

# **INFORME ACTIVIDADES REALIZADAS ROTACIÓN EXTERNA**

## **POR ALBA MARTÍNEZ MORENO: GERIATRÍA TRANSVERAL.**

### **1. Introducción.**

#### **1.1. Materia elegida.**

La rotación externa elegida para completar el ciclo formativo ofrecido por mi hospital de formación (Hospital Universitario de la Cruz Roja), ha sido sobre la conocida como Geriatria Transversal.

Se entiende por Geriatria Transversal la ampliación del área de conocimiento y atención de la geriatría en sentido horizontal, fuera de sus unidades habituales, aplicando los principios de la medicina geriátrica con un enfoque multidisciplinar al terreno de otros servicios que atienden a pacientes muy mayores y frágiles con enfermedades graves, con el objetivo de ofrecer una atención centrada en la persona y mejorar su manejo integral. La valoración geriátrica y la detección de la fragilidad en estos casos aportan información pronóstica y ayudan en la toma de decisiones y en la selección de un tratamiento individualizado. En algunos casos es posible mejorar la evolución de los pacientes y la eficiencia del sistema sanitario.

Cada vez es mayor el número de pacientes de edad avanzada que está siendo tratado por especialidades diferentes a la geriatría, las cuales, por las características de sus tratamientos, necesitan conocer el pronóstico que tiene su indicación en los pacientes ancianos frágiles y optimizar la situación de estos pacientes para mejorar dicho pronóstico. Las más frecuentes, actualmente, son oncología y hematología, cardiología, cirugía general y otros servicios quirúrgicos.

Según la oficina estadística de la Unión Europea, Eurostat, una persona de 80 años en España tiene actualmente una expectativa de vida media de 10 años más. Pero, además, las decisiones referidas a estas personas son también muy complejas, ya que la heterogeneidad es enorme en ellos. Junto a personas robustas, con buen nivel de reserva o capacidad intrínseca funcional y cognitiva, hay otras con características que les hacen más vulnerables, debido a la presencia de comorbilidad o de síndromes geriátricos, entre los que destacan los problemas nutricionales, la polifarmacia y, especialmente, la fragilidad. La prevalencia de fragilidad, y de complejidad, aumenta con la edad. Los pacientes «frágiles» plantean importantes retos al sistema sanitario actual, ya que, comparados con los ancianos «robustos» tienen peor respuesta ante la enfermedad y los agentes agresores, incluyendo los tratamientos agresivos, consumen mayor cantidad de recursos y de costes sanitarios (principalmente por ingresos hospitalarios), precisan más ayudas sociales y tienen mayor necesidad de institucionalización, hacen más visitas a los servicios de urgencias y, además, están más expuestos a recibir tratamientos inadecuados,

padecer más complicaciones, obtener peores resultados clínicos, consumir estancias hospitalarias más largas y presentar mayor mortalidad.

La presencia de estos pacientes es cada vez más frecuente en la mayoría de las especialidades, lo que plantea dificultades en su tratamiento y manejo clínico por su diferente comportamiento en relación con los pacientes de otras edades. Entre otros, la indicación de tratamientos como la quimioterapia y radioterapia, la implantación de dispositivos intracardiacos como las válvulas aórticas transcáteter (TAVI) y la realización de intervenciones de cirugía mayor se plantean ya de forma cotidiana en los mayores de 80 años. Asimismo, la respuesta ante los procedimientos es menos previsible y el manejo es más complejo que a otras edades, por lo que el abordaje debe ser multidimensional y multidisciplinar. Precisamente este tipo de pacientes son los que más se benefician de la experiencia y conocimientos de la geriatría. Por ello, esta especialidad, acostumbrada al tratamiento en equipo multidisciplinario, es requerida con frecuencia creciente por dichas especialidades para realizar una valoración integral y colaborar en la asistencia a estos pacientes, teniendo en cuenta no solo su edad y expectativa de vida, sino también la estimación de su reserva funcional.

