



ARTÍCULO ESPECIAL

1.ª Reunión Nacional de Trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría: documento de consenso

Maite Antonio^{a,*}, Juana Saldaña^b, Francesc Formiga^d, Alicia Lozano^c, Jesús González-Barboteo^e, Paz Fernández^a, Fernando Arias^c, Lorena Arribas^a, Elisabeth Barbero^a, María del Mar Bescós^e, María Jesús Boya^d, Pilar Bueso^b, Ana Casas^b, Emma Dotor^b, Eduard Fort^a, Pilar García-Alfonso^b, Ismael Herruzo^c, Mireia Llonch^d, Germà Morlans^e, Maria Teresa Murillo^c, Gustavo Ossola^c, Inma Peiró^a, Fabiola Saiz^e, Javier Sanz^c, José Antonio Serra^d, Jordi Trelis^e, Antonio Yuste^d y miembros del grupo de trabajo en la 1.ª Jornada de Nacional de Oncogeriatría

^a Comisión de Onco-Geriatria, Institut Català d'Oncologia l'Hospitalet, Hospital Duran i Reynals, Barcelona, España

^b Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

^c Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR)

^d Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)

^e Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de mayo de 2012

Aceptado el 21 de mayo de 2012

On-line el 6 de octubre de 2012

Palabras clave:

Anciano
Neoplasia
Geriatria

Keywords:

Aged
Neoplasms
Geriatrics

R E S U M E N

El pasado día 2 de junio de 2011 el Institut Català d'Oncologia l'Hospitalet-Hospital Duran i Reynals acogió la primera Reunión de Trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría. La idea de la reunión, iniciativa de las Sociedades Médicas de Oncología Radioterápica, Geriatria y Gerontología, Cuidados Paliativos y Oncología Médica, fue la de iniciar una línea de trabajo conjunta entre las diferentes especialidades que intervienen habitualmente en el manejo del paciente de edad avanzada con patología oncológica. En este documento se recoge un resumen de los temas tratados.

© 2012 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

1st National Meeting of Multidisciplinary Work in Oncogeriatrics: Expert Consensus Document

A B S T R A C T

On 2nd of June 2011 the Institut Català d' Oncologia l'Hospitalet-Hospital Duran i Reynals hosted the first Meeting of Multidisciplinary Work in Oncogeriatrics. The reason for the meeting, which follows on from an initiative of the Medical Societies of Radiotherapy, Oncology, Geriatrics and Gerontology and Palliative Care and Medical Oncology, was to initiate a joint line of work among the different specialties that generally take part in the handling of the elderly patient suffering from oncologic pathologies. This document summarises the different subjects covered during the Meeting.

© 2012 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Más de 200.000 personas son diagnosticadas anualmente de cáncer en España¹. Este dato supone, en términos prácticos

de riesgo individual, que uno de cada 3 habitantes de nuestro país será diagnosticado de cáncer en algún momento de su vida.

Uno de los aspectos más frecuentemente olvidados sobre el impacto que supone el cáncer en nuestro país es el de la frecuencia de la enfermedad en las personas de más de 65 años de edad. El factor de riesgo que más se asocia al desarrollo de cáncer es la edad²; cuantos más años vivimos, mayor es la probabilidad de ser diagnosticado de esta enfermedad. La mitad de los nuevos casos de cáncer que se van a diagnosticar en el futuro y 2/3 de las muertes

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mantonio@iconcologia.net (M. Antonio).

causadas por esta patología, se producirán en personas de más de 65 años de edad.

El progresivo envejecimiento de nuestra población (actualmente ya el 18% de la misma tiene más de 65 años y se estima que en el año 2050 serán el 34% de todos los habitantes)³ y la mayor incidencia de cáncer en edades avanzadas hace que cada vez sea mayor el grupo de pacientes ancianos susceptibles de recibir un tratamiento oncoespecífico. La atención al paciente de edad avanzada con cáncer se ha convertido en un problema clínico de primer orden.

