

# Beca de formación en Centros Españoles 2024.

## Informe sobre actividad.

Vicente Lavilla Gracia

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

### Índice:

1. Introducción.
2. Unidad de crónicos.
3. Hospitalización a domicilio.
4. Unidad de investigación.
5. Planta de agudos.
6. Equipo de ortogeriatría.
7. Equipo de interconsultas.
8. Consultas.
9. Otras actividades de interés.
10. Conclusión.

### 1. Introducción.

Rotación realizada en el hospital Universitario de Navarra, en abril y mayo de 2024.

Cuando me planteé la posibilidad de realizar la rotación externa, tras evaluar diversas unidades y centros, llegué a la conclusión de que la Unidad de Crónicos y la Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario de Navarra representaban una excelente oportunidad para mi crecimiento y aprendizaje. Esto no solo se debía a la ausencia de dichas unidades en mi centro hospitalario, sino también al notable avance que este hospital está aportando a la geriatría.

A mi llegada, tuve la grata sorpresa de comprobar que no solo habían organizado mi rotación en las unidades que había solicitado, sino que también me otorgaron el privilegio de rotar por todas las unidades que componen el servicio. Esta experiencia me ha permitido conocer diferentes formas de trabajo y enfoques alternativos, lo cual ha enriquecido mi perspectiva y me enseñó nuevas maneras de practicar la geriatría.

### 2. Unidad de crónicos.

Esta fue una de las dos unidades principales de mi rotación externa. Durante esta etapa, estuve acompañado y supervisado por el Dr. Vincenzo Malafarina y la Dra. Marina Sánchez, ambos adjuntos del servicio de Geriatría.

La unidad está ubicada en las antiguas urgencias del hospital Virgen del Camino y cuenta con un despacho médico, un despacho de enfermería, varias consultas, habitaciones con camas disponibles y un hospital de día. El concepto de esta unidad es responsabilizarse de realizar un seguimiento más estrecho a aquellos pacientes con mayores comorbilidades y/o más complejos.

Dentro de la Unidad de Crónicos, se distinguen varios equipos en el ámbito de la Geriatría:

- El equipo de crónicos del área de demencias, encargado de personas que sufren un trastorno neurocognitivo mayor, equivalente a un GDS >5 o incluso 5 si requieren un manejo farmacológico delicado. Estos pacientes se llevaban en coordinación con el equipo de Neurología.
- El equipo de crónicos de insuficiencia cardíaca, que atiende a pacientes cuya patología cardiológica provoca descompensaciones frecuentes, con varias visitas a urgencias y/o hospitalización.
- El equipo de crónicos pluripatológicos, que incluye la mayoría de los pacientes de esta unidad, que son aquellos que presentan tres o más patologías crónicas (cardiológicas, neumológicas, neurológicas, renal, hepática entre otras).

Nuestra actividad en la unidad se dividía en varias funciones, organizadas en colaboración con el equipo de Medicina Interna. Algunas mañanas, formábamos parte del equipo de urgencias de la Unidad del Crónico, una sección que no funciona como un servicio de urgencias convencional. En esta área, junto con nuestra enfermera de enlace, atendíamos llamadas de otros servicios sanitarios externos, como médicos de atención primaria y equipos de emergencias extrahospitalarias. Estos profesionales, al identificar en su sistema a un paciente de nuestra unidad, podían contactarnos para valorar una derivación directa a nuestras urgencias o para consultas no presenciales. Si considerábamos que un paciente podría estar descompensado, podíamos citarlo para una consulta ese mismo día (en modo urgente) o en los días siguientes.

Una vez que recibíamos a un paciente, actuábamos como en un servicio de urgencias habitual: realizábamos la historia clínica, la exploración, solicitábamos pruebas complementarias como análisis de sangre, orina y radiografías, y administrábamos fármacos intravenosos. La ventaja de esta unidad es que, si lográbamos estabilizar al paciente, podíamos darle de alta a domicilio con un seguimiento estrecho, programando varias consultas presenciales en los días siguientes. En el peor de los casos, si el paciente necesitaba más tiempo para estabilizarse, se podía realizar el ingreso directamente desde allí, evitando el paso por urgencias.

