



## ARTÍCULO ESPECIAL

## Propuesta de desarrollo de una unidad de oncogeriatría. Tiempos de cambio: nuestra realidad



Francisco Javier Martínez Peromingo<sup>a</sup>, Carlos Oñoro Algar<sup>a</sup>, M. Elena Baeza Monedero<sup>a,\*</sup>, Cristina González de Villaumbrosia<sup>a</sup>, Diego Real de Asua Cruzat<sup>a,c</sup> y Raquel Barba Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

<sup>c</sup> Division of Medical Ethics, Department of Medicine, Weill Cornell Medical College, Nueva York, Estados Unidos

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 10 de septiembre de 2017

Aceptado el 24 de octubre de 2017

On-line el 26 de noviembre de 2017

## Palabras clave:

Oncogeriatría

Fragilidad

Valoración geriátrica integral

Cáncer

## RESUMEN

La edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer. Se espera que el ritmo actual de envejecimiento poblacional tenga un impacto sin precedentes sobre la incidencia de diversos tumores. De hecho, el abordaje de los pacientes oncológicos de edad avanzada es ya un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Sin embargo, estos pacientes han sido tradicionalmente excluidos de los ensayos clínicos, y están ausentes de los protocolos habituales de tratamiento oncológico. Por ello, los profesionales de salud se encuentran en territorio desconocido, sin herramientas con que enfrentarse a las múltiples dificultades que se plantean a diario en el tratamiento de estos pacientes. La valoración geriátrica integral se posiciona como una herramienta ideal para una correcta detección de problemas ocultos, facilitar la toma de decisiones sobre las opciones de tratamiento en pacientes complejos, y coordinar la asistencia de los pacientes ancianos con comorbilidad.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Proposed development of a geriatric oncology unit. Times of change: Our reality

## ABSTRACT

Age is one of the main risk factors for the development of cancer. It is expected that the progressive aging of the population will have an unprecedented impact on the incidence of various tumours. In fact, the management of elderly cancer patients is already a major public health problem in developed countries. However, elderly patients have systematically been excluded from cancer drug studies or protocol development. This has left health professionals in uncharted territory, without proper tools to address the multiple difficulties that arise in the treatment of these patients. A comprehensive geriatric assessment may serve as an ideal tool for the correct detection of hidden problems, facilitating treatment decisions in these complex patients, and integrating the care of patients with comorbidities.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Keywords:

Geriatric oncology

Frailty

Geriatric assessment

Cancer

## Introducción

Europa, y más concretamente España continúan envejeciendo. Según los datos del padrón continuo del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2015, 8.573.985 personas eran mayores de

65 años, lo que representa el 18,4% de la población española<sup>1</sup>. Dado que uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer es la edad se espera que este ritmo de envejecimiento poblacional progresivo tenga un impacto sin precedentes sobre la incidencia de diversos tumores<sup>2</sup>. En este contexto, las previsiones demográficas proporcionadas por las Naciones Unidas estiman que en 2020 se diagnosticarán 246.713 casos nuevos de cáncer en España, de los que casi la mitad se manifestarán en pacientes mayores de 70 años<sup>3</sup>. Ante esta perspectiva, es innegable que el manejo de las personas de edad avanzada con cáncer será, en un

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elena.baeza@hospitalreyjuancarlos.es](mailto:elena.baeza@hospitalreyjuancarlos.es) (M.E. Baeza Monedero).

futuro cercano, un importante problema de salud pública. Más aún, el tratamiento de esta población de pacientes presenta diferencias relevantes con la población general, dada su escasa representación en ensayos clínicos, la frecuente asociación de múltiples comorbilidades y la necesidad de ponderación de valores y preferencias del paciente anciano, que muchas veces difieren de lo esperable en otros grupos etarios<sup>4</sup>.

Cualquiera que pretenda ser la solución al intrincado manejo del paciente anciano con cáncer deberá integrar una multitud de variables, que incluyen las complejidades derivadas de edad, comorbilidad, fragilidad y valores de manera integral y coherente para el paciente, el médico y el sistema de salud. Con estas estrategias sistemáticas y globales de toma de decisiones en el paciente geriátrico oncológico<sup>5</sup>. Más aún, y como ejemplo de la firme declaración de intenciones en esta línea, recientemente se ha reconocido la oncología geriátrica como subespecialidad con entidad propia, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades neoplásicas en esta población de pacientes<sup>6</sup>. Sin embargo, pese a que la necesidad apremia, no existe todavía una propuesta consensuada acerca del contenido y del modo de realización de una valoración geriátrica oncológica, dada la escasa especificidad de las recomendaciones de las sociedades internacionales.

