

## REVISIÓN

# GERIATRÍA Y CUIDADOS PALLIATIVOS: DOS ESPECIALIDADES MÉDICAS CON NUMEROSOS PUNTOS EN COMÚN

## GERIATRICS AND PALLIATIVE CARE: TWO MEDICAL SPECIALITIES WITH MANY COMMON POINTS

José Manuel Ribera Casado<sup>1,2</sup>

1. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Gerontología y Geriatría.
1. Catedrático Emérito de Geriatría (UCM).

**Palabras clave:**

Medicina paliativa;  
Cuidados;  
Geriatría;  
Paciente mayor.

**Keywords:**

Palliative medicine;  
Care;  
Geriatrics;  
Elderly patients.

**Resumen**

Este trabajo pretende mostrar los muchos puntos de coincidencia existentes entre la medicina paliativa y la geriatría. Coincidencias centradas tanto en una historia que apunta orígenes comunes, como en la doctrina, sus fines y metodología de trabajo. Especial relevancia cobran cuestiones como primar la calidad sobre la cantidad, la insistencia en el apartado relativo a los cuidados, el trabajo interdisciplinar, la necesidad de una aproximación holística al paciente, la lucha contra la discriminación por edad y el respeto a los principios de la bioética. El foco principal en ambos casos está puesto en optimizar el cuidado del anciano con enfermedad severa avanzada y en entender que el paciente y sus allegados constituyen una unidad de cuidado integral. También se insiste en la necesidad de profundizar en el desarrollo asistencial de ambas especialidades, así como de adquirir una formación específica por parte del profesional y desarrollar la investigación aplicada en estos campos.

**Abstract**

This paper refers to common points relevant to both palliative medicine and geriatrics. We may find these relationships in parallel initial histories, doctrines, purposes, and working methodologies. Prioritizing quality of life over length of life has great relevance in both branches of Medicine. Common ground also appears in the interdisciplinary approach needed in both sciences, demanding a holistic clinical approach and a permanent fight against any form of ageism. The main focus is directed to elderly patients with advanced diseases, in the understanding that patient, family, and caregivers are an integral care unit. The paper stresses the need for advances in the development of both specialities in assistential, formative, and research fields.

### INTRODUCCIÓN

Analizar la relación entre las especialidades de medicina paliativa y geriatría tiene interés conceptual, pero también desde el punto de vista operativo, dado que ello puede contribuir a mejorar la forma de atender a los pacientes mayores en situación terminal. Hace años escribí unas reflexiones al respecto (1). Desde entonces han surgido nuevas aportaciones y ha aumentado el interés por el tema. Quizás sea el momento de insistir en esta cuestión y de traerla a la Academia de cara a una reflexión común.

### UN TEMA DE INTERÉS

Comentar la relación Geriatría/Medicina paliativa no resulta original por mi parte. Al contrario, se trata de una idea muy extendida, avalada por la historia, la literatura y la práctica médica, pero sobre la que siempre caben nuevos matices.

En los últimos veinte años aparecen en la literatura contribuciones que, desde diferentes perspectivas, establecen vínculos entre las dos especialidades. Mencionaré algunas.

**Autor para la correspondencia**

José Manuel Ribera Casado

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: jribrea.hcsc@salud.madrid.org

En 2005, la revista oficial de la Sociedad Americana de Geriatría analizaba coincidencias y discrepancias entre las especialidades. Destacaba la pobreza de estudios al respecto y la necesidad de incluir en las agendas de investigación cuestiones relacionadas con la muerte del anciano, sobre todo cuando ésta ocurre en una unidad de cuidados paliativos. Abogaba por favorecer puntos de encuentro, de intercambio y de colaboración entre especialistas de ambos campos (2).

Ese mismo año, desde Croacia, se llamaba a la búsqueda de modelos de atención paliativa orientados al anciano (3). Se insistía en el carácter interdisciplinar de ambas especialidades, con una denuncia expresa de la pobreza en el desarrollo de los cuidados paliativos dentro del país y la poca atención prestada a la persona mayor. Proponían organizar unidades de cuidados paliativos geriátricos en instituciones hospitalarias y residenciales.

