

Informe de Actividades.

- Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Londres
- Del 1 de abril al 31 de mayo de 2025
- Jaime Corcuera Catalá
- Residente de Geriátría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

1. Introducción

Durante los meses de abril y mayo de 2025, tuve la oportunidad de realizar una estancia formativa en el Hospital Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust en Londres, Reino Unido; concretamente en el servicio de *Perioperative care for older adults undergoing surgery (POPs)*. Este servicio pilotado desde hace años por la doctora Judgeep Deshi, es mundialmente conocido por el desarrollo de un equipo multidisciplinar que apoya a todos los pacientes mayores que se someten a una intervención quirúrgica tanto de forma programada como urgente. Su programa se basa en la aplicación de la valoración geriátrica integral para ofrecer un abordaje holístico al paciente y evitar o mitigar las complicaciones que surgen durante el proceso. La abultada trayectoria del equipo queda reflejada también en sus múltiples investigaciones y publicaciones de primer nivel, así como asistencia a congresos (tuve la suerte de coincidir con la Dra. Deshi en el congreso de la EuGMS celebrado en Valencia en el año 2024).

Mi motivación principal fue conocer en profundidad el modelo de medicina perioperatoria para personas mayores (POPS) y explorar cómo este puede ser implementado en contextos donde la geriatría todavía lucha por consolidarse como especialidad clínica clave. Con una población envejecida creciente y un aumento progresivo en la demanda quirúrgica de pacientes mayores, los sistemas sanitarios necesitan urgentemente enfoques estructurados, multidisciplinarios y centrados en la persona. El modelo POPS representa una

respuesta eficaz, con acciones sobre todas las áreas de la salud del paciente (clínica, social, mental etc), con beneficios clínicos ampliamente documentados y teniendo siempre en cuenta la opinión del paciente siendo este participe de todas las decisiones que se tomen.

Este informe recoge, en detalle, las actividades realizadas, las lecciones aprendidas, las buenas prácticas observadas, y los elementos que pueden ser adaptados a otros entornos. Asimismo, incluye una reflexión personal y un plan de colaboración futura que se inició gracias a esta enriquecedora experiencia profesional.

2. Objetivos de la Estancia

Los objetivos específicos planteados al inicio de la estancia fueron los siguientes:

- Observar el funcionamiento integral del servicio POPS en un entorno sanitario con amplia trayectoria en geriatría perioperatoria.
- Entender como es el funcionamiento de ese equipo multidisciplinar y como interaccionan los geriatras con los distintos integrantes del equipo: anestesistas, enfermería, cirugía, etc.
- Comprender la aplicación real de la VGI en cada etapa del proceso quirúrgico: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Y maneras de adaptar la VGI a pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica, con especial énfasis en la capacidad de recuperación funcional, así como el apoyo social.
- Identificar buenas prácticas clínicas y organizativas, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio.
- Participar en sesiones de formación estructuradas sobre implementación de servicios POPS en distintos lugares tanto de reino unido como en Europa y de que maneras se puede iniciar el desarrollo de un servicio de valoración perioperatoria en mi lugar de trabajo en España.

- Adquirir los conocimientos necesarios no solo para tratar las complicaciones postoperatorias que se generan tras la intervención quirúrgica sino como prevenirlas.

Estos objetivos estaban alineados con mis intereses clínicos, docentes e investigadores, y han guiado el desarrollo de cada actividad realizada durante la estancia. A través de la observación activa, la integración en el equipo POPS y la participación en reuniones clínicas y docentes, siento que he conseguido alcanzar cada uno de los objetivos que me había propuesto y que he ampliado enormemente mi conocimiento sobre el trabajo de un equipo de valoración perioperatoria, su desarrollo en el tiempo desde sus inicios y como se puede implementar en hospitales que carecen de esta herramienta.