El presente trabajo, presenta una triple misión. En primer lugar, realizar una revisión crítica de la literatura sobre las propuestas actuales de manejo de pacientes ancianos oncológicos; para ello, realizamos una búsqueda en Pubmed incluyendo las palabras *elderly, cancer, chemotherapy, radiotherapy y oncogeriatric* y se seleccionaron los artículos de revisión y originales sobre el tratamiento del cáncer en pacientes ancianos. En segundo lugar, reflexionar sobre el papel de la valoración geriátrica integral como herramienta para valorar y establecer un plan de cuidados. Finalmente, y nacida de la fusión de todo lo previo, ofrecer una propuesta de evaluación «onco-geriátrica» que pensamos puede ser llevada a cabo con facilidad en nuestro medio, así como nuestros datos obtenidos a lo largo del año 2016 en una consulta de oncogeriatría. Nuestro objetivo es diseminar su implementación para animar a la homogeneización en el abordaje y el manejo de esta población de pacientes. Mediante la promoción de una apropiada valoración del paciente anciano con cáncer, esperamos que las estrategias de diagnóstico y las herramientas terapéuticas se puedan adaptar de una manera más individualizada no solo a las estimaciones pronósticas derivadas de ensayos clínicos, sino también a los valores, preferencias y particularidades clínicas de cada paciente.

#### *Reconocer el problema: la discriminación del paciente anciano oncológico*

Hasta fechas recientes, los esquemas de tratamiento de pacientes mayores oncológicos consistían en adaptaciones *ad hoc* de otros ofrecidos a pacientes más jóvenes<sup>7</sup>. Debido a esta tradicional exclusión de los ensayos clínicos, existen escasos datos relativos a la tolerabilidad de los diversos tratamientos en este grupo etario<sup>8,9</sup>. Es más, dichos esquemas están generalmente enfocados a ancianos de perfil clínico robusto, sin que exista un consenso generalizado sobre cómo tratar a los pacientes más frágiles<sup>10–12</sup>. Por ello, no es difícil que sean generalmente infra-tratados frente a aquellos más jóvenes<sup>13–15</sup>. Los estudios de supervivencia de pacientes ancianos oncológicos también ponen de manifiesto esta discriminación, y es que su menor supervivencia respecto a los pacientes más jóvenes es en muchos casos exclusivamente atribuible a su pertenencia a un grupo etario, y no a variables como el estadio de la enfermedad o la comorbilidad basal<sup>8,9,16</sup>. Adicionalmente, Hamaker et al. sobre el tratamiento de pacientes con neoplasias hematológicas se objetivó que menos del 5% de los estudios se centraba en ancianos frágiles, y que el 69% de los mismos excluía a

pacientes ancianos (en un 27% de ocasiones la exclusión se basaba únicamente en la edad cronológica, en otro 15%, en la situación funcional y finalmente, en un 51%, en disfunción orgánica)<sup>17</sup>. En otro trabajo del mismo grupo se evaluó la adecuación de los objetivos de tratamiento de los estudios mencionados, demostrándose que toxicidad y eficacia, medida como aumento de supervivencia (total y/o libre de enfermedad), eran los objetivos más habituales (71 y 76%, respectivamente) mientras que otros, con más relevancia para la población geriátrica, eran sistemáticamente ignorados<sup>18</sup>. Variables como calidad de vida, grado funcional o capacidad para completar el tratamiento eran considerados únicamente en una minoría de ensayos (18, 2 y 3%, respectivamente). Podemos hablar por tanto de una auténtica discriminación por edad (ageismo) en el tratamiento de estos pacientes<sup>19,20</sup>. No es de extrañar que, ante estas perspectivas, en muchas ocasiones sean los propios pacientes los que puedan optar por no someterse a un régimen determinado de tratamiento, especialmente si este puede repercutir de manera negativa en su percepción de calidad de vida<sup>13,14</sup>.

#### *Vientos de cambio: una revolución en 2 pasos*

Diversas sociedades científicas se han hecho eco de estos datos, y abogan por una evaluación pre-tratamiento especialmente dirigida a los pacientes con cáncer de mayor edad<sup>21</sup>. De manera destacada en este campo, la Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica (SIOG) persigue la integración de los principios de la medicina geriátrica en todas las especialidades que tratan la enfermedad oncológica del paciente anciano, con objeto de ayudar al resto de especialistas en la toma de decisiones. De la misma manera, la última década ha sido testigo de la consolidación de múltiples grupos de trabajo específicos sobre pacientes ancianos en el seno de sociedades médicas relacionadas con el campo de la oncología. Buen ejemplo de ello son la iniciativa del Cancer and Leukemia Group B (ahora la Alliance for Clinical Trials in Oncology) de crear un comité para financiar investigación (Cancer in the Elderly Committee); el desarrollo de una herramienta de predicción de toxicidad del tratamiento quimioterápico por el Cancer and Aging Research Group, o los proyectos desarrollados por el grupo de trabajo en paciente anciano (Elderly Taskforce) del grupo de interés en tumores ginecológicos de la sociedad norteamericana de oncología clínica (ASCO Gynecologic Oncology Group)<sup>22</sup>.