El geriatra es el especialista natural formado para la atención a la complejidad de este tipo de pacientes, pero en ocasiones estos están siendo atendidos en otros servicios por necesitar de forma preferente la aplicación de tratamientos, técnicas y procedimientos muy específicos. Para conseguir un abordaje multidimensional en estos casos es preciso establecer puentes de colaboración multidisciplinaria entre la geriatría y dichos servicios, médicos y quirúrgicos, con el objetivo de optimizar el manejo de los pacientes complejos y frágiles atendidos en ellos. La VGI individualizada de la situación basal y actual y el abordaje geriátrico pretenden optimizar la calidad de su atención, mejorando su situación clínica, facilitando la adaptación de los tratamientos hospitalarios a sus características, e incluso valorando dicha pertinencia, ya que, siendo útiles en otros pacientes más jóvenes, a veces pueden no estar indicados, por ausencia de beneficio en ellos, bien sea por su situación basal o por su expectativa de vida.

La atención geriátrica especializada en los hospitales de agudos ofrece una asistencia de mayor calidad a las personas mayores y reduce los costes. La geriatría tiene mucho que aportar en esta línea.

*(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. El hospital de formación escogido.

Primero empezar presentando el centro elegido para dicha rotación, el Hospital Universitario de La Ribera. Este centro se ubica en la localidad de Alzira, en la provincia de Valencia.

Este hospital fue fundado en el año 2000, cuya gestión paso en el año 2018 a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Se caracteriza por ser un hospital comarcal, proporcionando cobertura sanitaria a los municipios ubicados en la comarca de La Ribera (con una población de más de 250.000 habitantes).

Pese a esta peculiaridad, consta de numerosas especialidades y recursos materiales, teniendo actualmente 364 camas instaladas. Consta de diferentes niveles asistenciales como el servicio de urgencias, planta de hospitalización, consultas externas, unidad de hospitalización a domicilio, etc. Además, en sus instalaciones podemos encontrar equipos de alta tecnología, como son la tomografía axial computerizada, resonancia magnética, gammacámara (incluyendo SPECT), mamógrafo, sala de hemodinámica, litotricia extracorpórea por ondas de choque, acelerador de partículas, tomografía por emisión de positrones (PET), densitómetro óseo y equipos de hemodiálisis.

Se trata de un hospital comarcal, pero con una cartera de servicios propia de un hospital terciario, con superespecialidades como la Neurocirugía, la Cirugía Cardíaca o la Radioterapia. En este sentido, este centro es también hospital de referencia para otros departamentos de salud limítrofes que no cuentan con este tipo de especialidades, evitando, así, desplazamientos de sus pacientes a centros de la ciudad de Valencia. Junto al Hospital de la Ribera, 41 centros de la red de Atención Primaria integran el Departamento de Salud de la Ribera.

En cuanto a la Unidad de Geriátrica es un recurso asistencial integrado en el Servicio de Medicina Interna, sin un número específico de cama asignadas. Esta Unidad de Geriátrica, está formada en total, por seis facultativos especialistas adjuntos y cuatro médicos internos residentes, dentro de un equipo multidisciplinar formado también por enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, terapeutas ocupacionales y trabajadoras sociales. Se caracteriza por ofrecer atención médica a personas generalmente de edad superior a los 75 años, abordando y realizando una valoración completa de todas las áreas del paciente anciano (Valoración Geriátrica Integral) con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar al paciente anciano tanto desde la perspectiva clínica como la funcional, la mental y la social.

Los niveles asistenciales de los que consta la Unidad de Geriátrica son:

- *Consulta externa:* se realiza todos los días en horario de mañana y tarde. Es un recurso ambulatorio que permite realizar la Valoración Geriátrica Integral a demanda generalmente del Médico de Familia. La consulta externa ha demostrado incrementar la precisión diagnóstica en el paciente anciano siendo por tanto más fácil ofrecer un tratamiento adecuado repercutiendo todo ello en una mejoría de la calidad de vida y evitando la dependencia o pérdida de autonomía no justificada.

