



## REVISIÓN



# Valoración geriátrica integral en cuidados paliativos: revisión bibliográfica

José Mauricio Ocampo-Chaparro<sup>1</sup>, Carlos A. Reyes-Ortiz<sup>2\*</sup> y Edwin Etayo-Ruiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gesencro S.A.S. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia. <sup>2</sup>Institute of Public Health. College of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. Florida A & M University. Tallahassee, Florida, EE. UU.

<sup>3</sup>Universidad de Caldas. Director General Red Integrada Gesencro UT. Colombia

Recibido el 14 de junio de 2020

Aceptado el 24 de junio de 2021

### PALABRAS CLAVE

Adulto mayor, evaluación geriátrica, cuidados paliativos, equipo de salud interdisciplinario, modelo biopsicosocial.

### Resumen

El progresivo envejecimiento de la población es explicado por el avance en el cuidado de la salud, y las transiciones demográficas y epidemiológicas presentes en el plano mundial. Este fenómeno implica cambios en el campo social y económico, en los sistemas de educación y salud y en la seguridad social. En consecuencia, es característico encontrar adultos mayores con multimorbilidad que presentan enfermedades crónicas con diferentes trayectorias al final de la vida y que van a requerir atención en el modelo de cuidados paliativos.

La valoración geriátrica integral (VGI) es la tecnología disponible en la actualidad para abordar la compleja situación de los adultos mayores, en particular los que necesitan atención por cuidados paliativos. El proceso de la VGI ofrece un enfoque integral que se fundamenta en el modelo biopsicosocial y se operativiza mediante la actuación de un equipo interdisciplinario, quien brinda evaluación y cuidado paliativo de forma individualizada y continua, y adaptado a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, ayudando a determinar un pronóstico y calidad de vida potencial en cada adulto mayor.

En la VGI dentro de los cuidados paliativos, la planificación anticipada de cuidados y la toma de decisiones compartida son de especial importancia, desde el momento en el que los adultos mayores tienen indicación de ser atendidos hasta el final de sus vidas, y después de la muerte, dando soporte a sus familiares y cuidadores.

\*Autor para correspondencia:

Carlos A. Reyes-Ortiz

Institute of Public Health. College of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. Florida A & M University. 1515 South MLK Blvd., Suite 209D, Tallahassee, FL 32307, EE. UU.

Correo electrónico: [carlosareyesort@gmail.com](mailto:carlosareyesort@gmail.com), [carlos.reyesortiz@famu.edu](mailto:carlos.reyesortiz@famu.edu)

DOI: [10.20986/medpal.2021.1163/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1163/2020)

1134-248X/© 2021 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Older adult, geriatric assessment, palliative care, interdisciplinary health team, biopsychosocial model.

**Abstract**

The progressive aging of the population may be explained by advances in health care, and by the demographic and epidemiological transitions present on a worldwide level. This phenomenon implies changes in the social and economic settings, in the education and health care systems, and in social security. As a consequence, older adults with multiple morbidities are typically encountered who develop chronic diseases with different trajectories at the end of life, and who will require care within the palliative model.

Comprehensive geriatric assessment (CGA) is the technology currently available to address the complex situation of older adults, particularly of those who need palliative care. The CGA process offers a comprehensive approach that is based on the biopsychosocial model and made operational through the efforts of an interdisciplinary team that provides assessment and palliative care in an individualized, continuous, adaptive way throughout the course of the disease, helping to establish the prognosis and potential quality of life of each older adult.

To implement CGA within the palliative care setting, advance care planning and shared decision-making are of special importance from the time palliative care is indicated to the end of life, as is providing support to relatives and caregivers after the patient's demise.

Ocampo-Chaparro JM, Reyes-Ortiz CA, Etayo-Ruiz E. Valoración geriátrica integral en cuidados paliativos: revisión bibliográfica. 2021; 28:185-197.

**INTRODUCCIÓN**

En el último siglo, a nivel mundial, las mejoras en las condiciones socioeconómicas, unidas a los avances en las tecnologías, las acciones preventivas de salud pública y los desarrollos en el diagnóstico y tratamiento médico, han generado la transición demográfica que se caracteriza por la baja tasa de natalidad y de mortalidad, que ha llevado al fenómeno del envejecimiento poblacional. Junto con la transición demográfica aparece la transición epidemiológica, que se presenta por la modificación en el perfil de las enfermedades pasando de etiologías infecciosas a enfermedades crónicas. Después de la transición epidemiológica, en asociación con el envejecimiento poblacional, se genera la aparición de la transición clínica caracterizada por la presencia de múltiples enfermedades crónicas que afectan diferentes órganos en un mismo individuo, hecho conocido como multimorbilidad, además de otras condiciones que se asocian con frecuencia como fragilidad y discapacidad<sup>1</sup>. Debido al envejecimiento poblacional, aunado con el fenómeno de la transición clínica, los adultos mayores (AM) presentarán enfermedades crónicas en estadio avanzado que, asociado con la presencia de fragilidad y discapacidad, dificultan la toma de decisiones en relación con el requerimiento de la necesidad o no de cuidados paliativos (CP).

En consecuencia, la transición clínica obliga a brindar una atención sanitaria individualizada a los AM mediante la herramienta de la valoración geriátrica integral (VGI) fundamentada en el modelo biopsicosocial, a través de un equipo interdisciplinario, mediante un abordaje sanitario y social innovador centrado en la persona y su familia; todo este fenómeno se conoce como transición de la salud (Figura 1)<sup>2</sup>.

De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud, los CP son definidos como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan con los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y una impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”<sup>3</sup>.

Los CP en los últimos años han tenido un desarrollo significativo: representan el conjunto de medidas biopsicosociales destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas en estadio avanzado y en fase terminal, así como el apoyo a la familia y cuidadores. Su desarrollo ha brindado una influencia positiva en las instituciones de salud y servicios sociales con el objetivo de ofrecer un mejor fin de vida<sup>4</sup>.

Esta revisión pretende actualizar los conocimientos de VGI y CP en la población de AM, que se caracteriza por ser heterogénea, presentar cambios fisiológicos específicos de órganos con enfermedad avanzada, multimorbilidad, fragilidad, discapacidad, polifarmacia, síndromes geriátricos, problemas cognitivos, nutricionales y psicosociales<sup>5</sup>. Lo anterior hace que la población de AM presente diferentes trayectorias funcionales al final de la vida, por lo cual requiere individualizar su abordaje diagnóstico y terapéutico, además de la planificación anticipada de las decisiones y humanización de la asistencia sanitaria<sup>5</sup>.

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA QUE REQUIERE CUIDADOS PALIATIVOS**

En los países desarrollados, la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles durante el siglo xx ha

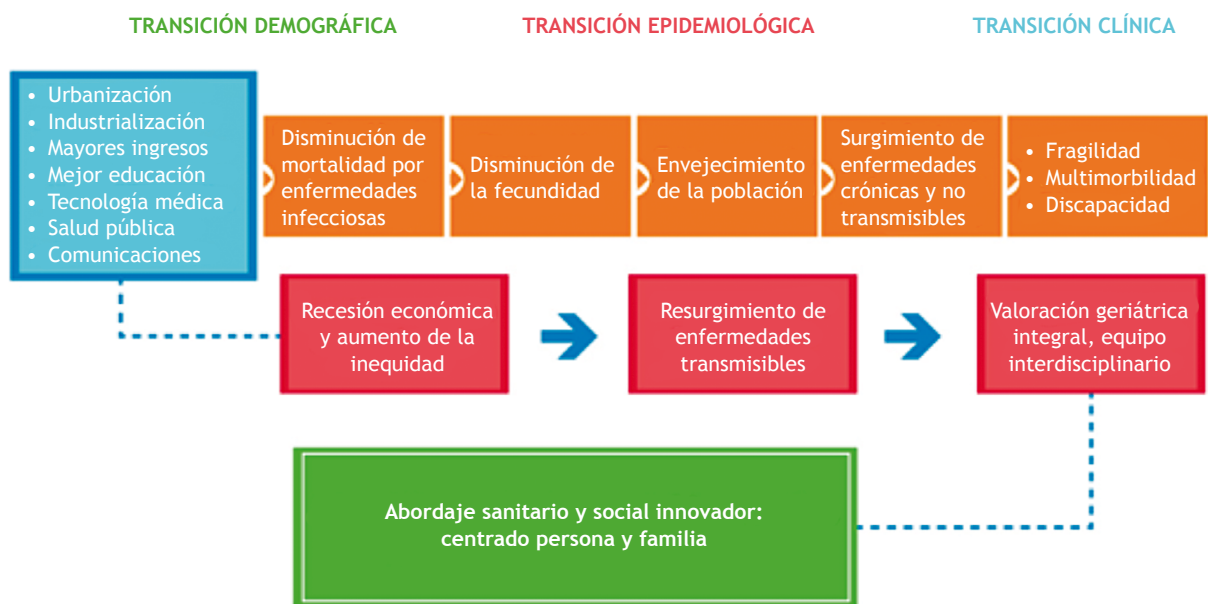


Figura 1. Transición de la salud. Modificada de Ocampo<sup>2</sup>.

