



Informe de rotación externa

Hospital Universitario de Toledo
Hospital Virgen del Valle

Isaac Jesús Felipe Zorita - R3 de Geriátría, Lanzarote

Contenido

Introducción y Contexto	2
Justificación y Objetivos de la Rotación	2
El Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT).....	2
Proceso de Transición Hospitalaria	3
Estructura del Servicio de Geriátria.....	4
Unidades de Hospitalización.....	5
Unidad de Altos Cuidados (UCAD)	5
UCAD – Procedimientos	5
Ortogeriátria y Fragilidad	6
Unidad de Ortogeriatría	6
Unidad de Fragilidad	7
Abordaje del Paciente Post-TAVI.....	7
Investigación en Fragilidad	8
Recuperación Funcional y Rehabilitación.....	9
Unidad de Media Estancia (UME)	9
El Equipo Interdisciplinar en Rehabilitación.....	9
Geriátria Extrahospitalaria y Continuidad Asistencial	10
Atención Directa a Domicilio.....	10
Paciente Paliativo No Oncológico	11
Prevención de Reingresos.....	11
Consultas Externas y Unidades Especializadas	12
Oncogeriatría	12
Formación, Investigación y Conclusiones	13
Actividad Sesiones Clínicas y Docentes	13
Comparativa de Modelos.....	13
Cumplimiento de Objetivos.....	14
Conclusión y Agradecimientos.....	15

Introducción y Contexto

Justificación y Objetivos de la Rotación

El periodo de residencia en Geriatria exige no solo el dominio de la patologia crónica y los síndromes geriátricos convencionales, sino también una exposición directa a modelos organizativos de vanguardia que preparen al futuro especialista para los retos de un sistema sanitario en evolución. Bajo esta premisa, la elección que he realizado del Servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT) como destino para mi rotación externa responde a la necesidad estratégica de profundizar en dos pilares fundamentales: la gestión de la fragilidad y su unión con el marco de investigación (en consonancia con mi iniciación en el mundo de la investigación) y el manejo del paciente crítico o de alta complejidad. Mi objetivo principal fue la inmersión en dispositivos asistenciales que no se encuentran disponibles en mi centro de origen, específicamente la Unidad de Fragilidad y la Unidad de Altos Cuidados (UCAD).

Estas unidades representan un cambio de paradigma en la atención al paciente mayor, donde se rompe la barrera del "techo terapéutico" basado únicamente en la edad cronológica para dar paso a una medicina basada en la edad biológica basado en la Valoración Geriátrica Integral. Además de la formación técnica en estos dispositivos de alta intensidad, me planteé como objetivo el estudio comparativo del funcionamiento de unidades que sí existen en mi hospital, como la Media Estancia o la Ortogeriatría, pero analizadas desde la óptica de un servicio con una trayectoria histórica tan sólida y un equipo de más de 40 facultativos. Esta rotación ha buscado, por tanto, un equilibrio entre la adquisición de habilidades procedimentales (como la colocación de accesos venosos centrales) y la comprensión de una logística asistencial compleja que garantiza la continuidad de cuidados desde el hospital hasta el domicilio del paciente, optimizando así la eficiencia del sistema y la calidad de vida del anciano.

El Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT)

El marco asistencial donde se ha desarrollado mi rotación destaca por ser un ecosistema sanitario en plena transformación. La Geriatria en Toledo ha pivotado históricamente sobre el Hospital Virgen del Valle, un centro que ha sido el alma de la especialidad en la región y que conserva una estructura de hospital monográfico para pacientes geriátricos. Este entorno me ha permitido comprender la importancia de los espacios diseñados específicamente para la rehabilitación y la convalecencia, donde el ambiente físico y la especialización del personal de enfermería y auxiliares están totalmente volcados en la recuperación de la autonomía. No obstante, la futura integración del servicio en el Hospital Universitario de Toledo está suponiendo una etapa de transición con mira a futuro. En este nuevo centro, la Geriatria se posiciona al mismo nivel que otras especialidades médicas de alta tecnología, compartiendo recursos y espacios que facilitan una atención integrada.

