

ROTACIÓN EXTERNA EN ONCOGERIATRÍA

Institut Gustave Roussy

Febrero – Marzo 2026

María Berenguer Pérez

Residente 4º año

Servicio de Geriatría

Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La oncogeriatría se ha consolidado en los últimos años como un área clave dentro de la medicina contemporánea, en respuesta al progresivo envejecimiento de la población y al aumento sostenido de la incidencia de cáncer en pacientes de edad avanzada. Este cambio epidemiológico ha puesto de manifiesto las limitaciones de un modelo exclusivamente oncológico centrado en la enfermedad tumoral, evidenciando la necesidad de integrar una visión más amplia que contemple la complejidad biológica, funcional, nutricional y social del adulto mayor.

En este contexto, realizar una rotación externa en el Institut Gustave Roussy ha supuesto una oportunidad excepcional para profundizar en un modelo asistencial en el que la geriatría no se sitúa en los márgenes del proceso oncológico, sino que forma parte estructural del mismo. La elección de este centro responde a su reconocimiento internacional como referente en oncología y oncogeriatría, así como a su capacidad para integrar asistencia clínica, investigación y formación en un mismo centro.

Durante los meses de febrero y marzo de 2026, he desarrollado la rotación en la unidad de oncogeriatría, lo que me ha permitido tener una visión completa de la valoración y manejo del adulto mayor con enfermedad oncológica en distintos niveles asistenciales, así como en la participación activa en procesos de toma de decisiones complejas.

DESCRIPCIÓN DEL CENTRO Y MODELO ASISTENCIAL

El Institut Gustave Roussy constituye uno de los principales centros oncológicos a nivel mundial, siendo considerado de forma recurrente entre los cinco mejores hospitales oncológicos según rankings internacionales como *Newsweek*. Este posicionamiento no responde únicamente a su volumen de actividad, sino a la combinación de excelencia asistencial, liderazgo en investigación traslacional y capacidad de innovación terapéutica, configurando un modelo de referencia en el abordaje integral del cáncer.

Fundado en 1925 por Gustave Roussy, el centro se concibió desde sus orígenes como un espacio en el que la práctica clínica, la investigación y la formación se desarrollaran de manera integrada. Esta filosofía se mantiene en la actualidad y constituye uno de los elementos diferenciales más relevantes. A diferencia de otros hospitales, donde estas dimensiones tienden a desarrollarse de forma paralela, en el Gustave Roussy existe una verdadera interdependencia entre ellas, de modo que la actividad asistencial nutre la investigación y, a su vez, los avances científicos se incorporan de forma precoz a la práctica clínica.

El centro dispone de una estructura altamente compleja y especializada, con varios centenares de camas de hospitalización y miles de profesionales implicados en la atención al paciente oncológico. La actividad asistencial es de gran magnitud, con decenas de miles de nuevos casos atendidos cada año y un volumen muy elevado de consultas e ingresos, lo que permite una exposición continuada a patología oncológica en todas sus fases evolutivas, desde el diagnóstico inicial hasta situaciones de enfermedad avanzada.

Sin embargo, más allá de los datos cuantitativos, lo verdaderamente relevante es el modelo organizativo que sustenta esta actividad. El Institut Gustave Roussy se configura como un “cancer campus”, en el que conviven en un mismo espacio los dispositivos asistenciales, los laboratorios de investigación, las plataformas de desarrollo tecnológico y las estructuras docentes. Este diseño favorece una interacción constante entre clínicos e investigadores, facilitando la transferencia de conocimiento y el desarrollo de terapias innovadoras, muchas de ellas en fases tempranas de investigación.

Desde el punto de vista asistencial, el centro se organiza en torno a unidades altamente especializadas que abarcan todo el espectro del proceso oncológico, incluyendo hospitalización, consultas externas, hospital de día, radioterapia, cirugía oncológica, urgencias específicas para pacientes con cáncer y servicios de soporte diagnóstico. Esta organización permite una atención continua y coordinada, reduciendo la fragmentación asistencial y facilitando la toma de decisiones en tiempo real.

