



# Cuidado ortogeriatrico

Guía práctica

[> Índice](#)



WeCare

# Índice interactivo

- © Orto geriatria
- © Guía práctica basada en el Modelo australiano de cuidados
  - © Cuidado preoperatorio
  - © Cuidado post-operatorio
  - © Planificación de rehabilitación/alta

# Modelos de cuidado ortogeriátrico

Los **servicios de enlace/ coordinación** y las **unidades de fracturas de cadera** son los dos modelos principales.



1

## Servicios de enlace/ coordinación

- El paciente ingresa al servicio de ortopedia, que es el principal responsable de su admisión.
- Dentro de las 72h de ingreso, un especialista en ortogeriatría lo evalúa, y sigue evaluándolo diariamente.
- El profesional toma en cuenta las condiciones médicas pre-existentes o agudas, tanto como riesgo de caída o salud ósea.

2

## Unidades de fracturas de cadera

- Los pacientes ingresan de manera directa a la guardia de fractura de cadera, al cuidado conjunto de médicos ortopédicos y ortogeriatricos.
- Generalmente los pacientes ingresan en ortopedia, y luego se transfieren a ortogeriatría, si bien se espera que ambas especialidades provean información cuando se requiera durante la internación del paciente.

[➤ Volver al índice](#)

# Ortogeriatría

## Fractura de cadera en adultos mayores: equipo de tratamiento

La **ortogeriatría** es una tendencia mundial para el cuidado de los pacientes ortopédicos adultos mayores internados. Esta disciplina o forma de trabajo se desarrolló para mejorar los resultados de los pacientes con fracturas de cadera especialmente y otros pacientes post operatorios ortopédicos. Consiste en que un equipo multidisciplinario de especialistas con foco en lo gerontológico y ortopédico, realice el cuidado, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

La **patología traumatológica y ortopédica** es muy prevalente en la población mayor, que suele sufrir varias enfermedades crónicas, estar polimedicada y sumar distintos problemas físicos, mentales y sociales. Es por ello que la colaboración entre geriatras y traumatólogos es fundamental para el buen resultado de los tratamientos, en especial el de quebradura de cadera, que es muy frecuente en este tipo de población.

En este tipo de patología, el objetivo es no solo arreglar la fractura, sino disminuir la mortalidad hospitalaria y, a corto y mediano plazo, recuperar la situación funcional previa a la fractura, con el menor tiempo y costo posible.

[➤ Volver al índice](#)

# Guía práctica basada en el Modelo australiano de cuidados

1



El propósito de esta guía es proporcionar un esquema práctico y claro para el **cuidado de pacientes ortopédicos ancianos y frágiles**.

Como en todas las áreas de la práctica clínica, la evidencia científica es imperfecta e incompleta, pero estas pautas se basan en los modelos ortogeriátricos, que son los que hoy en el mundo tienen los mejores beneficios para este tipo de pacientes.

2



[➤ Volver al índice](#)



# Cuidado preoperatorio



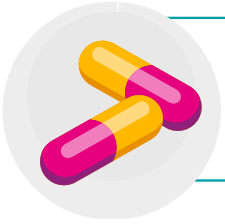
[➤ Volver al índice](#)





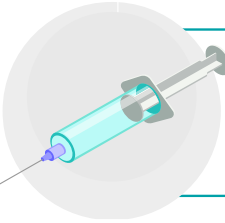
1

Momento de la cirugía: dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.



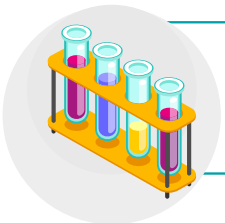
2

Profilaxis antibiótica.



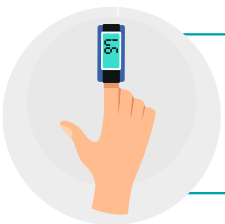
3

Profilaxis de TEV.  
(tromboembolismo venoso).



