejo Hospital San José
San José 1196, Independencia, Santiago
Fono: 9 9873 5365
E-mail: dantealberti@gmail.com