La piedra angular de toda evaluación de pacientes ancianos con cáncer es la valoración geriátrica integral (VGI). Rubenstein la definió en 1989 como un «proceso de diagnóstico interdisciplinario multidimensional centrado en determinar la capacidad médica, psicológica y funcional de una persona mayor con el fin de desarrollar un plan coordinado e integrado para el tratamiento y seguimiento a largo plazo»<sup>23</sup>, habiendo demostrado disminución en el número de hospitalizaciones y mejora del estado funcional de los pacientes ancianos<sup>24,25</sup>. En este mismo sentido, también conviene reseñar que cada vez son más los trabajos que demuestran los beneficios de la VGI en el abordaje de los pacientes oncológicos ancianos como herramienta de predicción de la toxicidad relacionada con el tratamiento<sup>26,27</sup>, la adherencia al mismo<sup>28</sup>, la calidad de vida<sup>29</sup>, la capacidad de informar las decisiones de tratamiento del oncólogo<sup>30</sup> o la supervivencia global<sup>31</sup>. Por estos motivos, las directrices de consenso de la SIOG, la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) o la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del cáncer (EORTC) recomiendan el uso de la VGI en todo paciente anciano con cáncer<sup>5,32–34</sup>. Las ventajas que ofrece incluyen mayor capacidad para detectar problemas ocultos y mejora de la información, ayuda en el manejo de la comorbilidad y en la adaptación de tratamientos farmacológicos complejos, con reducción de la iatrogenia, detección y disminución del deterioro funcional asociado a algunos tratamientos, capacidad de detectar a pacientes

subsidiarios de cuidados paliativos, o su papel de ayuda a enfocar los problemas éticos derivados de la atención de estos pacientes<sup>35,36</sup>.

Como dice el aforismo «una buena ética empieza con buenos datos». En la medida en que entendamos al paciente de manera global, podremos aproximarnos más apropiadamente a él.

No obstante, es preciso también reconocer que gran parte de los conocimientos actuales sobre la efectividad de la VGI en oncología se basa en estudios retrospectivos y heterogéneos, además de que su correcta aplicación requiere de cierto tiempo, lo que dificulta su implantación en la práctica diaria. Por estos motivos, diversos autores todavía reclaman mejores modelos de pronóstico<sup>37</sup>.

Las constricciones temporales que sufren los profesionales en las consultas ambulatorias en atención especializada dificultan la realización de una VGI completa en todos los pacientes. Esto ha motivado el desarrollo de múltiples pruebas de cribado geriátrico de rápida aplicación, que permitan detectar a pacientes frágiles, verdaderos beneficiarios de una VGI. La SIOG recomienda una evaluación en 2 etapas: el primer paso consiste en una prueba de detección rápida para identificar a los pacientes ancianos frágiles para los que el tratamiento estándar no es adecuado y, en caso de un resultado positivo, el segundo paso es realizar una VGI para determinar el tratamiento más apropiado<sup>5</sup>.

En la última actualización de las recomendaciones de la SIOG sobre el cribado de fragilidad se revisaron 44 estudios que evaluaban 17 herramientas de cribado en pacientes ancianos con cáncer<sup>35</sup>. Las más estudiadas son el test G8, la versión flamenca del Triage Risk Screening Test («fTRST») y el test de valoración del anciano vulnerable (Vulnerable Elders Survey-13 [VES-13]). Mediante comparación directa se ha podido determinar que el test G8 es una herramienta más sensible, mientras que el VES-13 tiene mayor especificidad. Sin embargo, no existe un consenso que permita recomendar un test frente a los demás (tabla 1).

La «escala G8» (tabla 2) es un test de 8 preguntas desarrollado específicamente para pacientes ancianos con cáncer<sup>38</sup>. Se tarda menos de 5 min en administrar. Una puntuación menor de 14 se considera anormal. Su sensibilidad oscila entre el 65 y el 92%, aunque en la mayoría de los estudios supera el 80%. La especificidad en la mayoría de los estudios se sitúa por encima del 60%<sup>39</sup>. Presenta alta sensibilidad para detectar el deterioro funcional, toxicidad posquimioterapia y supervivencia<sup>40</sup>. Sin embargo, esta herramienta ha mostrado escasa aplicabilidad en la enfermedad neoplásica hematológica. Dada esta limitación la Sociedad Española de Hematología en colaboración con geriatras ha desarrollado la escala Geriatric Assessment in Hematology (GAH). Es la primera escala específica para toma de decisiones terapéuticas en pacientes mayores con enfermedades oncohematológicas<sup>41</sup>

**Tabla 1**  
Escala de cribado de fragilidad

G8	VES-13	fTRST
Desarrollada específicamente en pacientes con cáncer	Realizada por el propio paciente	Diseñado para valorar riesgo de reingreso en urgencias
Escalas geriátricas validadas 5 min	Desarrollada en la comunidad	Consta de 5 preguntas tipo Sí/No. Tarda en pasarse 2 min
Elevada sensibilidad y VPN + baja especificidad	Menor sensibilidad y mayor especificidad que el G8	Predice deterioro funcional y supervivencia
Predice toxicidad y supervivencia en oncología, no en hematología	Predice toxicidad y supervivencia en población general Toxicidad y supervivencia en tumores digestivos. No estudios en hematología	Peor poder discriminatorio comparado con G8

VPN: valor predictivo negativo.

