

Evaluación geriátrica del paciente oncológico

MARTA VIGARA

Área de Geriátrica. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

RESUMEN

El paciente mayor oncológico suele presentar más problemas médicos y funcionales que los pacientes de su misma edad sin procesos tumorales, pues tiene una mayor prevalencia de síndromes geriátricos, fragilidad y mayor dependencia funcional.

La evaluación médica tradicional permite detectar algunos déficits, pero es frecuente que se omitan otros, limitando con ello el éxito de las diferentes terapias.

Las recomendaciones actuales aconsejan realizar un cribaje de fragilidad a todos los pacientes mayores de 70 años y en aquellos con enfermedades crónicas.

Todos los estudios coinciden en que la valoración geriátrica integral (VGI) es la herramienta que va a permitir aportar más información y detectar déficits que los métodos tradicionales (ECOG, Karnofsky) pueden pasar por alto. Además, supone el elemento clave para clasificar al paciente para la toma de decisiones, predecir la toxicidad con la quimioterapia e incluso predecir la mortalidad, así como el deterioro funcional a corto-medio plazo.

PALABRAS CLAVE: Valoración geriátrica integral. Fragilidad. Síndromes geriátricos. Cribaje.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población constituye uno de los cambios más significativos que se han dado en las sociedades desarrolladas y según datos de Instituto Nacional de Estadística, en 2050 la población mayor de 75 años se va a duplicar, llegando a 9,8 millones de habitantes. Por otra parte, la edad está íntimamente

ABSTRACT

Elderly oncological patients usually present a higher rate of medical and functional problems than same age non-oncological patients due to a higher prevalence of frailty, geriatric syndromes and functional impairment.

Traditional medical evaluation can detect some impairments, but some other key points associated to older patients can be missed, and thus limit the success of new therapies.

At the moment, it is recommended that patients older than 70 and those with chronic diseases undergo a frailty screening.

All studies point that a comprehensive geriatric assessment (CGA) is the tool that solves the information gaps that a classical approach (ECOG, Karnofsky) could miss. CGA also allows physicians to classify patients in order to make therapeutical decisions, and furthermore, to predict not only toxicity within chemotherapy and mortality, but also mid-term functional impairment.

KEYWORDS: *Comprehensive geriatric assessment. Frailty. Geriatric syndromes. Screening.*

relacionada con las enfermedades oncológicas, que en este momento también están viviendo un cambio en su evolución, ya que en muchos casos se cronifican, e incluso se ha llegado a conseguir su resolución completa en algunas ocasiones (1,2).

Sin embargo, continúa existiendo la creencia de que la edad cronológica constituye un factor independiente

de mal pronóstico cuando los estudios que han analizado este aspecto concluyen que hasta un 30 % de los pacientes mayores de 75 años diagnosticados de cáncer fallecen por causas no relacionadas con el tumor (3,4).

PACIENTE MAYOR ONCOLÓGICO

El paciente mayor oncológico es un enfermo complejo, ya que pertenece a un grupo de pacientes enormemente heterogéneo. Las diferencias entre unos y otros son consecuencia del envejecimiento, tanto fisiológico como patológico, cuando este se entiende como un proceso propio de cada sujeto, del que la edad cronológica es un simple reflejo. Su heterogeneidad radica en las afecciones a diferentes áreas de la capacidad del individuo, a lo que hay que añadir los cambios producidos por el proceso tumoral (3). El paciente mayor oncológico suele presentar más problemas médicos y funcionales que los pacientes de su misma edad sin procesos tumorales, pues tiene una mayor prevalencia de síndromes geriátricos, fragilidad y mayor dependencia funcional (5). Además se suma la impresión que tiene el enfermo de su enfermedad (peor percepción de su estado de salud) y el propio profesional, puesto que en muchas ocasiones se unen ambos estigmas (cáncer y ageísmo). Paralelamente, existe una tendencia creciente a centrarse en tratar enfermedades y no enfermos, focalizando el esfuerzo en la supervivencia y olvidando las expectativas reales del paciente, cuando se ha demostrado ampliamente en estudios realizados en mayores de 75 años, que una inmensa mayoría prefiere mantener su calidad de vida e independencia funcional, frente a la cantidad de años vividos (6,7).