La convivencia actual entre ambos hospitales —el histórico Virgen del Valle y el Hospital Universitario— ofrece una perspectiva única sobre cómo debe articularse un servicio moderno. Durante mi estancia, he podido observar cómo la Geriátrica no se limita a un espacio físico, sino que se extiende como un servicio transversal que permea todo el complejo hospitalario. El volumen de pacientes atendidos y la diversidad de patologías manejadas en el CHUT lo convierten en un centro de referencia no solo regional, sino nacional. La infraestructura y los recursos personales de ambos hospitales proporcionan el entorno ideal para llevar a cabo todas las vías de atención en el paciente geriátrico, conformando así un ciclo asistencial completo y robusto para el adulto mayor en el área de Toledo.

Proceso de Transición Hospitalaria

Un aspecto de especial interés académico y de gestión durante mi estancia ha sido el análisis de la transición hospitalaria que atraviesa el Servicio de Geriátrica. Actualmente, el servicio opera en un modelo bimodal, manteniendo una actividad significativa en el Hospital Virgen del Valle mientras se integra plenamente en el Hospital Universitario de Toledo. Aunque el traslado definitivo de todo el equipo y el personal al nuevo centro es un evento que está programado para un futuro cercano, vivir este periodo previo me ha permitido entender los desafíos logísticos, culturales y asistenciales que supone una unificación de tal envergadura. Esta transición no es meramente un cambio de ubicación física, sino un proceso de reingeniería de procesos donde se busca trasladar la filosofía humanista y rehabilitadora del "Valle" a un entorno de alta intensidad tecnológica.

Desde el punto de vista del residente, observar esta fase permite reflexionar sobre la importancia de la planificación en la gestión sanitaria. Se han establecido circuitos para que la comunicación entre ambos centros sea cada vez más fluida, manifestándose en diversas áreas como con los pacientes de ortogeriatría, pacientes que se van a someter a TAVI... La futura unificación en el Hospital Universitario promete eliminar traslados y mejorar la comunicación entre especialidades, así como centralizar recursos, lo que potenciará la eficiencia del servicio. La integración total permitirá que el personal de enfermería y los equipos de rehabilitación compartan espacios de trabajo con las unidades de críticos y agudos, favoreciendo un flujo de pacientes más natural y reduciendo los tiempos de estancia. Este proceso de transición subraya la resiliencia del equipo, que ha sabido mantener la excelencia en la atención al paciente a pesar de la dispersión geográfica temporal, priorizando siempre la continuidad asistencial sobre las dificultades estructurales.

Estructura del Servicio de Geriatría

La robustez del Servicio de Geriatría en Toledo se fundamenta en su impresionante capital humano y en una organización multidisciplinar que sirve de modelo para otros centros. El equipo está integrado por aproximadamente 40 facultativos especialistas en Geriatría, una cifra que permite un nivel de subespecialización y cobertura asistencial excepcional. Esta densidad de profesionales facilita que el servicio esté presente en prácticamente todos los niveles asistenciales, desde la atención al paciente crítico hasta el seguimiento en el domicilio. Durante mi rotación, pude constatar que esta estructura no solo garantiza una asistencia de calidad, sino que fomenta un entorno docente y de investigación de primer orden, donde la discusión de casos complejos es una constante y el apoyo entre las distintas subunidades es total.

Sin embargo, lo que realmente define la eficacia de este servicio es la cohesión del equipo multidisciplinar. La interacción diaria con el personal de enfermería, los equipos de fisioterapia, terapia ocupacional y las trabajadoras sociales se realiza bajo una horizontalidad comunicativa que beneficia directamente al paciente. Especial mención merece la emergente figura en el servicio de la enfermera gestora de casos, cuya labor de coordinación en la UCAD con las residencias se está convirtiendo en el verdadero motor de la continuidad de cuidados. Esta estructura permite que la atención al paciente mayor deje de estar atrapada en la hospitalización para escapar y ejercer su influencia en todos los niveles asistenciales. La riqueza de este equipo humano, sumada a la diversidad de perfiles profesionales involucrados, proporciona una visión holística de la atención al paciente mayor que ha sido fundamental para mi aprendizaje y que considero el estándar de oro en el ejercicio de nuestra especialidad.

Unidades de Hospitalización

Unidad de Altos Cuidados (UCAD)

La Unidad de Altos Cuidados (UCAD) ha sido, sin duda, uno de los pilares más innovadores de mi rotación externa. Se trata de un dispositivo de cuidados intermedios diseñado para atender a pacientes que, por su gravedad o inestabilidad hemodinámica, requieren una monitorización continua y una intensidad de cuidados que excede las posibilidades de una planta de hospitalización convencional, pero que por su perfil geriátrico o fragilidad podrían no ser candidatos a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tradicional. En este espacio, el geriatra asume el liderazgo en el manejo de situaciones críticas, rompiendo el estigma de que el paciente adulto mayor complejo solo puede recibir medidas de confort ante una descompensación grave. La UCAD demuestra que, con el soporte adecuado, muchos de estos pacientes pueden superar procesos agudos críticos y recuperar su nivel basal.