**Tabla 2**  
Cuestionario G8

Ítems	Score
1. ¿Ha comido menos en los últimos 3 meses debido a pérdida de apetito, digestivos, de deglución o masticación?	0. Reducción severa de la ingesta 1. Reducción moderada 2. Ingesta normal
2. ¿Pérdida de peso en los últimos 3 meses?	0. Pérdida de peso > 3 kg 1. Desconocido 2. Pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3. No pérdida de peso
3. Movilidad	0. Cama o silla de ruedas 1. Capaz de levantarse de la cama/silla pero no deambula 2. Camina
4. Problemas neuropsicológicos	0. Demencia o depresión severa 1. Demencia o depresión leve 2. No problemas neuropsicológicos
5. Índice de masa corporal en kg peso/m <sup>2</sup>	0. IMC < 19 1. 19 ≤ IMC < 21 2. 21 ≤ IMC < 23 3. IMC ≥ 23
6. Administración de más de 3 medicaciones al día.	0. Sí 1. No
7. En comparación con otras personas de la misma edad, ¿cómo considera el paciente su propio estado de salud?	0. Peor 0,5. Desconocido 1. Igual 2. Mejor
8. Edad	0. > 85 años 1. 80-85 años 2. < 80 años

IMC: índice de masa corporal.

El «VES-13» es un cuestionario auto-administrado con 13 preguntas, desarrollado para detectar riesgo de deterioro funcional en ancianos de la comunidad<sup>42</sup>. Su tiempo de administración también ronda los 5 min. Una puntuación ≥ 3 identifica a los pacientes vulnerables. La sensibilidad varía entre el 39 y el 88%, y la especificidad entre el 62 y el 100%<sup>38</sup>. Uno de los mayores problemas para su implantación es que los pacientes tienen dificultades para completarlo. En 2 estudios sobre cáncer de mama uno de cada 3 pacientes fue incapaz de completarlo sin ayuda. Otro de los problemas que plantea es que otorga una puntuación por edad, reforzando el sesgo etáico, especialmente en pacientes mayores de 85 años, a quienes el test clasifica automáticamente como vulnerables. Pese a estas limitaciones, el VES-13 ha demostrado eficacia para predecir toxicidad posquimioterapia o supervivencia global en pacientes con tumores digestivos.

La versión fTRST fue diseñada para valorar riesgo de reingreso en un servicio de urgencias, ingreso hospitalario o institucionalización tras un alta. No obstante, comparado con el G8 tiene menor poder discriminatorio.

#### Puesta en práctica: un modelo de valoración «oncogeriátrica»

Tras identificar a los pacientes en riesgo es necesario realizar una valoración más detallada, teniendo en cuenta muchos factores como los derivados de la estirpe, extensión y características tumorales (alteraciones epigenéticas, sobreexpresión o amplificación de algunos receptores, etc.), las propuestas de tratamiento; y, por supuesto, el paciente, con sus valores personales, su esperanza de vida independiente del tumor, su reserva funcional, fragilidad y su situación basal física, mental y social (fig. 1). Todo esto aporta al médico una visión completa que puede facilitar la adaptación del tratamiento de modo personalizado, no solo en función de las características del tumor sino también en función del tipo de paciente<sup>43</sup>.

Desde que Monfardini y Balducci introdujo en 2001 una propuesta de los dominios que debería incluir una VGI en pacientes ancianos con cáncer, se han ido sucediendo distintos modelos de

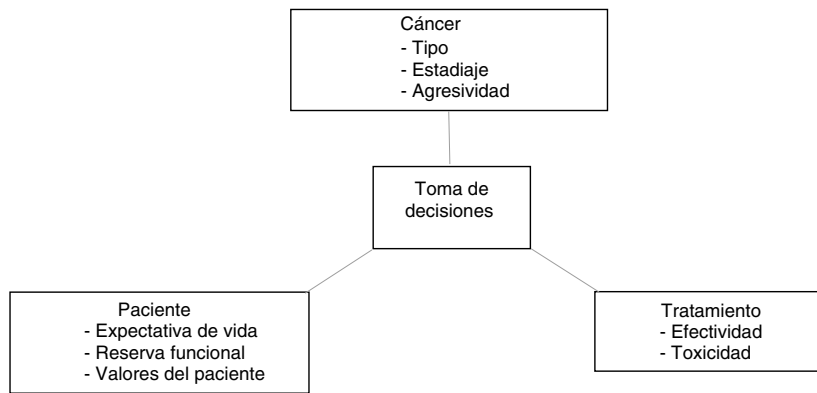


Figura 1. Condicionantes de la toma de decisión en el paciente anciano con cáncer.