Otras de las actividades realizadas en esta unidad era la del seguimiento no presencial, a través de llamadas telefónicas, de aquellos pacientes vistos recientemente de forma presencial o con alta hospitalaria.

Gracias a la libertad que me otorgaron el Dr. Vincenzo y la Dra. Marina, pude ser responsable de varios pacientes, atendiéndolos, redactando informes médicos, realizando un seguimiento y proponiendo el plan de actuación a seguir, siempre con su confirmación.

Considero que esta unidad es muy beneficiosa para nuestro perfil de pacientes, ya que les brinda un seguimiento más cercano, permite actuar rápidamente ante sospechas de descompensación (evitando así las urgencias, que resultan especialmente perjudiciales para las personas mayores) y facilita la estabilización o el ingreso hospitalario de manera ágil y eficiente.

### **3. Hospitalización a domicilio.**

En la Unidad de Hospitalización a Domicilio estuve bajo el cargo de la Dra. Ana Sofía Pozo, adjunta de Geriatria. Aunque nuestro equipo pertenecía a geriatría, la unidad en sí dependía del servicio de medicina interna. Esta unidad se compone de diversos equipos, la mayoría integrados por adjuntos de interna y enfermeras, existiendo un único equipo formado por un geriatra y una enfermera especializada en Geriatria. La unidad surge de la necesidad de reducir la carga hospitalaria de pacientes ingresados, destinada a aquellos pacientes que, debido a su patología aguda (insuficiencias cardíacas, infecciones diversas...), precisan de tratamiento intravenoso (diuréticos, antibióticos de amplio espectro...) pero que, encontrándose en buena situación clínica, pueden permanecer en sus hogares.

Habitualmente, los equipos se dividen en aquellos formados por un médico y una enfermera, quienes realizan lo que consideraríamos el pase de visita habitual del hospital, realizándolo a días alternos, y otros equipos compuestos únicamente por enfermeras, que los días en que los pacientes no reciben visita médica, se encargan de administrar los tratamientos intravenosos necesarios.

Mi actividad diaria, junto con la Dra. Ana Sofía, consistía en revisar las incidencias que pudieran haber ocurrido el día anterior (visitas a urgencias o avisos al equipo de hospitalización a domicilio de guardia). Posteriormente, junto con la enfermera de nuestro equipo, organizábamos el mejor recorrido para cubrir los domicilios previstos para ese día, así como la medicación que se iba a administrar. Como dato a destacar: estos equipos llevan una mochila tan bien equipada como un carro de enfermería del hospital, conteniendo todo lo que el paciente pudiera necesitar, disponible ya sea en la mochila o en el coche. Una vez todo estaba listo, partíamos para realizar la ronda.

Nuestras visitas tenían múltiples objetivos: además de administrar el tratamiento intravenoso indicado, extraíamos muestras para analizar en el hospital (sangre, orina...), realizábamos una valoración geriátrica integral en aquellos pacientes que conocíamos por primera vez, coordinábamos su seguimiento con la unidad de crónicos (anteriormente mencionada en este informe) y, en ocasiones, planificábamos cuidados para pacientes en situación de final de vida. Como se puede ver, sólo nos encontrábamos limitados a la hora de realizar otras pruebas complementarias, pero

éramos capaces de proporcionar la mayoría de los cuidados que se ofrecen en un hospital.

A pesar de las limitaciones que pude observar en esta unidad (la necesidad de desplazarse en algunas ocasiones largas distancias y no tener disponibles todas las pruebas complementarias del hospital, entre otras), considero que es un avance significativo en el cuidado de las personas mayores, no solo por no alejarlas de su hogar, sino también por reducir las complicaciones asociadas a un ingreso hospitalario. En muchas ocasiones, los familiares nos informaban que los pacientes se encontraban más lúcidos, con mejor calidad de sueño y con mejor ingesta que cuando estaban en el hospital.

