



GERIATRÍA TRANSVERSAL

Rotación externa; informe actividades realizadas

Hospital Universitario de La Ribera, Alzira

Carmen Ros Esteban

MIR 4º año, Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela

1. INTRODUCCIÓN

La rotación externa seleccionada para complementar mi formación como especialista en Geriátría se ha centrado en el ámbito de la Geriátría Transversal, desarrollándose en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira). Este nivel asistencial busca ampliar el alcance de la atención geriátrica más allá de sus unidades tradicionales, incorporando sus principios a distintos servicios clínicos del hospital, como oncología, cardiología, urología o cirugía general, donde la presencia de pacientes mayores frágiles es cada vez más frecuente. Su objetivo es optimizar la atención a los pacientes mayores frágiles, promoviendo un manejo más integral, eficiente y centrado en la persona.

El uso de la valoración geriátrica integral (VGI) y la identificación precoz de la fragilidad de estos pacientes permite estimar con mayor precisión su pronóstico clínico, orientando decisiones diagnósticas y terapéuticas adaptadas a su situación individual. Esta aproximación personalizada no solo favorece mejores resultados en salud, sino que también contribuye a un uso más racional y eficiente de los recursos sanitarios.

El envejecimiento demográfico ha provocado un aumento constante del número de pacientes de edad avanzada en los servicios hospitalarios, con una elevada prevalencia de comorbilidades, polifarmacia, problemas funcionales y deterioro cognitivo. Las decisiones clínicas en este grupo son especialmente complejas por la enorme heterogeneidad de los pacientes mayores: junto a personas robustas y funcionalmente ágiles, conviven otras con alta vulnerabilidad y frágiles, con riesgo aumentado de complicaciones, estancias hospitalarias prolongadas, institucionalización y mortalidad.

Según datos de Eurostat, una persona de 80 años en España tiene actualmente una expectativa de vida media de 10 años más, lo que obliga a considerar no sólo la edad cronológica, sino también la reserva funcional, la fragilidad y las preferencias personales a la hora de planificar cualquier intervención diagnóstica o terapéutica. En este contexto, la VGI se convierte en una herramienta esencial, tanto por su valor pronóstico como por su utilidad en la selección de estrategias terapéuticas individualizadas.

Cada vez es más común que personas de edad avanzada, incluso mayores de 80 años, sean candidatos a tratamientos complejos como quimioterapia, radioterapia, cirugía mayor o procedimientos cardiovasculares avanzados como la implantación de TAVI. Estos casos, por su complejidad clínica y pronóstico incierto, requieren un enfoque diferenciado respecto a pacientes más jóvenes. La respuesta a las intervenciones puede ser menos predecible, y el riesgo de complicaciones significativamente mayor. Por ello, es fundamental un abordaje global que contemple no solo la enfermedad de base, sino también el estado funcional, cognitivo, nutricional y social del paciente.

El geriatra, por su formación específica, está capacitado para integrar estos elementos mediante una valoración exhaustiva e individualizada, aportando información clave para la toma de decisiones compartidas. Esta intervención resulta especialmente útil para optimizar los tratamientos, adecuarlos a las condiciones reales del paciente y, en algunos casos, reconsiderar su indicación. La coordinación entre servicios médicos y quirúrgicos con Geriátría permite establecer estrategias terapéuticas más seguras, eficaces y centradas en la persona.

La Geriátría Transversal busca precisamente cubrir esa necesidad, facilitando la colaboración entre el geriatra y otros especialistas en la atención conjunta de los pacientes

mayores. Esta cooperación se ha ido consolidando en el ámbito de la oncología (oncogeriatría), la cardiología (cardiogeriatría), la cirugía y otras especialidades. Las interconsultas se convierten en espacios clave para valorar el riesgo-beneficio de los tratamientos y adaptar las decisiones clínicas al perfil funcional, cognitivo, afectivo y social de cada paciente.