ocasionado que las enfermedades crónicas se conviertan en las principales causas de muerte, tendencia que se ha mantenido durante el siglo XXI. Este predominio de las enfermedades crónicas contrasta con la tendencia descendente observada en la mayoría de las enfermedades transmisibles. En cualquier caso, aunque previsiblemente el riesgo de mortalidad por estas enfermedades continuará descendiendo en los países desarrollados, la carga de enfermedad que producen podría no disminuir de la misma forma o, incluso, mantenerse estabilizada, porque la mayor parte de ellas se presentan en edades avanzadas y esta población se está incrementando<sup>2</sup>.

Una de las características básicas de los seres vivos es su capacidad para adecuarse a un entorno en constante transformación (adaptación). El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, ni de necesidad de CP, sino que intrínsecamente conlleva una disminución progresiva de la capacidad del organismo para adaptarse a situaciones de estrés (resiliencia); sin embargo, muchos AM presentarán enfermedades crónicas en estadio avanzado que ameritarán CP.

Los CP en AM no difieren en su filosofía y desarrollo de los de los pacientes más jóvenes; lo que sí se debe considerar a la hora del abordaje son algunas peculiaridades en relación con las características antes referidas. El CP es un modelo de atención que brinda cuidado a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, donde la curación de la enfermedad no es el principal objetivo de la atención, sino por el contrario, el manejo integral de la persona, el alivio del dolor y los síntomas y una mejoría en la calidad de vida<sup>6</sup>.

Los CP para atender a AM se pueden dividir en 2 grandes grupos:

- 1. Oncológicos:** se conoce que la incidencia del cáncer se incrementa con la edad, si esto se une a los retrasos en las consultas médicas, no permitirá realizar el diagnóstico en fases iniciales sin poder aplicar, en mayor proporción, tratamientos curativos que modifiquen la

historia natural de la enfermedad y como resultado habrá un gran número de AM con cáncer en estadio avanzado que requerirán CP. A pesar de que al paciente se le haya indicado una estrategia terapéutica curativa, los CP deben ir de la mano con el manejo oncológico específico, porque se sabe que la enfermedad oncológica es un disparador de fragilidad.

- 2. No oncológicos:** la población de AM se caracteriza por padecer múltiples enfermedades crónicas y, debido al fenómeno de la transición demográfica y epidemiológica, habrá una población de AM con enfermedades en estadios avanzados que necesitarán de CP.

Sin embargo, el envejecimiento es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y oncológicas, por lo que seguirá incrementado el número de AM que padecerán estas 2 condiciones; en consecuencia, se debería revalorar la división de los 2 grandes grupos de atención en CP en este grupo poblacional, además con los avances en los tratamientos algunas neoplasias sólidas presentan mejores sobrevividas, convirtiéndose en condiciones crónicas y, por ende, requiriendo manejo en ambos grupos.

Ofrecer atención de CP no solo es práctico, sino necesario para los AM, y la calidad de atención mejora cuando la brinda un equipo interdisciplinario. La integración de los CP en la VGI genera menos muertes en entornos hospitalarios, mejor utilización de los recursos en salud y mayores estancias en sus hogares u hospicios, tratamientos adecuados en las últimas semanas de vida y mayores niveles de satisfacción para pacientes y familias<sup>7</sup>.

## MODELOS DE ATENCIÓN: CURATIVO Y PALIATIVO

Los AM tienen mayor probabilidad de padecer enfermedad por “insuficiencia de órgano”, siendo cada vez mayor

el número de individuos que requiere servicios de salud, condicionando la necesidad de una asistencia geriátrica que incluye desde el proceso de identificación de la enfermedad, la prevención de discapacidad, fragilidad, síndromes geriátricos, exacerbaciones de enfermedades crónicas, pasando por la planificación avanzada hasta la toma de decisiones clínicas complejas y asistencia al final de vida<sup>8</sup>.

Los AM acumulan múltiples enfermedades crónicas que siguen un curso de declive gradual que finalmente llevan a la muerte. En los últimos años se han definido diferentes trayectorias clínicas que tratan de describir este proceso, que se construyeron a partir del análisis de un gran número de casos y forman parte de un modelo que simplifica esta realidad compleja<sup>9</sup>. Mientras los pacientes oncológicos permanecen con aceptable estado funcional y relativamente pocos síntomas hasta que ingresan en la fase final y acelerada de la enfermedad, en los no oncológicos el deterioro funcional y la sintomatología importante aparecen desde estadios más tempranos<sup>10</sup>. Identificar la fase final de un AM con enfermedad oncológica puede ser relativamente sencillo, no obstante, existe gran dificultad para definir con precisión la esperanza de vida en AM no oncológicos que sufren una enfermedad crónica, debido a la heterogeneidad de sus causas y la variabilidad interindividual.

Además, en los AM con enfermedad oncológica en estadio avanzado o en progresión, en la mayoría de las ocasiones es el propio cáncer el factor determinante de la muerte, mientras en los no oncológicos, la enfermedad crónica de base en fase avanzada es la causa principal del deterioro, y los desencadenantes del fallecimiento suelen ser otros factores (infecciones u otros procesos intercurrentes que exacerban la enfermedad)<sup>5</sup>. Estas exacerbaciones son mucho más frecuentes cuanto más avanzada está la enfermedad, aunque la evolución de estos episodios es difícil de predecir e incierta. Ambos tipos de AM tendrán un alto requerimiento de cuidados, consultas a servicios sanitarios y sociales, a lo que se suma la necesidad de tomar múltiples decisiones clínicas y complejas durante todo el proceso de atención donde el CP puede ejercer un papel fundamental<sup>7</sup>.

Ante esta realidad incierta, los profesionales de la salud buscamos encontrar marcadores pronósticos para identificar AM que con seguridad morirán. Con esta actitud se intenta preservar a los pacientes del nihilismo terapéutico, reservando los CP para aquellas situaciones donde el final de la vida ya parece inevitable, y a veces en situación de agonia. Este hecho es producto de la parálisis pronóstica ante la incertidumbre generada por el desconocimiento de las trayectorias de las enfermedades, donde los profesionales tienden a responder con una atención mediante el modelo dicotómico: curativo o paliativo<sup>11</sup>.

La razón fundamental de lo anterior radica en la visión tradicional de creer que los objetivos de curación y paliación son incompatibles con el objetivo de disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. El modelo curativo hace que los pacientes con enfermedades avanzadas reciban tratamientos agresivos y no se inicien tratamientos con objetivo sintomático hasta que el pronóstico está muy claro y la muerte es inminente (Figura 2A)<sup>12</sup>. En contraposición al modelo curativo, se propone el modelo paliativo que ofrece un enfoque de atención progresiva (Figura 2B), donde los CP son ofrecidos a medida que se van desarrollando las necesidades, las cuales pueden estar relacionadas o no con

la enfermedad de base, con las características individuales de cada AM o con el entorno familiar o de soporte, y con la premisa que los CP continúan ofreciéndose después de la muerte del paciente con el apoyo a los cuidadores en la fase de duelo<sup>12</sup>. En el modelo de atención paliativa, una vez que se establece un diagnóstico de condición de terminalidad, ocurre una transición de medidas curativas hacia medidas de CP. A medida que avanza la fase terminal, hay mayor énfasis en la paliación y menos en tratamientos curativos que prolongan la vida, es decir, se cambia de un modelo basado en el pronóstico a uno de necesidades en el AM. Una vez los pacientes llegan al final de la vida, el tratamiento es completamente paliativo. Cuando ocurre la muerte, ninguno se sorprende porque ha habido una evolución en la atención que se brinda. Los pacientes, familias, cuidadores y equipo de salud están mejor preparados para la muerte y el proceso del duelo<sup>7</sup>.