Los cambios fisiológicos que aparecen en el proceso de envejecimiento se asocian a un aumento en el riesgo de padecer cáncer, pero también afectan a la propia actividad tumoral y a la respuesta y tolerancia al tratamiento. El envejecimiento es, además, un proceso complejo que, cambios fisiológicos aparte, puede influir en la capacidad de la persona para afrontar la enfermedad y el tratamiento, y afectar a su bienestar, autonomía, sentimientos y emociones².

La Oncogeriatría no es una disciplina nueva en sí misma, sino el punto donde convergen 3 aspectos clave de nuestra situación demográfica y sanitaria: el envejecimiento poblacional, la mayor incidencia de cáncer en el paciente de edad avanzada y la complejidad del manejo del paciente anciano. El objetivo de la Oncogeriatría ha de ser optimizar la atención global que el paciente anciano con cáncer requiere.

Aunque en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de ensayos clínicos diseñados específicamente para personas mayores, aún es escasa la representación de este grupo poblacional en la literatura, lo que dificulta disponer de la evidencia científica necesaria a la hora de plantear protocolos terapéuticos.

Lo que sí ha sido probado y reconocido por los profesionales sanitarios es que la edad cronológica no representa, en absoluto, la situación biológica del paciente. El envejecimiento se caracteriza por una gran heterogeneidad en el estado de salud y, por tanto la edad por sí sola no puede emplearse como variable discriminatoria a la hora de decidir una opción terapéutica². La decisión sobre el tratamiento antineoplásico que ha de recibir un paciente debe basarse, no solo en la información sobre el tumor, sino también en la capacidad física y mental, y situación social del paciente para afrontar y tolerar el tratamiento. Ni la edad es suficiente para contraindicar un tratamiento, ni el diagnóstico de cáncer ha de suponer automáticamente la indicación del mismo. Es preciso realizar una valoración en profundidad que incluya, además de los aspectos médicos, otros que son igualmente importantes como la situación física, mental (cognitiva y emocional) y la cobertura sociofamiliar.

Existe base científica que apoya la necesidad de que el paciente anciano con cáncer que vaya a recibir un tratamiento oncoespecífico debe ser evaluado de forma específica mediante una valoración geriátrica integral (VGI)⁴. La VGI es una herramienta de valoración que evalúa de manera integral todos aquellos aspectos de la vida del paciente que pueden tener un impacto en el desarrollo de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento⁵⁻⁷. La VGI será útil para detectar la posible presencia de *fragilidad*. Aunque la definición de fragilidad no está consensuada, se considera a aquel síndrome clínico, fruto de una disminución de las reservas fisiológicas, que condiciona una menor capacidad de respuesta al estrés y que se asocia a mayor riesgo de incapacidad y mayor morbimortalidad⁸. Se ha demostrado que la fragilidad se relaciona con malos resultados terapéuticos.

La realización de la VGI nos ayudará a crear un sistema de estratificación de los pacientes en función del grado de fragilidad. La propuesta por Balducci clasifica los pacientes en 3 tipos:

- *Tipo 1*: paciente funcionalmente independiente sin grandes comorbilidades. Candidato a recibir el tratamiento oncoespecífico en condiciones estándar.

- *Tipo 2*: paciente parcialmente dependiente con no más de 2 comorbilidades. Puede beneficiarse de un tratamiento oncoespecífico modificado con intención estándar.
- *Tipo 3*: paciente dependiente, con 3 o más comorbilidades o presencia de un síndrome geriátrico. Candidato a tratamiento sintomático exclusivamente.

Para conseguir los mejores resultados, el abordaje integral del paciente de edad avanzada con cáncer requiere la intervención de un equipo multidisciplinar.

En este sentido, la Sociedad Internacional de Oncogeriatría (SIOG) exponía en el 2000^{9,11}:

«son necesarias las unidades de Oncología Geriátrica en las que el paciente mayor reciba un abordaje individual, de acuerdo a su esperanza de vida, comorbilidades, estado nutricional y estado psicoemocional» «los datos obtenidos en los estudios de adultos no siempre son apropiados para la población mayor con cáncer, con características especiales y con aumento de enfermedades asociadas».