Durante esta rotación, he tenido la oportunidad de integrarme en un equipo con amplia experiencia en Geriatría de Enlace, participando activamente en la valoración y seguimiento de pacientes hospitalizados en diferentes servicios quirúrgicos y médicos. Asimismo, he asistido a consultas externas programadas y comités multidisciplinares donde la opinión geriátrica era decisiva para establecer estrategias terapéuticas. Este contacto diario con situaciones clínicas reales, dentro de un modelo de trabajo cooperativo, ha consolidado mis conocimientos en la evaluación de la fragilidad, en la toma de decisiones compartidas y en el abordaje multidimensional de los pacientes mayores complejos.

(Bibliografía: J.I. González-Montalvo, R. Ramírez-Martín, R. Menéndez, et al. Geriatría transversal. Un reto asistencial para el siglo XXI. Rev Esp Geriatr Gerontol., 55 (2020), pp. 84-97)

1.2 Hospital Universitario de la Ribera

El Hospital Universitario de La Ribera, ubicado en la localidad valenciana de Alzira, abrió sus puertas en el año 2000 y, desde 2018, su gestión depende directamente de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana. Atiende a una población que supera los 250.000 habitantes, distribuidos entre los municipios de la comarca de La Ribera, formando parte de un amplio Departamento de Salud que incluye 41 centros de Atención Primaria.

Dispone de 364 camas instaladas y abarca múltiples niveles asistenciales: servicio de urgencias, hospitalización convencional, consultas externas, hospitalización a domicilio, cirugía mayor ambulatoria, entre otros. Además, dispone de equipamiento tecnológico avanzado, como resonancia magnética, tomografía axial computarizada (TAC), PET, gammacámara SPECT, mamografía, hemodinámica, litotricia y acelerador lineal, lo que permite realizar procedimientos altamente especializados sin necesidad de derivar pacientes a otros centros de referencia.

El hospital actúa también como centro de referencia para determinados procedimientos en áreas limítrofes, gracias a especialidades como Cirugía Torácica, Neurocirugía y Oncología Radioterápica. Recientemente, ha sido designado como uno de los servicios de referencia dentro del Sistema Valenciano de Salud en el tratamiento de patologías torácicas complejas, como el cáncer de pulmón, mediante técnicas avanzadas y mínimamente invasivas.

En cuanto a la Unidad de Geriatría, se trata de un recurso integrado en el Servicio de Medicina Interna, sin camas específicas propias. Está compuesta por un equipo multidisciplinar en el que participan seis facultativos especialistas, residentes en formación y personal sanitario de distintas disciplinas, como enfermería, terapia ocupacional y trabajo social. La unidad realiza valoraciones geriátricas integrales, fundamentalmente en pacientes mayores de 75 años, aplicando un enfoque global que abarca dimensiones clínicas, funcionales, cognitivas y sociales. Su actuación se desarrolla

en múltiples dispositivos asistenciales, desde las interconsultas hospitalarias a la participación en comités multidisciplinares, pasando por las consultas externas y la coordinación con Atención Primaria y otros servicios hospitalarios.

La Unidad de Geriatria del Hospital Universitario de La Ribera cuenta con diferentes niveles asistenciales adaptados a las necesidades de los pacientes mayores, entre los que destaca:

- Hospitalización médica: el equipo de Geriatria está plenamente integrado en las plantas de hospitalización médica, colaborando de forma activa en la atención a pacientes ingresados por causas clínicas diversas. Estas valoraciones, realizadas en el contexto del Servicio de Medicina Interna, se extienden a múltiples patologías clínicas habituales en el paciente anciano: cardiológicas, respiratorias, neurológicas, digestivas, infecciosas, entre otras. La intervención geriátrica permite ajustar los tratamientos a la situación funcional y cognitiva del paciente, prevenir complicaciones propias de la hospitalización y facilitar la planificación del alta o la continuidad de cuidados.

- Consulta externa: se desarrolla de lunes a viernes, tanto en horario de mañana como de tarde. Esta modalidad ambulatoria permite llevar a cabo una evaluación geriátrica integral, habitualmente solicitada por los profesionales de Atención Primaria. Este recurso ambulatorio permite una exploración minuciosa de las distintas esferas del paciente mayor —clínica, funcional, cognitiva y social—, lo que facilita una mejor precisión diagnóstica y la adecuación terapéutica a las necesidades específicas de cada caso.