Dentro del modelo de atención paliativa es importante considerar el enfoque conceptual propuesto por Boyd y Murray<sup>8</sup> que diferencia 2 transiciones al final de la vida: una primera transición de aproximación paliativa progresiva y la segunda cuando se entra en situación de últimos días y agonía (Figura 2B).

En la primera transición se identifican AM con enfermedades en situación y necesidades avanzadas que limitan la vida y que requieren y se pueden beneficiar de un cambio en los objetivos de atención dicotómica de solo curación a una combinación de cuidado progresivo con CP. Esta identificación se realiza de forma proactiva, precoz y universal, y para ello son útiles los instrumentos específicos diseñados con fines de tamizaje poblacional, entre los que se destacan el NECPAL (necesidades paliativas) CCOMS-ICO<sup>13</sup>.

La segunda transición se inicia en un punto de inflexión donde se decide priorizar el tratamiento sintomático y en donde confluyen todas las trayectorias del final de la vida. En este momento, además del manejo de esa situación, la atención debe continuar después de su muerte con el apoyo a los familiares y cuidadores en la fase de duelo<sup>8</sup>.

En efecto, los CP se inician en las fases tempranas de la enfermedad que amenaza la vida simultáneamente con los otros tratamientos. Si el eje vertebrador en la atención a estos pacientes pasa del pronóstico a centrarse en sus necesidades, será suficiente con identificar a las personas que es razonable que puedan morir a lo largo de los próximos meses y detectar sus necesidades con objeto de cubrirlas<sup>8</sup>.

No obstante, la principal dificultad radica en la identificación de final de vida de los pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica. Es fundamental la realización de una valoración individualizada del AM, incluyendo variables como la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad o de la discapacidad, el estado nutricional, las pruebas funcionales (SPPB, Walking test), la reserva cognitiva, la masa muscular, los órganos de los sentidos, el estado emocional las relaciones con el entorno y el soporte sociofamiliar, en resumen, una VGI<sup>2</sup>.

## IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA

Los criterios que definen la enfermedad en fase de final de vida son<sup>14</sup>: enfermedad avanzada, progresiva e incurable; la

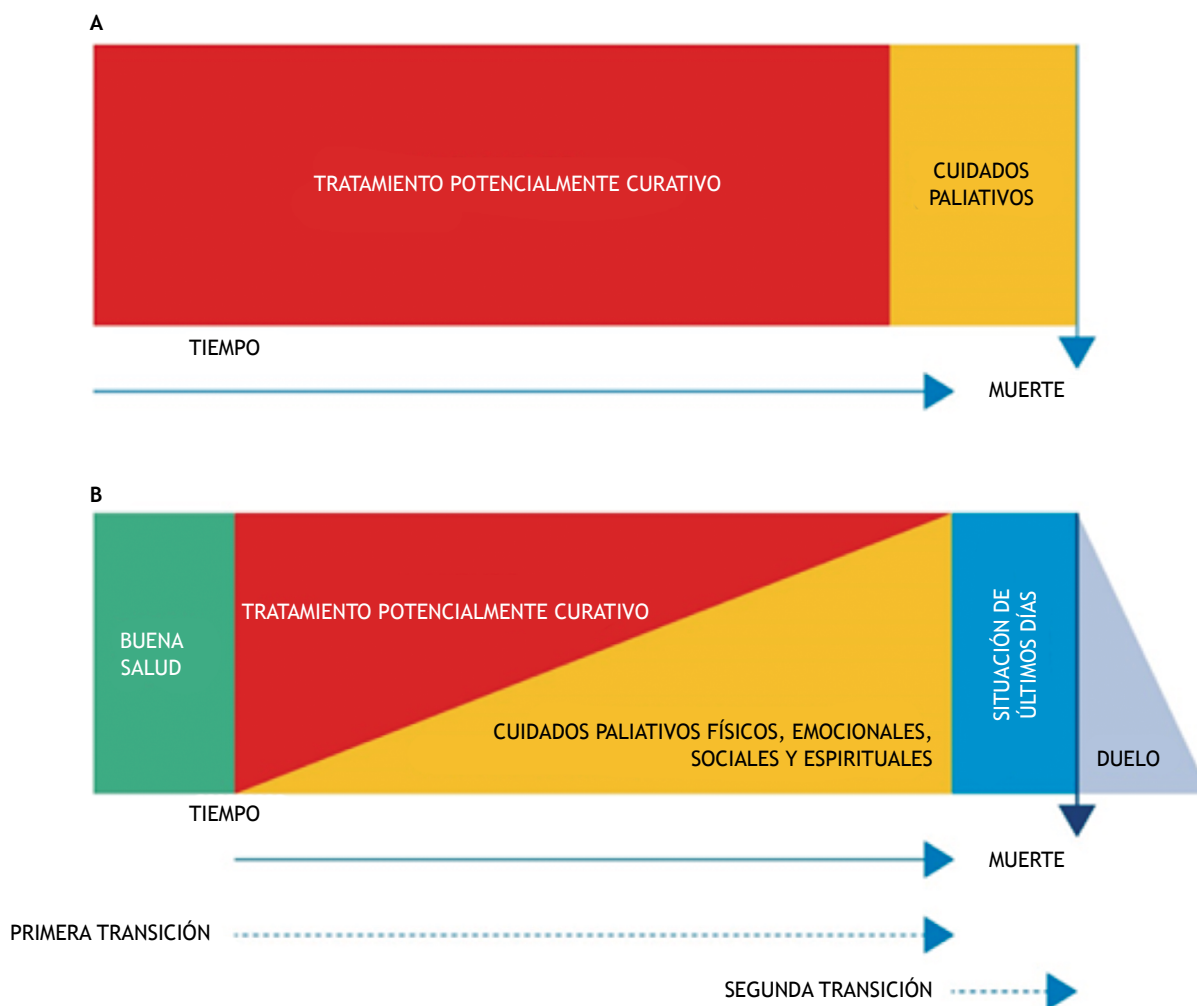


Figura 2. Modelos de atención curativo y paliativo y transiciones al final de vida. Modificada de Lynn y Adamson<sup>12</sup>.

presencia de síntomas a pesar de que el tratamiento específico para la patología de base ha sido optimizado al máximo posible; presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; intenso impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico; y pronóstico de vida limitado.

Desde hace años se han buscado características y marcadores clínicos que permitan identificar a los pacientes en situación de final de vida. Tradicionalmente se han realizado basándose en criterios de gravedad centrados en órganos, que evaluados de forma aislada han demostrado pobre capacidad pronóstica de supervivencia, en particular en AM<sup>5</sup>.

Ante el pobre rendimiento pronóstico de dichos marcadores se han realizado investigaciones que han documentado la importancia de una serie de variables relacionadas con condiciones generales del individuo y asociadas con mortalidad, por lo cual han sido incluidas en las nuevas herramientas pronósticas<sup>13</sup>: dependencia funcional<sup>9</sup>, desnutrición<sup>15</sup>, infecciones recurrentes y uso de recursos sanitarios<sup>16</sup> y síndromes geriátricos como delirium, disfagia, úlceras por presión y caídas<sup>17</sup>.

En el año 2011 se publicó el instrumento NECPAL CCOMS-ICO<sup>13</sup> que facilita establecer criterios de supervivencia y

racionalidad en el uso y distribución de recursos en CP. Es una evaluación cuantitativa y cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica que permite la identificación de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Combina evaluación de percepción y la pregunta sorpresa, con indicadores objetivos de gravedad, progresión de la enfermedad, comorbilidad y consumo de recursos.

Como resultado se requiere de herramientas que permitan reducir la incertidumbre pronóstica, constituyendo a la VGI en una tecnología de indudable valor que determina el grado de función física y cognitiva, el estado nutricional y anímico, el soporte sociofamiliar, los síndromes geriátricos, la polifarmacia y el exceso de incapacidad<sup>2</sup>. La multimorbilidad es considerada como el último de los síndromes geriátricos y su análisis debería formar parte de la VGI junto con la fragilidad y la discapacidad. El deterioro funcional es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad, con independencia de los diagnósticos clínicos que el AM presente.

Para facilitar el abordaje conceptual de los indicadores de final de vida, se proponen los conceptos de severidad y progresión como ejes centrales de la medida de las diferentes variables. De esta manera se puede afirmar que la situación de final de vida viene determinada por el grado de severidad

y la progresión de las enfermedades, como también por la suma de las condiciones crónicas de salud, que cada vez se muestran más como marcadores fiables de condición avanzada, sobre todo en AM<sup>5</sup>.