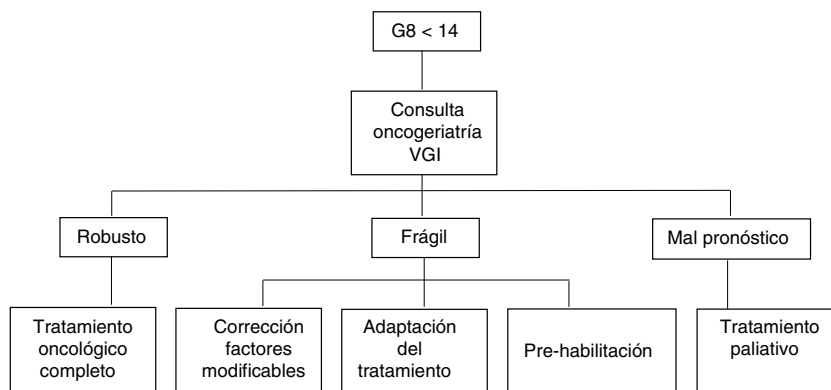


Figura 2. Protocolo de actuación de la Unidad de Oncogeriatría del Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid.

VGI en ancianos oncológicos<sup>43</sup>. En 2005 y, más recientemente, en 2014 la SIOG ha establecido un consenso sobre el empleo de la VGI, definiendo los dominios que deben aparecer e incluyendo situación funcional y social, comorbilidad, estado cognitivo, afectivo, valoración nutricional y presencia de síndromes geriátricos<sup>5</sup>.

En nuestro centro hemos adaptado las recomendaciones de la SIOG, pactando con los distintos servicios implicados un protocolo común (fig. 2). En él, el médico responsable, realiza la valoración inicial de cribado, para la cual seleccionamos el test G8 y si el paciente cumple criterios de fragilidad (G8 < 14 puntos) es derivado a las consultas externas de geriatría o medicina interna, en función de la estirpe tumoral primaria. Allí se realiza una VGI, evaluando la comprensión del paciente y/o sus familiares del proceso diagnóstico y terapéutico y resolviendo dudas generales acerca del mismo. Nuestro papel en dicha consulta no es sustituir al equipo médico primario. Por ello, hacemos hincapié en que nuestro papel en el proceso es consultivo, y que cualquier decisión terapéutica dependerá conjuntamente del paciente, sus familiares y el equipo médico primario. No obstante, sin ánimo de suplantarlo, hemos encontrado que muchos pacientes valoran positivamente y agradecen una oportunidad adicional de resolver preguntas que pudieron quedar pendientes en su encuentro inicial con el equipo médico primario.

Nuestro protocolo incluye el uso de una herramienta web estadística (ePrognosis), que realiza una aproximación a la esperanza de vida estimada para el paciente en función de sus antecedentes y situación funcional, y que compara esta con la esperanza de vida esperable por la enfermedad tumoral.

Aunque se han publicado muchos índices pronósticos geriátricos, su uso, en muchas ocasiones es laborioso y difícil de integrar en la práctica clínica habitual. El objetivo del ePrognosis es convertirse en un compendio de todos ellos, donde los especialistas puedan

obtener información basada en la evidencia sobre el pronóstico de los pacientes, de forma accesible y rápida.

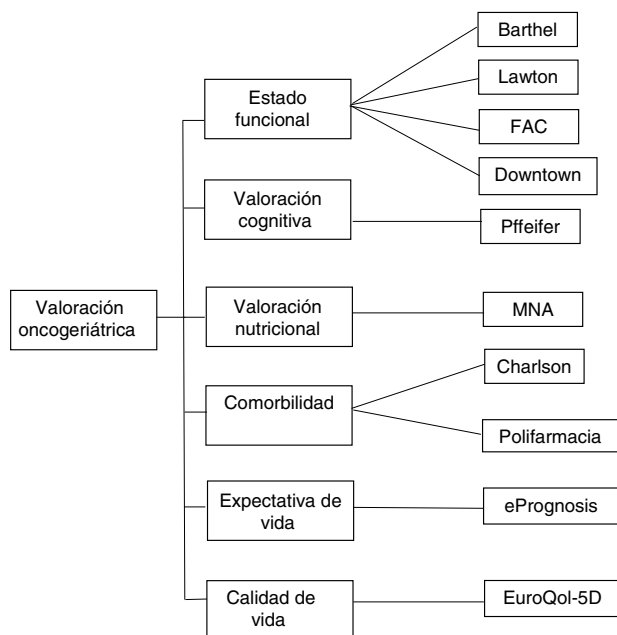
Para localizar dichos índices se realizó una revisión sistemática de la literatura<sup>44</sup>, publicada en *JAMA* en enero de 2012. Estos índices están diseñados para adultos mayores que no tienen una enfermedad terminal dominante, debiéndose utilizar para aquellos que las tengan (demencia avanzada, cáncer o insuficiencia cardíaca), otros diseñados específicamente para esos fines.

El ePrognosis pretende ser una guía aproximada de posibles resultados de mortalidad. No tiene la intención de ser la única base para tomar decisiones de cuidado, ni ser un medio definitivo de pronóstico. Debe considerarse la individualidad de cada paciente y tenerse en cuenta la integración de otros factores que van más allá de los utilizados en estos índices y que, pueden influir en el pronóstico del paciente.

En conjunto, la VGI puede ser realizada en el ámbito ambulatorio o durante una hospitalización, si el diagnóstico se produce en el curso de un ingreso (fig. 3).