3. Actividades Realizadas

3.1. Consultas preoperatorias con VGI

Una parte sustancial de mi tiempo lo dediqué a asistir a las consultas ambulatorias de preoperatorio del equipo POPS. Cada paciente mayor referido para cirugía programada era evaluado exhaustivamente mediante una VGI estructurada. La valoración incluía escalas objetivas de fragilidad (Clinical Frailty Scale, gait speed), cribado de deterioro cognitivo (4AT, MoCA), estado nutricional (MUST), soporte social, autonomía en ABVD e instrumentales, y estado emocional.

Durante la valoración en consultas se realiza una valoración global del paciente. Se pone gran énfasis en la predicción de la recuperación funcional del mismo tras la intervención quirúrgica, que capacidad de recuperación tiene, su fragilidad en ese momento, si ha sido intervenido en otras cirugías mayores y como ha sido la recuperación tras las mismas. Dentro de esa valoración de la recuperación funcional se trabaja mucho con el paciente en la idea de que el estar esperando a una cirugía no es un tiempo perdido, sino que es un tiempo que gana el paciente para prepararse para dicha cirugía mediante una adecuada alimentación, un control de peso, ejercicio diario y corrección o tratamiento de

patologías crónicas, así como revisiones de distintas patologías que hasta ahora no tenían un seguimiento estricto.

Con respecto a las patologías valoradas en consulta se sigue un esquema global centrándose sobre todo en aquellas patologías que puedan generar un riesgo quirúrgico importante, principalmente respiratorias y cardiovasculares. Me ha resultado muy interesante que en el área de consultas tenían disponible una espirometría por lo que (y siendo conscientes de la alta prevalencia de EPOC en el Reino Unido) a todos los pacientes se les preguntaba sobre su consumo de tabaco y alcohol y en el caso de sospecha de enfermedad pulmonar obstructiva crónica se realizaba una espirometría, si esta resultaba patológica o bien si el paciente ya tenía diagnosticada EPOC se realizaba un ajuste de su medicación siguiendo las últimas guías clínicas. Otra patología respiratoria que tenían muy presente era la apnea obstructiva del sueño, por las probables implicaciones que podía ocasionar esta durante la sedación del paciente en la intervención quirúrgica, para realizar el screening se usaba la aplicación web de STOP-BANG y si el paciente presentaba un riesgo alto era derivado a una consulta de sueño. Pasando al sistema cardiovascular se realiza una valoración general centrándose sobre todo en corrección de factores de riesgo cardiovascular, en la primera visita se extrae una analítica de sangre en la que se incluye hemoglobina glicada y perfil lipídico y se realizan mediciones de IMC así como de tensión arterial. También, se realiza una exploración física donde se buscan datos indirectos de insuficiencia cardíaca y en el caso de sospecha de la misma, se amplía un BNP en la analítica.

En la misma consulta, se dedica una parte importante del tiempo al screening de deterioro cognitivo. Como herramienta fundamental se utiliza el test de MoCA con una alta sensibilidad y especificidad y que permite incluso detectar deterioro cognitivo leve. Una vez se detecta dicho deterioro cognitivo se toman dos caminos distintos, por un lado, se deriva al paciente a un equipo de memoria su área y por otro lado se hace la valoración del riesgo de delirium lo que me pareció muy interesante de ver. En esa valoración no solo se evalúa el riesgo del paciente de desarrollar delirium sino que se explica detalladamente al paciente y familiares que es el delirium, que consecuencias tiene y que maneras hay de

prevenirlo/mitigarlo, por ultimo, se da un folleto informativo sobre el delirium al paciente y sus familiares.

Otro apartado a destacar es la intención de facilitar al paciente su posterior valoración por anestesia, en este sentido se realiza una valoración de idoneidad anestésica durante la consulta preoperatoria, se realizan test como el test de Mallampati y se valora la elasticidad cervical.

Por último, destacar la valoración que se realiza del apoyo social del paciente dada la trascendencia que tiene este en la recuperación funcional posterior y siendo conscientes del deterioro a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria, para poder aportar la máxima ayuda al paciente el equipo cuenta con una trabajadora social que está siempre disponible para que los pacientes tras la valoración clínica hablen con ella de los probables paquetes de ayudas sociales que pueden solicitar.