El concepto de severidad hace referencia a los criterios de gravedad de cada enfermedad crónica, que determinan el límite de la disfunción orgánica avanzada para condicionar el pronóstico global del paciente. Aunque la multimorbilidad había sido considerada clásicamente como un factor decisivo para los resultados de salud, desde la óptica pronóstica es más determinante tener criterios de severidad de una enfermedad principal o índice que el número de enfermedades concurrentes en el mismo paciente, porque pueden estar compensadas y no condicionar criterios de severidad<sup>5</sup>.

El concepto de severidad también aplica a características clínicas más globales (funcionales, cognitivas, nutricionales, síndromes geriátricos, síntomas, soporte social, etc.) que son mejores indicadores para determinar la situación de final de vida en AM.

La valoración de la severidad brinda una visión estática (transversal o fotografía) que permite mostrar qué tan afectado o avanzado puede estar un paciente en relación con sus enfermedades y condiciones crónicas; no obstante, un paciente puede presentar criterios de severidad que se mantengan constantes en el tiempo. De esta forma, en el abordaje de los AM con enfermedades crónicas avanzadas se requiere, además de la visión estática, una visión dinámica (prospectiva o película); este es el concepto de progresión<sup>5</sup>.

Los criterios de progresión brindan la visión dinámica requerida para valorar la respuesta o refractariedad al plan terapéutico en un paciente específico, de manera que permite determinar si se está ante una situación de enfermedad avanzada, pero estable, o ante un proceso en progresión. La valoración de la progresión de las variables es lo que permite definir que la aproximación pronóstica ha sido adecuada, y poder afirmar que la falta de respuesta a un tratamiento adecuado indica irreversibilidad y en consecuencia situación de final de vida<sup>8</sup>.

En el contexto poblacional, el comportamiento dinámico de los pacientes permite definir trayectorias clínicas de final de vida que son modelos conceptuales que explican las diferencias de comportamiento en esta etapa de los pacientes. De esta manera, para el último año de vida de los pacientes con enfermedades crónicas progresivas se han descrito 3 trayectorias clínicas (Figura 3)<sup>9,12</sup>:

**1. Trayectoria asociada con el cáncer:** caracterizada por una fase de estabilidad o lento declinar, interrumpida por un periodo donde se acelera el deterioro, siendo marcado en las últimas semanas donde empieza a no existir respuesta al tratamiento específico y se decide priorizar el CP. En esta trayectoria la identificación del punto a partir del cual un paciente inicia su etapa de final de vida es más fácil; los pacientes con cáncer tienden a experimentar de forma más clara el declive de su enfermedad, comparado con los pacientes no oncológicos que presentan un curso de enfermedad menos predecible caracterizado por múltiples exacerbaciones a través del tiempo (Figura 3A). Esta trayectoria está en el momento actual en crisis, en especial en los casos de la neoplasia de colon, mama, próstata, dado que los tratamientos actuales han mejorado la sobrevida de los pacientes y así se

podrían comportar como pacientes con enfermedad crónica, similar a la trayectoria asociada con insuficiencia de órgano, aunque sigue siendo válido y fiable en la mayoría de los cánceres de pulmón, páncreas y sistema nervioso central, sin embargo al final del curso de la enfermedad cuando se encuentra en estado avanzado o en progresión la trayectoria predominante será la asociada con el cáncer. Lo anterior muestra cómo un AM pudiera tener más de una trayectoria al mismo tiempo, lo cual es favorecido por el fenómeno del envejecimiento de la población (Figura 1), donde, además de tener una mayor probabilidad de padecer cáncer y enfermedades crónicas, existe alta frecuencia de presentar demencia y fragilidad.

**2. Trayectoria asociada con insuficiencia de órgano:** asociada con pacientes con enfermedad de órgano, por ejemplo, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar crónica y hepática. Se caracteriza por un declive gradual, con episodios de deterioro agudo por cuadro de exacerbaciones que con frecuencia requieren hospitalización y recuperación parcial. En la mayoría de los casos, al resolver el episodio agudo con el tratamiento administrado, el paciente con frecuencia no retorna al estado funcional previo. En este grupo es más difícil predecir en cuál de estas exacerbaciones llegará el momento de la muerte, que puede acontecer en una de las crisis o por un deterioro progresivo de la función del órgano (Figura 3B).

**3. Trayectoria asociada con demencia/predominio de fragilidad:** estos pacientes presentan un deterioro más lento y mantenido, asociado con pérdida de reserva en diferentes dominios: funcional, nutricional, cognitivo, etc. El deterioro puede estar precipitado por procesos intercurrentes que ocasionan una pérdida de reserva de salud por acúmulo de déficits. La predicción de la muerte es difícil de determinar, aunque con frecuencia es precipitada por una enfermedad aguda, como por ejemplo un proceso infeccioso como neumonía o un evento catastrófico como fractura de fémur (Figura 3C).

La fragilidad es una condición introducida desde finales del siglo xx, y es considerada como un estado de prediscapacidad, dentro del concepto del continuum funcional, que va desde la máxima capacidad intrínseca (alta reserva) posible hasta la dependencia absoluta para realizar las actividades básicas de la vida diaria; es entendida como una condición clínica multidimensional y se define como un estado de alta vulnerabilidad que ubica al individuo en una situación de alto riesgo, de resultados adversos en salud y está asociada con menor supervivencia, en especial cuando es avanzada y progresiva<sup>18</sup>. El concepto de fragilidad no responde a una situación clínica independiente, sino que se considera un indicador general y transversal de mortalidad, más allá de la trayectoria de enfermedad del paciente; cuantos más criterios de severidad y mayor velocidad de progresión de cada una de las condiciones crónicas de salud presente, más avanzada será la fragilidad en el AM.

A pesar de que estamos cerca de tener una definición única consensuada, actualmente coexisten diferentes constructos de entender y definir la fragilidad. La primera se basa en el constructo del fenotipo promulgado por Fried y cols., en 2001<sup>19</sup>, y clasifica a los AM como robustos, prefrágiles y frágiles atendiendo a si cumplen ninguno, entre uno y 2 o entre 3 y 5 criterios,