En 2006 aparece, elaborada desde los cuidados paliativos, una evaluación sistemática sobre las guías clínicas y educativas centradas en el paciente mayor y en su entorno, con una atención especial sobre aquellas relativas al manejo emocional, social y económico de estas situaciones. Los autores denuncian las grandes diferencias a nivel mundial entre las necesidades y las formas de atender los cuidados paliativos en función de la edad y remarcan la escasa literatura al respecto centrada en el colectivo más anciano (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hablaba en el año 2011 de la necesidad de establecer sinergias (5). Poco después, en 2012 se publicaba un extenso y documentado informe conjunto redactado entre la *American Geriatric Society* y la *American Academy of Hospices and Palliative Medicine*, cuyos principales puntos destacaban: a) la necesidad de optimizar el cuidado del anciano con enfermedad severa avanzada, b) entender que el paciente y sus allegados constituyen una unidad de cuidado integral y no meras piezas aisladas del sistema, c) que la medicina paliativa y la geriatría comparten campo de actuación, métodos de trabajo y un carácter interdisciplinar, y d) recuerda, finalmente, que desde 2009 ambas sociedades científicas trabajan de manera conjunta en el marco de la *John A. Hartford Foundation*, buscando sinergias beneficiosas (6).

En 2016 la necesidad de una colaboración activa y mantenida en el tiempo se plantea desde la oncología. Un prestigioso grupo oncológico denuncia la pobreza de artículos sobre medicina paliativa en los pacientes con cáncer de edades avanzadas. Revisan la literatura (*PubMed*) y enfatizan las singularidades que justifican la necesidad de investigar en este campo. Los principales objetivos de estas investigaciones los focalizan en: a) identificar los síntomas más prevalentes en esas circunstancia, b) atender al bienestar psico-espiritual del paciente, c) indagar sobre la “fatiga” del cuidador (*burn-out*), y d) adaptar la metodología de investigación a la tipología de esos pacientes (7).

Un trabajo elaborado por gerontólogos vuelve a insistir, en 2021, en que estamos ante unas especialidades con fines y métodos similares llamadas a colaborar. Pretende identificar coincidencias entre ambas especialidades y, en ese contexto, destaca: a) la evidencia de unas fronteras poco claras en muchos aspectos, b) la comunicación fluida que existe entre especialistas de ambos campos, y c) la ambigüedad con la que en todos los sitios se establece el itinerario sanitario final del anciano muy enfermo (8).

Ya en 2025, una revisión desde el mundo de la enfermería toma como punto de referencia para la interrelación geriatría/medicina paliativa la necesidad de una investigación más profunda y la centra en dos aspectos muy concretos, la fragilidad y el miedo. Concluye destacando que el paciente geriátrico frágil aumenta su ansiedad, debido, sobre todo, a su declinar físico, pero también a sus preocupaciones existenciales y al propio ambiente opresivo al que está sometido (9).

#### HISTORIA Y DEMOGRAFÍA: MUCHOS PUNTOS DE COINCIDENCIA

La historia avala esta proximidad. Los orígenes remotos de la geriatría, previos a la introducción del propio término en 1909 y al desarrollo doctrinal de la especialidad, hay que buscarlos, dentro del mundo occidental, en el papel de determinadas órdenes religiosas. Lo que solemos denominar “asilos” fueron instituciones focalizadas desde una óptica social pero también sanitaria, en sujetos desvalidos de los que nadie se ocupaba. En su mayoría ancianos, solos, limitados y sin recursos. Una de las misiones asumidas por estos centros fue la de facilitar lo que se conocía como una “buena muerte”, fin último para el que nació la medicina paliativa. En la tabla 1 se recogen como homenaje algunas de las instituciones más significativas al respecto.

Otra coincidencia histórica viene dada por la época en la que tiene lugar la elaboración de la doctrina que justifica ambas especialidades, la segunda mitad del siglo XX. Algo más precoz en el caso de la geriatría que lo hace en la Inglaterra de mitad de siglo (10). La medicina paliativa desarrolla su doctrina poco después, a partir de 1967, cuando Cecily Saunders teoriza sobre los *Hospices*, centrados, sobre todo, en los pacientes oncológicos (11). La OMS define en 2010 la doctrina paliativa como “una forma de aproximación al enfermo, que hace primar la calidad de pacientes y familia, se enfrenta a los problemas asociados con la enfermedad que amenaza la vida a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, mediante su identificación precoz, la valoración continuada y el tratamiento del dolor y demás problemas físicos, psicosociales y espirituales” (12).