Un aspecto especialmente llamativo es la existencia de edificios diseñados para acoger a pacientes y familias desplazadas desde otras regiones o países, lo que refleja el carácter internacional del centro. Este elemento introduce una dimensión adicional en la atención, en la que no solo se abordan aspectos clínicos, sino también necesidades sociales y logísticas derivadas de la enfermedad.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE ONCOGERIATRÍA

La unidad de oncogeriatría del Institut Gustave Roussy se encuentra plenamente integrada dentro del circuito asistencial oncológico, participando de forma activa en cada una de las fases del proceso diagnóstico y terapéutico. Esta integración se materializa en distintos dispositivos asistenciales que permiten abordar al paciente desde una perspectiva longitudinal y multidimensional.

La actividad se articula en torno a la hospitalización, la valoración ambulatoria pretratamiento en el hospital de día, la consulta de seguimiento, la interconsulta a otros servicios y la participación en comités multidisciplinares de tumores.

El trabajo en equipo constituye un elemento central del funcionamiento de la unidad, con una colaboración estrecha entre oncólogos, geriatras, enfermería especializada y otros profesionales como farmacéuticos, nutricionistas o rehabilitadores. Esta dinámica favorece una toma de decisiones compartida, en la que el peso de la valoración geriátrica resulta determinante.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DESARROLLADA

La actividad asistencial desarrollada durante la rotación en el Institut Gustave Roussy se ha caracterizado por una exposición continuada a pacientes oncológicos de edad avanzada, con alta carga de comorbilidad y fragilidad, y con situaciones clínicas dinámicas que requerían una toma de decisiones individualizada. En este contexto, la oncogeriatría no se limita a una función consultiva, sino que se integra de forma estructural en todo el proceso asistencial, desde la evaluación inicial hasta el seguimiento longitudinal, participando activamente en la planificación terapéutica.

La rotación se desarrolló de manera transversal en los distintos dispositivos asistenciales, incluyendo consultas externas, hospital de día, hospitalización en unidad de agudos, interconsulta hospitalaria y participación en comités multidisciplinares de tumores.

El hospital de día constituía el eje central de la actividad asistencial de la unidad, siendo el principal punto de entrada de los pacientes en el circuito de oncogeriatría. Se realizaba la valoración oncogeriátrica pretratamiento, dirigida a pacientes derivados desde oncología o hematología antes del inicio de terapias sistémicas o intervenciones quirúrgicas. La evaluación se llevaba a cabo de forma estructurada, integrando información sobre el contexto oncológico, la funcionalidad, comorbilidad, el estado nutricional, la esfera cognitiva y emocional, así como el entorno social del paciente.

En el ámbito de las consultas externas, la actividad se centraba en el seguimiento de pacientes previamente evaluados en el circuito de oncogeriatría, en los que se había identificado problemas susceptibles de intervención. Estas consultas permitían un control evolutivo de los distintos dominios de la valoración geriátrica, con especial atención a la funcionalidad, el estado nutricional, la esfera cognitiva y la aparición de toxicidades relacionadas con el tratamiento. Este seguimiento evidenciaba el carácter dinámico de la enfermedad y la necesidad de ajustar de forma continua las intervenciones en función de la evolución clínica.

El valor fundamental de este proceso reside en la integración de la información obtenida en una visión global del paciente, que permite su clasificación en términos de robustez, vulnerabilidad o fragilidad. Esta categorización tiene un impacto directo en la toma de decisiones terapéuticas, orientando hacia tratamientos estándar, adaptados o limitados según la reserva fisiológica y el pronóstico estimado. De este modo, pacientes con características tumorales similares pueden recibir estrategias terapéuticas diferentes en función de su perfil geriátrico, lo que pone de manifiesto la relevancia de incorporar esta dimensión en la práctica clínica.