Durante mi paso por la unidad, profundicé en el soporte de insuficiencias orgánicas graves, siendo especialmente frecuente el paciente con síndrome coronario agudo (tanto SCASEST como SCACEST controlados), trabajando en coordinación con el servicio de cardiología. El aprendizaje fundamental en esta área ha sido el uso de terapias de soporte avanzado, donde el geriatra maneja con soltura la monitorización hemodinámica no invasiva y la estratificación del riesgo en tiempo real. La UCAD funciona como una red de seguridad que permite ajustar el techo terapéutico de forma dinámica, evitando tanto el encarnizamiento terapéutico como el "nihilismo edadista". Esta unidad es el ejemplo perfecto de cómo la geriatría de agudos puede y debe evolucionar hacia la alta complejidad, ofreciendo cuidados críticos personalizados que tengan en cuenta no solo la supervivencia, sino la reserva funcional y la calidad de vida posterior del individuo.

UCAD – Procedimientos

La Unidad de Altos Cuidados no solo destaca por su modelo organizativo, sino por la integración de procedimientos técnicos avanzados que permiten al geriatra manejar la inestabilidad hemodinámica con precisión. Durante mi estancia, pude profundizar en el uso de aminas vasoactivas, principalmente noradrenalina y dobutamina, empleadas como soporte en situaciones de choque distributivo o cardiogénico. El aprendizaje en este ámbito se centró en la titulación minuciosa de estas drogas, ajustando las dosis según la respuesta del paciente, cuya farmacocinética y sensibilidad adrenérgica requieren un manejo mucho más estrecho que en el paciente joven. La UAC establece un techo terapéutico dinámico que permite el uso de estas terapias bajo criterios de proporcionalidad, logrando revertir situaciones críticas que, en otros niveles asistenciales, tendrían un pronóstico infausto.

Otro pilar fundamental de mi formación técnica en esta unidad fue el aprendizaje y la supervisión en la canalización de accesos venosos de media y larga duración. Específicamente, participé en la colocación de PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) y catéteres de tipo Midline guiados por ecografía. Estas técnicas son esenciales en el paciente geriátrico con capital venoso agotado (muy frecuente en nuestros pacientes) o que requiere tratamientos prolongados (antibioterapia de amplio espectro, nutrición parenteral o soporte inotrópico). La autonomía del geriatra en la realización de estos procedimientos reduce los tiempos de espera y las complicaciones asociadas a múltiples punciones periféricas. La integración de la ecografía a pie de cama no solo como herramienta diagnóstica, sino como guía procedimental, ha sido uno de las puestas en práctica más valiosas de mis conocimientos, permitiendo una asistencia más segura y eficiente que minimiza el estrés del paciente hospitalizado.

Ortogeriatría y Fragilidad

Unidad de Ortogeriatría

La Unidad de Ortogeriatría del Hospital Universitario de Toledo constituye un modelo de excelencia en la atención compartida entre los servicios de Geriatría y Cirugía Ortopédica y Traumatología. Mi participación en esta unidad me ha permitido observar la implementación de protocolos de "vía clínica" para el paciente con fractura de cadera, donde el geriatra asume el liderazgo del manejo médico desde el momento del ingreso. El objetivo central no es solo la estabilidad clínica, sino la optimización prequirúrgica para reducir el tiempo hasta la intervención (idealmente antes de las 24-48 horas) y la prevención sistemática de las complicaciones postoperatorias más prevalentes, como el síndrome confusional agudo, las infecciones nosocomiales, la anemia post-hemorrágica y los eventos tromboembólicos.

El trabajo en ortogeriatría en este centro destaca por una coordinación interdisciplinaria milimétrica. La relación del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Geriatría es estrecha, asegurando una atención de calidad, poniendo como uno de los ejemplos más prevalentes el uso de una analgesia multimodal óptima que evite el uso excesivo de opioides y favorezca una sedestación temprana. Este enfoque integral, que combina la medicina de agudos con la rehabilitación precoz, es el responsable de las excelentes tasas de recuperación funcional y reducción de la mortalidad que presenta el servicio, consolidándose como una pieza imprescindible para garantizar que el paciente retorne a su entorno previo con la mayor autonomía posible.