Este planteamiento de abordaje integral presenta hoy por hoy algunos puntos sin resolver. Uno de los principales es establecer a partir de qué edad los pacientes deben ser evaluados mediante VGI. Otro punto es la falta de consenso sobre las escalas a utilizar para evaluar cada una de las variables que integran la VGI; generalmente, las escalas usadas en oncología no correlacionan con las usadas en geriatría^{5,7}.

Los centros sanitarios españoles con actividad oncológica verán cómo en los próximos años crece el número de pacientes y cómo este crecimiento se concentra en el paciente de edad avanzada con sus necesidades. La diversidad de características y de recursos de estos centros dificulta el poder proponer una estrategia asistencial única. No todos los centros disponen de equipos multidisciplinarios entrenados para realizar una VGI. Expertos en Oncogeriatría defienden la utilización de instrumentos de screening, sencillos y breves, que permitan identificar qué pacientes de edad avanzada se van a beneficiar de una VGI².

Teniendo en cuenta estos precedentes, a partir de una iniciativa de la comisión de Oncogeriatría del Institut Català d'Oncologia, se organizó una reunión de trabajo entre miembros de las sociedades españolas de Geriatría y Gerontología (SEGG), Oncología Médica (SEOM), Oncología Radioterápica (SEOR) y Cuidados Paliativos (SECPAL). Los objetivos principales de esta I Jornada de Trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría fueron: conocer la situación de la Oncogeriatría en España, detectar necesidades y elaborar un plan de acciones futuras que incluyan la unificación de criterios evaluadores y que contemplen la participación de otras disciplinas no médicas implicadas en el manejo del cáncer, la creación de protocolos asistenciales y la realización de estudios dirigidos a población anciana.

Metodología de la Reunión

En la reunión de trabajo participaron 27 profesionales seleccionados por las distintas sociedades: 5 geriatras, 5 oncólogos médicos, 6 oncólogos radioterápicos, 5 paliatólogos y 6 miembros de la comisión de Oncogeriatría del ICO. La actividad se estructuró en 2 sesiones. En la primera, se plantearon, por especialidades, preguntas abiertas dirigidas a recoger las principales inquietudes y dificultades que el manejo del paciente anciano geriátrico plantea en la práctica diaria (tabla 1). En la segunda, divididos en grupos de trabajo multidisciplinarios, se elaboraron las conclusiones que se reflejan en el presente documento.

Tabla 1
Preguntas abiertas planteadas para la discusión

1. Situación de la Oncogeriatría en cada uno de los centros
2. Intervención oncológica precoz en el paciente anciano
3. Instrumentos de evaluación o cribaje
4. Modelos de intervención y/u organización
5. Circuitos e criterios de derivación a otras disciplinas
6. Seguimiento de los pacientes no subsidiarios a tratamiento oncoespecífico
7. Aportación de los Cuidados Paliativos a la Oncogeriatría
8. Necesidad de guías específicas en el manejo sintomático en paciente anciano con cáncer avanzado
9. Otras sugerencias o comentarios

Resultados y discusión

Situación actual de la Oncogeriatría en España

En líneas generales, en nuestro país está poco extendido el concepto de Oncogeriatría. A pesar de la evidente necesidad de establecer bases comunes en el manejo del paciente oncológico de edad avanzada, no existe en este momento en España consenso sobre cómo organizar y actuar al respecto. Existen iniciativas aisladas en diferentes centros de la geografía española, pero son muy diversos y organizados en función de la estructura del centro y de los recursos disponibles.

Aunque se asume que edad cronológica no es sinónimo de edad biológica y que como en la población general el paciente anciano debería ser diagnosticado y tratado de forma estandarizada y universal, actualmente la decisión sobre el tratamiento oncoespecífico suele recaer en la valoración *subjetiva* del oncólogo. Son pocos los centros que disponen de unidades multidisciplinarias necesarias para la realización de VGI.