La detección y abordaje temprano a través de esta consulta especializada repercute de forma positiva en el bienestar del paciente mayor, ya que contribuye al mantenimiento de su independencia funcional y a la prevención de pérdida de autonomía no justificada.

Entre los motivos de consulta más frecuentes atendidos en esta unidad destacan los cuadros de pérdida de autonomía o deterioro funcional de aparición reciente o subaguda, sin una causa evidente. Estas situaciones requieren un abordaje geriátrico integral que permita detectar las causas subyacentes, plantear medidas terapéuticas específicas y coordinar recursos sociales o de rehabilitación según las necesidades individuales de cada paciente.

Asimismo, en consulta externa se identifican y abordan con frecuencia diversos síndromes geriátricos, entre ellos el deterioro cognitivo y la demencia con posibles alteraciones conductuales asociadas, las caídas de repetición, los problemas nutricionales, la incontinencia urinaria, la depresión y la polifarmacia. Todos ellos tienen un gran impacto en la calidad de vida del paciente y requieren un enfoque específico e interdisciplinar.

- Unidad de Valoración Quirúrgica: el equipo de Geriatria participa activamente en la evaluación y seguimiento de los pacientes quirúrgicos. A diario, los profesionales de esta unidad identifican a aquellos pacientes con mayor grado de fragilidad dentro de los servicios quirúrgicos, iniciando una intervención geriátrica precoz que se mantiene durante todo el proceso de hospitalización. Esta colaboración estrecha con los equipos quirúrgicos permite anticiparse a posibles complicaciones, optimizar la recuperación funcional e impulsar estrategias de movilización temprana.

Gracias a esta intervención integral y continuada, se observan beneficios clínicos significativos como una menor tasa de complicaciones postoperatorias, reducción del deterioro funcional asociado a la hospitalización y disminución de la estancia media hospitalaria. Todo ello repercute favorablemente en que el paciente pueda regresar a su entorno habitual en mejores condiciones físicas y funcionales.

Entre las patologías quirúrgicas atendidas con mayor frecuencia, destaca el abordaje del paciente con fractura de cadera, dada su alta incidencia en la población anciana y el impacto funcional que conlleva. La intervención geriátrica resulta clave en estos casos para planificar un tratamiento integral y mejorar el pronóstico.

La Unidad de Geriátrica colabora de forma regular con múltiples especialidades quirúrgicas, incluyendo:

- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Cirugía General
- Cirugía Vasculat
- Urología
- Neurocirugía

Además, presta apoyo a otros servicios quirúrgicos siempre que se solicite, valorando individualmente cada caso para adaptar el manejo a las necesidades específicas del paciente mayor.

Por otro lado, la Unidad de Geriátrica lidera la coordinación del Plan de Atención al Paciente Crónico en el Departamento de Salud de La Ribera. Este programa está diseñado para proporcionar una atención proactiva, personalizada e integrada a los pacientes crónicos más complejos del área, fomentando la continuidad asistencial entre el hospital y la atención primaria.

El plan incluye la colaboración estrecha entre los equipos de Atención Primaria, el Servicio de Urgencias, la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y los profesionales del hospital. A través de herramientas de cribado específicas, se identifican aquellos pacientes que pueden beneficiarse de un enfoque diferenciado y se elabora para cada uno un plan de cuidados individualizado.

Una vez incluidos en el programa, estos pacientes pasan a formar parte del sistema de Gestión de Casos, lo que permite optimizar la respuesta asistencial ante cualquier incidencia clínica, asignando de forma ágil el recurso más adecuado para su atención.

Como parte de esta estrategia se han desarrollado dispositivos complementarios como la Consulta Externa de Cronicidad, orientada a la evaluación y seguimiento de casos clínicos complejos, y el Hospital de Día de Cronicidad, ubicado en un área diferenciada dentro del servicio de Urgencias. Este espacio permite una atención más cercana, personalizada y con mayor confort para el paciente y sus familiares, facilitando un entorno de valoración integral por parte del equipo de Geriátrica sin necesidad de ingreso hospitalario.

2. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

La rotación tuvo como finalidad profundizar en la atención clínica del paciente geriátrico complejo en un entorno hospitalario diverso, centrado en un enfoque transversal e interdisciplinar. En este sentido, se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Participar en la toma de decisiones clínicas integradas para pacientes mayores ingresados en servicios quirúrgicos y médicos, en estrecha coordinación con otras especialidades como cirugía general, cirugía torácica, neurocirugía, urología y traumatología.
- Familiarizarse con el uso de herramientas de cribado geriátrico y de valoración específica del paciente frágil en contextos quirúrgicos y oncológicos, aplicando la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como instrumento de planificación terapéutica individualizada.
- Identificar de forma precoz situaciones de fragilidad, instaurando planes de prehabilitación, abordaje nutricional, revisión de polifarmacia y estrategias de soporte funcional con enfoque preventivo.
- Prevenir y tratar de manera anticipada los síndromes geriátricos más prevalentes en pacientes hospitalizados, con especial atención a la iatrogenia, al deterioro funcional y al riesgo de institucionalización.
- Integrarse en la dinámica de los comités clínicos y circuitos de continuidad asistencial, reforzando la capacidad para trabajar en equipos multidisciplinares y gestionar la complejidad de forma compartida.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN

La elección de realizar esta rotación externa en el Hospital Universitario de La Ribera responde a varias necesidades formativas fundamentales. En primer lugar, el centro donde realizo mi residencia carece de una actividad quirúrgica significativa y no dispone de determinadas especialidades clave —como cirugía cardíaca, torácica o neurocirugía—, lo que limita la posibilidad de adquirir competencias específicas en el manejo del paciente geriátrico complejo en entornos quirúrgicos.

Asimismo, la Geriatría Transversal es una línea asistencial aún en desarrollo y poco implantada de forma estructurada en muchos hospitales, especialmente en la Comunidad de Madrid. Frente a esta situación, el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de La Ribera representa una referencia nacional en este ámbito, por su modelo consolidado y por su integración efectiva en circuitos multidisciplinares quirúrgicos y oncológicos. Esta rotación ha ofrecido, por tanto, una oportunidad única para formarme en un entorno pionero que aplica los principios de la medicina geriátrica más allá de las unidades convencionales.

Durante mi estancia, he podido integrarme activamente en la Unidad de Valoración Quirúrgica, adquiriendo experiencia directa en la evaluación y seguimiento de pacientes mayores sometidos a procedimientos quirúrgicos complejos. Esta experiencia ha sido especialmente valiosa para reforzar mis habilidades en la toma de decisiones compartidas,

prevención de complicaciones y recuperación funcional en un perfil de paciente cada vez más frecuente en los hospitales de agudos.

Por otro lado, esta rotación me ha permitido conocer de primera mano el funcionamiento de un hospital comarcal con alto nivel de especialización y su coordinación con la red de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana. Esta visión comparativa en cuanto a organización sanitaria, características poblacionales y recursos disponibles en otro sistema autonómico ha enriquecido mi formación y ampliado mi perspectiva sobre los distintos modelos de atención en geriatría en nuestro país.

4. ACTIVIDAD CLÍNICA REALIZADAS

4.1 Hospitalización

La dinámica diaria en el ámbito de hospitalización en el Hospital Universitario de La Ribera presenta similitudes con la estructura asistencial de otros centros, aunque con características propias que enriquecen la experiencia formativa. La jornada se iniciaba a las 8:00 h, con una revisión conjunta de las incidencias acontecidas en los pacientes valorados previamente. Posteriormente, se organizaba el reparto de nuevos casos y se revisaban las historias clínicas, exploraciones complementarias y evolución de los pacientes, antes de comenzar la visita médica.

La carga asistencial habitual oscilaba entre 10 y 12 pacientes al día, ubicados en distintas plantas del hospital, dado que el equipo de Geriatría no dispone de una unidad de hospitalización propia. Esta dispersión obliga a planificar cuidadosamente los recorridos y tiempos de atención, fomentando una organización más eficiente del trabajo diario. Como aspecto distintivo, el abordaje geriátrico se iniciaba incluso desde la atención en Urgencias, lo que permitía detectar de manera temprana complicaciones clínicas o síndromes geriátricos, antes del ingreso en planta.