4

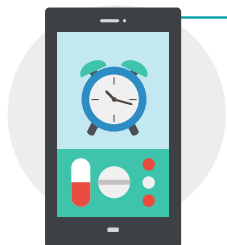
Evaluar equilibrio  
hidroelectrolítico.



5

Verificar la saturación de  
oxígeno.

[➤ Volver al índice](#)



6

Alivio del dolor: comenzar en el servicio de emergencias, registrar y documentar regularmente.



7

Documentar estado cognitivo inicial.



8

El cuidado y la comunicación brindan señales a la familia y las redes de contención del paciente.



9

Se recomienda anestesia regional/espinal.

[➤ Volver al índice](#)

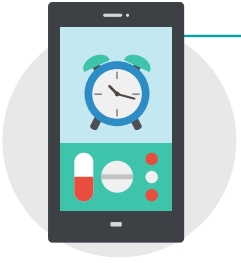


# Cuidado post-operatorio



[> Volver al índice](#)





1

Aliviar el dolor: paracetamol de rutina más analgesia opioide en dosis bajas registradas, dosis adicionales registradas según necesidad para el dolor disruptivo. Combinación de dos medicamentos para el dolor, más analgésicos no esteroideos.



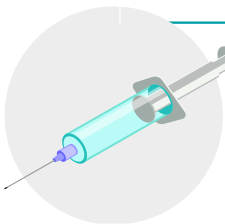
2

Evaluar y documentar los niveles de dolor en forma rutinaria.



3

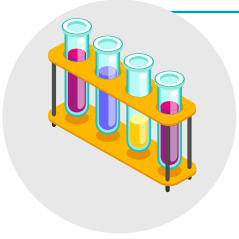
Continuar la profilaxis con antibióticos de acuerdo con el protocolo del cirujano (en general un total de tres dosis).



4

Profilaxis de TEV: con medicamentos anticoagulantes, si no hay contraindicación, por 28-35 días. Además, medias de compresión y dispositivos de compresión intermitente.

[➤ Volver al índice](#)



5

Documentar el estado de líquidos y electrolitos. Controlar los resultados de sangre hasta que se recupere el nivel de referencia.



6

Monitorear saturación de oxígeno al menos 48h después de la cirugía. Administrar oxigenoterapia con el objetivo de >95%.



7

El cirujano ortopédico determina el momento de carga de peso.



8

Movilizar tempranamente, dentro de las 24h posteriores a la cirugía, o según lo determine el cirujano.

[➤ Volver al índice](#)



9

Evaluación fisioterapéutica.



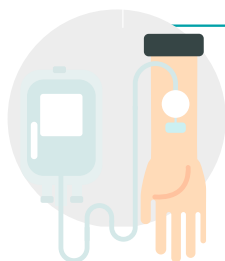
10

Precauciones de movilización y posicionamiento de la cadera según lo prescrito por el cirujano.



11

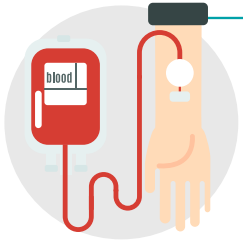
Controlar y realizar intervenciones tempranas para prevenir el estreñimiento. Registrar laxantes regulares.



12

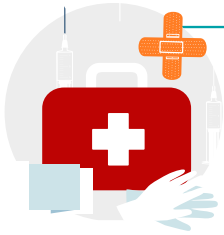
Sondas vesicales: administrar profilácticos para cubrir la inserción y extracción del catéter. Retirarlos de manera temprana, preferiblemente 24h después de la cirugía.

[➤ Volver al índice](#)



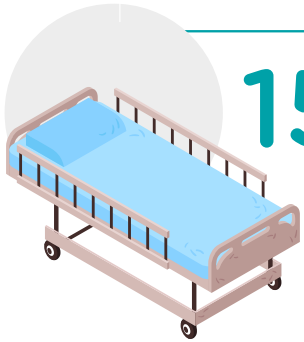
13

Transfusión de sangre según políticas locales de cada institución. Puede no ser necesaria en pacientes asintomáticos con  $Hb > 80g/L$ .