#### **4. Unidad de investigación.**

A continuación, describiré una de las unidades del servicio de Geriatría que más me ha sorprendido y agradezco profundamente haber tenido la oportunidad de rotar por ella. Se trata de la Unidad de Investigación, estrechamente vinculada al Instituto de investigación sanitaria de Navarra (IdiSNA). Durante mi estancia en este departamento, fui acompañado y guiado por profesionales excepcionales: Marisa Fernández, Fabiola Zambom, Maite Izco y Fabricio Zambom.

En esta Unidad de Investigación se llevan a cabo numerosos proyectos, muchos de ellos ensayos clínicos, donde el ejercicio físico es la intervención principal y buque insignia de dicho servicio médico. Participan en ensayos clínicos en colaboración con el servicio de Oncología, evaluando si la intervención con ejercicio físico en pacientes mayores con cáncer avanzado mejora la calidad de vida y reduce complicaciones entre otras cosas. Asimismo, colaboran con el servicio de Cirugía General, valorando si el entrenamiento de fuerza tras una intervención urgente mejora la rehabilitación. También están realizando ensayos con realidad virtual, diferenciando entre pacientes con y sin dependencia, combinando ejercicio físico y estimulación cognitiva para mejorar o mantener la función física y cognitiva tras un ingreso. Otro estudio se centra en la ecografía muscular, en colaboración con otros centros, para establecer parámetros que se puedan relacionar con la sarcopenia. Además, llevan a cabo un proyecto de estimulación olfatoria unida al ejercicio físico y están preparando una tesis doctoral que incluye la administración de creatina y ejercicio físico en mayores con un perfil ambulatorio.

Durante mi rotación, no solo me enseñaron los proyectos de investigación, sino que también me mostraron el equipamiento que utilizaban. Como la intervención principal en la mayoría de los ensayos es el entrenamiento físico con ejercicios de fuerza, disponen de cinco máquinas de gimnasio (press de pecho, press de pierna, extensión de rodilla, remo y poleas), sacos con peso para sentadillas, una bicicleta estática, gafas de realidad virtual y una máquina para ejercicios de movilidad de miembros superiores e inferiores desde una silla de ruedas, pensada para pacientes con dependencia o dificultad para realizar transferencias. He de reconocer que están muy bien equipados.

Mis actividades durante la rotación incluían, a primera hora, estudiar artículos relacionados con los proyectos del departamento mientras el equipo realizaba tareas administrativas. Luego, organizábamos a los pacientes que recibirían entrenamiento o intervención ese día, limitados por el espacio del gimnasio que solo permitía entrenar a una persona a la vez. Posteriormente, realizábamos el pase de visita para valorar el estado de los pacientes ingresados que se encontraban incluidos en ensayos clínicos, ajustando las sesiones según su condición clínica y priorizando pruebas complementarias si las hubiera. Tras esto comenzábamos los entrenamientos: según el ensayo clínico se realizaban una serie de máquinas u otras, al final todo se resumía en calcular la repetición máxima en cada máquina el primer día de entrenamiento, los días siguientes se realizaban una serie de repeticiones, cada vez con un porcentaje de la repetición máxima mayor que el día previo, hasta llegar al último día donde se valoraba los cambios en la repetición máxima y los outcomes. Dependiendo de la posibilidad de la consulta de geriatría de derivar pacientes para realizárselas entre medio de los entrenamientos, cuando se disponía de espacio y hueco se realizaban ecografías musculares para el estudio multicéntrico de ecografía y sarcopenia, dependiendo de la posibilidad de la consulta de geriatría de derivar pacientes para realizárselas

Esta rotación me ha abierto los ojos para apreciar una nueva visión del ejercicio físico en nuestros pacientes mayores. Aunque algunos recibían la hora de gimnasio con cierto disgusto o pereza, la mayoría esperaban ansiosos nuestra llegada para ir a hacer ejercicio. Al final del entrenamiento, muchos terminaban fatigados pero orgullosos de sus logros, lo que me ha demostrado que los ejercicios de fuerza no están destinados únicamente a los jóvenes, sino que también benefician enormemente a las personas mayores. Además, he aprendido que no es necesario disponer de máquinas de gimnasio sofisticadas, ya que con pesas y gomas se pueden diseñar ejercicios de fuerza igualmente beneficiosos para ellos.