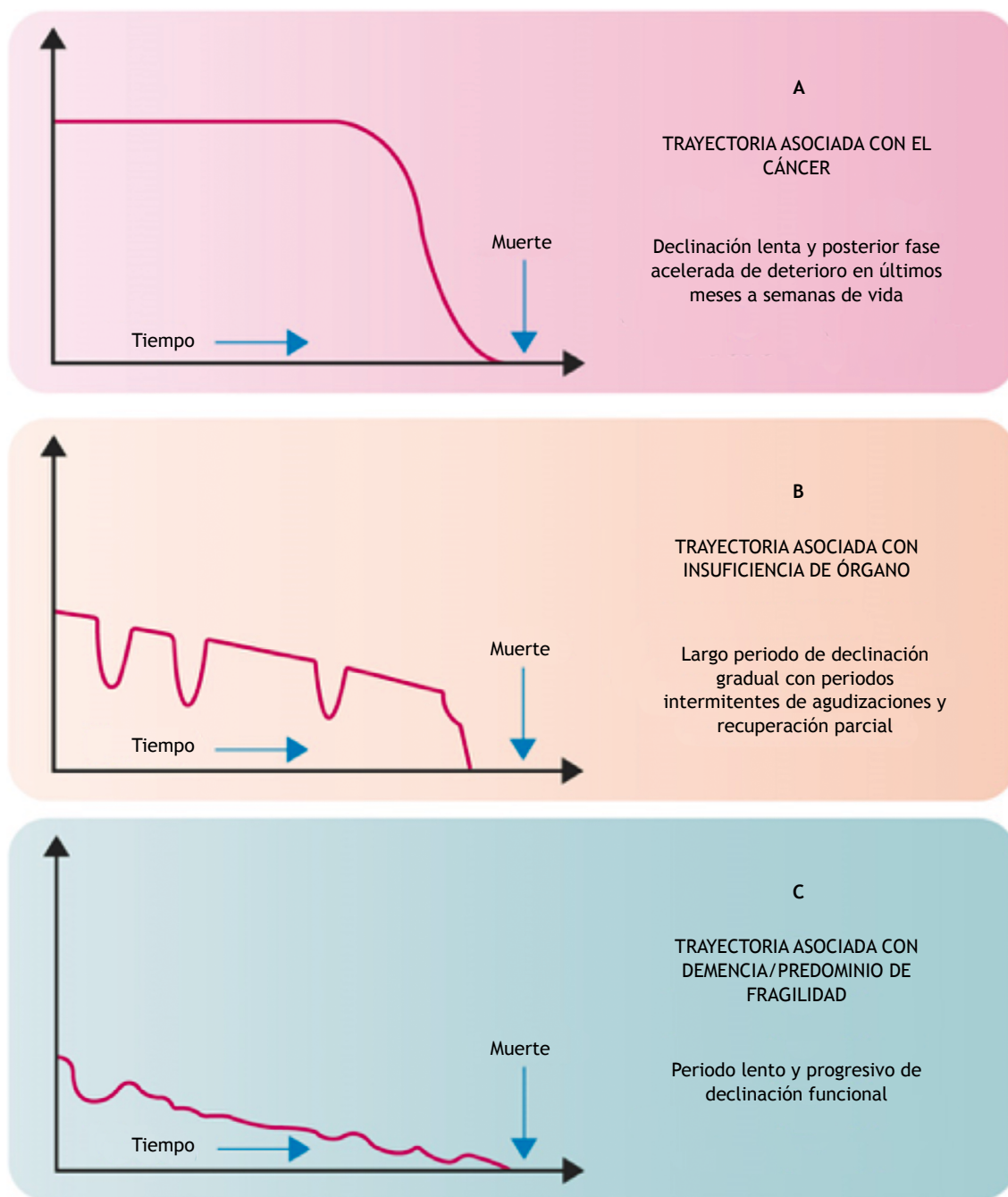


Figura 3. Trayectorias de enfermedad al final de vida. Modificada de Lunney y cols.<sup>9</sup>, Lynn y Adamson<sup>12</sup>.

respectivamente. Estos 5 criterios son la pérdida de peso, la debilidad, la lentitud, el cansancio y la baja energía.

El segundo constructo, el del índice de fragilidad fue descrito por Mitnitsky y cols., en 2001<sup>20</sup>, es basado en el acúmulo de déficits a diferentes niveles. En este constructo, a partir de un número de déficits (signos, síntomas, enfermedades, valores de laboratorio) y de diferentes dominios (funcional, cognitivo, nutricional) se define un índice a partir del cociente de déficits ya acumulados, respecto del total de déficits potencialmente acumulables. En este constructo, a mayor número de déficit acumulados, más vulnerable y probabilidad de muerte presenta el AM<sup>21</sup>.

Por otra parte, con base en el modelo de acúmulo de déficits, los índices de fragilidad realizan una medición de la fragilidad como variable continua, que va desde la alta reserva o robustez hasta la condición de fragilidad avanzada. Los índices de fragilidad comparten con la VGI su naturaleza multidimensional; en este sentido se podrían definir como una VGI cuantificada.

Dentro de los índices de fragilidad se tiene el índice de fragilidad basado en la VGI (índice frágil-VIG). Este índice se basa en un modelo de acumulación de déficits, a mayor acúmulo mayor vulnerabilidad de morir<sup>22</sup>. Este índice consta de 22 preguntas para valorar 25 déficits; el puntaje se obtiene dividiendo los déficits acumulados por el total de

déficits potenciales acumulables. Su utilidad se encuentra en la capacidad de clasificar el grado de fragilidad, determinar la probabilidad de muerte y la adecuación de la intensidad terapéutica en tratamiento específico o potencialmente curativo y aproximación paliativa progresiva. Clasifica el grado de fragilidad en leve, puntuación < 0,3, con probabilidad de mortalidad a los 12 meses del < 8 %, donde el objetivo del tratamiento será mejorar la sobrevida con intervenciones de tratamiento específico o curativas; fragilidad moderada, puntuación entre 0,35 y 0,55, donde el objetivo del tratamiento será preservar la funcionalidad, implementado tratamiento combinado con intervenciones específicas o curativas y de aproximación paliativa progresiva; y por último, fragilidad avanzada, puntuación entre 0,55 y 0,68, mortalidad al año con un frágil-VIG > 0,64 es del 100 % al año, en estos AM el objetivo del tratamiento es obtener bienestar y control sintomático mediante el modelo de atención paliativo.

Otro de los índices de fragilidad basado en la valoración geriátrica junto al índice frágil-VIG, es el índice pronóstico multidimensional<sup>23</sup>. Es una herramienta con buena discriminación y precisión para predecir mortalidad a corto y largo plazo, tanto en el ámbito hospitalario como en AM a nivel poblacional. Este índice explora de manera integral los dominios de salud, funcionales, cognitivos y nutricionales, así como los aspectos sociales, utilizando escalas de calificación estandarizadas y validadas. El índice pronóstico multidimensional clasifica a los AM en 3 grupos de riesgo, los de bajo riesgo (puntuación < 0,33), riesgo moderado (entre 0,34 y 0,66) y riesgo alto (> 0,66) y tiene la capacidad de predecir resultados adversos en salud, como mortalidad, rehospitalización e institucionalización<sup>24</sup>.

Como resultado, el reconocimiento y diagnóstico de la fragilidad tiene implicaciones importantes en el abordaje de las necesidades de atención de los AM en CP y situación de final de vida, porque permite determinar el grado de vulnerabilidad de los AM, que puede ir desde una situación de alta reserva hasta una de baja reserva, lo cual ayudará en la toma de decisiones clínicas, facilitando la proporcionalidad de las intervenciones<sup>18</sup>.

Además, para valorar un AM con fragilidad se requiere llevar a cabo una VGI donde se realiza una aproximación multidimensional que incluya las dimensiones funcionales, cognitivas y emocionales y las circunstancias sociales, además de la comprensión de sus problemas médicos y de los síntomas que de ellas se derivan; esta valoración multidimensional lleva a elaborar una propuesta de intervención también multidimensional, destinada a cubrir sus necesidades porque en algunos modelos puede ser potencialmente reversible, por ejemplo, enfermedades oncológicas curables. Por otro lado, conocer el grado de fragilidad (severidad) del AM, la respuesta al plan terapéutico establecido (eficacia o no) y la progresión (velocidad del declive) disminuye el grado de incertidumbre, facilita la comprensión de la condición del paciente y ayuda al proceso de diálogo con el paciente y la familia con respecto a expectativas y objetivos<sup>18</sup>.

## VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

### *Antecedentes históricos y relación con los cuidados paliativos*

En la segunda mitad del siglo xx, y coincidiendo con el envejecimiento de la población, se desarrollaron los CP

como una forma de atención a aquellos pacientes en los que el objetivo de curación no era alcanzable, fundamentalmente sujetos con cáncer y los de más edad. Surgieron en reacción ante la falta de respuesta a las necesidades reales de estos pacientes y sus familiares, y progresivamente se han ido incorporando en el sistema de salud de los países desarrollados.

Saunders<sup>25</sup> introdujo una nueva filosofía para los cuidados en la fase final de la vida, demostrando que un buen control de síntomas, adecuada comunicación, acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales y sus familias, indicando que los CP se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura, y que merece respeto como un ser único y original.

La medicina paliativa brinda atención médica especializada a personas con enfermedades graves y es importante resaltar que su ejercicio no implica la suspensión completa del tratamiento específico de la enfermedad<sup>25</sup>.

La geriatría es la especialidad médica que enfoca el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y problemas específicos de los AM. Al reconocer la compleja interacción de los problemas médicos, sociales, familiares, económicos y de salud mental que pueden afectar a sus pacientes, los geriatras enfatizan proactivamente la prevención y la mejora de la función, y no solo el tratamiento de enfermedades o lesiones agudas<sup>26</sup>.

La geriatría y la medicina paliativa guardan muchos puntos en común, mediante una relación que viene avalada por la historia que se mantiene en el momento actual; en ambas especialidades prima la filosofía del cuidado, dando mayor importancia al momento de plantearse objetivos de calidad de vida sobre su cantidad<sup>27</sup>. Además, comparten sus pilares básicos siendo especialidades exhaustivas, longitudinales e interdisciplinarias; ambas abordan al individuo, no como un conjunto de órganos y sistemas, sino como ser humano, en sus dimensiones biológicas, psicológicas, cognitivas, sociales, familiares y espirituales, y también se ocupan de la última parte de la vida<sup>26</sup>.

### **Definición y objetivos de la valoración geriátrica integral en cuidado paliativo**

La VGI constituye la aproximación diagnóstica, terapéutica y pronóstica de mayor evidencia científica en los AM<sup>2</sup>. La VGI se define como el proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del AM, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente. Se diferencia de la evaluación médica estándar en su concentración en AM frágiles, con sus problemas complejos, énfasis en el estado funcional y la calidad de vida, y el uso frecuente del equipo interdisciplinario y escalas de evaluación cuantitativa<sup>28</sup>.