Los procesos atendidos en la consulta externa de forma más frecuente son:

- Pérdida de autonomía o declive funcional agudo o subagudo no justificado.

- Presencia de Síndromes Geriátricos:
  - Demencia o deterioro cognitivo. Síntomas conductuales
  - Caídas
  - Malnutrición
  - Incontinencia
  - Depresión
  - Polifarmacia o toma crónica de varios fármacos
  
- *Hospitalización Médica:* El equipo de Geriátria está integrado en el área de hospitalización médica, concretamente en el Servicio de Medicina Interna, realizando diariamente valoración de pacientes hospitalizados por causa médica. Como servicio hospitalista que es, presta atención a cualquier tipo de patología médica: cardiaca, pulmonar, neurológica, digestiva, infecciosa, etc.
  
- *Unidad de Valoración Quirúrgica:* Los integrantes de la Unidad de Geriátria seleccionan diariamente los pacientes más frágiles ingresados en los servicios quirúrgicos e intervienen durante todo el periodo de hospitalización de forma coordinada con el cirujano responsable. De esta forma, se evitan o se tratan de forma precoz posibles complicaciones que puedan aparecer durante la hospitalización, y se fomenta una movilización y recuperación precoz del paciente. Con ello se consiguen mejores resultados para el paciente, con menos complicaciones, menor pérdida de autonomía y menor estancia en el hospital, permitiendo que el paciente pueda regresar a su domicilio en mejores condiciones.

Hay que destacar dentro de esta actividad, el apoyo ofrecido a los pacientes con Fractura de Cadera, por ser muy frecuente y ser un proceso prácticamente exclusivo del paciente anciano.

La Unidad de Geriátria ofrece apoyo asistencial de forma protocolaria a:

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

También realiza valoración de pacientes ingresados en el resto de servicios quirúrgicos si el cirujano responsable así lo solicita

- *Unidad de Recuperación Funcional:* El Departamento de La Ribera dispone de un concierto de colaboración con el grupo residencial Solimar para la recuperación funcional de pacientes que tras un periodo de hospitalización precisan rehabilitación antes de poder regresar a sus domicilios. La Unidad de Geriátria gestiona desde el hospital esta Unidad de Recuperación Funcional realizando la selección de los casos susceptibles de rehabilitación, así como el seguimiento

hasta el alta. Generalmente, se benefician de esta Unidad los pacientes con fractura y mala evolución funcional en el hospital, los pacientes con hospitalización prolongada y deterioro funcional secundario, y los pacientes afectados de enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica.

- *Plan de Atención al Paciente Crónico:* La Unidad de Geriatría coordina el Plan de Atención al Paciente Crónico, desarrollado por el Departamento de Salud de La Ribera. Se trata de un plan departamental diseñado para ofrecer una medicina individualizada al paciente crónico o más complejo del departamento y en el que están involucrados tanto los equipos de atención primaria como la Unidad de Hospital a Domicilio (UHD), Urgencias y Hospitalización.

Tras una adecuada selección del paciente mediante herramientas de cribado, se elabora un plan “a medida” para cada paciente y se incluye en un programa de Gestión de Casos que permite ofrecer al paciente, ante cualquier demanda clínica, el recurso más adecuado para su atención.