Tabla 1.- Fechas de nacimiento de las principales órdenes religiosas comprometidas con la atención al anciano

Orden de San Juan de Dios (1495-1550)

Los camilos: San Camilo de Lelis (1550-1614)

Los paules: San Vicente de Paul (1581-1660)

Las hijas de la Caridad (rama femenina de los paules): Santa Luisa de Marillac (1633)

Las Hermanitas de los pobres. Juana Jugan (S XVIII)

Las Hermanas de la Sagrada Familia (USA 1843)

Hermanitas de los ancianos desamparados: Teresa Jornet Ibars (1873)

Otra coincidencia importante es la que se desprende del hecho de que las dos especialidades y sus correspondientes sociedades científicas ponen el énfasis, sobre todo, en la llamada “filosofía del cuidado”. Valoran más en estos pacientes la calidad de vida que su cantidad. También en ejercer su trabajo dentro de equipos interdisciplinares.

El desarrollo demográfico del último siglo puede ser considerado como otro elemento histórico común favorecedor del desarrollo en ambos casos. Basten unos mínimos datos del Instituto Nacional de Estadística. En España, en 2025, el 19.7% de la población tiene más de 65 años (el 7 % en 1985). Los centenarios se aproximan a los 20.000, mientras que en el año 2000 no alcanzaba los 3000. La esperanza de vida al nacer es hoy de 86 años para las mujeres y 82 para los hombres. Apenas era de 35-36 años al inicio del siglo XX. A los 65 años nos queda una esperanza de vida media que supone entre un tercio y un cuarto del total. La tendencia para las próximas décadas según los expertos camina hacia un aumento en la esperanza de vida a cualquier edad que se tome como referencia, con el consiguiente aumento en términos absolutos y relativos de población anciana.

La Geriatría centra su actividad en la persona de edad avanzada, mientras que la Medicina Paliativa lo hace en el paciente terminal, pero debemos tomar en consideración que cuatro de cada cinco fallecidos tienen más de 65 años y que entre la población atendida en esas unidades, más del 80% supera los 65 años.

#### MUCHOS PUNTOS COMUNES EN DEFINICIONES, OBJETIVOS Y FORMAS DE TRABAJO

El envejecimiento conlleva cambios en el organismo que facilitan la aproximación. Entre las más importantes cabe recordar las pérdidas progresivas de las llamadas reservas fisiológicas con que venimos al mundo. Ello determina una vulnerabilidad creciente y la posibilidad de claudicar ante estímulos cada vez menores, lo que se traduce en más enfermedades y en un aumento de la cronicidad. Se acentúan de forma progresiva las diferencias interindividuales. Y, muy importante, crece el peso sobre la salud de los aspectos sociales, ambientales y económicos, lo que obliga a su valoración cuidadosa y condiciona el manejo de las situaciones terminales

La administración española establece que las Unidades de Cuidados Paliativos están “destinadas a la atención de personas con enfermedades crónicas y/o oncológicas avanzadas, que necesitan ingreso hospitalario por imposibilidad de ser atendidas en su domicilio de manera segura por el equipo de paliativos domiciliario, por complejidad médica y/o por claudicación familiar, y que no se benefician de ingreso en una unidad hospitalaria de agudos” (13).

Sus objetivos engloban las necesidades psicosociales, físicas y espirituales de las personas que se encuentran cerca del final de la vida. Se centran en el tratamiento sintomático para fomentar el bienestar, la dignidad y la calidad de vida. En ese marco ofrecen aligerar el dolor físico y emocional por medio de tratamientos paliativos. Todos y cada uno de estos aspectos son compartidos con la geriatría

Entre otros puntos coincidentes recordaré que los pacientes suelen tener en ambos casos edades avanzadas, con una patología compleja y de valoración difícil. También, que, a falta de una titulación oficial en Medicina Paliativa, muchos geriatras ejercen en ese medio. Adicionalmente, hospital, residencia y domicilio comparten el marco asistencial.