Durante las visitas, se realizaban valoraciones geriátricas integrales tanto a pacientes ya conocidos como a nuevos ingresos. Esto incluía la anamnesis específica, la valoración funcional y cognitiva, la revisión farmacológica y la evaluación social, teniendo siempre en cuenta la situación basal, comorbilidades y grado de fragilidad del paciente. Este enfoque individualizado facilitaba la toma de decisiones ajustadas al contexto clínico y vital de cada caso.

Parte importante del trabajo incluía también la planificación del alta hospitalaria, con coordinación entre servicios, valoración de necesidades sociales y ajuste de tratamientos. Se priorizaba el regreso al domicilio siempre que fuera posible, procurando minimizar la institucionalización innecesaria y favoreciendo la continuidad de cuidados a través de otros recursos asistenciales.

Al finalizar la visita médica, se procedía a revisar nuevas pruebas diagnósticas, modificar planes terapéuticos, elaborar notas evolutivas o informes de alta según la evolución del paciente. En función de la complejidad de los casos, el equipo se reunía de nuevo a lo largo de la mañana para discutir situaciones clínicas, resolver dudas y consensuar cambios en la estrategia asistencial.

Esta rotación ha aportado una visión realista y aplicada de la atención geriátrica en un hospital general, destacando la importancia de la coordinación interprofesional, la

planificación anticipada y la valoración integral para garantizar una atención centrada en el paciente mayor.

Desde mi experiencia, el abordaje geriátrico transversal en pacientes quirúrgicos representa un reto organizativo añadido, debido a la dispersión de los pacientes por distintas plantas del hospital y la necesidad de interactuar con múltiples equipos clínicos y de enfermería. Esta distribución obliga a establecer una comunicación fluida y constante entre los diferentes profesionales, algo que puede resultar más exigente en términos logísticos. Aun así, el entorno de trabajo se caracteriza por un alto grado de colaboración, respeto mutuo y compromiso asistencial por parte de todo el personal implicado.

En cuanto al proceso de selección de pacientes quirúrgicos que serán valorados por el equipo de Geriátrica, este responde a criterios de complejidad clínica y situación funcional. Dado que la proporción de pacientes mayores de 70-75 años atendidos por servicios quirúrgicos es elevada, resulta inviable una valoración integral para todos. Por ello, se prioriza a aquellos que presentan mayor vulnerabilidad debido a la presencia de síndromes geriátricos, deterioro cognitivo, comorbilidades significativas, alto riesgo anestésico o antecedentes de delirium.

El sistema de cribado se apoya en herramientas informatizadas que permiten identificar a los pacientes mayores de 70 años ingresados recientemente en los distintos servicios quirúrgicos. A partir de ese listado preliminar, se analizan antecedentes relevantes, diagnóstico de demencia, número de fármacos prescritos y clasificaciones anestésicas ASA iguales o superiores a III. También se tiene en cuenta cualquier episodio agudo de desorientación o deterioro funcional documentado en las notas médicas o de enfermería. En los casos en los que el paciente ya se encuentra asignado a otro facultativo de Medicina Interna o Geriátrica, se excluye del listado de selección para evitar duplicidades en la atención.

Este procedimiento garantiza que los recursos del equipo geriátrico se destinen a aquellos casos en los que su intervención puede tener un mayor impacto, optimizando la toma de decisiones y la evolución clínica de los pacientes quirúrgicos complejos.

4.2 Consultas Externas

Durante mi rotación, también participé en la actividad ambulatoria de la Unidad de Geriátrica, con un enfoque específico en la valoración de pacientes oncológicos o quirúrgicos complejos. Aunque la unidad cuenta con agenda propia para consultas externas, incluyendo un espacio dedicado a oncogeriátrica, muchas de las valoraciones realizadas surgieron de forma coordinada con los comités de tumores. Los pacientes eran citados habitualmente el mismo día que acudían a su consulta con el cirujano, el oncólogo médico o el especialista en oncología radioterápica.