Para completar el circuito asistencial se ha desarrollado la Consulta Externa de Cronicidad que permite la valoración e inclusión de los casos más complejos y el Hospital de Día de Cronicidad, ubicado en un área reservada de urgencias que permite el acompañamiento de familiares, mayor intimidad, mayor tiempo de atención y valoración por parte de la Unidad de Geriatría

### 1.3. Objetivos de la rotación.

Los objetivos de mi rotación son:

- La toma de decisiones en el paciente geriátrico complejo, realización de un abordaje multidisciplinar, así como hacer un seguimiento, y plan de cuidados conjunto (cirugía general, cirugía torácica, cirugía cardíaca, neurocirugía, urología y traumatología).
- Conocer y aplicar herramientas de cribado y valoración del paciente geriátrico complejo quirúrgico y oncológico.
- Abordar la detección del paciente frágil, implantar planes de prehabilitación, manejo nutricional y polifarmacia.
- Realizar prevención y tratamiento precoz de los síndromes geriátricos, disminución de la iatrogenia hospitalaria en el paciente geriátrico oncológico, así como aquel ingresado por las diferentes patologías propias de las especialidades de cirugía general, cirugía torácica, cirugía cardíaca, neurocirugía, urología y traumatología.

### 1.4. Justificación de la rotación.

Debido a la escasa actividad quirúrgica y ausencia de varias de las diferentes especialidades nombradas previamente en el hospital en el que me encuentro formándome, ha sido necesario mi desplazamiento para completar mi ciclo formativo. Además del inicio relativamente reciente de la trayectoria de la geriatría transversal, hace que la realización de esta rotación sea en muy escasos centros, no siendo posible realizarla en centros dentro de la C. Madrid, siendo el servicio de geriatría del Hospital Universitario de La Ribera pionero y más potente en este ámbito. Así durante mi rotación me he integrado en la unidad de valoración quirúrgica previamente mencionada.

Por otro lado, como objetivos de mi rotación en dicho centro también se centra en conocer la organización sanitaria en otra comunidad autónoma, así como conocer las características asistenciales, poblacionales y otras peculiaridades de un hospital comarcal.

## **2. Actividad clínica realizadas.**

### **2.1. Hospitalización.**

La organización y dinámica en este nivel asistencial, dentro del Hospital Universitario de la Ribera, es similar a llevado a cabo tanto en mi hospital de formación como en otros en los que he podido rotar previamente.

El inicio de la jornada empieza a las 8 am, acudiendo a uno despacho médico y ver las incidencias de los pacientes visitados el día anterior a nuestro cargo. Posteriormente procedíamos a comentar los pacientes entre el equipo médico, y dependiendo del día, acudíamos a alguna sesión o comité. Sobre las 9 am, volvíamos al despacho tras el reparto de los nuevos pacientes (siendo la carga asistencial variable pero siempre entorno a los 10-12 pacientes), para así revisar la historia clínica ante de iniciar la visita médica, así como visualizar los resultados de pruebas complementarias, siendo el fin de la jornada a las 3 pm.

Como diferencia objetivada es la ausencia de despacho médico propio para la Unidad de Geriatría, así como de una planta específica, además al atender a paciente quirúrgicos, los pacientes están ubicados en diferentes plantas. Además, como punto positivo, es que se valoran a los pacientes incluso desde el momento en el que están en la urgencia, sin tener que esperar a su llegada a la planta y así en ocasiones poder detectar y prevenir diferentes síndromes geriátricos. Esta peculiaridad también ha hecho tener que desarrollar una dinámica y planificación mayor que en mi día a día.

Así empezamos a visitar tanto a pacientes ya conocidos como nuevos, realizando la anamnesis y valoración geriátrica integral ya conocida, conociendo nuevas peculiaridades según las diferentes entidades patológicas por las cuales estaban ingresados los pacientes. Desde conocer complicaciones de diferentes cirugías, así incluso como su previa indicación, siempre individualizando según la situación basal, comorbilidades y fragilidad de nuestros pacientes. El conocer periodos de recuperación de dichas cirugías, también marca el tiempo de actuación que tenemos

para abordar los diferentes problemas evidenciados. Y no solo médicos, también sociales, precisando en ocasiones organización familiar y apoyo por trabajo social para encontrar el mejor recurso para su continuación de la recuperación posterior.

