

MEMORIA DE LA ROTACIÓN EXTERNA

**UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA
DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS
DE MADRID**

Marina Gas Mola

MIR 3 Geriatria

Periodo: 1 abril – 31 mayo 2013

1. INTRODUCCIÓN

Mi formación la estoy realizando en el *Hospital de la Santa Creu* en Jesús (Tortosa).

Nuestro hospital es un centro sociosanitario que dispone de todos los niveles asistenciales (Consultas Externas, Hospital de Día, Unidad de Convalecencia y Rehabilitación, Larga Estancia, Unidad de Cuidados Paliativos, Atención Domiciliaria, Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria o UFISS y Residencia Asistida). Existe un acuerdo formal con la unidad docente del Hospital Comarcal Verge de la Cinta donde completamos nuestra formación en las rotaciones de especialidades médicas.

Nuestra formación en el paciente agudo la desarrollamos por una parte, en una rotación obligatoria de 9 meses en Medicina Interna del *Hospital Verge de la Cinta* (durante el 1er año de residencia) donde el paciente geriátrico representa un porcentaje importante de los pacientes ingresados y donde somos supervisados por el geriatra interconsultor; y por otra parte, en nuestro propio hospital, donde se realiza el tratamiento de las agudizaciones de los pacientes ingresados en unidades de mayor complejidad. Un dato a destacar, es que una cuarta parte de los ingresos de la UFISS proceden directamente de la urgencia.

Para completar y consolidar nuestra formación en agudos, realizamos una rotación externa de dos meses en un hospital de tercer nivel (*Hospital Clínico San Carlos* en Madrid), para poder profundizar más en el paciente geriátrico agudo, pero en una unidad dirigida exclusivamente por Geriatras, y en la cual la valoración geriátrica integral es imprescindible y es la base para un adecuado enfoque y manejo del paciente.

El jefe de Servicio de Geriatria de del Hospital Clínico de San Carlos es el Dr. Pedro Gil Gregorio el cual desarrolla un papel primordial en la docencia e investigación en Geriatria, y en las sesiones diarias del servicio, valorando y discutiendo los casos clínicos presentados por los residentes.

Para terminar, voy a citar los objetivos de la rotación en la UGA, que nos plantean desde nuestro Centro:

- **Conocer los criterios de ingreso en la UGA.**
- **Manejar las diferentes patologías con empleo racional de idos distintos métodos diagnósticos y terapéuticos.**
- **Aprender la coordinación con otras especialidades.**

2. UBICACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y PERÍODO .

Durante mi estancia en el Hospital Clínico San Carlos, he permanecido realizando mi actividad asistencial en el Servicio de Agudos de Geriatria ubicado en la planta 8ª Norte.

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante la rotación en la UGA he estado valorando diferentes pacientes ingresados, con una media de 6 pacientes /día.

Mi equipo consistía en 1 adjunto y 2 residentes. El adjunto supervisaba nuestro trabajo y generalmente nos reuníamos a principio y al final de la mañana para comentar los casos y resolver dudas.

El objetivo de formar un equipo de 2 residentes era poder conocer y valorar mayor número de casos (una media de 10-12), para que la rotación fuera más provechosa.

La actividad se iniciaba a las 8:00 y se finalizaba a las 15:00.

La dinámica de trabajo en planta consistía de 8 a 8:15 h, recoger las constantes vitales y conocer las incidencias de la tarde/noche a través de un registro en un programa de enfermería, así como el intercambio de opiniones/comentarios con el personal de enfermería.

Posteriormente, a las 8:15 se realizaban las sesiones clínicas/bibliográficas que se comentará en el apartado de docencia.

Finalizada la sesión, se iniciaba el pase de planta.

La dinámica consistía en valorar primeramente los ingresos nuevos (que generalmente procedían de urgencias) que requerían mayor tiempo en su valoración, y posteriormente a los pacientes ya ingresados, para ver el control evolutivo.