Estas consultas tienen como objetivo principal determinar la idoneidad de tratamientos potencialmente agresivos en pacientes de edad avanzada. Para ello, se emplea la VGI, abordando no solo aspectos clínicos, sino también funcionales, cognitivos, emocionales y sociales. En este contexto, la consulta externa permite disponer de más tiempo y recursos para aplicar baterías completas de escalas y test como el MMSE, el Índice de Barthel, el SPPB, la escala SARC-F, o la medición de la velocidad de la marcha.

Esto permite identificar situaciones de fragilidad, valorar su posible reversibilidad y prevenir la aparición de complicaciones asociadas a los tratamientos oncológicos o quirúrgicos. Además, facilita un proceso de toma de decisiones más ajustado a las capacidades y preferencias del paciente, integrando la perspectiva del geriatra en las discusiones clínicas con los equipos responsables.

Este modelo de consulta coordinada, basado en la colaboración interdisciplinar y en la evaluación individualizada del paciente mayor, refuerza el papel de la Geriátría Transversal en el ámbito ambulatorio. La posibilidad de intervenir en el momento en que se plantean decisiones terapéuticas relevantes convierte estas consultas en una herramienta clave para mejorar la seguridad y los resultados clínicos en una población especialmente vulnerable.

4.3 Participación en Comités

Uno de los aspectos más enriquecedores de esta rotación ha sido la posibilidad de asistir y participar activamente en los comités multidisciplinares del hospital. Entre ellos, destaca especialmente el Comité de tumores digestivos, llevado a cabo un día a la semana.

Este comité está compuesto por profesionales de diferentes especialidades: cirugía general y del aparato digestivo, aparato digestivo, oncología médica, oncología radioterápica, radiología, anatomía patológica y geriatría. La reunión se estructura a partir de un registro compartido al que cualquier profesional del hospital puede añadir casos para su discusión.

La participación del geriatra en este contexto cobra especial relevancia, teniendo en cuenta el envejecimiento progresivo de la población y la alta prevalencia de neoplasias del tracto digestivo, como cáncer colorrectal, gástrico, hepático y pancreático en edades avanzadas. Además, muchos de estos pacientes presentan condiciones clínicas complejas, con múltiples comorbilidades, deterioro funcional o cognitivo, y situaciones de fragilidad que requieren una valoración individualizada.

Desde la perspectiva geriátrica, la intervención en estos comités permite aportar información valiosa derivada de la historia clínica detallada y, en su caso, de la Valoración Geriátrica Integral. Esta información resulta determinante a la hora de consensuar el plan terapéutico más adecuado para cada paciente, especialmente en aquellos casos limítrofes donde la indicación de cirugía, quimioterapia o radioterapia debe adaptarse a la situación basal y expectativas del paciente.

La integración del geriatra en este tipo de comités refleja con claridad el valor añadido de la Geriátría Transversal, fomentando la toma de decisiones compartidas, seguras y centradas en la persona mayor.

5.3.2 Comité de Urología

Los viernes se celebra el Comité de Urología, que reúne a especialistas en urología, oncología médica, oncología radioterápica, radiología y geriatría. Esta reunión presenta una duración y volumen de casos significativamente mayores, debido a la elevada carga asistencial asociada a los tumores del tracto urinario, especialmente el cáncer de próstata, que es uno de los más prevalentes en el varón anciano.

Uno de los cánceres más frecuentemente abordados en este comité es el de vejiga, cuya incidencia se incrementa con la edad: más del 90 % de los casos se diagnostican en personas mayores de 55 años, con una edad media de diagnóstico que ronda los 73 años. En este contexto, la fragilidad y el estado funcional de los pacientes adquieren un papel esencial en la planificación terapéutica.

Durante las sesiones se valora de forma individualizada cada caso, incorporando la perspectiva geriátrica mediante la información obtenida en la Valoración Geriátrica Integral. Esta permite predecir complicaciones potenciales, adaptar los tratamientos a las condiciones clínicas y funcionales del paciente, y valorar su capacidad para afrontar procedimientos quirúrgicos o tratamientos oncológicos intensivos.