Tras la valoración se emite un informe completo, que incluye recomendaciones de tratamiento, tanto de carácter general como específicas. Las primeras siguen el esquema propuesto por Monfardini y Balducci y clasifican al paciente en las siguientes categorías<sup>43</sup>:

- 1 **Robusto**: Paciente sin datos de fragilidad o comorbilidades significativas con pronóstico vital aceptable, por lo que consideramos que podría beneficiarse del tratamiento completo de su enfermedad oncológica.
- 2 **Frágil**: Paciente con datos de fragilidad, pero con reserva funcional, biológica y pronóstico vital estimado como para beneficiarse de un tratamiento oncológico activo, aunque adaptado a sus circunstancias y que produzca menos efectos secundarios que el completo.



**Figura 3.** Escalas utilizadas en la valoración geriátrica integral en la Unidad de Oncogeriátrica del Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid.

**3 Mal pronóstico:** Paciente con comorbilidad y/o dependencia significativa que limitan su expectativa de vida, por lo que recomendamos un tratamiento conservador, priorizando medidas paliativas si el paciente presenta mal control de síntomas.

Las recomendaciones específicas abordan aquellos problemas detectados durante la valoración (malnutrición, problemática social...) y ofrecen diversas medidas proactivas que permitan mejorar el grado de fragilidad detectado, como recomendaciones de pre-rehabilitación o nutrición<sup>45</sup>. De hecho, la pre-rehabilitación entendida como plan de ejercicio físico de alta intensidad para mejorar la situación física de los pacientes antes de cualquier tratamiento, es una propuesta cuyo camino se abre con fuerza en estos pacientes<sup>46</sup>. No obstante, dado que el tratamiento de la enfermedad oncológica depende en muchos casos de una «ventana de oportunidad» es necesario buscar el equilibrio entre tratar de optimizar los déficits detectados y conseguir dichos objetivos en un periodo razonable.

*Perspectivas de futuro: necesidad de aunar esfuerzos. Nuestros resultados*

El abordaje de las personas de edad avanzada con cáncer es un importante problema de salud pública y es previsible que vaya en aumento en las próximas décadas. Estos cambios traen de la mano preguntas para las que los profesionales hemos sido escasamente entrenados a responder: «¿morirá el paciente por el cáncer o con el cáncer?», «¿será capaz de tolerar el tratamiento a dosis plenas o necesitará una reducción de dosis?», «¿mejorará su pronóstico vital a costa de su situación funcional?».

Si bien es cierto que la toma de decisiones del paciente oncológico ha ido derivando en visiones más globales (con la aparición, entre otras, de los comités de tumores hospitalarios), sigue siendo necesaria una visión integradora y multidisciplinar. Tras estudiar la literatura escrita sobre el tema y analizar la situación general de nuestra población de pacientes, vimos la necesidad de poner en marcha una consulta de oncogeriátrica para aportar nuestro conocimiento y mejorar la atención de los pacientes ancianos.

A lo largo del año 2016 se valoraron un total de 76 pacientes en una consulta de Oncogeriátrica del Hospital Rey Juan Carlos, de Móstoles, presentando una edad media de 80,2 años. Las derivaciones por parte de especialidades hospitalarias siguieron la siguiente distribución: ginecología (22%), urología (17%), oncología médica (13%) y cirugía general y digestivo (13%).

En cuanto a las características sociodemográficas, el 64% eran mujeres; del global de los mismos, un 74% vivía en domicilio, frente a un 26% institucionalizado. Respecto al nivel funcional, casi la mitad presentaba una buena situación basal, con un índice de Barthel mayor de 80 puntos, en el 47% de los casos y un SPPB entre 10 y 12 puntos, en el 50%. En la esfera mental, el 63% no presentaba deterioro cognitivo y un 29% deterioro leve. Más de la mitad presentó una comorbilidad alta, según la escala de Charlson abreviada. La polifarmacia (> 5 fármacos) era una realidad en un 71%, en cambio únicamente un 30% cumplía criterios de malnutrición según la escala MNA.

Tras el análisis de estos datos se obtuvieron los siguientes resultados, siguiendo el modelo de Monfardini y Balducci: 53% pacientes robustos, 39% pacientes frágiles y 8% de mal pronóstico.

Durante la puesta en marcha de nuestro modelo de consulta percibimos los siguientes problemas, que deben servirnos, como punto de partida, para la mejora en un futuro cercano:

Un porcentaje no despreciable de pacientes, desconocen el motivo por el cual han sido derivados a la consulta. A su vez, muchos de ellos, son remitidos sin test de *screening* (en nuestro caso, G8) imprescindible para la correcta selección del paciente. Por otra parte, en ocasiones tenemos la impresión de que se sobrevalora nuestra opinión en la toma de decisiones. Nuestro papel en esta consulta es meramente consultivo y nunca sustitutivo del equipo médico primario, por ello creemos fundamental la creación de equipos multidisciplinarios, así como una mayor participación en comités tumores, de modo que, cualquier decisión terapéutica dependa conjuntamente del paciente, sus familiares y el equipo médico al completo.