En la valoración de ingreso, existía un formato de carpeta establecido, no informatizado, que se rellenaba para todos los pacientes nuevos que nunca habían estado valorados en ningún nivel asistencial del servicio de Geriátrica. Si el paciente que ingresaba ya era conocido por Geriátrica en algún momento (y por tanto ya tenía carpeta), se realizaba un conmemorativo el día del ingreso, actualizando la Historia Clínica. Los cursos clínicos evolutivos se realizaban diariamente en una plantilla no informatizada.

El esquema de valoración de un ingreso, consistía en una Historia Clínica completa, incluyendo una valoración geriátrica integral (dentro del protocolo de agudos del Hospital figuraban varias escalas que era necesario recoger: Índice de Lawton de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria o Índice de Barthel, Índice de KATZ) y una exploración física completa por órganos y aparatos, seguido de una orientación diagnóstica y un plan de actuación, el cual consistía en solicitar exploraciones complementarias, realización de procedimientos diagnósticos-terapéuticos, realización de interconsultas con otros especialistas si procedía y elaboración de un plan de cuidados y tratamiento.

Las exploraciones complementarias solicitadas más frecuentemente eran analíticas, donde el perfil básico que solicitábamos en nuestros pacientes incluía el hemograma y la bioquímica, perfil nutricional con proteínas, VSG, albúmina, vitamina B12 y folato, perfil

siderémico, hormonas tiroideas y proteinograma, añadiendo otros parámetros en función del caso.

Las Radiografías de tórax y abdomen también eran pruebas que se realizaban rutinariamente al ingreso, así como un electrocardiograma.

Otras pruebas complementarias que he solicitado durante la rotación han sido TAC, habitualmente de cráneo, RMN craneales, ecocardiogramas, ecografía abdominales, extensiones de sangre periférica, electroencefalogramas, y otras más invasivas como biopsias de piel, cistoscopias, endoscopias (gastroscopias y colonoscopias) y aspirados de médula ósea.

Cada exploración complementaria tenía su correspondiente hoja de solicitud que se cumplimentaba a mano. La mayoría de resultados de exploraciones complementarias podían consultarse a través del Intranet del Hospital, que incluían resultados de análisis, así como visualización de imágenes de radiografías, con su informe correspondiente e informes de las pruebas comentadas en el párrafo anterior.

La realización de interconsultas se realizaba con los diferentes especialistas del hospital, en función de los diagnósticos del paciente y si se precisaba estudio/tratamiento de algún proceso específico. En mi caso, solicité interconsulta con los departamentos de Digestivo, Hematología, Nefrología, Urología, Traumatología y Alergología.

El plan de cuidados y tratamiento del paciente estaba informatizado y consistía en dos partes. En la primera parte se reflejaba los cuidados de auxiliares/enfermería cómo tipo de dieta, control de diuresis, precisión de oxígeno, cambios posturales, curas de úlceras por presión, etc. La segunda parte consistía en el tratamiento estrictamente farmacológico como sueroterapia, profilaxis antitrombótica, antibioterapia, neurolépticos, analgesia, antiagregación, hipnóticos, etc. El tratamiento se imprimía cada día y se entregaba a la enfermera responsable.

La información de los diagnósticos y evolución del paciente a los familiares también era un trabajo diario y que o bien se realizaba inmediatamente después de visitar al paciente o bien a última hora, en función del horario de presencia de los familiares. En algunos casos fueron necesarias reuniones frecuentes con los familiares, sobretodo en pacientes con mala evolución, para poder determinar la actitud a seguir y la necesidad de tratamientos mixtos y/o paliativos en función de la situación del paciente.

En pacientes con buena evolución, un trabajo importante consistía en la ubicación al alta, que se realizaba en algunas ocasiones, con ayuda de la Trabajadora Familiar, realizando reuniones conjuntas con los familiares para gestión de recursos sociales. Los pacientes con fragilidad social o bien pacientes con alto grado de dependencia eran los pacientes que tenían más dificultades de retorno a domicilio. En estos casos la ubicación dependía del diagnóstico y de los criterios de ingreso en otros centros. Los ictus y los pacientes con alto grado de dependencia, que precisaban tratamientos no convencionales y que los cuidados en domicilio eran de alto grado de dificultad (curas de UPP complicadas, tratamientos parenterales...) podían optar a un Centro de Larga Estancia.