Unidad de Fragilidad

La Unidad de Fragilidad en el Hospital Universitario de Toledo no es solo un dispositivo asistencial, sino el núcleo de un paradigma clínico que ha situado a este servicio como referente. Durante mi rotación, pude profundizar en el concepto de fragilidad como un estado de vulnerabilidad prediscapacidad, cuya identificación temprana es clave para revertir el declive funcional. En Toledo, el abordaje de la fragilidad se aleja de la teoría para aplicarse mediante herramientas de cribado validadas y escalas de ejecución (como el FTS-5, realizado mediante estudios en esta propia unidad) que permiten estratificar el riesgo del paciente de forma objetiva y monitorizar su progreso. El aprendizaje en esta unidad se centró en entender que la fragilidad es el biomarcador clínico más potente para predecir eventos adversos.

Lo que hace único al "Modelo Toledo" es su estrecha vinculación con la evidencia científica y, como ya he introducido, la investigación traslacional. La unidad funciona como un laboratorio clínico donde se aplican de forma sistemática intervenciones basadas en el ejercicio físico multicomponente y la optimización nutricional, junto con el uso continuo de escalas validadas que resultarán en estudios clínicos publicados que, a la vez que amplía el conocimiento científico, lo cimienta, retroalimentando el ciclo. Tuve la oportunidad de observar cómo los programas de entrenamiento de fuerza y equilibrio, adaptados individualmente, consiguen mejoras significativas en pacientes que, en otros sistemas, serían considerados simplemente "ancianos frágiles" sin opción terapéutica. Esta experiencia me ha permitido interiorizar que la detección de la fragilidad debe ser el eje vertebrador de cualquier consulta geriátrica, ya que permite diseñar planes de cuidados personalizados que no solo buscan curar la enfermedad, sino preservar la independencia del individuo, optimizando así los recursos del sistema sanitario.

Abordaje del Paciente Post-TAVI

Otro de los puntos destacados de mi estancia en la Unidad de Fragilidad fue el seguimiento y optimización de los pacientes sometidos a un implante valvular aórtico transcatóter (TAVI). En este ámbito, el geriatra de Toledo desempeña un papel crucial dentro del "Heart Team", aportando la valoración del riesgo funcional y cognitivo previa a la intervención. Durante mi rotación, me centré en el manejo perioperatorio y el seguimiento post-agudo de estos pacientes. La TAVI ha revolucionado el tratamiento de la estenosis aórtica grave en el anciano, pero el éxito del procedimiento no depende únicamente del resultado técnico de la prótesis, sino de la adecuada selección de candidatos y de la capacidad de recuperación del paciente, la cual viene determinada por su reserva funcional previa.

Participé activamente en la valoración de estos pacientes previa a la cirugía y tras el alta, donde el enfoque se centra en la prehabilitación, la rehabilitación física posterior y la prevención de complicaciones a medio plazo. La coordinación con el servicio de Cardiología es constante, lo que permite que el geriatra preste un necesario apoyo y ofrezca su conocimiento, seleccionando pacientes, realizando ajustes farmacológicos, intervenciones nutricionales, físicas o prevención terciaria. Esta exposición me ha permitido comprender que la intervención tecnológica de vanguardia (como la TAVI) y la medicina geriátrica son aliadas indispensables. En Toledo, el post-TAVI no se limita a una revisión de la herida o de la válvula, sino que es una oportunidad para reevaluar la trayectoria vital del paciente, asegurando que la mejora cardiológica se traduzca realmente en una mejora de su calidad de vida y autonomía funcional.

Investigación en Fragilidad

El Servicio de Geriátrica de Toledo no solo destaca por su excelencia asistencial, sino por ser un importante motor de investigación. Durante mi rotación, fue fundamental comprender que la práctica clínica diaria en este centro está íntimamente ligada a la generación de evidencia científica. Participar en la dinámica de un servicio que publica en revistas científicas me ha permitido observar cómo los resultados de la investigación traslacional se aplican directamente a pie de cama, transformando protocolos clínicos en intervenciones basadas en la evidencia.