Entre los requisitos compartidos de actuación merecen ser destacados el esfuerzo por una evaluación precoz y detallada de los síntomas, la utilización de escalas y protocolos de valoración funcional comunes en muchos casos, el enfoque intensivo sobre aquellos aspectos con mejor

posibilidad de intervención eficaz y la sensibilidad para detectar posibles episodios intercurrentes. También, la capacidad eficiente para buscar recursos personales e institucionales para el apoyo familiar. Geriatras y paliativistas disponemos del privilegio y la autoridad para asistir a los pacientes y a sus familias al final de la vida. Otra evidencia compartida es la posibilidad de comentar y discutir pronóstico y evolución con los pacientes y/o sus familiares.

Conocer los criterios de ingreso en una unidad de Cuidados Paliativos (también en un servicio hospitalario de Geriatría) resulta muy importante para tomar decisiones tan difíciles como la de calificar a un paciente de terminal. Hablar de paciente terminal crea un estrés importante en paciente y familia. Sus preocupaciones principales suelen ser: prevenir y tratar los síntomas, valorar cada tratamiento antes, durante y después de su implementación, asegurar que el paciente designe a alguien para la toma de decisiones y planes futuros, y, evidentemente, preparar a la familia y al paciente para los eventos cercanos a la muerte.

El llamado "estado terminal" supone un concepto difícil de delimitar, que muchos autores establecen en base a un pronóstico vital inferior a seis meses. Históricamente la mayoría de pacientes atendidos en cuidados paliativos han venido siendo oncológicos. En las últimas décadas han aumentado los ingresos por enfermedades neurológicas degenerativas y por insuficiencias orgánicas en estadios avanzados.

La "National Hospice Organization" ha establecido como criterios definitorios de terminalidad los siguientes (14): 1. Padecer una condición limitante de la vida conocida por el enfermo y/o la familia; 2. Elección de tratamiento paliativo

basado en el alivio de los síntomas; y, además, 3. Cualquiera de los siguientes criterios: a) progresión clínica de la enfermedad utilizando como marcadores las hospitalizaciones múltiples, tener un índice de Karnofsky inferior al 50%, b) ser dependiente en tres o más actividades de la vida diaria c) y/o presentar deterioro nutricional severo relacionado con la enfermedad (disminución >10% del peso en 6 meses o albuminemia <2,5 mg/dl). Estos criterios pueden ser especialmente útiles para clasificar a pacientes terminales no oncológicos, mayoritariamente ancianos.

En los pacientes de edad avanzada esta valoración puede ser más difícil, aunque la geriatría pueda ayudar a hacerlo. Las dificultades surgen por varias vías. En primer lugar por la enorme heterogeneidad individual del colectivo. También por la mayor presencia de pluripatología, lo que favorece que la causa final de la muerte pueda calificarse de multifactorial. Y por la menor colaboración determinada por el aumento de sujetos con deterioro cognitivo. A todo ello podemos añadir la falta de información clínica derivada de su exclusión sistemática de los ensayos clínicos.

El resultado final es una gran dificultad para clasificar como terminales a los pacientes ancianos en base a las guías actuales. Todo lo anterior conduce a que la "National Hospice Organization" haya diseñado unos criterios más específicos que, aun sin resolver el problema, pueden ayudar en la búsqueda de soluciones (tabla 2).

Otro elemento común, nexo entre ambas especialidades, sería la existencia de una metodología de trabajo con numerosos características similares que van desde el esfuerzo por establecer de inicio una valoración geriátrica integral, hasta el carácter interdisciplinar ya mencionado para el trabajo diario.