Por ejemplo, recuerdo a un paciente de 83 años con cáncer colorrectal resecable, derivado para evaluación preoperatoria. La VGI detectó una fragilidad moderada, sarcopenia, y una anemia no filiada. Gracias a ello, se instauró un plan de prehabilitación con suplementos proteicos, ejercicios supervisados, y estudio de anemia antes de proceder con la cirugía, que fue finalmente reprogramada con éxito. Por otro lado, se le ayudó a solicitar un aumento de las ayudas en domicilio que estuviesen preparadas para iniciarse tras su intervención.

Este tipo de intervenciones tempranas ilustra el valor preventivo de la geriatría cuando se integra precozmente en la trayectoria quirúrgica del paciente.

3.2. Seguimiento hospitalario y planta quirúrgica

En la fase postoperatoria, los geriatras del equipo POPS realizaban diariamente visitas a planta junto con el equipo quirúrgico. Estas visitas incluían evaluación de delirium, movilidad, ingesta, dolor y continencia, y permitían detectar precozmente complicaciones clínicas o funcionales. Se aplicaban estrategias de movilización precoz, protocolos de analgesia multimodal, y se daba gran importancia al entorno del paciente (relojes visibles, gafas, audífonos) para prevenir delirium.

Me integré en estas rondas en varios servicios (urología, cirugía colorrectal, vascular), y participé activamente en las discusiones clínicas. Esta exposición me ayudó a entender cómo adaptar los principios de la VGI a la dinámica quirúrgica hospitalaria.

Destacar que según los distintos servicios quirúrgicos se apreciaban complicaciones diferentes por ejemplo la semana en la que estuve trabajando en cirugía torácica se veían una gran cantidad de neumonías nosocomiales por bacterias multirresistentes, esto llevaba a que cada día aparte de una reunión con cirugía torácica, se tuviese una reunión con el equipo de enfermedades infecciosas para ajustar los antibióticos a las resistencias bacterianas. Otro caso interesante era el servicio de ortogeriatría donde el equipo de geriatría tenía un papel no solo como interconsultor sino como corresponsables directos del paciente y donde la planificación del deterioro funcional y sus repercusiones cobraban una importancia vital. Por último, otro servicio concreto que me llamó especialmente la atención fue el de cirugía vascular ya que ahí, los geriatras además de lidiar con complicaciones comunes como el delirium, la diabetes o las infecciones (sobretudo de partes blandas) tenían que adecuar al paciente a su nueva vida sin uno de sus miembros con todo lo que eso conlleva, para estos pacientes el hospital contaba con un centro de recuperación funcional del que hablaré mas adelante.

3.3. Reuniones clínicas multidisciplinares

Cada miércoles por la mañana se celebraban sesiones clínicas con todo el equipo POPS: geriatras, enfermeras especialistas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y ocasionalmente cirujanos o anestesiistas. Estas reuniones tenían como eje la discusión de casos complejos, generalmente pacientes cuya cirugía se había diferido o cancelado, bien por excesivo riesgo quirúrgico con escaso beneficio a largo plazo o bien por descompensación de alguna patología que requería tratamiento previo.

Dada la complejidad y el peso tan importante que tenía para la vida del paciente el hecho de retrasar o incluso cancelar una cirugía, estas decisiones se debatían junto con el resto de adjuntos del servicio los cuales daban su opinión a cerca del caso y consejos sobre como enfocarlos mejor.

En estos casos tan difíciles, se apreciaba la importancia de una correcta y completa valoración geriátrica integral con el fin de poder conocer la funcionalidad del paciente y como esta puede verse afectada, al mismo tiempo es fundamental en estos casos hacer al paciente y su familia conocedores de los riesgos/beneficios de su intervención para que sepan las ganancias o pérdidas que puede conllevar dicho procedimiento.

Los debates, incluían tanto aspectos clínicos como éticos, y se fomentaba una cultura de consenso horizontal. Estas sesiones fueron para mí una fuente de gran aprendizaje clínico y de habilidades comunicativas. Además, que eran muy docentes pues con cada paciente se intentaba dar algún tipo de lección a los médicos jóvenes y se compartían las guías clínicas sobre las que tomaban las decisiones.