Los principales objetivos de la VGI son: mejorar la precisión diagnóstica, racionalizar el plan terapéutico y farmacológico, asegurar el uso apropiado de los servicios de atención en salud disminuyendo la necesidad de hospitalización por procesos agudos y de institucionalización y aumentando el uso de la atención domiciliaria, determinar el destino



óptimo del AM, documentar cambios a través del tiempo y mejorar el estado funcional y calidad de vida.

Los objetivos de los CP en AM son<sup>7</sup>: realizar manejo avanzado de síntomas en el hogar o el entorno menos restrictivo, coordinación de la atención con proveedores de servicios comunitarios y trabajo en equipo interdisciplinario para problemas complejos de calidad de vida; facilitar la toma de decisiones compartida por y entre los pacientes, sus familias cuando sea apropiado y su médico a través del desarrollo de herramientas estandarizadas innovadoras para cada parte; evaluar las opciones de tratamiento centradas en la calidad de vida con una disminución o eliminación de múltiples servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios, y por último, brindar atención continua de apoyo hasta el final de la vida y posterior a la muerte del AM a la familia y los cuidadores.

Por otra parte, el acceso temprano a la consulta de CP puede mejorar los resultados clínicos en el AM como: reducir el tiempo de la hospitalización, tener mayor probabilidad de ser dado de alta de un hospicio, mayor acceso a los servicios de atención domiciliaria, adecuación del esfuerzo terapéutico y menor probabilidad de muerte intrahospitalaria, conociendo que casi el 40 % de los AM con enfermedad avanzada mueren en el hospital y reciben atención costosa e ineficaz para enfermedades que pueden ser atendidas con un enfoque de CP<sup>29</sup>. Esto probablemente refleja el cambio en el actuar del CP, pasando de un enfoque exclusivo en la atención al final de la vida, a la atención continua y progresiva de pacientes durante meses y años antes de que se llegue a la muerte, lo cual genera mejoría en la calidad de vida.

### **Estructura y componentes de la valoración geriátrica integral**

La alta prevalencia de enfermedades crónicas y oncológicas avanzadas presentes en la población de AM hace que crezcan constantemente las necesidades de atención en salud, las cuales se van haciendo progresivamente más complejas con la evolución de la enfermedad. Para atender adecuadamente estas necesidades será necesario realizar: una correcta identificación de requerimiento de atención por CP, la situación de final de vida, una adecuada comunicación entre el paciente y/o su familia y los profesionales, la identificación y el control de los síntomas que presentan, y una planificación de los cuidados que permita una apropiada toma de decisiones<sup>30</sup>.

La VGI se puede realizar a nivel comunitario, hospitalario y en instituciones geriátricas. Con la VGI se optimizan recursos, mejora la precisión diagnóstica, funcionalidad, el afecto y cognición de los pacientes, y a la vez reduce la incidencia de ingresos y reingresos hospitalarios, así como la institucionalización. La VGI permite ubicar al paciente en el lugar más adecuado, según su capacidad y morbilidad, así como documentar la mejoría en el tiempo, además favorece la transmisión de información entre profesionales.

La estructura de la VGI, está compuesta por lo siguiente.

#### **Valoración clínica**

Debe incluir componentes de la valoración clínica tradicional como la anamnesis, exploración física y pruebas

complementarias. La anamnesis puede resultar más difícil y larga, por lo cual debe corroborarse con el cuidador principal. También incluye enfermedad actual, antecedentes personales como los farmacológicos, aspecto importante por la alta frecuencia de polifarmacia en AM, que se asocia con reacciones adversas, inherencia y uso inapropiado de medicamentos. Los criterios STOPP-Pal permiten mejorar la prescripción en AM que reciben CP.

En la valoración clínica un pobre control de los síntomas deteriora la calidad de vida y puede hacer perder al AM la oportunidad de estar rodeado por sus familiares y amigos, y no tener una experiencia de paz y tranquila durante su muerte. Por esta razón un correcto manejo del paciente involucra el control del dolor, como también otros síntomas relacionados con su patología de base, como náuseas, vómitos, disnea, tos, estreñimiento, obstrucción intestinal y úlceras por presión, que son importantes en el cuidado integral<sup>7</sup>.

#### **Valoración mental**

La valoración del estado mental se debe llevar a cabo por la alta prevalencia tanto de demencia como de trastornos afectivos, que no deben ser justificados por el envejecimiento. Los objetivos de la valoración mental son realizar diagnóstico temprano y diferencial de las condiciones afectivas (depresión, ansiedad y duelo) y cognitivas (demencia y delirium) y establecer, junto con la familia, programas y planes de estimulación cognitiva y de acción.

#### **Valoración social**

Evalúa aspectos básicos y avanzados como el entorno: lugar donde reside el AM, con quién vive, características de la vivienda, seguridad del hogar, área geográfica; relaciones e integración social: convivencia, amigos, actividades recreativas, culturales, club, asociaciones; atención que recibe: tipo de apoyo formal o informal, cuidador su sobrecarga, uso de ayudas sociales comunitarias; factores económicos: nivel de ingresos; estrés social: jubilación, cambios en la salud por pérdida de autonomía, cambios en la vida familiar por viudez, separación de hijo o nietos; y las habilidades para enfrentarse a los problemas y su adaptabilidad (resiliencia).

#### **Valoración funcional**

La capacidad funcional del AM puede verse como una medida resumida del impacto general de las condiciones de salud en el contexto de su entorno y sistema de apoyo social. La valoración funcional es necesaria para establecer un juicio clínico, pronóstico y planificar los cuidados. La funcionalidad en un AM marca su calidad de vida, bienestar, ubicación y necesidad de apoyo social. Los objetivos de la valoración funcional son describir el estado de salud e identificar sus áreas de deficiencia, colaborar en la toma individual de decisiones diagnósticas y terapéuticas, identificar y estadificar enfermedades, monitorizar la evolución y la eficacia de los planes y establecer pronós-

tos y expectativas de resultados. Se recomienda que la valoración funcional se realice mediante instrumentos validados para mejorar la sensibilidad diagnóstica, detectar problemas leves, aumentar la objetividad de la medición, así como la fiabilidad y la reproducibilidad, al facilitar la transmisión de la información entre profesionales, su comparación y la evolución.

La valoración funcional evalúa la discapacidad y dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, subdivididas en actividades básicas o de autocuidado, instrumentales que representan actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad y las avanzadas que permiten cumplir roles sociales, comunitarios y familiares, así como participar en tareas recreativas u ocupacionales. También se valoran las limitaciones funcionales o de la función física que son actos motores simples no orientados a un fin o una actividad.

De otra parte, es conocido que en los AM el deterioro funcional es el predictor más fiable de mortalidad independiente de los diagnósticos clínicos. En CP la escala funcional paliativa (*Palliative Performance Scale* [PPS]) evalúa la capacidad funcional; una puntuación < 50 % indica una sobrevida de 6 meses o menos, porque permite orientar la derivación a servicios de CP<sup>31</sup>.

Con respecto a los instrumentos de evaluación, se pueden usar para guiar estas evaluaciones, pero no sustituyen las habilidades clínicas y el juicio, incluida la obtención de elementos de la historia y el examen físico. La información obtenida de estos instrumentos ayuda a dirigir la atención del personal de salud a cuestiones relevantes en el AM. La evaluación sistemática de los múltiples dominios mencionados antes asegura que la evaluación sea integral. Si bien existen múltiples instrumentos de evaluación que se pueden utilizar para obtener datos clínicos importantes, el personal de salud que trata al AM debe estar familiarizado con al menos uno en cada dominio que requiera evaluación. Se debe recordar que la VGI es un proceso diagnóstico integrador y no la suma de escalas e instrumentos de medida acumulados y por ende en AM en CP es el estándar para emplear. La Figura 4 muestra la estructura de la VGI según el modelo biopsicosocial y los instrumentos recomendados para evaluar cada dominio<sup>2</sup>.