VALORACIÓN GERIÁTRICA DEL PACIENTE MAYOR CON CÁNCER

Sumado a esto, la condición de fragilidad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en este grupo de población, constituyendo un síndrome que adquiere todavía más importancia en pacientes oncológicos, puesto que su incidencia aumenta con la edad, del mismo modo que lo hacen las enfermedades neoplásicas (8). Teniendo en cuenta que tanto el cáncer como los tratamientos antineoplásicos son factores que producen una situación de estrés con posibles repercusiones graves, es imprescindible un estudio exhaustivo de cada enfermo antes de tomar decisiones sobre el tratamiento, ya que hasta un 37,4 % de los pacientes tienen un perfil frágil al momento del diagnóstico (9).

En este sentido, la evaluación médica tradicional permite detectar algunos déficits, pero es frecuente que se omitan otros, con lo que se limita el éxito de las diferentes terapias. Son escasos, sin embargo, los artículos

que analizan la utilidad del abordaje integral en este tipo de pacientes, pues la mayoría se centran en explicar la presencia de determinados déficits, pero posteriormente a su detección no es habitual realizar una intervención sobre estos ni una derivación del enfermo al especialista correspondiente.

Existen diferentes modelos propuestos para mejorar la valoración de la fragilidad y su gestión, recalcando la mayoría la necesidad de incluir a un geriatra. Es trascendental reconocer las múltiples afecciones concomitantes en el plan de atención a ancianos con cáncer para elaborar estrategias conjuntas de abordaje (10).

Todos los estudios coinciden en que la valoración geriátrica integral (VGI) es la herramienta que va a permitir aportar más información y detectar déficits que los métodos tradicionales (ECOG, Karnofsky), pueden pasar por alto. Además, supone el elemento clave para clasificar al paciente para la toma de decisiones, predecir la toxicidad con la quimioterapia e incluso predecir la mortalidad, así como el deterioro funcional a corto-medio plazo.

Su aplicación implica seguir un patrón funcional, cognitivo, social y nutricional que permite, mediante un análisis estructurado, detallar los aspectos más relevantes que influyen en la situación del enfermo en el momento del diagnóstico. Todas las esferas de la VGI están interrelacionadas, de tal manera que cambios en cada una de ellas van a repercutir sobre el resto en mayor o menor medida. Una valoración tan detallada supone entrenamiento y tiempo (esto último es difícil de conseguir en el día a día en una consulta de Oncología). Por este motivo se han desarrollado herramientas de cribaje, con el objetivo de seleccionar a aquellos pacientes candidatos a una VGI (11,12).

Es necesario recalcar que ninguna de las herramientas de cribaje puede sustituir a una VGI y el tiempo que conlleva realizarla no puede ser una razón para no aplicarse. Por este motivo, y porque del mismo modo que un geriatra no está capacitado para pautar un tratamiento oncológico y un oncólogo no está capacitado para interpretar una VGI, existen las Unidades de Oncogeriatría (13,14).

A pesar de las recomendaciones que abogan a favor de la VGI, la práctica del día a día dista bastante de estas sugerencias, y la forma de implementarlo sigue siendo controvertida. No hay acuerdo sobre qué escalas son las más apropiadas para cada dominio evaluado o a qué pacientes debe administrarse. Del mismo modo, continúa habiendo discusión sobre qué síndromes geriátricos deben ser considerados.

Con el objetivo de establecer criterios homogéneos y facilitar la recogida de información se utilizan una serie de escalas estandarizadas que van a facilitar un análisis objetivo y fiable de las diferentes esferas evaluadas. Es importante resaltar que las escalas son solo un instrumento complementario en la valoración del enfermo y que sirven de apoyo y orientación a la valoración clínica que haga el profesional (15).