3.4. Urgencias geriátricas

Tuve la suerte de poder acudir en algunas ocasiones a la unidad de urgencias geriátricas, donde se aplicaba una VGI abreviada cuando el paciente se encontraba en el box de urgencias para orientar decisiones con respecto al alta o hospitalización.

En estas valoraciones se intentaba realizar una intervención muy centrada en la fragilidad del paciente y teniendo en mente la posibilidad de un tratamiento domiciliario de la patología que presentaban (siempre teniendo en cuenta el apoyo social del que disponían). Este enfoque estaba basado en la búsqueda de evitar ingresos innecesarios en la planta de hospitalización ya que por un lado ponen al paciente en alto riesgo de sufrir algún tipo de complicación intrahospitalaria como infecciones, delirium, desnutrición, estreñimiento, etc y por otro lado, pueden suponer un gasto económico importante en un sistema sanitario altamente tensionado como es el NHS.

Por lo tanto, este equipo buscaba pacientes mayores con enfermedades no muy graves que estuviesen en las salas de urgencias y a quienes poder realizar este abordaje, ya que si el paciente presentaba una patología aguda grave directamente era ingresado en una planta de hospitalización.

Por ejemplo, una paciente de 87 años con infección urinaria y deterioro cognitivo leve fue inicialmente candidata a ingreso. Sin embargo, tras valoración geriátrica, se organizó el alta con seguimiento domiciliario por parte de su médico de atención primaria, antibioterapia oral (tras la obtención de urocultivo y vigilancia estrecha por parte de sus familiares, evitando así un ingreso innecesario con alto riesgo de delirium

3.5. Centro de recuperación funcional postoperatoria

En el centro de rehabilitación postquirúrgica, los pacientes mayores ingresaban para recuperar su funcionalidad tras cirugía mayor. Allí observé programas estructurados de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, así como revisiones médicas centradas en funcionalidad y manejo de síndromes geriátricos. En concreto la mayor parte de los pacientes que habían sido intervenidos de cirugía vascular con la pérdida de un miembro (sobretudo miembros inferiores). Pude observar cómo esta pérdida de un miembro generaba un gran deterioro funcional en el paciente de manera brusca, por lo que toda su vida debe adaptarse a sus nuevas circunstancias. Dado que muchos pacientes debían recibir fisioterapia intensiva, eran seleccionados previamente a acudir al centro, buscando pacientes que previamente fueran muy independientes y con alta capacidad de recuperación.

Las altas se planificaban con antelación, se valoraba la situación social del paciente y si su hogar estaba adaptado para sus nuevas necesidades, en caso de precisarlo se solicitaban paquetes de ayuda días antes del alta.

3.6. Formación en implementación de POPS

Tuve la oportunidad de recibir formación práctica por parte de los consultores del equipo POPS sobre cómo desarrollar un modelo similar en mi contexto. Se me facilitaron herramientas como protocolos de cribado, guías de implantación, indicadores de calidad, y estrategias para convencer a actores clave (cirujanos, gestores).

Todo esto me ha permitido poder desarrollar esquemas sobre cómo se podría implementar un equipo de POPs en mi hospital. Para estas enseñanzas fueron muy enriquecedoras las charlas con los distintos equipos dentro del servicio ya

que cada uno de ellos ha tenido que ir desarrollando diferentes estrategias con el fin de trabajar mejor con los cirujanos de cada especialidad y ofrecerles la ayuda que necesitan tanto ellos como los pacientes.