La labor investigadora que pude observar abarca desde el estudio de biomarcadores de inflamación y sarcopenia hasta el análisis de la eficiencia de los modelos de intervención multicomponente. En la Unidad de Fragilidad, se hace especial énfasis en la validación de escalas de fragilidad muy sensibles, como el FTS-5, permitiendo una monitorización mucho más precisa del declive funcional. Esta exposición a la metodología científica me ha concienciado sobre la importancia de que el geriatra mantenga un perfil investigador activo, no solo para avanzar en el conocimiento de la fisiopatología del envejecimiento, sino para dotar de rigor científico a nuestras intervenciones. La cultura de "medir para mejorar" es una constante en Toledo, lo que garantiza que las decisiones clínicas no se basen en el empirismo, sino en una base sólida de datos recogidos y analizados de forma sistemática.

Recuperación Funcional y Rehabilitación

Unidad de Media Estancia (UME)

La rotación en la Unidad de Media Estancia (UME), ubicada en el Hospital Virgen del Valle, me permitió profundizar en el manejo de la fase post-aguda del paciente anciano. A diferencia de la Unidad de Agudos, donde la prioridad es la estabilidad médica, en la UME el objetivo central es la recuperación funcional y la gestión de la convalecencia compleja. Esta unidad está diseñada para pacientes que, tras superar un proceso médico o quirúrgico agudo (como un ictus o una fractura de cadera), presentan una pérdida de autonomía pero conservan un potencial rehabilitador suficiente para retornar a su domicilio. El aprendizaje en este dispositivo se centró en la elaboración de un plan de cuidados a medio plazo, donde se equilibran el tratamiento médico de soporte y la intensidad de la terapia física.

La filosofía de la UME en Toledo se basa en la idea de que "el tiempo es función". Por ello, los criterios de selección de pacientes son rigurosos, buscando optimizar los recursos para aquellos que realmente pueden beneficiarse de una estancia de rehabilitación intensiva. Durante mi estancia, participé en la valoración semanal de objetivos funcionales, donde se evalúa no solo la mejoría física, sino también la adaptación psicológica al proceso de discapacidad y la preparación del entorno social para el alta. Esta unidad representa la esencia de la geriatría rehabilitadora: un espacio donde el médico, la enfermera y los terapeutas trabajan de forma coordinada para "devolver años a la vida", minimizando la dependencia institucional y favoreciendo el reingreso del paciente en su comunidad con las mejores garantías de seguridad y funcionalidad.

El Equipo Interdisciplinar en Rehabilitación

La eficacia de la recuperación funcional en el Servicio de Geriatría de Toledo no reside únicamente en la prescripción médica, sino en la integración real y coordinada de un equipo interdisciplinar compuesto por geriatras, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Durante mi rotación pude participar activamente en las dinámicas de trabajo conjuntas donde el geriatra no actúa de forma aislada, sino como coordinador de un plan estratégico común. La interacción con el equipo de fisioterapia me permitió profundizar en la prescripción de ejercicio terapéutico adaptado, entendiendo que la intensidad y el volumen de la carga deben ser ajustados individualmente según la reserva funcional del paciente, pero sin caer en el error de la infra-dosificación, que suele ser común en el manejo del paciente anciano.

En la Unidad de Media Estancia del Hospital Virgen del Valle se hace especial hincapié en la adaptación del entorno y el uso de productos de apoyo que faciliten la autonomía tras el alta. Observar cómo se entrena al paciente en tareas cotidianas —como el vestido, el aseo o la deambulación en superficies irregulares— me proporcionó una visión mucho más pragmática de la discapacidad. Este enfoque interdisciplinar garantiza que la mejoría física (fuerza y equilibrio) se traduzca de forma efectiva en una mejora funcional real. La comunicación constante y las reuniones de equipo para reevaluar los objetivos semanales aseguran que todos los profesionales caminen en la misma dirección, optimizando los tiempos de ingreso y maximizando las posibilidades de éxito en el retorno del paciente a su domicilio.

Geriatría extrahospitalaria y continuidad asistencial

Atención Directa a Domicilio

La rotación en la vertiente extrahospitalaria, específicamente en la Atención a Domicilio, ha sido una de las experiencias más enriquecedoras para comprender la continuidad asistencial fuera de los muros del hospital. Este dispositivo permite al equipo de Geriatría de Toledo trasladar la especialización del servicio directamente al entorno natural del paciente, lo cual es crítico en el caso de pacientes mayores con gran complejidad clínica o dificultades severas de movilidad. Durante las visitas domiciliarias, pude constatar cómo el entorno físico y el apoyo sociofamiliar influyen directamente en la salud del individuo. La valoración "in situ" permite identificar riesgos que son invisibles en la consulta hospitalaria, como la polifarmacia no controlada, barreras arquitectónicas o situaciones de claudicación del cuidador principal.