Recomendaciones generales

- En todo centro hospitalario donde se administran tratamientos oncoespecíficos debería existir una Comisión de Oncogeriatría responsable de estudiar las necesidades y rentabilizar los recursos del centro, así como de coordinar las acciones a emprender. Dicha comisión debería estar compuesta, como mínimo, por miembros de las siguientes disciplinas: Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Enfermería, Trabajo Social y Geriatría/Medicina interna (según los centros), siendo recomendable incorporar también expertos en psicología, nutrición, fisioterapia y farmacia.
- Implicar a los profesionales de Atención Primaria, (médicos y enfermeras) en el proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento. Su posición angular en todo el recorrido asistencial les permite ejercer un papel integrador que garantice la continuidad asistencial, así como la gestión de recursos domiciliarios cuando sea necesario.
- Destacar la importancia de la detección precoz de fragilidad. Muchas situaciones consideradas como limitantes a la hora de plantear un tratamiento son reversibles si se realiza una intervención adecuada. Consideramos que todo paciente mayor de 75 años debería ser evaluado desde un punto de vista geriátrico con un método de detección básico antes de ser derivado a un centro hospitalario.

Se considera fundamental ofrecer una atención integral que aborde, no solo la necesidad de realizar un tratamiento oncoespecífico, sino también otras necesidades como pueden ser las sociales o emocionales. Este abordaje debe realizarse a través de una intervención multi e interdisciplinar que conceda capacidad de anticipación a los problemas y necesidades de estos pacientes.

Evaluación

- Todo paciente oncológico de edad avanzada, excepto aquellos que se encuentran en situación de últimos días o semanas, debe ser evaluado como potencialmente tratable, con intención radical o paliativa, en función de la situación del tumor, de la expectativa de vida y del estado de salud determinado mediante valoración geriátrica global.
- Se propone como opciones organizativas de evaluación geriátrica en hospitalario las siguientes:
 - **Modelo integrado:** Consiste en incorporar un equipo evaluador en los diferentes comités de tumores que incluya geriatra, paliatólogo, trabajo social, oncólogo médico, oncólogo radioterápico, hematólogo, entre otros. El paciente se sitúa en el centro del proceso y las especialidades alrededor. Se considera que este modelo es el ideal aunque es difícil de poner en práctica por el contexto económico actual y los recursos necesarios.
 - **Modelo de colaboración:** esta opción se basa en el intercambio de competencias entre profesionales. El oncólogo ha de concienciarse de la importancia de la valoración geriátrica e incorporarla al proceso diagnóstico y viceversa, el geriatra debe incluir variables oncológicas (toxicidad, supervivencia asociada al tumor, etc.) en la valoración geriátrica utilizada para estratificar el riesgo de fragilidad del paciente. Este modelo es difícil de organizar a corto plazo. Incluso para una aplicación parcial, se requiere tiempo para la sensibilización de los profesionales implicados.
 - Realizar un screening básico en el comité o unidad funcional de oncología para detectar pacientes con necesidad de ser evaluados mediante una VGI por personal cualificado. Se considera la opción más viable y aplicable en cualquier centro sanitario. Se requiere concienciación de los distintos comités para la realización de una valoración básica. No supone un aumento de recursos.
- Screening.
 - El objetivo de la realización del screening básico es detectar aquellos pacientes vulnerables candidatos a ser evaluados mediante una VGI.
 - Debería llevarse a cabo en todos los pacientes diagnosticados de cáncer mayores de 75 años.
 - Debe ser realizado por profesionales del entorno oncológico especialmente entrenados (oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos y enfermería especializada).
 - La valoración debe incluir, como mínimo, las esferas cognitiva, funcional y sociofamiliar.
 - Las herramientas utilizadas deben estar validadas y ser de aplicación sencilla.
- Valoración geriátrica integral.

El objetivo es estratificar el riesgo de fragilidad para planificar la intención del tratamiento. Se recomienda clasificación de Balducci¹⁰.