Las propuestas de tratamiento, en ocasiones, no tienen en cuenta la opinión de los pacientes, lo que hace que se interprete el papel de la consulta oncogeriátrica, como un momento destinado a resolver preguntas que pudieron quedar pendientes en su encuentro inicial con el equipo médico primario.

Esperamos que el escenario descrito, anime a ampliar las herramientas dirigidas a perfeccionar la valoración oncogeriátrica, pero lo cierto es que, en el momento actual, los recursos disponibles hacen imposible el seguimiento a medio plazo de estos pacientes, lo cual supone una limitación en la atención.

## Conclusiones

El cáncer es una enfermedad asociada con el envejecimiento y el 60% de los mismos se diagnostican en mayores de 65 años, ocurriendo el 70% de la mortalidad por cáncer, en este grupo de edad. El tratamiento del cáncer en adultos mayores es más complejo que las personas más jóvenes debido a comorbilidades, riesgos de muerte, tolerancia al tratamiento potencialmente alterada y preferencias variables del paciente. Los adultos mayores, también aquellos con comorbilidades, están dispuestos a tomar un tratamiento contra el cáncer, siempre y cuando no afecte su función o su cognición.

La evaluación geriátrica trata de ayudar a los oncólogos a comprender el estado general de salud del paciente, identificar problemas de salud previamente desconocidos, pronosticar la esperanza de vida, predecir la tolerancia a los tratamientos, identificar las intervenciones geriátricas que pueden mejorar la tolerabilidad y el cumplimiento del tratamiento.

Las consultas de oncogeriatría no difieren mucho de las consultas de geriatría habituales en las que se detecta e interviene sobre la fragilidad. Parte de la fragilidad que detectamos es reversible y permite a los pacientes afrontar los tratamientos que se les propone en la mejor de las situaciones posibles, minimizando el riesgo de presentar efectos secundarios o toxicidad con los tratamientos y disminuyendo el riesgo de que tanto la enfermedad como el tratamiento afecten en la situación funcional de los pacientes.

Por todo ello, creemos fundamental la creación de equipos multidisciplinares y el desarrollo de más comités de tumores, que enfoquen esta realidad de forma plural a la vez que individualizada.