En términos generales, tras la visita médica, acudimos al despacho para revisar pruebas complementarias que faltasen sus resultados, según la evolución, ajustar los tratamientos, escribir los evolutivos médicos o realizar los informes de alta dependiendo del caso. Según la evolución de la mañana, y la dificultad de los casos del día y las peculiaridades de cada paciente, el equipo médico nos volvíamos a reunir a media mañana o al final de ésta para comentar y resolver dudas de nuestros pacientes, y realizar otras modificaciones en el plan si habían ocurrido otras incidencias.

Desde mi punto de vista, el apoyo quirúrgico en ocasiones es más laborioso y arduo por el simple hecho de tener repartido a lo largo de diferentes plantas a los pacientes, así como al equipo de enfermería y los diferentes otros especialistas que a los que está a cargo el paciente, ya que la comunicación puede llegar a ser algo más complicado. Aún así, me ha sido una experiencia muy grata, ya que se ve el buen ambiente y complicidad entre todo el personal sanitario, así como su profesionalidad.

En cuanto a la forma de seleccionar a los pacientes valorados por geriatría en conjunto con un especialista quirúrgico, está definido por la complejidad del paciente. Esto es debido a que la carga asistencial por pacientes que es llevado a cargo por especialidad quirúrgicos y que son mayores a 70-75 años es muy alta y no sería abordable por la Unidad de Geriatría. Por tanto, se seleccionan aquellos pacientes que, debido a su complejidad derivada por la presencia de síndromes geriátricos, comorbilidades, demencia o riesgo anestésico, se ha objetivado que se benefician de la realización de una valoración geriátrica integral completa y seguimiento por un geriatra.

En este punto, destaco los ítems con los que se trabaja en este centro para seleccionar a estos pacientes previamente mencionados. Para ello, a través del sistema informático presente en el hospital, se seleccionan a todos los pacientes mayores a 70 años que han ingresado a cargo de una especialidad quirúrgica en los últimos dos días. Posteriormente tras este primer cribado, se revisa desde la historia clínica, a los antecedentes médicos, seleccionando a aquellos con diagnóstico de deterioro cognitivo, así como aquellos con elevada pluripatología y polifarmacia. En caso de que tengan realizada una valoración por anestesia, también se seleccionan aquellos pacientes con un ASA mayor o igual a tres, o aquellos que ya estando en el hospital en los evolutivos médicos o por enfermería se ha objetivado un episodio de delirium. En caso de que ese paciente ya este asignado a un facultativo especialista adjunto tanto de medicina interna o de geriatría, se borra del listado a repartir ese día. En el caso del paciente mayor ingresado por fractura de cadera, se valora de manera automática por geriatría en todos los casos. En ocasiones, por este sistema

se escapa algún paciente y también está la opción de valoración a estos pacientes mediante interconsulta (en la minoría de los casos).

## 2.2. Consultas externas.

Pese a tener una agenda de consultas externas específicas de la Unidad de Geriátrica, en las que consta un hueco para el paciente de oncogeriátrica, dado el ámbito generalista predominante de ésta, a las consultas externas realizadas durante mi rotación fueron con otro propósito.

En este sentido, se valoraban a pacientes comentados de manera predominante en los comités de tumores, el mismo día que estaban citados con el cirujano pertinente o por el oncólogo u oncólogo radioterapéutico.

La dinámica de estas consultas es similar a hacer la historia clínica y anamnesis igual que en la hospitalización, haciendo hincapié en la detección de síndromes geriátricos, así como la fragilidad y su potencial reversible y prevención de complicaciones. La valoración geriátrica integral continúa siendo el pilar fundamental, teniendo más tiempo para realización de diferentes test y escalas (MMSE, Índice de Barthel, SARC-F, velocidad de la marcha, etc). La importancia de la valoración geriátrica integral, en la toma de decisiones en cuanto a plan y tratamiento, es una herramienta primordial, igual de importante como la toma de decisión con el paciente y debate con el resto de equipo médico tratante.