## **5. Planta de agudos.**

Durante mi rotación en el servicio de Geriatría, tuve la oportunidad de trabajar durante varias semanas en diferentes equipos de la unidad de planta de agudos, específicamente con las doctoras Lucía Lozano, Amaya Capón y Agurne García. Este servicio ha experimentado un notable crecimiento en los últimos años, tanto en el volumen de pacientes como en la capacidad de camas disponibles, llegando a tener hasta 50 camas, y en ocasiones, algunas más, dependiendo de la situación del hospital. Habitualmente, cuenta con cinco a seis equipos de adjuntos, aunque este número varía según las guardias y vacaciones, además de contar con varios equipos de enfermería especializada, auxiliares y un fisioterapeuta dedicado a la unidad.

Aunque en mi hospital contamos con un área de agudos donde realizamos una rotación extensa, decidí pasar estas semanas en esta unidad para observar el método de trabajo de los diferentes adjuntos y el manejo de los pacientes mayores en este servicio. Una de las diferencias que me gustaría destacar, comparándola con la unidad de mi centro, fue la edad media de los pacientes, que en este servicio puede llegar hasta los 75 años, sin límite superior, siendo mucho más jóvenes que los pacientes que habitualmente trato

en mi servicio. Otra diferencia notable fue la decoración de los pasillos y paredes de la planta de hospitalización: a lo largo de los pasillos, hay imágenes de troncos en el suelo para estimular ejercicios de equilibrio e imágenes de lugares de Navarra, que acompañadas de un cuaderno de actividades, fomentando la deambulación buscando el objetivo de prevenir el deterioro funcional.

En cuanto a la actividad en esta área, comenzábamos a primera hora con una reunión entre los adjuntos, donde el jefe de sección distribuía a los pacientes ingresados y coordinaba la atención de aquellos cuyos adjuntos estaban de vacaciones o salientes de guardia. Posteriormente, gracias a que disponía de acceso a la historia clínica electrónica, revisaba las incidencias ocurridas a los pacientes a cargo del adjunto responsable y actualizaba las historias clínicas de los nuevos pacientes. Luego realizaba el pase de visita acompañando al adjunto. Al final de la mañana, discutíamos en equipo los cambios de tratamientos, pruebas complementarias y la planificación de cuidados que considerábamos más adecuados. Por último, redactábamos los evolutivos de aquellos que llevaban más de un día ingresados y los informes de los nuevos pacientes. A lo largo de los días, me fueron otorgando más responsabilidades, pasando de ser un simple observador a realizar anamnesis, exploraciones físicas, cambios en el tratamiento, solicitud de pruebas complementarias e informes por mi cuenta, siempre bajo supervisión posterior.

Aunque la realización de la valoración geriátrica integral entre otras atenciones médicas en este servicio no difiere mucho de mi hospital, esta experiencia me ha permitido ver con otros enfoques algunas patologías, tratar pacientes frágiles de menor edad e incluso pacientes robustos, y apreciar el esfuerzo dedicado a prevenir el deterioro funcional y cognitivo. Me llevo a casa todas esas ideas y perspectivas particulares de cada médico, que aportan una visión positiva y enriquecedora a la práctica de la geriatría.

## **6. Equipo de ortogeriatría**

Otro de los equipos destacados del servicio de Geriatría es el de ortogeriatría, actualmente a cargo de la Dra. María Gonzalo Lázaro. Decidí realizar esta rotación por las mismas razones que me llevaron a rotar en la planta de agudos: observar el funcionamiento, la organización, la coordinación con los distintos servicios implicados, como traumatología y rehabilitación, y la atención médica de los pacientes con fractura de cadera.