La actividad en hospital de día permitía además identificar problemas potencialmente reversibles, como desnutrición, deterioro funcional o polifarmacia, sobre los que se podía intervenir de forma precoz con el objetivo de optimizar la situación del paciente antes del inicio del tratamiento oncológico.

En la unidad de hospitalización de agudos, la actividad se centraba en el manejo de complicaciones médicas en pacientes oncológicos, muchas de ellas relacionadas directa o indirectamente con los tratamientos recibidos. Entre los motivos de ingreso más frecuentes se encontraban las toxicidades farmacológicas, las infecciones en pacientes inmunodeprimidos y las descompensaciones en el contexto de enfermedad avanzada. En este entorno, la valoración geriátrica integral adquiría un papel especialmente relevante, permitiendo identificar factores contribuyentes al ingreso y orientar tanto el tratamiento como la planificación del alta.

La interconsulta hospitalaria funcionaba como un dispositivo transversal que permitía extender el enfoque geriátrico a otros servicios, fundamentalmente oncología, hematología y cirugía. A través de este modelo, se facilitaba la identificación de situaciones de fragilidad, contribuyendo a la adaptación de las decisiones terapéuticas.

Una de las áreas más enriquecedoras desde el punto de vista formativo fue la participación en los comités multidisciplinares de tumores, en los que se reunían oncólogos médicos, radioterapeutas, hematólogos y geriatras para discutir casos clínicos complejos. En estos comités, el oncólogo responsable del paciente exponía las características del tumor y las opciones terapéuticas disponibles, mientras que el oncogeriatra aportaba la información derivada de la valoración geriátrica integral.

La discusión conjunta permitía integrar ambas perspectivas y llegar a una decisión consensuada, en la que el objetivo no era únicamente tratar el tumor, sino hacerlo de una manera coherente con la situación global del paciente. Este proceso ponía de manifiesto la necesidad de abandonar enfoques unidimensionales y adoptar modelos de decisión más complejos, en los que la edad cronológica pierde protagonismo.

En conjunto, la actividad asistencial desarrollada durante la rotación ha permitido comprender la oncogeriatría como un modelo de atención que trasciende la mera adaptación de tratamientos, constituyendo una forma de medicina personalizada, en la que cada decisión se construye a partir de la integración de múltiples dimensiones clínicas.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Desde el inicio de la estancia, me integré de forma progresiva en la dinámica investigadora del servicio, participando no solo como observadora, sino como parte activa del proceso. En este sentido, una de las tareas fundamentales consistió en la revisión sistemática de historias clínicas y en la cumplimentación de bases de datos clínicas estructuradas.

Todo ello motivó el desarrollo un proyecto de investigación orientado a la evaluación de herramientas de detección de fragilidad en pacientes oncológicos mayores, cuyo objetivo es optimizar los métodos de screening y facilitar la identificación precoz de pacientes candidatos a una valoración geriátrica integral.

El proyecto se centraba en la evaluación de un instrumento derivado del cuestionario G8, ampliamente utilizado como herramienta de screening en oncogeriatría, explorando la posibilidad de generar una nueva versión a partir de datos recogidos por el propio paciente, fundamentalmente a través del MNA. Este enfoque pretende simplificar el proceso de cribado, haciéndolo más accesible y reproducible en distintos entornos clínicos, sin perder capacidad discriminativa.

La participación en este proyecto facilitó el manejo de cohortes amplias de pacientes, con bases de datos de varios miles de registros, lo que supuso una aproximación práctica a la investigación clínica en oncogeriatría. Asimismo, favoreció la comprensión de los estándares de calidad en la recogida de datos, la importancia de la homogeneidad de las variables y la necesidad de una adecuada estructuración de la información para su análisis posterior.