14

Cuidado de heridas. (Evidencia inadecuada para usar los drenajes quirúrgicos).



15

Cuidado del área de presión: utilizar herramientas de evaluación de riesgos que se utilizan junto con el juicio clínico. Considerar el uso de colchones antiescaras lo antes posible.



16

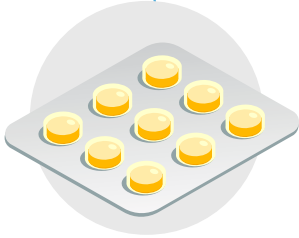
Nutrición: comenzar con preparaciones de proteínas de alta energía 12h después de la cirugía, y continuarlas al menos un mes, de acuerdo a evaluación médica. Evaluación dietética.

[➤ Volver al índice](#)



17

Delirio: implementar todas las medidas no farmacológicas relevantes.



Utilizar la medicación antipsicótica como último recurso. Se puede utilizar, según necesidad, en pacientes con alto riesgo de delirio.



Evitar las benzodiazepinas.



Evitar las restricciones físicas y mecánicas.

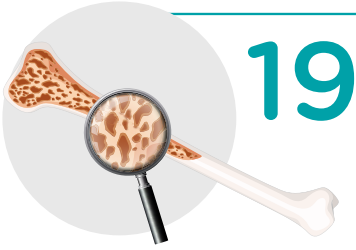


18

Evaluar riesgo de caídas y prevenir caídas multifactoriales.

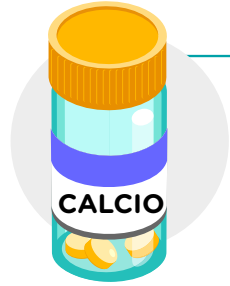
[➤ Volver al índice](#)





19

Valorar osteoporosis: comprobar la 25-OH vitamina D3, corregir el calcio, el fosfato y la función tiroidea.



20

Garantizar la ingesta dietética de 1300 mg de calcio/día. Suplementar la vitamina D3 hasta niveles  $>30\text{m/ml}$ , junto con suplementos de calcio si estuviesen indicados.



21

Recomendar el tratamiento con bifosfonatos al médico o médica de cabecera del paciente.

[➤ Volver al índice](#)

# Planificación de rehabilitación/alta



[> Volver al índice](#)

The logo for WeCare, featuring the word "WeCare" in a dark teal font. The letter "C" is stylized as a large, open circle that partially encloses the text.



[➤ Volver al índice](#)



2

**Alta para pacientes frágiles que no pueden beneficiarse de la rehabilitación intensiva. Debe realizarse tan pronto como:**

### **Equipo disponible de rehabilitación multidisciplinar:**

- Personal médico y de enfermería
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Trabajador social
- Nutricionista
- Farmacéutico hospitalario

- se reanude la ingesta oral,
- se elimine la sonda vesical y se confirme la diuresis,
- la saturación de oxígeno esté en el nivel basal, los intestinos funcionando de manera adecuada, los problemas médicos estabilizados.

[➤ Volver al índice](#)



3

**Plan de alta documentado dentro de las 48 horas posteriores a la operación.**



Documentar la fecha estimada de alta.



Comunicar a todos los miembros del equipo, al paciente y a sus familiares.



“Creemos que el bienestar emocional es un pilar fundamental para mejorar la calidad de vida de nuestros residentes”.

Dr. José Ricardo Jauregui – Director Médico  
Presidente electo de la Asociación Internacional de Geriatria y Gerontología (2021-2025)

[➤ Volver al índice](#)



Prof. Dr. José R. Jauregui  
Director Médico We Care



[ricardo.jauregui@wecare.com.ar](mailto:ricardo.jauregui@wecare.com.ar)



[www.wecare.com.ar](http://www.wecare.com.ar)



+54911 3988 5175



Bartolomé Mitre 1824. CP 1039  
CABA - Argentina