OBJETIVOS Y ELEMENTOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Los objetivos de la VGI se resumen a continuación (15) (Fig. 1):

- Conocer la situación basal del enfermo.
- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Valorar la repercusión funcional de la enfermedad y de los diferentes tratamientos que recibe el paciente.
- Estimar la esperanza de vida del enfermo.
- Establecer un listado de problemas de salud para diseñar un plan de cuidados individualizado.
- Monitorizar los cambios conseguidos tras instaurar dicho plan.

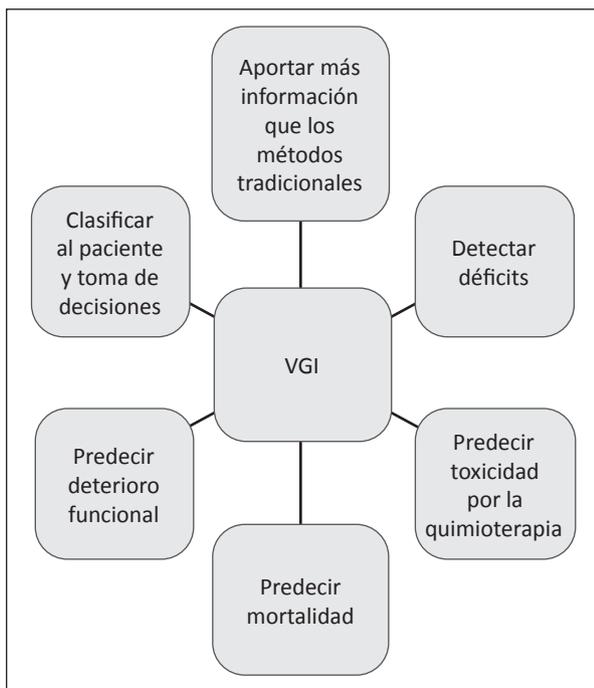


Fig. 1. Utilidad de la VGI en Oncogeriatría (17). Incluye cuatro esferas: la física, la mental, la social y la nutricional, que, como si de piezas de un puzle se tratara, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del anciano.

VALORACIÓN FÍSICA

Aporta información sobre la capacidad del paciente para mantener el autocuidado y su autonomía. Es importante conocer su situación basal, qué cambios han ocurrido y en qué periodo de tiempo. El deterioro funcional es un predictor bien establecido de mortalidad precoz. En esta esfera se evalúan tres tipos de actividades.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Son el conjunto de actividades primarias, relacionadas con el autocuidado y movilidad, junto a la capacidad

de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas que le dotan de autonomía e independencia elementales, y que permiten al paciente vivir sin precisar ayuda continua de otros. Son las últimas en deteriorarse y suelen hacerlo en orden inverso a su adquisición en la infancia. Estas son: bañarse, vestirse, uso del retrete, continencia, transferencias y alimentación. Los índices utilizados son el *índice de Katz* y el *índice de Barthel* (18).

La movilidad constituye una parte fundamental en la autonomía del paciente que además depende de otros aspectos como el equilibrio, la coordinación y el sistema musculoesquelético. Hay varias escalas que valoran la movilidad, la más utilizada es la *Functional Ambulation Classification (FAC)*, que clasifica el grado de movilidad del enfermo en base a la ayuda requerida y su capacidad para salvar escaleras.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Son actividades orientadas hacia la interacción con el medio que, a menudo, son complejas y generalmente opcionales, ya que se podrían delegar en otros. Suelen ser más útiles para detectar los primeros grados de deterioro funcional del paciente.

La escala más utilizada es la de *Lawton y Brody* que valora ocho actividades: uso del teléfono, cocinar, realización de tareas domésticas, manejo de asuntos económicos, control de medicación, uso de transporte público, cuidado de la casa y hacer pequeñas compras (19,20).

Actividades avanzadas

Son aquellas relacionadas con los intereses, roles, capacidades, habilidades y destrezas intrínsecas del paciente. Deberían ser interpretadas como actividades más complejas y que requerirían una mayor capacidad tanto física como mental del paciente. Cambian según el contexto, por lo que no existen escalas específicas para valorarlas. En este apartado se incluyen actividades como hacer ejercicio físico, *hobbies*, ir al cine, acudir al centro de la tercera edad, viajar, cuidar el jardín o desempeñar actividades intelectuales.