Tabla 2.- Criterios para ingresar en un Cuidados Paliativos

<b>Insuficiencia Cardiaca:</b> NYHA grado IV, FEVI (fracción de eyeción del ventrículo izquierdo): <20%, situación refractaria a un tratamiento óptimo.
<b>Insuficiencia Respiratoria:</b> Disnea de reposo, FEV1 <30%, necesidad de acudir a urgencias de forma repetida, hipoxemia, hipercapnia, taquicardia en reposo, pérdida de peso.
<b>Demencia:</b> Vida cama/sillón, dependiente para las AVDs (actividades de la vida diaria), imposibilidad de comunicación, complicaciones médicas, desnutrición, rehusar alimentación artificial.
<b>Ictus:</b> 3 o más días en coma, mala respuesta cerebral, ausencia de respuesta verbal, dolor constante.
<b>Insuficiencia Renal:</b> Criterios de diálisis o trasplante negados, CCr <15 cc/min, creatinina sérica >8 mg/dl (>6 mg/dl en diabéticos).
<b>Insuficiencia Hepática:</b> No ser considerado apto para trasplante, albúminemia <2,5, tiempo de protrombina >5 seg. por arriba del control, sangrado por varices recurrente, caquexia, uso de alcohol.
<b>Uno de los criterios siguientes:</b> ascitis refractaria, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática, coma.

En el campo formativo, mientras no se alcance el reconocimiento oficial de la especialidad en Medicina Paliativa, parece necesario que determinados elementos doctrinales y prácticos que le son propios puedan ser incorporados, al menos en sus consideraciones más básicas, en los programas de residencia (médica y de enfermería) de algunas especialidades afines que nutren a día de hoy esos servicios. Por ejemplo en los de la propia geriatría, pero también en los de Medicina Interna, Medicina de familia, Medicina Intensiva o Anestesia. Otras vías útiles serían establecer programas conjuntos de colaboración formativa entre las sociedades científicas, y fomentar a cualquier nivel institucional cursos de postgrado con contenidos típicos de la medicina paliativa.

Con respecto a estos contenidos, un punto clave, común con otras especialidades, es el de adquirir un buen conocimiento para manejar síntomas como el dolor y la disnea, así como familiarizarse con la sedación, el empleo de fármacos, el acceso a vías venosas y cuestiones similares. Aprender a llevar a cabo una valoración individual de la situación funcional. Cabe añadir como otros elementos formativos comunes adquirir habilidades para la comunicación interpersonal. También, conocer y respetar los principios de la bioética.

Un documento reciente elaborado por la ACP (*Advanced Care Planning*) pone el énfasis en dos puntos, conocer a quien corresponde decidir si llega el caso y establecer y ayudar a cumplir los objetivos del paciente con respecto a sus propios cuidados. Además de los aspectos médicos este documento incluye referencias a los valores del paciente, sus deseos y sus miedos, y resalta lo importante de dejar siempre una puerta abierta a la esperanza (15).

### PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

También en este terreno pueden encontrarse similitudes. Una de ellas fue y es la reticencia a ser aceptadas y reconocidas oficialmente como especialidades por las administraciones y por el propio colectivo profesional. A esta dificultad se incorporan, sorprendentemente, las reticencias de algunas otras especialidades próximas que consideran, de un modo a mi juicio poco justificado y un tanto gremialista, que el reconocimiento de nuevas especialidades puede restar competencias o vías de desarrollo a las suyas propias,

La geriatría vivió esas dificultades en su momento pero superó la barrera del reconocimiento en 1978. Sin embargo, su entrada en los hospitales y en el mundo asistencial en general ha supuesto una lucha mantenida en el tiempo que sólo en las últimas décadas parece ir avanzando (16). La medicina paliativa, aún a falta de un reconocimiento oficial, ha conseguido que su entrada en el mundo asistencial se esté haciendo con una aceptación quizás mejor comprendida y asumida por el mundo profesional.

A partir de ahí podemos enumerar una larga serie de situaciones difíciles más o menos comunes con las que paliativistas y geriatras nos podemos encontrar. Algunas proceden del paciente y/o de su entorno; tienen que ver con el nivel educativo, cultural y económico del protagonista y con su manera de afrontar la situación. En otros casos de las dificultades para encontrar apoyos sociales y administrativos para acceder a determinados servicios. También, en ocasiones, juegan un papel importante cuestiones como las creencias y valores éticos del paciente y de su entorno, su capacidad de adaptación y de aceptación, e, incluso, eso que se conoce como resiliencia.