Nuestra actividad comenzaba cada lunes con una reunión con el equipo de traumatología para discutir el plan quirúrgico y los cuidados al alta de los pacientes ingresados, entre otras cuestiones organizativas. El resto de la actividad no difiere mucho de la rotación previamente descrita. Al inicio de la mañana repasábamos las incidencias ocurridas, haciendo hincapié en revisar los protocolos quirúrgicos, las estancias postoperatorias y las pruebas complementarias de los pacientes operados del día anterior. Tras esto, continuábamos con el pase de visita, evaluando específicamente la parte funcional y la presencia de dolor, tan crucial en estos pacientes.

Posteriormente discutíamos cada caso en concreto con el equipo de traumatología, abordando el curso clínico, dudas respecto a la herida quirúrgica o la prótesis, el pronóstico de estancia y la planificación de los cuidados al alta. A continuación, realizábamos los cambios de tratamiento adecuados y solicitábamos las pruebas complementarias pertinentes.

Esta rotación en ortogeriatría me ha permitido comprender mejor la complejidad del manejo de pacientes con fractura de cadera, la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la necesidad de un enfoque integral para mejorar la recuperación y la calidad de vida de estos pacientes. La experiencia ha sido invaluable y me ha proporcionado una perspectiva más amplia y profunda sobre el cuidado geriátrico en contextos quirúrgicos.

## **7. Equipo de interconsultas.**

La siguiente unidad que mencionaré es la del equipo de interconsultas. A raíz de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, y debido a las necesidades del hospital, muchos médicos fueron redistribuidos por todas las áreas del hospital para atender a los pacientes con dicha infección. Durante este periodo, numerosos geriatras colaboraron estrechamente con médicos de otros servicios. Al observar el modo de trabajar de los especialistas en geriatría, estos médicos se dieron cuenta de la necesidad de un abordaje geriátrico integral para muchos de los pacientes ingresados en sus servicios. Como resultado, el volumen de interconsultas solicitadas a geriatría aumentó considerablemente, lo que llevó a la creación de esta unidad.

Durante mi tiempo en este equipo, estuve bajo la supervisión de la Dra. Itxaso Marín. La actividad desarrollada seguía una línea similar a las rotaciones previas. Comenzábamos el día revisando las nuevas solicitudes y los motivos de las valoraciones solicitadas. Durante mi estancia, los principales motivos de consulta giraban en torno a ajustes de polifarmacia, delirium hipoactivo/hiperactivo y planificación de cuidados, entre otros. Tras esto, revisábamos las incidencias ocurridas y acudíamos a valorar a los pacientes. En el caso de ser una primera valoración, realizábamos una anamnesis completa, incluyendo una valoración geriátrica integral, una valoración social y funcional, entre otros aspectos.

Con todas las valoraciones hechas, nos reuníamos para discutir los casos con los servicios pertinentes. Valorábamos en conjunto opciones de tratamiento quirúrgico, especialmente en casos de isquemias de miembros y úlceras, ajustes de psicofármacos, principalmente en pacientes con delirium durante el ingreso, y la planificación de cuidados, tanto para valorar una revisión en consultas como para establecer una adecuación del esfuerzo terapéutico y plantear un enfoque paliativo. Dentro de esta sección hago una mención especial a la Dra. Agurne García, con la que roté un tiempo en el equipo de planta, con la que hematología trabaja muy estrechamente para valoración de los pacientes mayores con necesidad de tratamiento quimioterápico o inmunológico por su enfermedad hematológica, con lo que está realizando su tesis doctoral.

Durante este tiempo, pude observar que, salvo algunas excepciones, prácticamente todos los servicios mantenían una buena relación y trato con nuestro equipo, acogiendo nuestras ideas y adaptándose a nuestros cambios. Esta experiencia me permitió apreciar la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la integración de un enfoque geriátrico integral en la atención hospitalaria a nivel de todos los servicios hospitalarios, principalmente los quirúrgicos.