 - No existe un consenso en las escalas a utilizar. Sin embargo, se recomienda realizar una evaluación sistemática del estado cognitivo, funcional y psicosocial a través de escalas específicas. Su uso permitiría conocer el estado de salud basal inicial y monitorizar su evolución a lo largo de la enfermedad.
 - Se recomienda utilizar las mismas herramientas de VGI que para la población anciana en general.
 - Tras screening negativo o VGI el paciente podrá recibir un tratamiento oncoespecífico radical o paliativo, adaptado o no, o tratamiento sintomático.
- En el paciente anciano tiene especial importancia de evaluar la existencia de un cuidador efectivo que ejerza de soporte durante todo el proceso terapéutico.

Tratamiento

- Los pacientes deberían ser valorados para recibir tratamiento por patologías, independientemente de la edad.

La intención de un tratamiento oncoespecífico puede ser radical, complementario o adyuvante, o paliativo. Desestimar un tratamiento radical o adyuvante no necesariamente implica descartar el paliativo. De igual manera, es importante aclarar que tratamiento oncológico paliativo no es sinónimo de tratamiento sintomático.

- Antes de indicar un tratamiento, hay que valorar la posible toxicidad asociada, teniendo en cuenta la reducción en la reserva funcional del paciente de edad avanzada. Hay que vigilar especialmente la función cardíaca y renal, el riesgo de deshidratación y la toxicidad hematológica. Las mayores dudas surgen en los tratamientos adyuvantes, cuando la intención de evitar recidivas debe hacerse considerando una toxicidad asumible.
- Destacar la importancia de una enfermería especializada, bien formada, para dar soporte al tratamiento y al manejo de las toxicidades más habituales.
- Insistir en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los síndromes geriátricos: desnutrición, cuadro confusional agudo, deterioro funcional, caídas, etc.
- Respecto al manejo estrictamente sintomático del paciente, no se considera necesario elaborar guías específicas. Se propone estimular la aplicación de las ya existentes para otros grupos de edad y, en cualquier caso, adaptarlas.
- Las Unidades de Cuidados Paliativos pueden intervenir en:
 - casos de dificultad en el control de síntomas con independencia del tratamiento que esté recibiendo el paciente.
 - colaborar en situaciones de dificultad de comunicación con familiares (por ejemplo, ayuda en el proceso de dar malas noticias).
 - aportar su conocimiento de escalas de pronóstico vital para ayudar a tomar decisiones.
 - Soporte ante la aparición de dilemas o conflictos éticos.

Seguimiento

- Hay que establecer circuitos de derivación organizados en función de los recursos disponibles en cada área.
- Si tras la valoración oncogeriátrica se determina que el paciente es candidato a recibir un tratamiento exclusivamente sintomático, se establecerá en función del grado de complejidad, qué profesional debe asumir el seguimiento del paciente: Atención Primaria, Geriátrica, Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias y Unidades de Atención Domiciliaria. La intervención de las Unidades de Cuidados Paliativos queda limitada a pacientes que cumplan determinados criterios de complejidad. En función de los síntomas a controlar, se propone:
 - paciente con síntomas controlados, derivación a Atención Primaria.
 - paciente que requiere atención específica «no oncológica», derivación a Geriátrica.
 - paciente complejo con síntomas mal controlados, derivación a unidades hospitalarias de Cuidados Paliativos o servicios de atención domiciliaria.

Futuro

Como líneas de trabajo futuras se propusieron las siguientes:

- Generar sensibilización social, de profesionales de niveles asistenciales y de las administraciones sanitarias.

Tabla 2

Resumen de las principales conclusiones de la jornada

- En todo centro hospitalario donde se realizan tratamientos oncoespecíficos debería existir una comisión de Oncogeriatría
- La toma de decisión sobre el tratamiento a realizar en el paciente de edad avanzada debe realizarse en Comités organizados por patología
- Se recomienda la realización de un screening básico a todo paciente > 75 años con el fin de detectar aquellos pacientes que requieran una valoración Geriátrica Integral (VGI)
- Este screening debe incluir una valoración de las esferas funcional, cognitiva y sociofamiliar
- Es necesario consensuar las escalas de valoración a utilizar para poder diseñar y homogeneizar protocolos de actuación, y unificar bases de datos que nos permita analizar y extrapolar conclusiones
- Es necesario sensibilizar e implicar a profesionales de niveles asistenciales no hospitalarios en el proceso de evaluación y seguimiento