## 2.3. Comités.

### 2.3.1. Comité de cáncer colorrectal.

Todos los miércoles se realiza este comité, en el que se comentan todos los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal previamente apuntados en un Excel común que cualquier médico del centro puede apuntar y exponer.

Este comité está formado por médicos de diferentes especialidades, concretamente siempre hay presente un médico de cirugía general y digestiva, un médico digestivo, un médico anatómopatólogo, un médico oncólogo, un médico radiólogo y un médico geriatra.

El papel del geriatra coge importancia debido al envejecimiento de la población y consecuente aumento de pacientes cada vez más añosos y complejos con cáncer. En el caso del cáncer colorrectal, es uno de los tres tipos de cáncer más prevalentes a nivel mundial, cuya media de edad de diagnóstico es de 70 años. Por ello es necesario individualizar cada paciente y valorar, con los datos de la historia clínica y la valoración geriátrica integral, el mejor plan diagnóstico y terapéutico para cada caso, sobre todo en aquellos más complejos.

### 2.3.2. Comité de urología.



Todos los viernes, se realiza este comité, que en rangos generales es más extenso que el comité de cáncer colorrectal, debido a la mayor carga asistencial por tumores del tracto urinario y prostático, siendo este último más prevalente.

Este comité está formado por médicos especialistas en urología, oncología, oncología radioterápica, radiología y geriatría.

En general, el cáncer más frecuente comentado en estas sesiones fue el cáncer de vejiga. Este tipo de cáncer aparece principalmente en personas mayores, siendo mayores de 55 años en aproximadamente 9 de cada 10 pacientes (con una media de edad de diagnóstico de 73 años). Como experiencia vista, este tipo de tumor ha sido el más frecuente en el paciente mayor, en el que la prehabilitación está más integrada, llevando a cabo un programa de ejercicio y nutrición a todos aquellos candidatos a tratamiento activo.

En el caso de pacientes mayores con enfermedad urológica se ha encontrado una relación entre la presencia de fragilidad y mayor frecuencia de complicaciones postoperatorias, mayor mortalidad y mayor necesidad de derivación a centros de media y larga estancia tras el alta.

Así pues, la valoración geriátrica integral y la fragilidad son predictores útiles de eventos adversos en pacientes con ciertas enfermedades, lo que permite anticiparse a su aparición, iniciar acciones de prevención y recuperación, intentar revertir la vulnerabilidad e incluso valorar la pertinencia de ciertos tratamientos

### 2.3.3. Comité "Heart team".

Todos los jueves, se realiza esta sesión en la que están presentes médicos cardiólogos, intervencionistas, cirujanos cardiacos y un geriatra. En este comité se comentan aquellos pacientes que por patología objetivada de manera ambulatoria o durante un ingreso, serian candidatos a algún tipo de cirugía cardiaca.

En general, la patología más frecuente comentada han sido la estenosis aortica y la cardiopatía isquémica de multivaso candidato a bypass. En el caso de la estenosis aortica, ha sido muy interesante el presenciar el debate en cuanto el tratamiento a elegir: TAVI o cirugía reemplazo valvular. En este punto siendo primordial individualizar al paciente por su situación basal y fragilidad, y no tanto por la edad como priorizarían los algoritmos terapéuticos de los diferentes consensos cardiológicos. Esto es debido a que en ocasiones pueden resultar procedimientos fútiles si no se tienen en cuenta y valoran una serie de áreas no cardiológicas entre las que se han destacado la comorbilidad, el estado funcional y cognitivo y la fragilidad.

Se ha demostrado que la VGI puede apoyar la decisión mediante datos objetivos en la elección del tratamiento a aplicar (intervención quirúrgica, TAVI o tratamiento conservador) en pacientes con estenosis aórtica. La detección de la fragilidad permite predecir qué pacientes están en mayor riesgo de sufrir un

deterioro funcional y mayor probabilidad de muerte, y a este respecto, la valoración de la fragilidad, junto a los *scores* convencionales de riesgo cardiaco (EURO-Score y STS-Score), mejora significativamente la capacidad de estos para predecir la mortalidad al año tras la implantación de una TAVI.