De especial interés resultó la asistencia a reuniones con el equipo investigador y con el estadístico del centro, en las que se discutieron aspectos metodológicos del estudio, incluyendo la definición de variables, la construcción del modelo analítico y la estrategia de análisis estadístico. Estas sesiones permitieron adquirir una visión más completa del proceso de generación de conocimiento, desde la formulación de la hipótesis hasta la planificación de la publicación, con previsión de envío a revistas de alto impacto en el ámbito de la geriatría y la oncología.

Además, la actividad investigadora se complementó con la revisión de literatura científica relevante, incluyendo guías clínicas internacionales y artículos de referencia, lo que permitió contextualizar tanto la rotación como el proyecto de investigación.

CASOS CLÍNICOS REPRESENTATIVOS

Durante la rotación, la exposición a pacientes con patología oncológica avanzada permitió comprender la complejidad inherente a la toma de decisiones en oncogeriatría. A continuación, se describen dos casos clínicos representativos que ilustran la integración de la valoración geriátrica en la práctica clínica.

Uno de los casos más relevantes correspondía a un paciente de edad avanzada con carcinoma renal metastásico en debut, que ingresaba por insuficiencia renal aguda asociada a hipercalcemia sintomática y hematuria macroscópica. El paciente presentaba además afectación metastásica, incluyendo compromiso cerebral, así como una situación de fragilidad caracterizada por deterioro funcional progresivo y desnutrición significativa. Desde el punto de vista oncológico, se planteaba la posibilidad de iniciar tratamiento con inmunoterapia combinada, opción que, en ausencia de una valoración geriátrica, podría haberse considerado adecuada en base a criterios exclusivamente tumorales. Sin embargo, la integración de la valoración funcional, nutricional y global del paciente permitió identificar un riesgo elevado de toxicidad y una limitada reserva fisiológica, lo que obligó a replantear los objetivos terapéuticos.

Otro caso especialmente ilustrativo fue el de una paciente con adenocarcinoma de páncreas metastásico hepático, valorada inicialmente para tratamiento quimioterápico. La paciente presentaba un deterioro funcional significativo, asociado a una desnutrición severa y una tolerancia muy limitada a las intervenciones nutricionales, incluyendo nutrición enteral. Durante la evolución clínica, desarrolló complicaciones infecciosas en el contexto de deshidratación e inanición, lo que condicionó un empeoramiento progresivo de su estado general. La discusión en el comité multidisciplinar permitió integrar todos estos elementos y orientar finalmente el manejo hacia cuidados paliativos exclusivos, evitando la instauración de tratamientos potencialmente fútiles. Este caso refleja de forma especialmente clara el papel de la oncogeriatría en la identificación de situaciones en las que la intervención más adecuada no es la intensificación terapéutica, sino la adecuación de los cuidados al contexto clínico.

La discusión de estos y otros casos en el seno del equipo multidisciplinar permitió desarrollar un enfoque clínico basado en la integración de múltiples dimensiones, en el que la valoración geriátrica no actúa como un elemento accesorio, sino como un eje central en la toma de decisiones.

REFLEXIÓN SOBRE EL MODELO ONCOGERIÁTRICO Y SU PROYECCIÓN FUTURA

La experiencia en el Institut Gustave Roussy ha permitido comprender la oncogeriatría no solo como una subespecialidad, sino como una transformación de la práctica asistencial. En un contexto en el que la innovación terapéutica avanza a gran velocidad, con la aparición constante de nuevas opciones de tratamiento, la capacidad de seleccionar adecuadamente a los pacientes se convierte en un elemento crítico.

En este sentido, la oncogeriatría introduce un cambio de paradigma al desplazar el foco desde la enfermedad hacia el paciente, incorporando variables que tradicionalmente han sido infraestimadas en la toma de decisiones oncológicas. La fragilidad, la sarcopenia, la funcionalidad o el entorno social pasan a ocupar un lugar central, permitiendo una medicina más precisa, no solo desde el punto de vista biológico, sino también clínico y humano.