Es preciso que aunemos esfuerzos para extender esta filosofía inclusiva y multidisciplinar a todas las especialidades involucradas y en todos los territorios. Este, ni más ni menos, tiene que ser nuestro objetivo, porque *este momento también es el nuestro*.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Estadística del padrón continuo. Instituto Nacional de Estadística. [consultado 13 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>.
- Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013;132:1133–45.
- Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quiros JR, Alemán A, et al. Estimaciones de la Incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Informe de la Red Española de Registros de Cáncer (Redecan). 2014 [consultado 11 Abr 2017]. Disponible en: <http://redecan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la-incidencia-y-la-supervivencia-del-cancer-en-espana-y-su-situacion-en-europa>.
- Li D, de Glas NA, Hurria A. Cancer and aging: General principles, biology and geriatric assessment. *Clin Geriatr Med*. 2016;32:1–15.
- Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen MLG, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients with Cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32:2595–603.
- Walko CM, McLeod HL. Personalizing medicine in geriatric oncology. *J Clin Oncol*. 2014;32:2581–6.
- Beckett P, Callister M, Tata LJ, Harrison R, Peake MD, Stanley R, et al. Clinical management of older people with non-small cell lung cancer in England. *Thorax*. 2012;67:836–9.
- Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing*. 2003;32:171–7.
- Hubbard J, Jatoi A. Adjuvant chemotherapy in colon cancer: Ageism or appropriate care? *J Clin Oncol*. 2011;29:3209–10.
- De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: Results of EURO-CARE-5 – a population-based study. *Lancet Oncol*. 2014;15:23–34.
- Jatoi A, Hillman S, Stella P, Green E, Adjei A, Nair S, et al. Should elderly non-small-cell lung cancer patients be offered elderly-specific trials? Results of a pooled analysis from the North Central Cancer Treatment Group. *J Clin Oncol*. 2005;23:9113–9.
- Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: A systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One*. 2011;6:e25987.
- Clough-Gorr KM, Silliman RA. Translation Requires Evidence: Does Cancer-Specific CGA Lead to Better Care and Outcomes? *Oncology (Williston Park)*. 2008;22:925–8.
- Department of Health (England). The impact of patient age on decision making in oncology. 2012 [consultado 11 Abr 2017]. Disponible en: [www.gov.uk/government/publications/the-impact-of-patient-age-on-clinical-decision-making-in-oncology](http://www.gov.uk/government/publications/the-impact-of-patient-age-on-clinical-decision-making-in-oncology).
- Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med*. 2002;346:1061–6.
- Yellen SB, Cella DF, Leslie WT. Age and clinical decision making in oncology patients. *J Natl Cancer Inst*. 1994;86:1766–70.
- Hamaker ME, Stauder R, van Munster BC. Exclusion of older patients from ongoing clinical trials for hematological malignancies: An evaluation of the National Institutes of Health Clinical Trial Registry. *Oncologist*. 2014;19:1069–75.
- Hamaker ME, Stauder R, van Munster BC. On-going clinical trials for elderly patients with a hematological malignancy: Are we addressing the right end points? *Ann Oncol*. 2014;25:675–81.
- Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, Coltman CA Jr, Albain KS. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med*. 1999;341:2061–7.
- Lewis JH, Kilgore ML, Goldman DP, Trimble EL, Kaplan R, Montello MJ, et al. Participation of patients 65 years of age or older in cancer clinical trials. *J Clin Oncol*. 2003;21:1383–9.
- Talarico L, Chen G, Pazdur R. Enrollment of elderly patients in clinical trials for cancer drug registration: A 7-year experience by the US Food and Drug Administration. *J Clin Oncol*. 2004;22:4626–31.
- Lichtman SM. Geriatric oncology: An overview. *J Clin Oncol*. 2014;32:2521–2.
- Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: Toward understanding its efficacy. *Aging (Milano)*. 1989;87–98.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342:1032–6.
- Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A prospective multicenter study. *J Clin Oncol*. 2011;29:3457–65.
- Shin DY, Lee JO, Kim YJ, Park MS, Lee KW, Kim KI, et al. Toxicities and functional consequences of systemic chemotherapy in elderly Korean patients with cancer: A prospective cohort study using Comprehensive Geriatric Assessment. *J Geriatr Oncol*. 2012;3:359–67.
- Kim JW, Kim YJ, Lee KW, Chang H, Lee JO, Kim KI, et al. The early discontinuation of palliative chemotherapy in older patients with cancer. *Support Care Cancer*. 2014;22:773–81.
- Ward P, Wang HJ, Dichmann R, Liem AK, Chan D, Patel R, et al. Physical function and quality of life in frail and/or elderly patients with metastatic colorectal cancer treated with capecitabine and bevacizumab: An exploratory analysis. *J Geriatr Oncol*. 2014;5:368–75.
- Kenis C, Bron D, Libert Y, Decoster L, Van Puyvelde K, Scalliet P, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: Results of a prospective multicentric study. *Ann Oncol*. 2013;24:1306–12.
- Hamaker ME, Buurman BM, Van Munster BC, Kuper I, Smorenburg CH, de Rooij SE. The value of a comprehensive geriatric assessment for patient care in acutely hospitalized older patients with cancer. *Oncologist*. 2011;16:1403–12.
- Hurria A, Wildes T, Blair SL, Browner IS, Cohen HJ, Deshazo M, et al. Senior adult oncology, version 2.2014: Clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2014;12:82–126.
- Pallis AG, Fortpiet C, Wedding U, Van Nes MC, Penninckx B, Ring A, et al. EORTC elderly task force position paper: Approach to the older cancer patient. *Eur J Cancer*. 2010;46:1502–13.
- Pallis AG, Ring A, Fortpiet C, Penninckx B, van Nes MC, Wedding U, et al. EORTC workshop on clinical trial methodology in older individuals with a diagnosis of solid tumors. *Ann Oncol*. 2011;22:1922–6.
- Balducci L. Geriatric oncology: Challenges for the new century. *Eur J Cancer*. 2000;36:1741–54.
- Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:269–76.
- Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: An update on SIOG recommendations. *Ann Oncol*. 2015;26:288–300.
- Kenis C, Decoster L, van Puyvelde K, de Greve J, Conings G, Milisen K, et al. Performance of two geriatric screening tools in older cancer patients. *J Clin Oncol*. 2014;32:19–26.
- Liu E, Canoui-Poitrine F, Tournigand C, Laurent M, Caillet P, Le Thuaud A, et al. ELCAPA Study Group. Accuracy of the G-8 geriatric-oncology screening tool for identifying vulnerable elderly patients with cancer according to tumour site: The ELCAPA-02 study. *J Geriatr Oncol*. 2014;5:11–9.
- Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, et al. Screening older cancer patients: First evaluation of the G-8 screening tool. *Ann Oncol*. 2012;23:2166–72.
- Bonanad S, de la Rubia J, Gironella M, Perez Persona E, Gonzalez B, Fernandez Lago C, et al. Development and psychometric validation of a brief comprehensive health status assessment scale in older patients with hematological malignancies: The GAH Scale. *J Geriatr Oncol*. 2015;6:353–61.
- Papis D, Lembo R, O'Reilly D. The predictive ability of timed "Up & Go". VES- 13 and GFI in hepato-pancreato-biliary onco-geriatric surgical patients. *J Geriatr Oncol*. 2012;3:S100–1.
- Monfardini S, Balducci L. A comprehensive geriatric assessment (CGA) is necessary for the study and the management of cancer in the elderly. *Eur J Cancer*. 1999;35:1771–2.
- Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults. A systematic review. *JAMA*. 2012;307:182–92.
- Lycke M, Pottel L, Boterberg T, Ketelaars L, Wildiers H, Schofield P, et al. Integration of geriatric oncology in daily multidisciplinary cancer care: The time is now. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2015;24:143–6.
- Moran J, Guinan E, McCormick P, Larkin J, Mockler D, Hussey J, et al. The ability of prehabilitation to influence postoperative outcomes after intra-abdominal operation: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2016;160:1189–201.