Una práctica consolidada en este comité es la indicación de programas de rehabilitación para los pacientes que van a someterse a intervenciones invasivas. Dichos programas, centrados en la mejora del estado nutricional, la actividad física y la estabilidad clínica, han demostrado reducir complicaciones postoperatorias, acortar estancias hospitalarias y facilitar la recuperación.

Diversos estudios han evidenciado que la presencia de fragilidad en pacientes con cáncer urológico se asocia con mayor riesgo de complicaciones, aumento de la mortalidad y necesidad más frecuente de institucionalización tras el alta. Por ello, integrar la evaluación geriátrica como herramienta predictiva permite anticiparse a eventos adversos, tomar decisiones más seguras y promover estrategias de prevención y rehabilitación desde las fases iniciales del proceso asistencial.

5. ACTIVIDAD DOCENTE REALIZADA

Durante esta rotación también participé en distintas actividades formativas promovidas tanto por el Servicio de Medicina Interna como por el propio equipo de Geriátrica, lo que contribuyó significativamente al desarrollo de competencias clínicas, actualización de conocimientos y reflexión crítica sobre la práctica médica.

5.1. Sesiones del Servicio de Medicina Interna

5.1.1. Sesiones Generales

Estas sesiones se celebraban cada jueves en el salón de actos del hospital, dirigidas a todos los profesionales del área médica. El formato incluía revisiones bibliográficas, exposiciones de resultados de estudios desarrollados en el servicio, y presentaciones teóricas por parte de los residentes. Fue especialmente enriquecedor el repaso detallado sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome coronario agudo, que incluía aspectos tanto prácticos como teóricos de gran utilidad para el día a día clínico.

5.1.2. Sesiones de Residentes

Estas sesiones, de carácter más reducido e informal, tenían lugar los miércoles y estaban diseñadas principalmente para residentes del servicio. En ellas se abordaban temas clínicos concretos, actualizaciones de guías y protocolos o análisis de casos.

6. EXPERIENCIA GLOBAL

Concluir esta rotación en el Hospital Universitario de La Ribera supone, sin duda, uno de los experiencias más completas y enriquecedoras de mi formación como geriatra. He tenido la oportunidad de integrarme en un equipo comprometido, motivado y con una visión avanzada de lo que significa la atención geriátrica transversal.

La posibilidad de participar activamente en distintos niveles asistenciales — hospitalización médica, interconsultas quirúrgicas, consultas externas, comités oncológicos y planes de cronicidad— me ha permitido consolidar mis competencias clínicas y, sobre todo, adquirir una mirada integral sobre la complejidad del paciente mayor. He podido valorar de cerca la importancia de adaptar cada decisión al contexto funcional, cognitivo y social de la persona, desde el mismo momento de su ingreso hasta su alta o continuidad asistencial.

El trato humano, cercano y profesional del equipo médico, de enfermería, terapeutas y trabajadores sociales ha sido ejemplar, así como la capacidad de trabajo conjunto entre especialidades. Ha sido especialmente significativo comprobar cómo, incluso en un hospital comarcal, se puede ofrecer una atención de alta calidad, resolutive y centrada en el paciente, gracias a una excelente organización y compromiso profesional.

Desde una perspectiva más personal, ha resultado interesante observar el perfil sociocultural de la población atendida, caracterizado por un fuerte vínculo familiar y sentido comunitario. La implicación constante de los familiares durante el ingreso, así como su actitud respetuosa y cercana con el personal sanitario, refuerzan la importancia de un enfoque de atención que considere no solo los aspectos clínicos del paciente, sino también su entorno afectivo y social. Este componente humano añade un valor adicional al trabajo del geriatra, que debe saber interpretar y acompañar estas dinámicas para ofrecer una atención más completa y adaptada.

Esta experiencia me ha reafirmado en el valor de la Geriatria Transversal como modelo imprescindible en los hospitales actuales y me ha animado a seguir formándome en entornos donde la colaboración interprofesional y el enfoque individualizado sean ejes fundamentales. Recomendaría sin duda esta rotación a cualquier residente que busque ampliar su perspectiva, salir de su zona de confort y crecer tanto en lo clínico como en lo humano.