Uno de los aspectos más relevantes observados durante la rotación es la normalización de este enfoque dentro del circuito asistencial. Lejos de ser una intervención puntual, la valoración geriátrica forma parte del proceso estándar, lo que facilita su integración en la práctica diaria y evita su utilización de forma selectiva o tardía. Este modelo contrasta con otros sistemas en los que la oncogeriatría aún se encuentra en fases iniciales de desarrollo, con una implementación más limitada.

Desde una perspectiva futura, el desarrollo de herramientas de screening más accesibles, como el autoG8, así como la incorporación de biomarcadores y nuevas tecnologías, permitirá avanzar hacia modelos de estratificación cada vez más precisos. No obstante, estos avances deberán ir acompañados de cambios organizativos que permitan integrar de forma efectiva la valoración geriátrica en los circuitos asistenciales.

En este contexto, la experiencia adquirida durante la rotación refuerza la necesidad de impulsar el desarrollo de la oncogeriatría en el entorno nacional, promoviendo tanto la formación específica como la creación de estructuras asistenciales que faciliten su implementación. La integración de la geriatría en oncología no debe entenderse como un elemento opcional, sino como una necesidad derivada de la realidad demográfica y clínica actual.

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS Y REFLEXIÓN CLÍNICA

La rotación ha supuesto un avance significativo en la adquisición de competencias clínicas, especialmente en lo que respecta al manejo del paciente complejo y a la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre. Uno de los aprendizajes más relevantes ha sido la necesidad de abandonar modelos rígidos de actuación y adoptar un enfoque flexible, basado en la integración de múltiples variables.

Se ha reforzado la capacidad para identificar situaciones en las que el tratamiento oncológico puede resultar desproporcionado, así como para reconocer aquellos pacientes en los que una intervención adecuada puede mejorar de forma significativa el pronóstico y la calidad de vida. Este tipo de razonamiento requiere no solo conocimientos técnicos, sino también una comprensión profunda de los objetivos del tratamiento y de las preferencias del paciente.

Desde una perspectiva más amplia, la experiencia ha permitido reflexionar sobre el papel de la geriatría dentro de la medicina actual, evidenciando su potencial para transformar la práctica clínica en ámbitos altamente especializados. La oncogeriatría no se limita a adaptar tratamientos, sino que introduce un cambio de paradigma en la forma de entender la enfermedad y su abordaje.

APLICABILIDAD Y FUTURO

Los conocimientos adquiridos durante la rotación presentan una aplicabilidad directa en el manejo del paciente mayor con patología oncológica, especialmente en el ámbito de la toma de decisiones, que continúa siendo uno de los principales retos clínicos.

La experiencia en un entorno como el Institut Gustave Roussy ha puesto de manifiesto que la integración sistemática de la valoración geriátrica no solo mejora la calidad asistencial, sino que permite optimizar resultados clínicos y adecuar la intensidad terapéutica a la situación real del paciente.

En este sentido, uno de los principales ámbitos de aplicabilidad es el desarrollo e implementación de circuitos estructurados de valoración geriátrica en pacientes oncológicos, especialmente en fases clave del proceso asistencial como el inicio de tratamiento sistémico o la indicación quirúrgica. La experiencia adquirida permite plantear la creación de modelos adaptados al entorno local, en los que la identificación precoz de fragilidad mediante herramientas de screening facilite la derivación a valoración geriátrica completa en pacientes seleccionados. Este enfoque permitiría optimizar recursos, mejorar la selección de tratamientos y avanzar hacia una medicina más personalizada y eficiente.

Asimismo, la rotación ha puesto de manifiesto la importancia de fortalecer la colaboración entre geriatría y oncología, no solo a nivel puntual, sino mediante la creación de espacios compartidos de toma de decisiones, como comités multidisciplinares o consultas conjuntas. Este tipo de estructuras favorece la integración real del enfoque geriátrico y permite incorporar de forma sistemática variables como la funcionalidad, la comorbilidad o el soporte social en la planificación terapéutica. La rotación refuerza la idea de que la oncogeriatría no debe desarrollarse como un área aislada, sino como un modelo transversal que impregne la práctica clínica oncológica.