Durante mi rotación he visto pacientes con los siguientes diagnósticos:

-Sobreinfecciones respiratorias de origen aspirativo en pacientes con demencia y apraxia de la deglución (algunas con buena evolución y algunas que precisaron medidas paliativas de confort por mala evolución), así como infecciones respiratorias/neumonías en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

-Descompensación de insuficiencia cardíaca, manejada con tratamiento mixto en paciente con clase funcional de la NHYA IV.

-Delirium a estudio, la mayor parte de ellos secundarios a procesos infecciosos (infecciones del tracto urinario mayoritariamente).

- Accidentes vasculares cerebrales, tanto isquémicos como hemorrágicos, presentando estos últimos peor evolución.
- Colangitis recidivante en paciente intervenido de colecistectomía con reconstrucción en Y de Roux.
- Neumatosis gástrica de causa isquémica en paciente con vasculopatía generalizada.
- Insuficiencias suprarrenales de causa primaria y secundaria.
- Infecciones urinarias complicadas.

4. ACTIVIDAD DOCENTE

Durante mi rotación en la UGA, he acudido regularmente a las sesiones bibliográficas, clínicas y organizativas que se realizaban en horario aproximado de 8:15-9:00h.

Los lunes se realizaban las sesiones bibliográficas a cargo de médicos residentes y adjuntos, en las que se comentaban artículos recientes de revistas con un alto factor de impacto (New England, Annals of Medicine, Drugs and Aging...) y se realizaba un análisis crítico de los artículos.

Los martes se realizaban las sesiones organizativas del servicio, donde se comentaban cursos, congresos, reuniones, noticias de interés en el ámbito de la Geriátrica, etc.

Los miércoles y viernes se realizaban las sesiones clínicas, presentadas por un médico residente, tutorizado por un médico adjunto y en las cuales se comentaban casos clínicos de pacientes ingresados en la planta. Durante la rotación he presentado 2 sesiones clínicas:

- 1) **INFECCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA SUPRARENAL SECUNDARIA** (26 ABRIL de 2013). Tutorizada por el Dr. Agustín Estrada.

- 2) **COLANGITIS RECIDIVANTE EN PACIENTE INTERVENIDO DE COLECISTECTOMIA COMPLICADA Y RECONSTRUCCIÓN CON Y DE ROUX** (23 de MAYO de 2013). Tutorizada por la Dra Patricia Alonso.

Como otra actividad docente, comentar que durante la rotación he tenido a mi cargo a estudiantes de sexto de Medicina que realizaban sus prácticas de final de carrera.

Como cursos, realicé: *"I Encuentro de Geriátria: Fractura de cadera"* realizado en fecha de 9 de Abril de 2013, con el objetivo de debatir sobre las herramientas diagnósticas y terapéuticas más efectivas y modernas para combatir las infecciones producidas por bacterias y hongos.

5. VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA ROTACIÓN

La rotación en la UGA del Hospital Clínico San Carlos ha supuesto un claro beneficio para mi formación con aspectos que me gustaría destacar:

1-Profundizar en el diagnóstico y tratamiento de múltiples patologías agudas en pacientes geriátricos, partiendo siempre de una exhaustiva valoración geriátrica integral.

2-Las facilidades de acceso a la solicitud de pruebas complementarias, estando por supuesto justificadas, permite repasar las indicaciones de éstas y sobretodo de las que generalmente no están disponibles o son de difícil acceso en Hospitales que no son de tercer nivel.

3-Las facilidades de interconsulta con el resto de especialidades del Hospital, que permiten mejorar el manejo del paciente, así como el aprendizaje personal.

Estos tres, serían los principales motivos por los que recomendaría a mis compañeros residentes de años siguientes, realizar la rotación.

Para terminar la memoria, me gustaría reflejar mi valoración muy positiva sobre la rotación que he realizado, por las aportaciones que ha supuesto para mi formación, y manifestar mis agradecimientos, tanto al Servicio de Geriátrica del Hospital Clínico San Carlos como al del Hospital de la Santa Creu, por el interés y el apoyo recibido durante ésta. Así mismo, agradecer enormemente a la SEGG, la concesión de la beca para ayuda en formación en centros españoles.