La atención domiciliaria que se presta en este servicio no se limita a un seguimiento pasivo, sino que constituye una unidad de intervención activa para evitar reingresos innecesarios y gestionar crisis agudas en el propio hogar. Se manejan situaciones de descompensación de patologías crónicas mediante protocolos de tratamiento ambulatorio que, en otras circunstancias, obligarían a un paso por el Servicio de Urgencias, con el consiguiente riesgo de iatrogenia y deterioro funcional asociado a la hospitalización. Además, este modelo permite un contacto mucho más estrecho y humano con el paciente, facilitando la toma de decisiones compartidas y la adecuación del esfuerzo terapéutico en un entorno de confianza. Esta experiencia ha reafirmado mi convicción de que el futuro de la geriatría moderna pasa por la deshospitalización de los cuidados, situando al geriatra como el gestor clínico que garantiza la seguridad del paciente anciano complejo en su comunidad.

Paciente Paliativo No Oncológico

Durante mi rotación en la vertiente domiciliaria y en la UCAD, tuve la oportunidad de profundizar en el abordaje del paciente paliativo no oncológico, un perfil cada vez más prevalente en los servicios de Geriátrica. A diferencia del modelo paliativo tradicional centrado en el cáncer, el paciente geriátrico con insuficiencia orgánica avanzada (cardíaca, renal o respiratoria) o demencia en fase terminal presenta una trayectoria de enfermedad más incierta y prolongada. El aprendizaje en Toledo se centró en la identificación de la "ventana de oportunidad" para iniciar los cuidados paliativos, basándose en criterios de fragilidad extrema y marcadores de progresión de enfermedad, más allá de un pronóstico de vida limitado a meses. La atención se focalizó en el control sintomático riguroso, priorizando el tratamiento de la disnea, el dolor y la agitación psicomotriz, siempre bajo el prisma de la proporcionalidad.

Un aspecto clave fue la implementación de la Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD). En el entorno domiciliario, pude observar cómo el equipo de Geriátrica lidera conversaciones difíciles pero necesarias con la familia y el paciente sobre las preferencias al final de la vida. El objetivo es evitar el encarnizamiento terapéutico y las transferencias hospitalarias fútiles que solo añaden sufrimiento al proceso de morir. Esta experiencia me ha permitido desarrollar habilidades de comunicación empática y comprender que la labor del geriatra es acompañar en la dignidad del fallecimiento con la misma intensidad técnica y humana con la que se aborda la recuperación funcional en otras unidades. La coordinación con los equipos de atención primaria y soporte paliativo asegura que el alivio del sufrimiento sea el eje central, garantizando que el paciente permanezca en su entorno habitual siempre que sea posible.

Prevención de Reingresos

La prevención del reingreso hospitalario es uno de los indicadores de calidad más críticos en el Servicio de Geriátrica de Toledo, y durante mi estancia pude analizar las estrategias multidisciplinares diseñadas para mitigar este riesgo. El paciente anciano, tras un ingreso agudo, atraviesa un periodo de especial vulnerabilidad conocido como "síndrome post-hospitalización", caracterizado por una reserva fisiológica mermada y un alto riesgo de eventos adversos. En Toledo, la estrategia se basa en una transición de cuidados proactiva que comienza antes del alta. Se realiza una conciliación medicamentosa exhaustiva para reducir la polifarmacia y se asegura que tanto el paciente como sus cuidadores comprendan el plan de cuidados y los signos de alarma. El papel de la Geriátrica aquí es actuar como puente entre el hospital y la comunidad, intentando evitar reingresos tras el alta.

Este modelo permite detectar precozmente descompensaciones menores que pueden ser resueltas de forma ambulatoria, evitando que el paciente sature nuevamente el servicio de urgencias. Además, se hace especial hincapié en la continuidad del plan de rehabilitación iniciado en el hospital, asegurando que los ejercicios de fuerza y equilibrio tengan un reflejo en la rutina diaria del hogar. Esta visión integral de la continuidad asistencial no solo mejora la seguridad del paciente y su satisfacción, sino que dota al sistema de una mayor sostenibilidad al reducir la presión asistencial sobre las camas de agudos. Mi participación en este proceso me ha enseñado que el éxito de una hospitalización no se mide el día del alta, sino por la capacidad del paciente para mantenerse estable y funcional en su domicilio durante los meses siguientes.