Desde el punto de vista investigador, la participación en proyectos relacionados con la detección de fragilidad abre la puerta al desarrollo de nuevas líneas de trabajo en el ámbito local, orientadas a validar herramientas de screening, analizar factores pronósticos en pacientes mayores y evaluar el impacto de la valoración geriátrica en resultados clínicos relevantes. En un contexto en el que los pacientes mayores continúan infrarepresentados en ensayos clínicos, la generación de evidencia específica en este grupo poblacional constituye una necesidad prioritaria.

Por otro lado, la experiencia adquirida pone de relieve la necesidad de impulsar la formación en oncogeriatría tanto a nivel de residentes como de especialistas. La incorporación de contenidos específicos en programas formativos, así como la realización de sesiones clínicas y actividades docentes dirigidas a otros servicios, puede contribuir a difundir este modelo y facilitar su implementación.

En este sentido, la rotación no solo ha tenido un impacto en la adquisición de conocimientos, sino también en la responsabilidad de transmitirlos y promover un cambio en la cultura asistencial.

Finalmente, desde una perspectiva más amplia, esta experiencia ha reforzado la idea de que el futuro de la medicina en pacientes mayores pasa necesariamente por la integración de modelos multidimensionales que superen la visión centrada exclusivamente en la enfermedad. La oncogeriatría representa uno de los ejemplos más claros de esta transición, en la que la toma de decisiones se construye a partir de la interacción entre biología tumoral, reserva funcional y contexto vital del paciente. La posibilidad de trasladar este enfoque al entorno asistencial habitual constituye uno de los principales retos y, al mismo tiempo, una de las mayores oportunidades de mejora en la práctica clínica actual.

CONCLUSIONES

La rotación en el Institut Gustave Roussy ha representado una experiencia formativa de enorme valor tanto a nivel clínico como personal. Como residente, ha supuesto una oportunidad excepcional para profundizar en un área altamente especializada y, al mismo tiempo, comprender una forma distinta de entender la medicina del paciente mayor con cáncer. La estancia me ha permitido adquirir conocimientos y competencias clínicas avanzadas, pero también observar de primera mano cómo la geriatría puede integrarse de forma real y estructural dentro de un modelo asistencial de alta complejidad.

Uno de los aspectos más enriquecedores de la rotación ha sido comprobar cómo la valoración geriátrica se encontraba plenamente incorporada en la toma de decisiones oncológicas, formando parte habitual del proceso asistencial y siendo tenida en cuenta en cada etapa del manejo del paciente. Lejos de ocupar un papel secundario o consultivo, la geriatría constituía un elemento central dentro del abordaje multidisciplinar, participando activamente en la planificación terapéutica y en la adecuación de los tratamientos a la situación global del paciente.

Esta experiencia ha reforzado profundamente mi interés por la oncogeriatría y por el manejo integral del paciente complejo, consolidando una forma de ejercer la medicina centrada en la persona y no únicamente en la enfermedad. Asimismo, ha puesto de manifiesto el enorme potencial que tendría el desarrollo de estructuras similares en nuestro entorno asistencial. Poder implantar modelos de colaboración estrecha entre geriatría y oncología, con circuitos estructurados de valoración geriátrica y participación activa en la toma de decisiones, constituye sin duda uno de los grandes retos y oportunidades de mejora para el futuro de la atención al paciente mayor oncológico.

Esta experiencia representa, sin duda, un punto de inflexión dentro de mi formación como especialista y un estímulo para continuar orientando mi práctica clínica y futura actividad profesional hacia el desarrollo de la oncogeriatría y la atención integral al paciente mayor oncológico.

María Berenguer