## **8. Consultas.**

Durante mi rotación en consultas, tuve una experiencia particularmente enriquecedora, aunque fue uno de los periodos más breves de mi rotación en general, debido a que la unidad de crónicos se dedica principalmente a consultas. En esta sección, estuve en las consultas generales, atendiendo a pacientes que no estaban inicialmente incluidos en la estrategia de crónicos y, por lo tanto, no se revisaban ni se les hacía seguimiento en dicha unidad.

Quisiera destacar especialmente la consulta de la Dra. Belén González, experta en demencias. Su consulta estaba destinada a pacientes con inicios de deterioro cognitivo que no cumplían los criterios para ser incluidos en la estrategia de crónicos demencias (explicada anteriormente). La Dra. González me enseñó a realizar una anamnesis completa, abarcando la historia familiar, la implicación en su familia, las relaciones personales, aficiones e inquietudes, además de los signos y síntomas presentados por cada paciente. Este enfoque nos permitía llegar a un diagnóstico más preciso, solicitar pruebas complementarias de manera más eficiente y establecer un tratamiento tanto no farmacológico como farmacológico (solo en aquellos casos estrictamente necesarios). Dentro de las propuestas de tratamiento no farmacológico, me impresionó especialmente la recomendación de una atención centrada en las necesidades básicas de la persona: sentirse útil (la necesidad de sentirse con utilidad y participar en actividades significativas), sentirse incluido (necesidad de sentirse parte de un grupo social, de evitar el aislamiento y la soledad), sentirse seguro y de apego (necesidad de tener vínculos y compromisos). Estas actuaciones humanizan significativamente nuestra atención médica.

Otra consulta que merece mención es la del Dr. Álvaro Casas, enfocada en pacientes con caídas o en riesgo de sufrirlas. Valorábamos a pacientes que ya habían presentado una o varias caídas, realizando un seguimiento exhaustivo de los problemas detectados. Esta experiencia reafirmó mi comprensión de que detrás de una caída no hay un solo problema, y que los síndromes geriátricos rara vez tienen un origen único. Es necesaria una evaluación exhaustiva, que incluye una anamnesis completa explorando síntomas de ortostatismo, vértigo, miedo a caerse y la suspensión de actividades por dicho miedo. También se realiza una exploración física completa, centrándose en la evaluación neurológica y de la marcha, la solicitud de pruebas complementarias y el ajuste de la medicación. Por todo ello, las caídas son uno de los síndromes geriátricos que justifican una consulta propia en todos los servicios de geriatría.

Por último, quiero destacar las consultas del Dr. Bernardo Abel Cedeño, que tenían un carácter más general que las anteriores. En su consulta, atendíamos principalmente primeras valoraciones, derivadas desde atención primaria, urgencias u otros servicios médicos. Esta experiencia me permitió apreciar la diversidad de casos y la importancia de una valoración integral inicial para establecer un plan de atención adecuado.

En resumen, aunque breve, mi tiempo en consultas fue intensamente formativo, proporcionándome una visión integral y humanizada de la atención geriátrica, y subrayando la importancia de un abordaje interdisciplinario y personalizado para cada paciente.

### **9. Otras actividades de interés.**

Una de las actividades que más agradezco haber presenciado durante mi rotación fue la defensa de las tesis doctorales del Dr. Bernardo Abel Cedeño y la Dra. Lucía Lozano.

La tesis del Dr. Cedeño se centra en la osteoporosis. Su presentación empezó con una revisión sistemática y un metanálisis, explorando los estudios existentes en la literatura sobre los posibles biomarcadores relacionados con la osteoporosis. A partir de varios trabajos realizados en el servicio, en colaboración con el Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), nos condujo a través de una explicación detallada sobre la relación entre ciertos biomarcadores y la osteoporosis. Su investigación proporcionó una visión profunda y fundamentada de cómo estos marcadores pueden ser utilizados para mejorar la detección y el manejo de la osteoporosis, un problema de gran relevancia en la geriatría.