Como caso que me llevo a casa, fue un paciente de 82 años como antecedente principal en estudio por posible Parkinson en estadio leve y con muy buena situación basal, que fue comentado tanto en el comité de cardiología como en el de urología, ya que fue ingresado por un síndrome coronario agudo y durante el cual fue diagnosticado de un cáncer vesical agresivo. El debate apareció en que a nivel cardiológico, el tratamiento definitivo era realizar un bypass pero el pronóstico del cáncer determinaba la indicación de la cirugía, pero a nivel urológico si no se realizaba el bypass coronario, no se podría realizar la cirugía urológica pero aun si habría que esperar un tiempo mínimo para su recuperación entra ambas cirugías y eso podría demorar y que en ese tiempo cambiase el estadiaje del tumor y ya no ser subsidiario de cirugía urológica. Finalmente, dado el estado robusto del paciente y su decisión, se decidió realizar el bypass y posteriormente realizar el tratamiento oportuno para el cáncer de vejiga, debido que así tenía más posibilidades de mayor éxito, siempre ante realizando un programa de rehabilitación perioperatoria.

### **3. Actividad docente realizadas.**

#### **3.1. Sesiones del servicio Medicina Interna.**

##### **3.1.1. Generales.**

Impartidas todos los jueves en el salón de actos del hospital. Los temas a tratar son tanto revisiones bibliográficas como sobre estudios realizados por el servicio, así como sesiones teóricas impartidas por residentes.

Recaltar la sesión sobre la inteligencia artificial en el ámbito sanitario, así como sus aplicaciones actuales y líneas de investigación, que enfocan a un futuro en el que es viable su implantación en la dinámica habitual del funcionamiento de un centro sanitario.

##### **3.1.2. Desde y para residentes.**

Impartidas los miércoles, más al estilo de “petit comité”. Durante estas sesiones, se abordaban por residentes de medicina interna, diferentes temas o patologías concretas, realizando tanto sesiones teóricas como resúmenes y puestas al día de diferentes novedades o resumen de nuevas guías.

Destacar el gran resumen sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del evento coronario agudo.

#### **3.2. Sesiones del servicio de Geriatría.**

De manera puntual, y debido a que el servicio esta compuesto por un número más reducido de médicos y residentes, estas sesiones eran menos frecuentes.

En estas sesiones se tratan temas de geriatría, ya a través de casos clínicos, revisiones bibliográficas o actualización y resumen de temas teóricos.

Destacar la sesión sobre la depresión en el paciente mayor, dado su importancia en realizar un adecuado diagnostico diferencial, así como iniciar un adecuado tratamiento de manera temprana.

#### **4. Experiencia global.**

En conclusión, la rotación elegida ha sido muy completa, pudiendo asistir a diferentes ámbitos y niveles asistenciales, así como poder asistir a pacientes de diferentes patologías quirúrgicas, con una situación basal en global mejor a la presente al paciente tipo de mi hospital.

El ambiente y la familiaridad del hospital ha sido un gran descubrimiento, viendo las ventajas e inconvenientes de un hospital comarcal, que, pese a esto, tiene un amplio abanico de servicios a su disposición y que marca el ritmo y manejo asistencial.

También destacar y más en nuestra especial de geriatría, la peculiaridad del entorno y la cultura de la población tratada, ya que lo social es otro pilar fundamental, viendo como familiares no se separaban de su padre/madre en una semana entera de ingreso sin pasar por casa y con la misma ropa, mientras te esperaban a la visita con una sonrisa y te acompañaban a la puerta de la habitación para despedirte hasta el día siguiente.

Simplemente agradecer a toda la gente que me encontrado por el camino, haciendo de esta rotación un momento principal de mi formación, aconsejando a todo residente que salga fuera de su hospital en alguna ocasión.