Es importante la disponibilidad o no de recursos paliativos en el entorno del paciente; escasa aún en España y en muchos países. Van surgiendo estudios que intentan superar algunas dificultades específicas en este terreno, Citaré uno procedente de los Estados Unidos en el que se plantea la posibilidad de prestar una atención paliativa domiciliaria. La iniciativa corresponde a una entidad denominada PATCH (*Palliative Access Through Care at Home*), y recoge la experiencia de un año, difícil, pero muy positiva del modelo PATCH: un programa domiciliario mixto (presencial y telefónico), con participación activa de cuidadores y con una respuesta satisfactoria. Merece destacarse que sus principales beneficiarios son ancianos y personas indigentes o discriminadas (afroamericanos) con pocas posibilidades de ser atendidos al modo tradicional (17).

A veces, en ambos campos los problemas provienen de la actitud del profesional. Un conocimiento escaso o poca capacidad y voluntad para abordar temas conflictivos (p.ej: para hablar del pronóstico o de temas como la eutanasia). También capacidad para afrontar cuestiones legales (p.ej: testamento) o espirituales (creencias religiosas). Ser consciente de que hay que proporcionar información, calibrando cuánta, cuándo, cómo y a quién. Resulta fundamental superar la tentación de adjudicar al paciente lo que son las propias convicciones. Hay que decidir si se mantienen o no tratamientos previos que con cierta frecuencia pueden ser considerados como fútiles. Y, en esa línea decidir sobre la continuidad/interrupción de la alimentación y/o hidratación.

Entre los problemas derivados del entorno el principal quizás sea la ya mencionada falta de reconocimiento por la administración de la especialidad de Medicina Paliativa. Al mismo tiempo la escasa presencia de estos servicios, de paliativos y geriátricos, sobre todo, fuera del medio hospitalario.

Añadiría en este contexto el riesgo de ser víctimas de una tendencia creciente caracterizada por diversas formas de manipulación externa interesada y que, en muchos casos, podrían calificarse de cínicas. Por ejemplo, es relativamente frecuente escuchar y leer en la prensa, incluso en medios profesionales, frases

como ¡Más paliativos y menos eutanasia! o titulares como el de un reciente editorial del periódico ABC (18) donde puede leerse “Que no se aborde este tema más de tres años después de que se aprueba la ley de eutanasia ... pone sobre la mesa una asimetría incomprendible”. No hace falta criminalizar la eutanasia para solicitar la extensión de los cuidados paliativos. No son cuestiones antagónicas. Incluso conviven con frecuencia en el mismo marco geográfico. No hace mucho conocíamos que en Bélgica, con la eutanasia legalizada desde 2002, el 60% de los casos tiene lugar en unidades de paliativos (19).

Desde la geriatría, también podemos encontrar perlas parecidas. Por ejemplo, algo que yo escuché con frecuencia en boca de gerentes de hospital, e incluso de algún consejero de sanidad durante mi época de presidente de la Sociedad: ¡Para qué quiero geriatras si me sobran internistas! Afortunadamente, esto ha ido evolucionando a mejor.

### REFLEXIÓN FINAL

Antes de cerrar mostraré un punto interesante acerca de lo que el médico piensa cuando la pregunta está centrada en uno mismo. Se trata de una encuesta llevada a cabo sobre 1157 médicos de varias especialidades (M. General, C. Paliativos, Geriatría y otras) procedentes de 5 países. Más del 90% quería intensificar medidas farmacológicas orientadas a aliviar síntomas, y por encima del 95% evitar técnicas de mantenimiento (sondas, nutrición o hidratación artificial, etc). Menos del 1 por cien aceptaría la resucitación cardiopulmonar. Más del 50% estaría a favor de la eutanasia, sobre todo en situaciones de cáncer o demencia. Todo ello traduce, según los autores del trabajo, diferencias importantes con lo que es la práctica diaria de esos mismos médicos (20).

Para terminar quiero resumir (Tabla 3) lo que, a mi juicio, los pacientes esperan (y demandan) en mayor medida de nosotros, médicos, sobre todo cuando el encuentro se produce en la situación que da origen a estos comentarios.

Tabla 3.- ¿Qué esperan de nosotros, médicos, el paciente y su entorno?