En una línea de investigación similar, la tesis de la Dra. Lozano se enfoca en los biomarcadores, pero en relación con el delirium. Al igual que el Dr. Cedeño, la Dra. Lozano comenzó su tesis con una revisión sistemática y un metanálisis, en el que resumió los artículos que investigan la relación entre biomarcadores y delirium. Posteriormente, expuso la relación de estos biomarcadores con la presencia de delirium, apoyándose en varios estudios realizados en la planta de agudos del mismo servicio. Su investigación aporta nuevas perspectivas sobre cómo los biomarcadores pueden ser utilizados para identificar el delirium en pacientes geriátricos, mejorando así la calidad de atención y los resultados clínicos.

He de reconocer que asistir a estas defensas no solo me permitió ampliar mi conocimiento sobre dos áreas tan relevantes en la geriatría, sino que también me mostró la dedicación y el rigor científico necesario para avanzar en el campo de la investigación médica. La claridad y profundidad con la que ambos investigadores presentaron sus hallazgos subraya la importancia de la investigación continua.

Otra de las actividades que enriqueció significativamente mi formación durante la rotación fue la participación en las sesiones clínicas del servicio.

Todos los martes se realizaba una sesión clínica en la que uno de los residentes o adjuntos presentaba un tema específico. Durante mi rotación, se abordaron temas de gran relevancia y actualidad, como el uso de la vía subcutánea en geriatría, la utilización de la ecografía pulmonar, un repaso de las guías para el tratamiento del tromboembolismo pulmonar, así como las nuevas guías para el tratamiento de la diabetes y el papel de los inhibidores de SGLT2 y los agonistas de GLP1 en nuestros pacientes. Estas sesiones proporcionaban una visión detallada y práctica de los últimos avances y mejores prácticas en geriatría.

Los miércoles estaban dedicados a las sesiones bibliográficas, que eran particularmente valiosas no solo por la revisión de artículos relevantes y actuales, sino también porque se realizaban en inglés, con la colaboración de un profesor de inglés. Después de cada sesión, el profesor ofrecía recomendaciones sobre gramática y vocabulario, mejorando así nuestras habilidades en el idioma. Esto fue especialmente útil, dado que el inglés es el idioma principal en el que se publican la mayoría de los artículos científicos.

Los jueves se realizaban reuniones conjuntas de todos los equipos de la planta de agudos, incluyendo enfermeras y la trabajadora social. En estas reuniones, se discutían cada uno de los casos de la planta, lo que permitía resolver dudas sobre el manejo clínico de patologías complejas, establecer un plan de cuidados conjunto y planificar los cuidados al alta con la trabajadora social. Estas sesiones multidisciplinarias eran extremadamente provechosas, ya que fomentaban una colaboración estrecha y un enfoque integral en el cuidado de los pacientes.

Participar en estas sesiones no solo amplió mi conocimiento clínico y práctico, sino que también me permitió apreciar la importancia de la colaboración interdisciplinaria y el aprendizaje continuo en la práctica médica.

## **10. Conclusión.**

Al concluir esta enriquecedora rotación, solo puedo expresar mi más profundo agradecimiento a todo el equipo del servicio de Geriatría. Agradezco sinceramente por permitirme rotar en todas las áreas, por adaptarse a mi acompañamiento y, sobre todo, por dedicar parte de su valioso tiempo a mi formación.

La experiencia ha sido inestimable, no solo por el conocimiento adquirido, sino también por la oportunidad de observar y participar en la atención integral y humana que tanto caracteriza a este servicio. Cada miembro del equipo, con su dedicación y profesionalismo, ha contribuido a que esta rotación sea una etapa formativa clave en mi residencia como MIR de Geriatría.

Desde las sesiones clínicas hasta las consultas especializadas, pasando por las defensas de tesis doctorales y las reuniones multidisciplinarias, cada momento ha sido una lección en sí mismo. He aprendido no solo técnicas y conocimientos médicos, sino también la importancia de la colaboración, la empatía y la atención centrada en el paciente.

A todos y cada uno de los profesionales del servicio de Geriátría, mi más sincero agradecimiento por su apoyo, por compartir su experiencia y por inspirarme a seguir creciendo en esta profesión. Su dedicación y pasión por la geriatría son un ejemplo a seguir y han dejado una huella imborrable en mi formación.