4. Observaciones clínicas y organizativas

La observación directa del modelo POPS me permitió identificar varias claves clínicas y organizativas que contribuyen a su éxito:

- **Integración real de la geriatría en el proceso quirúrgico.** A diferencia de modelos donde la valoración geriátrica se realiza solo si hay complicaciones, aquí el equipo geriátrico participa desde la primera consulta quirúrgica, lo que permite identificar riesgos con tiempo suficiente para actuar. Además, al realizar esa valoración prequirúrgica se puede ir valorando como cambia la funcionalidad del paciente durante todo el proceso (gracias al seguimiento diario de pacientes en planta), incluso después del alta hospitalaria.
- **Adaptación del lenguaje.** Los geriatras presentaban sus hallazgos utilizando un lenguaje que resonaba con el pensamiento quirúrgico y anestésico. Por ejemplo, en lugar de hablar de “fragilidad”, se discutía el impacto funcional esperado, o los riesgos aumentados de delirio, infecciones o reingresos. Se explicaba a los anestesistas nuestro punto de vista con respecto al riesgo quirúrgico del paciente y a los cirujanos los riesgos que conllevaba la cirugía, siendo esta información de gran utilidad ya que en algunas ocasiones atendiendo a estos riesgos los cirujanos o anestesistas adaptaban sus métodos a los pacientes.
- **Cultura de colaboración.** El respeto mutuo entre geriatría, cirugía y anestesia era evidente. Los cirujanos veían al equipo POPS como aliados que mejoraban resultados quirúrgicos, no como obstáculos. Así mismo, es de gran utilidad a la hora de iniciar un proyecto como este el presentar evidencia a los servicios médicos y gerentes sobre los beneficios que aporta la geriatría tanto a nivel clínico como monetario.

- **Procesos estandarizados.** Todos los pasos del proceso POPS (cribado, evaluación, reuniones, seguimiento) estaban protocolizados. Esto reducía variabilidad, aseguraba calidad asistencial, y facilitaba la recopilación de datos de calidad. Es de gran ayuda el seguimiento estricto que realizan tanto de las guías NICE de Reino Unido como de los propios protocolos que han ido desarrollando durante el largo desarrollo del equipo sobretodo en lo que respecta a tratamiento de síndromes geriátricos y complicaciones comunes en el paciente mayor.
- **Trabajo interdisciplinar.** El equipo POPS incluía a enfermeras especialistas, farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales con formación específica en geriatría, cada uno con funciones bien definidas. La labor de las enfermeras especialistas en geriatría era fundamental ya que funcionaban como nexo entre el equipo médico y las enfermeras de planta, además he de decir que su conocimiento clínico es impresionante, así como su pasión por su trabajo diario, por lo que estoy muy agradecido de haber podido ver como trabajan día a día.
- **Formación de residentes.** Todos los viernes tras el trabajo clínico se realizaba una sesión clínica a los residentes más jóvenes. En dichas sesiones se abordaban tanto apartados clínicos como el manejo de los principales síndromes geriátricos, el tratamiento de enfermedades nosocomiales o el abordaje de los factores de riesgo cardiovascular, así como, temas relaciones con el abordaje social del paciente y como contactar con trabajo social o como realizar publicaciones en revistas de alto impacto. Desde mi punto de vista estas sesiones me sirvieron tanto para repasar conceptos clínicos como para valorar la importancia que se le da en el sistema británico a la investigación de los más jóvenes.

Estas características crean un entorno altamente eficaz, donde la atención centrada en la persona es una realidad tangible y donde los resultados clínicos hablan por si solos con una disminución muy fuerte de los reingresos, la mortalidad y la dependencia funcional tras involucrarse un equipo como POPs.

5. Buenas prácticas observadas

Durante la estancia, identifiqué múltiples prácticas clínicas y organizativas que podrían ser transferidas a otros entornos:

- **Consulta preoperatoria estructurada:** Pacientes mayores evaluados al menos 2-4 semanas antes de la cirugía, con tiempo para implementar medidas de prehabilitación, valorar posibles riesgos e iniciar procesos de adaptación del entorno del paciente teniendo en mente el deterioro funcional que sufren tras la intervención. Además, gracias a que estas consultas se realizaban con al menos 2 semanas de antelación, en muchas ocasiones se producía una comunicación con el equipo de anestesia y cirugía explicándoles a ambos un resumen de la valoración por parte de Geriátrica, así como dando pautas sobre cómo minimizar los riesgos quirúrgicos o incluso explicando los motivos por los que desde el punto de vista geriátrico el paciente no debía someterse a esa intervención o al menos posponerla.
- **Prehabilitación geriátrica:** En todas las consultas, se entregaba al paciente un programa de ejercicio adaptado, suplementación nutricional, y entrenamiento cognitivo según perfil de riesgo. Cobraba gran importancia la necesidad que el paciente se hiciese responsable de su propia preparación de cara a la cirugía, haciéndole entender todos los beneficios que eso conlleva y que el éxito depende exclusivamente de él y de cómo siga las recomendaciones dadas. Al realizar esa valoración prequirúrgica, el equipo podía actuar sobre las patologías crónicas que el paciente no tuviese adecuadamente controladas como pautando broncodilatadores a pacientes con EPOC o ajustando las dosis de diuréticos de pacientes con insuficiencia cardíaca.
- **Toma de decisiones compartida:** Las reuniones incluyeron pacientes, familiares, cirujanos, anestesiólogos y geriatras, con una comunicación clara de riesgos y beneficios adaptados al contexto de cada paciente. En esta toma de decisiones se le daba muchísima importancia a explicarle al paciente todos los riesgos que podía conllevar su intervención, así como los posibles beneficios que obtendría de la misma, de manera que fuese

el mismo quien tomase la decisión final. En muchas ocasiones por ejemplo el paciente se centraba en resolver un problema concreto físico sin pararse a pensar que otros problemas podían surgir a raíz de dicha intervención o si iba a ser capaz de recuperarse de la misma.

- **Delirium como prioridad:** Uno de los puntos clave de la actuación perioperatoria era tanto la prevención como el tratamiento del delirium. En la consulta previa a la cirugía se realizaba una valoración cognitiva con el fin de poder detectar un posible deterioro cognitivo subyacente, en ese caso, además de derivar al paciente a un equipo de memoria se le explicaba tanto a él como a su familia lo que es el delirium, que riesgos conlleva a corto y largo plazo y que podemos hacer para prevenirlo o mitigarlo; esta información se apoyaba en documentación gráfica e infografías tanto en papel como online. Después, dado que ya se sabía de antemano el riesgo de ese paciente a poder sufrir un delirium, el equipo de planta estaba especialmente atento con el fin de poder evitarlo, advirtiendo a enfermería de dicha planta que era un paciente en riesgo de delirium y que medidas debían llevar a cabo para prevenirlo o tratarlo.
- **Farmacia clínica integrada:** Es destacable el papel que tienen los farmacéuticos clínicos en la hospitalización. Cada planta de hospitalización tiene su propio farmacéutico clínico quien se revisa los tratamientos de todos los pacientes día a día. Dado que el equipo POPs también hacía revisiones diarias se producía una enriquecedora interacción entre los dos equipos decidiendo en conjunto que medicación se pautaba cada día y como se organizaba el tratamiento al alta. Fue muy interesante ver como el equipo de farmacia se involucraba también en la deprescripción de medicación, así como en el ajuste de las dosis teniendo en cuenta la edad y el metabolismo de los pacientes mayores.
- **Fisioterapia diaria:** Me ha parecido muy positivo observar la presencia de fisioterapeutas asignados a cada planta quirúrgica, ya que esto permite una atención más inmediata y personalizada a los pacientes mayores. Su intervención precoz contribuye significativamente a prevenir complicaciones, mantener la movilidad y favorecer una recuperación funcional más rápida y segura. Este enfoque proactivo demuestra un

compromiso real con la rehabilitación integral del paciente quirúrgico geriátrico.

- **Análisis funcional diario:** En todas las visitas del equipo a los pacientes se realizaba una evaluación diaria de la movilidad del paciente y de los progresos que estaba realizando gracias a la ayuda de los fisioterapeutas de la planta. También, se hacía un seguimiento estrecho de la alimentación y que cantidades estaba tomando, así como de la movilidad intestinal (evitando siempre en la medida de lo posible el estreñimiento en los pacientes mayores ya que conlleva grandes problemas). Por otro lado, para poder valorar diariamente pequeños cambios en la cognición se utilizaba el test 4AT ya que permite gran velocidad y no requiere amplios conocimientos para su uso.