Competencia profesional

Conocimiento del medio y capacidad para adaptarse al mismo

Proximidad personal y afectiva (filantropia)

Responsabilidad mantenida (incluye tiempo y disponibilidad)

Respeto a los principios de la bioética

Cerraré estas reflexiones con un párrafo del documento de la Organización Mundial de la Salud, publicado en 2004, bajo el título de “*Palliative Care-the solid facts*”: “Todas las personas tienen derecho a recibir cuidados de calidad durante sus enfermedades más seria y a dignificar su muerte librándola de dolores insoportables y prestando atención a sus necesidades espirituales y religiosas” (21).

### DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera Casado JM.- Geriatría y cuidados paliativos: algunas reflexiones. Rev Esp Geriatr Gerontol 2013; 48:89-93.
2. Goldstein NE, Morrison RS.- The intersection between geriatrics and palliative medicine: a call for a new research agenda. J Am Geriatr Soc 2005; 53:1593-1598.
3. Tomasovic N.- Geriatric-Palliative Care units model for improvement of elderly care. Coll Anthropol 2005; 29:277-282.
4. Dietrick GE, Timlin A, Gardner B, Polomano RC.- Palliative Care and end-of-life care: World Wide Web resources for geriatrics. J Pain & Palliat Care Pharmat 2006; 20(3):47-56 doi.org/10.1080/J354v20n03\_n.
5. World Health Organization (European Region).- Palliative care for older people: Better practices. Copenhague. 2011.
6. Report of the Geriatric-Hospice and Palliative Medicine work group. (American Geriatric Society and American Academy of Hospices and Palliative Medicine leadership collaboration).- AGS/AHPM. J Am Geriatr Soc 2012; 60:583-587.
7. Brighi N, Balducci L, Biasco G.- Cancer in the elderly: it is time for palliative care in geriatric oncology? J Geriatr Oncol 2014; 5:197-203.

8. Visser R, Borgstrom E, Holti R.- The overlap between geriatric medicine and palliative care: A scopy literature review. *J Appl Gerontol* 2021; 40:355-364.
9. Hasan EA, Elsayed DM, Monged HH, Abdellwahad BT.- Frailty and fear of death among geriatric patients in critical care units: A mixed methods study. *Nurs Crit Care* 2025; Doi 10.1111/nicc.13219.
10. Ribera Casado JM.- Los tiempos de la Geriatría (cien años de compromiso con la salud del mayor). Senda Editorial (ISBN: 902-105-389). Madrid. 2012. Pg:102.
11. Sanders C.- Terminal care in medical oncology. En Bagshawe KD (ed). *Medical oncology. Medical aspects of malignant disease*. Blackwell. Oxford. 1975 pg:563-576.
12. WHO.- *Definitin of Palliative Care*. Geneve 2010.
13. Real Decreto 1277/2003: Bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Madrid. 2003
14. Potter JF.- A challenge for the Hospice movement. *N Engl J Med* 1980; 302:536.
15. Toledo-Franco L, Peters J, Kamal AF, Traver C.- Advanced Care Planning: What, When and How". *Mo Med* 2025; 122(2):129-137.
16. Ribera Casado JM.- 75 años de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: 1948-2023. Ed. Abbott y Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (ISBN. 978-84-09-49674-7). Madrid. 2023. 228.
17. Holley APH, Bhat RG, Dale W, et al.- Palliative access through care at home: experiences with an urban, geriatric home palliative care program. *J Am Geriatr Soc* 2009 57:1925-1931.
18. Editorial.- Una ley de cuidados paliativos. ABC (4.junio.2025, pg 4).
19. Ribera Casado JM.- Ley de Eutanasia y Medicina Paliativa.- Balance Sociosanitario de la dependencia y la discapacidad. Mayo-2021. (n 112. Pg 4).
20. Farrario C.- Univadis (resumen.5.II.25). Mroz S (End-of-Life care research group. U Libre de Bruselas y U. de Gante)
21. WHO.- *Palliative Care-the solid facts*. Geneve. 2004

---

**Si desea citar nuestro artículo:**

Ribera Casado JM. *Geriatría y Cuidados Paliativos: dos especialidades médicas con numerosos puntos en común*. An RANM. 2025;142(03): 239–245. DOI: 10.32440/ar.2025.142.03. rev02

---