### **El equipo interdisciplinario**

Es el modelo biomédico donde un paciente presenta una enfermedad y su tratamiento produce la curación; basta que un profesional con conocimientos adecuados aplique el tratamiento y continúe el proceso hasta la curación. Sin embargo, en AM que tienen múltiples enfermedades crónicas, y que además presentan con frecuencia fragilidad, discapacidad y múltiples necesidades de cuidados, un solo profesional no tiene la capacidad resolutoria para gestionar la salud de ellos. En estos casos se requiere trabajar en equipo para brindar atención a las múltiples necesidades biopsicosociales y funcionales para ofrecer un modelo de atención en salud integral y capaz de responder a sus necesidades<sup>2</sup>.

Los diferentes miembros del equipo deben trabajar e interactuar, y los resultados dependen de la capacidad que tienen para conjugar estos esfuerzos. Aunque se habla de

trabajo en equipo multidisciplinario e interdisciplinario de forma indistinta, ambos términos tienen conceptos diferentes. El término multidisciplinario indica que cada integrante representa el punto de vista de una disciplina individual, se hace una evaluación del AM a través de interconsultas y emiten conceptos sobre el diagnóstico y manejo. Como resultado, se desarrolla un plan de tratamiento específico desde cada disciplina, pero sin tener en muchas ocasiones la integralidad del AM. Por el contrario, el término interdisciplinario hace que las diferentes disciplinas interactúan y comunican entre sí para cumplir un objetivo común. Los elementos característicos que definen el modelo interdisciplinario son las reuniones periódicas formales donde se generan objetivos comunes para el AM y planes terapéuticos individualizados para conseguirlos<sup>2</sup>.

Los integrantes básicos de un equipo interdisciplinario en geriatría lo constituyen: el médico, los enfermeros y el trabajador social; no obstante, con el aumento en la formación del recurso humano en rehabilitación en los últimos años, se ha reforzado con la participación de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, al igual que otros profesionales de la salud como nutricionistas, psicólogos y farmacólogos, además del personal que está capacitado en gerontología. En CP, además de los anteriores profesionales, es importante la ayuda espiritual que puede ser suministrada por un sacerdote, pastor o clérigo.

### **Proceso de la valoración geriátrica integral**

Los elementos clave del proceso de atención en la VGI prestada por el equipo interdisciplinario se pueden dividir en<sup>7</sup>:

**Recopilación de datos:** cada integrante, de forma individual, realiza valoración y aplicación de instrumentos de evaluación al AM desde su disciplina.

**Discusión entre el equipo:** el equipo interdisciplinario se reúne para discutir las necesidades del AM y determina los diferentes problemas por cada dimensión.

**Desarrollo de un plan de tratamiento:** el equipo interdisciplinario desarrolla un plan de tratamiento inicial y objetivos para el AM. Siempre que sea posible, el AM y según corresponda los familiares y cuidadores se deben incluir en el desarrollo del plan de tratamiento y además determinar qué integrante del equipo interdisciplinario asumirá la responsabilidad de iniciar y completar cada una de las recomendaciones.

**Implementación del plan de tratamiento:** es la puesta en marcha de las recomendaciones de los integrantes del equipo interdisciplinario por dimensión evaluada. La adherencia y cumplimiento de los planes de manejo y recomendaciones son fundamentales para el logro de los objetivos planeados en la VGI.

**Seguimiento de la respuesta al plan de tratamiento:** el equipo interdisciplinario debe establecer un plan para monitorizar el progreso del AM a medida que se aplica el plan de tratamiento.

**Revisión del plan de tratamiento:** el equipo interdisciplinario debe evaluar continuamente el progreso de cada AM hacia el cumplimiento de los objetivos y planes de tratamiento establecidos. Si el progreso no se logra, deben reevaluar al AM y reanudar el proceso de la VGI.

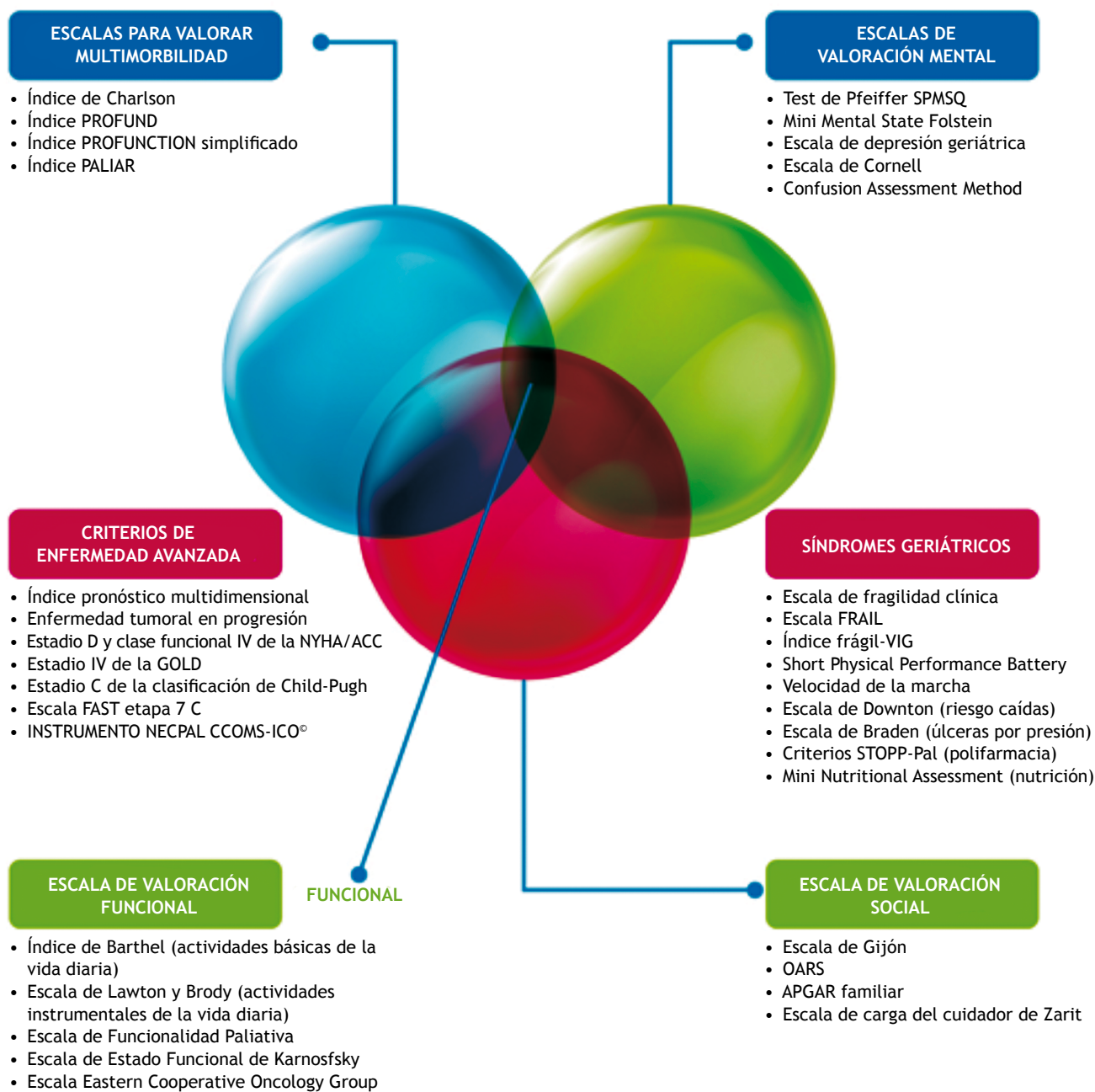


Figura 4. Estructura de la valoración geriátrica integral e instrumentos de valoración.

## PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE CUIDADOS Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Los CP se perciben con frecuencia como una medida al final de la vida, una opción solo cuando la terapia curativa o que prolonga la vida ya no es beneficiosa. Esta percepción es falsa en el sentido de que los CP, incluido el manejo de los síntomas, el acompañamiento psicosocial y la discusión sobre los objetivos y expectativas del tratamiento, deben incorporarse en la VGI de los AM a partir del momento de cualquier diagnóstico nuevo, sobre todo quienes presentan enfermedad agresiva o alta carga de síntomas<sup>26</sup>. Puede ser el foco principal de atención u ofre-

cerse simultáneamente con un tratamiento médico que prolongue la vida.

Tradicionalmente el personal de salud ha tenido dificultad para discutir las opciones de atención no agresivas con sus pacientes cuando sus enfermedades se encuentran en fase de progresión avanzada, porque esa conducta se considera como fracaso en las intervenciones de los tratamientos curativos anteriores. En particular, los médicos pueden creer en el valor de los CP, pero aún dudan en discutir este tema con sus pacientes, por temor a que destruya su esperanza o implique una falta de compromiso con el tratamiento. Esta circunstancia, por lo general, resulta innecesaria en personas que requieren CP y se les indica

tratamientos no terapéuticos costosos y que deterioran la calidad de vida.

