

ORTOGERIATRÍA: ¿UNA SOLA?

Dr. José Luis Dinamarca
Programa de Orto geri atría SSVQ

ÍNDICE

- **1 .Qué es la ortogeriatría**
- **2. Cómo funciona?**
- **3. ¿Qué modelos existen hoy en día?**
- **4. Cuál modelo elegir?**

1. Qué es la Ortogeriatría

- Subespecialidad de la Geriatría
- Área de especialidad de la Traumatología
- Que busca consensos entre Geriatras y Traumatólogos (fundamentalmente) en la prevención y tratamiento de las enfermedades traumatólogicas de los pacientes mayores.
- Otras áreas involucradas: Medicina Familiar, Epidemiología, Anestesiología, Radiología, Fisiatría; kinesiología, Terapia Ocupacional, Odontología, Nutrición.

- Inicio en Reino Unido en los años 60, en Hastings, Escocia.
- Se elegía los pacientes médicamente complejos ya operados de fractura de cadera para derivarlos a un hospital de rehabilitación geriátrica.
- El éxito fue inmediato y se propagó por el mundo entero. Sus fundadores (Michael Devas y Robert Irvine) decidieron ponerle “modelo ortopédico-geriátrico, a falta de otro nombre más ingenioso”, según sus propias palabras.

- A ese modelo inicial se le llamo “modelo de Hastings” (a falta de otro nombre más ingenioso...)
- Es el modelo por el que habitualmente, en forma espontánea, sin conocimiento previo, en muchos países del mundo ha comenzado lo que se llama la “colaboración ortogeriátrica”, y termina llamándose “ortogeriatría”.

- De este modo, la Ortogeriatría ha ido avanzando terreno en diversos lugares, llevando adelante el paradigma geriátrico de trabajo en equipo y focalización de procesos.
- Solo que lo ha hecho en forma bastante dispersa y heterogénea, adaptándose profundamente a las necesidades locales.

- ¿Cómo comprender, entonces, el “proceso ortogeriátrico”?
- Es decir... ¿cuál es el in-put y el out-put de la Ortogeriatría?

- Pues aplicando las herramientas de la Geriatria.
- Las enfermedades traumáticas y degenerativas de la cadera han sido desde siempre el gran anillo de compromiso entre traumatólogos y geriatras.
- Y son lo que nos va a permitir comprender el proceso ortogeriatrico

- De este modo podemos definir los siguientes Modelos de Atención en Ortogeriatría (MAO):
 - Fase Preventiva (o Pre Aguda)
 - Fase Aguda:
 - En Emergencias
 - Hospitalización
 - EIG(Equipos Interconsultores Geriátricos)
 - Codirección, comanejo (co-management)

- Fase subaguda (descarga, o rehabilitación)
- Fase de Monitorización o seguimiento
- Modelos Mixtos
- Modelos Integrados

Fase Preventiva

- MAO basados en accionar comunitario y domiciliario.
- **Acciones:**
 - Promoción de estilo de vida saludable, educación de la población.
 - Prevención a través de la identificación, pesquisa y tratamiento de factores de riesgo
- **Motivación:** Epidemiológica
- **Objetivo:** Disminuir incidencia de las FC.
- Equivalen entre 10 y 15%

Fase Aguda

- **Período:** Desde la injuria hasta el alta hospitalaria.
- **Motivación:** Clínica-económica
- **Objetivos:** Disminuir los tiempos intrahospitalarios, mejorar calidad de vida, toma de decisiones en tratamiento definitivo.
 - **En emergencias:** Disminuir costes económicos y referencias inadecuadas.
 - **En hospitalización:** Calidad: Prevenir-dg-tto etiologías y complicaciones; colaborar en definición de manejo quirúrgico v/s conservador, asesoría a la familia, planificación del alta.

Fase subaguda

- **Período:** Desde el alta quirúrgica (o médica) hasta la reintegración del paciente a su medio habitual.
- **Motivaciones:** Funcionales y de calidad.
- Requiere cuidadosa selección de los sujetos para la utilización adecuada de los recursos (rehabilitación es extremadamente costosa)
- **Niveles:** Unidades de rehabilitación cerrada, domicilio, instituciones.

Fase de Seguimiento

- **Motivación:** Prevención secundaria
- **Objetivos:** Reducir morbilidad y comprobar la recuperación funcional (son el único tipo de MAO que provee datos duros de esto).
- **Forma:** Visita domiciliaria (caro), consulta telefónica (barato), mixto.

Modelos Integrales y Mixtos

- **Modelos Integrales:** Existen exclusivamente en UK (Belfast), “dan la vuelta” y se caracterizan por énfasis en prevención y excelentes sistemas de registro.
- **Modelos mixtos:** Coordinados y no coordinados. En la V región tenemos modelo mixto: Hastings y Aguda de Hospitalización. Se está trabajando en su coordinación.
 - Principal déficit: Falta de Geriatras.

¿Qué modelo elegir?

- **El que pueda implementar en forma sustentable, con independencia de las necesidades poblacionales**
- A partir de allí podrá seguir creciendo hacia las fases previas y siguientes.

Temas en discusión

- ¿Cómo prevenir las FC en forma efectiva?
- Formación de ortogeriatras en unidades ad-hoc.
- Cada conocimiento nuevo nos hace darnos cuenta de que sabemos cada vez menos sobre las FC...

¡Gracias!