Consultas Externas y Unidades Especializadas

Oncogeriatría

El abordaje del paciente anciano con patología neoplásica constituye uno de los campos de mayor crecimiento dentro del servicio de Toledo. Durante mi rotación, pude observar cómo la oncogeriatría se está consolidando como un puente necesario entre la oncología médica y la visión geriátrica integral. El papel del geriatra en este ámbito no es el de sustituir al oncólogo, sino el de aportar una valoración objetiva de la reserva funcional que permita personalizar el tratamiento oncológico. La toma de decisiones en el paciente mayor con cáncer es compleja, ya que la toxicidad de la quimioterapia o la agresividad de la cirugía pueden tener consecuencias funcionales devastadoras si no se realiza una selección adecuada basada en la fragilidad y no exclusivamente en la carga tumoral o el estadio de la enfermedad.

La dinámica observada se basa en la realización de Valoraciones Geriátricas Integrales dirigidas específicamente a la detección de síndromes geriátricos que puedan comprometer la tolerancia al tratamiento. Se analizan dominios críticos como el estado nutricional, el soporte social, la comorbilidad y el riesgo de deterioro cognitivo. Este modelo permite identificar a pacientes "fit" que pueden beneficiarse de tratamientos estándar, pacientes "vulnerables" que requieren ajustes de dosis o prehabilitación previa y pacientes "frágiles" en los que el objetivo debe virar hacia el control de síntomas y la calidad de vida. Esta exposición, aunque fuera de manera observacional, me ha permitido comprender que la oncogeriatría es la herramienta definitiva para evitar tanto el sobretratamiento iatrogénico como el infratratamiento por el mero hecho de la edad, garantizando una medicina basada en la equidad y el rigor clínico.

Formación, Investigación y Conclusiones

Actividad Sesiones Clínicas y Docentes

La excelencia asistencial del Servicio de Geriátrica de Toledo se sustenta sobre una base de formación continua y rigor académico que se manifiesta en su estructurada actividad docente semanal. Durante mi periodo de rotación, tuve la oportunidad de integrarme en esta dinámica, la cual constituye un foro de intercambio de conocimientos esencial para la actualización del equipo. Las actividades docentes se dividen principalmente en dos pilares: las sesiones clínicas de casos complejos y las sesiones bibliográficas. En las sesiones clínicas, se presentan temas clínicos interesantes que suponen un reto diagnóstico o ético, permitiendo una discusión abierta entre los más facultativos y residentes. Este ejercicio de inteligencia colectiva es fundamental para homogeneizar criterios terapéuticos y aprender de la experiencia compartida en casos de alta complejidad.

Por otro lado, la lectura y análisis crítico de artículos de actualidad es una práctica reglada que garantiza que la práctica clínica del servicio esté siempre alineada con la última evidencia científica disponible. Cada semana, un miembro del equipo analiza un estudio reciente de revistas de alto impacto, desglosando su metodología, resultados y, lo más importante, su aplicabilidad real en la población anciana que atendemos. Presenciar estas sesiones me ha permitido fortalecer mi capacidad de análisis crítico y entender la importancia de cuestionar constantemente nuestras intervenciones a la luz de los nuevos avances. Estas sesiones fomentan la curiosidad intelectual y el debate científico, reforzando que la etapa de formación como residente no termina con la asistencia, sino que requiere un compromiso constante con el estudio y la actualización para ofrecer la mejor evidencia disponible a nuestros pacientes.

Comparativa de Modelos

La oportunidad de rotar en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo me ha permitido realizar un ejercicio de análisis comparativo de gran valor respecto a mi centro de origen. La principal diferencia observada radica en la disponibilidad de mayores recursos para el tratamiento activo y agresivo del paciente anciano con buena situación funcional basal, aumentando las actividades asistenciales que puede cubrir un servicio de geriatría. Mientras que en muchos centros la Geriátrica se ve limitada por una falta de infraestructura para el paciente crítico, el modelo de Toledo, ejemplificado magistralmente por la **Unidad de Altos Cuidados (UCAD)**, rompe el techo terapéutico convencional. En Toledo, el paciente mayor no es excluido de terapias de soporte avanzado como las aminas vasoactivas o la monitorización hemodinámica invasiva; al contrario, se le ofrece una oportunidad terapéutica proporcionada y técnica que, en otros entornos, quedaría restringida a unidades de cuidados intensivos donde el enfoque geriátrico es inexistente.

