



---

<https://doi.org/10.15446/cr.v11.124826>

## VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN CON INFECCIÓN POR VIH

**Palabras clave:** VIH; Envejecimiento Prematuro; Evaluación Geriátrica; Directivas Anticipadas; Cuidado Terminal.

---

Heider Alexis Bautista-Mier

Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá  
- Facultad de Medicina -  
Especialidad en Geriatría -  
Bogotá D. C. - Colombia

### Correspondencia

Heider Alexis Bautista-Mier.  
Especialidad en Geriatría, Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional de Colombia.  
Bogotá D.C. Colombia.  
Correo electrónico: hbautistam@unal.edu.co

## EDITORIAL

Las personas mayores que viven con VIH usualmente enfrentan problemas de salud importantes como multimorbilidad, polifarmacia, fragilidad y discapacidad. Pueden presentar inflamación crónica de bajo grado, inmunosenescencia acelerada, toxicidad acumulada de tratamientos previos y condiciones de vulnerabilidad social, factores que favorecen la aparición de una discordancia entre la edad biológica y la edad cronológica (1-3). En este sentido, la toma de decisiones solo con base en el número de años de vida cumplidos deja de ser clínicamente razonable y éticamente sostenible en esta población.

La valoración geriátrica integral (VGI) ofrece una mirada holística, estructurada y orientada a definir qué problemas importan y qué es posible modificar, y a ubicar en el centro de la atención al paciente, reconociendo durante la atención qué es lo que a este más le importa (4-8).

En un reciente artículo publicado en la Revista Case Reports, Céspedes-Sierra *et al.* (9) presentan el caso de un hombre diagnosticado con VIH en estadio 3C a la edad de 50 años, en el cual evidencian, con crudeza, que las personas con VIH presentan envejecimiento acelerado. Para esto, a lo largo del caso los autores describen la aparición progresiva de múltiples comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica en hemodiálisis, tuberculosis miliar, entre otras) y el desarrollo de síndromes geriátricos clásicos (caídas, deterioro cognitivo, malnutrición, lesiones por presión, incontinencia, inmovilidad, entre otros) que lo llevaron a pasar de ser una persona autónoma a presentar total dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 0/100) y tener un puntaje elevado en escalas pronósticas. Lo anterior, también refleja el alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial de esta población, los procesos que deben atravesar cuando requieren atención hospitalaria para superar condiciones agudas y severas, y cómo su capacidad de rehabilitación se ve limitada. Esto último se debe a la presencia de homeostenosis y al desarrollo de fragilidad, factores que llevan a un deterioro funcional severo.

En este caso, después de reconocer el escaso potencial rehabilitador y el elevado riesgo de mortalidad, se decidió que la mejor opción del paciente era ingresarlo a un programa de cuidados paliativos domiciliarios donde se prioriza el control sintomático, el apoyo a la familia y el respeto por sus deseos (9). De esta manera, el sujeto pasó sus últimos días en su casa, en donde finalmente falleció.

A partir de este caso, los autores argumentan que la VGI, aplicada de forma oportuna, puede ayudar a orientar los objetivos de la atención, evitar intervenciones desproporcionadas y facilitar una planificación anticipada de cuidados más coherentes con la situación clínica y los valores del paciente, lo cual permite optimizar su calidad de vida durante el proceso de envejecimiento, favorece una muerte digna y ofrece apoyo al cuidador (9).

Este reporte es relevante por varias razones. En primer lugar, evidencia que las personas mayores con VIH presentan un envejecimiento fisiológico acelerado asociado a inflamación crónica, acumulación de daño celular y molecular, así como a condiciones de vulnerabilidad social, lo que se traduce en un mayor riesgo de desarrollar síndromes geriátricos desde edades cronológicas relativamente tempranas. En segundo lugar, pone de manifiesto las consecuencias prácticas de continuar utilizando puntos de corte de edad arbitrarios para una evaluación multidimensional y holística como la VGI, lo cual puede entorpecer el proceso de atención de los pacientes. Finalmente, muestra cómo la ausencia de una mirada geriátrica estructurada puede favorecer la implementación de múltiples intervenciones de alto costo que, al final, no aportan un beneficio clínico significativo y por, el contrario, pueden afectar negativamente la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores.