Todas estas prácticas, no requieren necesariamente grandes inversiones, sino una reorientación de los equipos hacia un enfoque funcional, preventivo y colaborativo.

6. Elementos replicables en hospitales sin equipos POPs

Uno de los aspectos más inspiradores de esta estancia fue constatar que muchos elementos del modelo POPS son adaptables a contextos en los que aun no está desarrollada la parte de valoración perioperatoria en los servicios de geriatría, es más pueden servir de base para ir poco a poco desarrollando dichos servicios. Algunas estrategias replicables incluyen:

- **Cribado de fragilidad con herramientas breves** (CFS, gait speed) en consulta quirúrgica.
- **Creación de un circuito de rehabilitación básica** con fisioterapia ambulatoria y suplementos nutricionales.
- **Capacitación básica de médicos y enfermeras quirúrgicas** en principios de geriatría perioperatoria.
- **Utilización de protocolos estandarizados** para prevención de delirium y optimización de medicación.

- **Establecimiento de reuniones clínicas interdisciplinarias** semanales para revisión de casos complejos.
- **Pilotaje del modelo en un solo servicio quirúrgico**, con recogida sistemática de indicadores para evaluar impacto.

Estas medidas pueden actuar como punto de partida para demostrar el valor añadido de la geriatría, generar interés institucional y atraer recursos para el desarrollo progresivo de un equipo POPS propio.

7. Conclusiones y reflexión personal

Esta rotación ha representado una experiencia formativa excepcional. He podido comprobar cómo una atención geriátrica integrada mejora no solo los resultados quirúrgicos, sino también la calidad del proceso asistencial, la satisfacción del paciente y la eficiencia del sistema. La formación recibida, tanto clínica como organizativa, me ha dado herramientas concretas para liderar cambios en mi entorno.

Durante esta experiencia, he vivido de primera mano el impacto positivo que puede tener una colaboración real entre equipos quirúrgicos y geriátricos. Ver a los geriatras implicados desde el momento de la toma de decisiones preoperatorias hasta el alta hospitalaria me ha hecho comprender el verdadero valor añadido que aporta nuestra especialidad. Esta vivencia ha reforzado mi convicción de que la geriatría no debe limitarse a actuar de forma reactiva ante la aparición de complicaciones, sino que debe integrarse de forma estructurada en el circuito quirúrgico.

Me ha impresionado especialmente la manera en que el modelo POPS consigue ganar la confianza del equipo quirúrgico, con un enfoque centrado en soluciones clínicas prácticas, adaptadas al contexto hospitalario y orientadas a objetivos compartidos. He podido observar cómo esta forma de trabajar no solo beneficia a los pacientes, sino que también eleva el perfil de la geriatría dentro del hospital y promueve una cultura de trabajo interdisciplinario basada en el respeto y la complementariedad de roles.

Todo ello ha despertado en mí el deseo de impulsar un modelo POPS adaptado a las características y necesidades de mi hospital. Creo firmemente que es

posible avanzar hacia un enfoque más preventivo, proactivo y centrado en la funcionalidad del paciente quirúrgico mayor, aprovechando los recursos disponibles y construyendo alianzas clínicas estratégicas. Esta experiencia ha fortalecido mi compromiso con una geriatría moderna, resolutive y con vocación transformadora, que no solo mejora los resultados clínicos, sino que también aporta valor organizativo y prestigio a la especialidad.

8. Plan de colaboración futura y seguimiento

La relación con el equipo POPS del hospital Guy's and St Thomas' no finaliza con esta estancia. Hemos establecido un plan de colaboración que incluye:

- **Mentoría informal** en el diseño de rutas clínicas geriátricas en mi hospital.
- **Intercambio de materiales docentes y formativos.**
- **Organización conjunta de sesiones virtuales** para formación de equipos quirúrgicos en geriatría básica.
- **Participación en futuras actividades o estudios de investigación.**

Estas acciones aseguran la continuidad del impacto de esta rotación y la creación de una red de apoyo mutuo entre profesionales comprometidos con el desarrollo de la geriatría perioperatoria.