Otro elemento diferenciador es la profunda integración de la **investigación clínica** en la rutina asistencial. En mi hospital de origen, la actividad suele estar más volcada en la gestión de la demanda asistencial inmediata, mientras que en Toledo existe, en algunas unidades, una cultura instaurada de producción científica. La participación en estudios de cohortes y la monitorización de resultados funcionales mediante tecnología avanzada permiten que el servicio no solo atienda pacientes, sino que genere conocimiento exportable. Esta mentalidad de "servicio investigador" influye en la calidad del cuidado, ya que obliga a mantener una actualización constante y una protocolización estricta de las intervenciones. En definitiva, Toledo representa un modelo de Geriátrica de "alta resolución" y alta intensidad tecnológica que demuestra que nuestra especialidad puede liderar áreas críticas del hospital general sin perder su esencia humanista y rehabilitadora.

Cumplimiento de Objetivos

Al finalizar este periodo de dos meses de rotación externa, puedo afirmar que se han cumplido satisfactoriamente los objetivos planteados al inicio de la estancia. El propósito fundamental era la formación en dispositivos inexistentes en mi servicio de procedencia, y en este sentido, la rotación por la Unidad de Fragilidad y la UCAD ha sido especialmente transformadora. He adquirido competencias en el manejo del paciente crítico geriátrico y he perfeccionado habilidades técnicas, como la canalización de accesos venosos centrales (PICC y Midlines) guiados por ecografía, una herramienta que considero indispensable para la autonomía del geriatra moderno. Además, la observación del manejo perioperatorio en pacientes post-TAVI y en la unidad de ortogeriatría ha ampliado mi visión sobre la capacidad de recuperación del anciano tras intervenciones de alta complejidad.

Más allá de los objetivos técnicos, la rotación ha cumplido con el objetivo de crecimiento profesional en el ámbito de la gestión y la coordinación asistencial. He podido asimilar el funcionamiento de un equipo de gran escala (40 facultativos) y entender cómo la especialización dentro de la propia mejora los resultados en salud. El aprendizaje obtenido sobre el abordaje proactivo de la fragilidad y la sarcopenia será, sin duda, un pilar que trasladaré a mi práctica clínica diaria tras el regreso a mi hospital. Esta beca me ha proporcionado no solo nuevos conocimientos científicos y destrezas manuales, sino también una nueva perspectiva sobre el potencial de nuestra especialidad para liderar la transformación del sistema sanitario hacia una medicina más precisa, funcional y humana.

Conclusión y Agradecimientos

A modo de cierre, esta rotación externa en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo ha supuesto un hito fundamental en mi formación como médico residente de Geriátría. La estancia me ha permitido constatar que nuestra especialidad no tiene límites teóricos ni técnicos cuando se apoya en una estructura organizativa sólida y en un equipo humano cohesionado. Me llevo conmigo una visión renovada del paciente anciano: no como un sujeto pasivo ante la enfermedad, sino como un individuo con una reserva funcional que merece ser protegida con la más alta intensidad asistencial y la mejor evidencia científica disponible. La experiencia en la UCAD y en la Unidad de Fragilidad ha redefinido mi concepto de "techo terapéutico", orientándolo siempre hacia la preservación de la autonomía y la calidad de vida, independientemente de la complejidad del proceso agudo.

No quiero finalizar este informe sin expresar mi más sincero agradecimiento a la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) por la concesión de esta beca, la cual facilita el intercambio de conocimientos entre centros y el enriquecimiento de nuestra especialidad a nivel nacional. Asimismo, mi gratitud se extiende a todo el Servicio de Geriátría de Toledo, y de forma muy especial a sus facultativos, personal de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, quienes me han acogido como a uno más del equipo desde el primer día. Su generosidad docente y su pasión por la geriatría de excelencia han sido una fuente de inspiración constante. Regreso a mi centro de origen con la maleta llena de nuevos proyectos, habilidades técnicas y, sobre todo, con el compromiso de seguir trabajando por una medicina geriátrica que sea, a la vez, tecnológicamente avanzada y profundamente humana.