- Estimular la difusión a través de cada una de las sociedades y sus órganos de expresión.
- Fomentar y realizar la formación pre y posgrado específica en esta área de los distintos profesionales implicados (enfermería, facultativos, psicólogos, . . .), así como de la sociedad civil (asociaciones de pacientes, . . .)
- A nivel de investigación:
 - Promover la investigación multidisciplinar.
 - Realizar trabajo en red.
 - Se considera una necesidad ineludible el generar ensayos clínicos conjuntos diseñados específicamente para paciente anciano. Dentro de las líneas de investigación propuestas, destacar los estudios para la validación de las escalas de evaluación. Sus resultados permitirían diseñar y homogeneizar protocolos de actuación, y unificar bases de datos para poder analizar y extrapolar conclusiones.
 - Generar bases de datos individuales y comunes sobre tratamiento y toxicidad.
 - Definir indicadores de calidad que permitan evaluar la validez de las estrategias utilizadas y establecer objetivos de calidad asistencial.
- Participar en la SIOG como grupo español. Se plantea la posibilidad de crear la Sociedad Española de Oncogeriatría.
- Iniciar contactos con las distintas administraciones para estimular apoyo institucional y favorecer el desarrollo de las iniciativas propuestas, con el objetivo claro de conseguir beneficio de los pacientes y una buena relación coste-eficacia de los recursos.
- Establecer un calendario de reuniones periódicas (tabla 2).

Conclusiones

La 1.ª Reunión de Trabajo Multidisciplinar de Oncogeriatría en España concluyó con muchas propuestas e ilusiones, pero también con dudas y cuestiones que han quedado pendientes de resolver. Sin embargo, el espíritu de la misma es realizar una llamada de atención a los profesionales de distintas disciplinas y a las instituciones sanitarias sobre la necesidad de realizar una aproximación específica al anciano con cáncer, así como de dotar a los centros sanitarios de los recursos necesarios para su correcta realización.

Con la idea de consolidar esta línea de trabajo multidisciplinar se propone la creación y consolidación de un Grupo de Trabajo Específico con miembros de cada sociedad científica implicada, que vele por el tratamiento individualizado de los pacientes de este grupo de edad.

Sensibilizar y difundir la «cultura» de la Oncogeriatría como disciplina global, así como potenciar la investigación en este ámbito es el principal reto que nos marcamos para el futuro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sánchez MJ, Payer T, De Angelis R, Larrañaga N, Capocaccia R, Martínez C, for the CIBERESP Working Group. Ann Oncol. 2010;21 Suppl. 3:iii30-6.
2. Terret C, Zulian GB, Naiem A, Albrand G. Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient. J Clin Oncol. 2007;25:1876-81.
3. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es> [consultado 23 Abr 2012].
4. NCCN. Practice Guidelines in Oncology: Senior Adult Oncology, 2010 [consultado 23 Abr 2012]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
5. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: Recommendations from the task force on CGA of the international society of geriatric oncology (SIOG). Crit Rev Oncol Hematol. 2005;55:241-52.
6. Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. J Clin Oncol. 2007;25:1824-31.
7. Hurria A, Lichtman SM, Gardes J, Li D, Limaye S, Patil S, et al. Identifying vulnerable older adults with cancer: Integrating geriatric assessment into oncology practice. J Am Geriatr Soc. 2007;55:1604-8.
8. Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A task force on frailty assessment of older people in clinical practice. J Nutr Health Aging. 2008;12:29-37.
9. Disponible en: <http://www.siog.org> [consultado 23 Abr 2012].
10. Balducci L. Management of cancer in the elderly. Oncology (Williston Park). 2006;20:135, 43, discussion 144, 146, 151-2.
11. Monfardini A, Aapro M, Bennett JM, Mori M, Regenstreif D, Rodin M, et al. Organization of the clinical activity of Geriatric Oncology: Report of a SIOG (International Society of Geriatric Oncology) task force. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2007;62:62-73.