Desde una perspectiva metodológica, la principal fortaleza del artículo reside en la riqueza clínica y narrativa del caso. Los autores no se limitan a enumerar diagnósticos, sino que describen la evolución funcional, cognitiva, emocional y social del paciente, lo que permite al lector reconocer, casi en cada párrafo, dominios clásicos de la VGI. En este sentido, dejan un mensaje contundente para la práctica clínica: en las personas mayores con VIH, la VGI permite identificar de manera sistemática problemas clínicos, funcionales, cognitivos, afectivos y sociales que suelen pasar desapercibidos en una consulta centrada solo en la carga viral o el recuento de CD4; posibilita la estratificación de la fragilidad y de la expectativa funcional, ofreciendo un marco más realista para discutir la conveniencia de intervenciones invasivas, y facilita la definición explícita de objetivos de cuidado alineados con los valores y deseos del paciente, integrando el enfoque paliativo desde etapas tempranas cuando corresponde (10-12).

Finalmente, este caso pone de manifiesto que la VGI no es solo una lista de escalas, sino una herramienta de gran utilidad en el proceso de toma de decisiones compartida. Su aplicación ofrece la oportunidad de promover un diálogo profundo y empático entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia que permita abordar el pronóstico, las voluntades y las preferencias con el objetivo de ofrecer una atención individualizada, evitar daños innecesarios y acompañar a los pacientes hacia trayectorias de cuidado más coherentes con sus necesidades y deseos.

## REFERENCIAS

1. Masters MC, Landay AL, Robbins PD, Tchkonia T, Kirkland JL, Kuchel GA, et al. Chronic HIV Infection and Aging: Application of a Geroscience-Guided Approach. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;89(Suppl 1):S34-S46. <https://doi.org/p5bz>.
2. Montano M, Oursler KK, Xu K, Sun YV, Marconi VC. Biological ageing with HIV infection: evaluating the geroscience hypothesis. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(3):e194-e205. <https://doi.org/qjm3>.
3. Teer E, Mukonowenzou NC, Essop MF. HIV, Inflammation, and Immunometabolism: A Model of the Inflammatory Theory of Disease. *Viruses*. 2025;17(6):839. <https://doi.org/qjm4>.

4. Greene M, Justice AC, Covinsky KE. Assessment of geriatric syndromes and physical function in people living with HIV. *Virulence*. 2017;8(5):586–98. <https://doi.org/p5bx>.
5. Sangarlangkarn A, Appelbaum JS. Comprehensive Geriatric Assessment in Older Persons With HIV. *Open Forum Infect Dis*. 2020;7(11):ofaa485. <https://doi.org/p5b2>.
6. John MD, Greene M, Hessol NA, Zepf R, Parrott AH, Foreman C, et al. Geriatric Assessments and Association With VACS Index Among HIV-Infected Older Adults in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(5):534–41. <https://doi.org/gjqnpb>.
7. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing*. 2018;47(1):149–55. <https://doi.org/gcwd27>.
8. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing*. 2022;51(5):afac104. <https://doi.org/gqgvt9>.
9. Céspedes-Sierra KT, Sierra-Gómez VM, Ríos-Pineda JX, Hoyos-Porto. Valoración geriátrica integral en el envejecimiento acelerado de una persona mayor con VIH. Reporte de caso. *Case Reports*. 2025;11. <https://doi.org/10.15446/cr.v11.115073>.
10. Goldstein D, Kiplagat J, Taderera C, Whitehouse ER, Chimbetete C, Kimaiyo S, et al. Person-centred care for older adults living with HIV in sub-Saharan Africa. *Lancet HIV*. 2024;11(8):e552–e560. <https://doi.org/qjm5>.
11. Sangarlangkarn A, Avihingsanon A, Appelbaum JS. Application of Geriatric Principles and Care Models in HIV and Aging. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*. 2017;42:119–33. <https://doi.org/qjm6>.
12. Zhabokritsky A, Falutz J. Frailty in people with HIV: a geriatric syndrome approach to aging with HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2025;20(4):344–9. <https://doi.org/qjm7>.