La planificación anticipada de cuidados (PAC) es una consecuencia del nuevo estilo de la relación clínica y se define como un proceso voluntario, continuo de comunicación y de deliberación entre una persona capaz y el personal de salud implicado en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta con respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente; refiere el proceso por el cual las personas expresan sus valores y prioridades con el objetivo de preparar los cuidados para el final de vida que estén acordes con sus preferencias personales, lo cual debe ser registrado y revisado en la historia clínica<sup>7</sup>.

Es un proceso de comunicación entre profesionales y pacientes que tiene como objetivo que estos últimos participen en la toma de decisiones y definan cómo quieren ser tratados fundamentalmente en los momentos finales de su vida cuando no disponga de la capacidad suficiente para un consentimiento informado. Puede ser un proceso complejo que requiera de muchas conversaciones a lo largo del tiempo. Las discusiones mantenidas y las decisiones tomadas a menudo se documentan a través de la realización de las directrices anticipadas o instrucciones previas y/o de la designación de un representante legal. Las instrucciones previas constituyen una manifestación de la autonomía de la voluntad de los pacientes y por consiguiente expresan la dignidad de la persona<sup>7</sup>.

En la PAC el papel de la familia es fundamental. Se sugiere que el equipo interdisciplinario explore sobre los conocimientos que tienen sobre la enfermedad, expectativas y miedos, además de que se informe sobre las fases de la enfermedad y necesidades para poder anticiparse al futuro, involucrarlos en la planificación de las decisiones y objetivos de tratamiento lo antes posible en los diferentes momentos de los encuentros con la familia, estar atentos a las reacciones y percepciones durante el proceso de la enfermedad, y por último, siempre manifestar que se ofrezca apoyo continuo incluso después de la muerte del AM, lo cual ayuda a disminuir la sensación de incertidumbre y abandono. La PAC se considera una exigencia de mínimos estándares de calidad asistencial en los criterios de acreditación de las organizaciones sanitarias<sup>6</sup>.

Al iniciar este proceso se deben tener en cuenta aspectos objetivos relacionados con la condición clínica y las posibilidades terapéuticas: evaluar utilidad de los tratamientos y la adecuación del esfuerzo terapéutico; aspectos subjetivos relacionados con el paciente: valores, deseos y preferencias; la competencia del paciente para la toma de decisiones y aspectos legales relacionados con la situación.

La comunicación es un componente clave en CP y particular para la PAC. Su objetivo es informar, orientar y apoyar al AM y su familia para que tengan elementos necesarios en la toma de decisiones y planificación general de los cuidados. Debe ser un proceso continuo y dinámico, desde el momento inicial del diagnóstico, que se adapta durante el progreso de la enfermedad y que debe revisarse en cada momento evolutivo. La comunicación es un proceso dinámico donde es importante la percepción de salud que tiene el AM y su familia, de esta manera la comunicación le ayuda al AM a conocer la trayectoria de su enfermedad, permitir sentir un mayor control de ella, prepararse al deterioro esperado por

la progresión de la enfermedad, la dependencia funcional e incluso a la propia muerte<sup>26</sup>.

A través de la PAC y toma de decisiones compartida los AM pueden recibir alivio de su sufrimiento físico y emocional, así como prevenir hospitalizaciones, medicamentos y tratamientos innecesarios. Un objetivo principal para estos pacientes es una mejor calidad de vida, el estado funcional más alto posible y una mayor satisfacción con su atención médica, al tiempo que se reducen los costos totales de la atención<sup>7</sup>.

## CONCLUSIONES

El avance en el cuidado de la salud, los cambios demográficos y epidemiológicos presentes en el plano mundial han llevado a un envejecimiento progresivo de la población, con las implicaciones en el campo social y económico, en los sistemas de educación y salud, y en la seguridad social. Como resultado es frecuente encontrar AM con múltiples enfermedades crónicas que durante su evolución presentan diferentes trayectorias al final de vida y que pueden beneficiarse del modelo de atención de los CP.

La VGI emerge como una herramienta imprescindible para tener una aproximación real a la compleja situación de los AM, tanto los que requieren ser atendidos por CP como los demás. El proceso de la VGI permite un enfoque integral desde la aproximación del modelo biopsicosocial y se operativiza mediante la intervención de un equipo interdisciplinario que brinda evaluación y CP de forma individualizada, continua y adaptado a lo largo de la trayectoria de la enfermedad y ayudando a establecer un pronóstico en cada AM.

En la VGI en CP adquiere especial importancia la PAC y la toma de decisiones compartida, desde el momento que el AM tiene indicación de ser atendido hasta el final de su vida, y posterior a su muerte a sus familiares y cuidadores.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de interés.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Ninguna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F, Sinclair AJ. The third transition: the clinical evolution oriented to the contemporary older patient. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18:8-9.
2. Ocampo Ch JM. Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. *Persona y Bioética.* 2005;9:46-58.
3. Hui D, de la Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for "supportive care", "best supportive care", "palliative care" and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer.* 2013;21:659-85.
4. Astudillo Alarcón W, Díaz-Albo E, García Calleja JM, Mendinueta C, Granja P, de la Fuente Hontañón C, et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009;16:246-55.

5. Alonso-Renedo FJ, González-Ercilla L, Iráizoz-Apezteguía I. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:228-34.
6. Della Santina C, Bernstein RH. Whole-patient assessment, goal planning, and inflection points: their role in achieving quality end-of-life care. *Clin Geriatr Med*. 2004;20:595-620.
7. Swagerty D. Integrating quality palliative and end-of-life care into the geriatric assessment: opportunities and challenges. *Clin Geriatr Med*. 2017;33:415-29.
8. Boyd K, Murray SA. Recognizing and managing key transitions in end-of-life care. *BMJ*. 2010;341:c4863.
9. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*. 2003;289:2387-92.
10. Burge F, Lawson B, Mitchell G. How to move to a palliative approach to care for people with multimorbidity. *BMJ*. 2012;345:e6324.
11. Murray SA, Boyd K, Sheikh A. Palliative care in chronic illness. *BMJ*. 2005;330:611-2.
12. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Santa Monica CA: Rand Corp; 2003.
13. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3:300-8.
14. Alonso Babarro A, González Escalada Castellón JR, Núñez Olarte JM, Rexach Cano L, Sánchez Sobrino M, Valentín Maganto V, et al. Grupo de trabajo para ESH. Documento Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Propuesta de Organización y funcionamiento. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
15. Mühlenthaler R, Stuck AE, Minder CE, Frey BM. The prognostic significance of protein-energy malnutrition in geriatric patients. *Age Ageing*. 1995;24:193-7.
16. Fischer SM, Gozansky WS, Sauaia A, Min S-J, Kutner JS, Kramer A. A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31:285-92.
17. Kane RL, Shamlivan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:896-904.
18. Koller K, Rockwood K. Frailty in older adults: implications for end-of-life care. *Cleve Clin J Med*. 2013;80:168-74.
19. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56A: M146-56.
20. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal*. 2001;1:323-36.
21. Mitnitski AB, Mogilner AJ, MacKnight C, Rockwood K. The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index. *Mech Ageing Dev*. 2002;123:1457-60.
22. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:119-127.
23. Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, D'Ambrosio LP, Scarcelli C, Cascavilla L, et al. Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *Rejuvenation Res*. 2008;11:151-61.
24. Meyer AM, Siri G, Becker I, Betz I, Bödecker A, Robertz JW, et al. The Multidimensional Prognostic Index in general practice: one-year follow-up study. *Int J Clin Pract*. 2019;e13403.
25. Saunders C. The evolution of palliative care. *Patient Educ Couns*. 2000;41:7-13.
26. Casado JMR. Geriatría y cuidados paliativos: algunas reflexiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48:89-93.
27. Goldstein NE, Morrison RS. The intersection between geriatrics and palliative care: a call for a new research agenda. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1593-8.
28. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342:1032-6.
29. Reyes-Ortiz CA, Williams C, Westphal C. Comparison of early versus late palliative care consultation on end-of-life care for the hospitalized frail elderly. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32:516-20.
30. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:209-14.
31. Lau F, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemyk C, Yang J. Using the Palliative Performance Scale to provide meaningful survival estimates. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38:134-44.