VALORACIÓN MENTAL

Valoración cognitiva

El deterioro cognitivo es un fuerte marcador de fragilidad. Está asociado con tasas de supervivencia más bajas en pacientes mayores con cáncer, por lo que su identificación precoz afecta a las decisiones sobre las distintas modalidades de tratamiento.

La evaluación cognitiva es, por lo tanto, una parte trascendental de la VGI. En este contexto, la Sociedad

Internacional de Oncología Geriátrica (SIOG) recomienda varios instrumentos de detección cognitiva. En este apartado es de vital importancia entrevistar al familiar o cuidador principal del paciente con el objetivo de obtener una anamnesis precisa, con especial hincapié en el comienzo, naturaleza y evolución en el tiempo de la sintomatología del enfermo. Es importante que el paciente se encuentre en situación basal (evitar estados de infección activa, enfermedad crónica descompensada, ingresos hospitalarios) ya que situaciones agudas van a condicionar que el enfermo se encuentre más desorientado y confuso (21,22).

Entre los diversos instrumentos recomendados por la SIOG, el *Minimal State Examination (MMSE)* de Folstein es la prueba de *screening* más utilizada, por su comodidad y facilidad. Sin embargo, el *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* explora funciones visuoespaciales, ejecutivas, memoria, atención, lenguaje, abstracción y orientación, por lo que ha demostrado mayor sensibilidad que el MMSE en varias patologías, como el deterioro cognitivo leve, la demencia vascular y demencias asociadas a Parkinson. Ambos test son solo pruebas de *screening*, por lo que ante una sospecha de deterioro cognitivo, lo ideal es realizar una batería completa de pruebas neuropsicológicas (test de denominación de Boston, test de Stroop, test de organización visual de Hooper, o el Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome [BADS], entre otros), que nos ayudarán a clasificar el tipo de demencia que padece el enfermo. Tras establecer el diagnóstico, utilizaremos la *Global Deterioration Scale (GDS)* para clasificar al paciente con demencia en 7 estadios evolutivos (23,24).

Para valorar los síntomas conductuales (ansiedad, apatía, desinhibición, agresividad, etc.) la escala más utilizada es el *Neuropsychiatric Inventory (NPI)* que explora la existencia de alteraciones de la conducta, y en caso de que existan, mide su frecuencia y severidad. Además, esta escala permite realizar un seguimiento de la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos sobre esos síntomas.

Lógicamente, en cualquier paciente con una sospecha de deterioro cognitivo, es trascendental descartar patología orgánica causante del cuadro, por lo que un análisis de sangre (hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, B12, ácido fólico, etc.) y una prueba de imagen cerebral son obligatorias. La punción lumbar se reserva para casos seleccionados (24).

Valoración afectiva

La depresión y los trastornos de ansiedad en el mayor constituyen otro marcador importante de fragilidad, formando parte de los famosos síndromes geriátricos. En ocasiones aparece de forma aislada como enfermedad única, pero la mayoría de las veces suele aparecer

asociada a otros problemas clínicos, lo cual hace más difícil su diagnóstico y suelen tener una peor respuesta al tratamiento farmacológico.

La depresión es el trastorno del ánimo más estudiado, y en numerosas ocasiones es el producto resultante de la interacción entre productos biológicos, ambientales, e interpersonales. Además, en ocasiones resulta difícil diferenciarlo de un inicio de deterioro cognitivo ya que comparten síntomas similares.

Las escalas para evaluación de la depresión en el mayor son instrumentos importantes para el diagnóstico. La más utilizada es la *Geriatric Global Depression Scale (GDS)* que consta de 30 ítems, de la que existe una versión abreviada (15 ítems). También existen algoritmos de cribado rápido, utilizados para elegir aquellos pacientes en los que se requiere una exploración más detallada del estado de ánimo (25).

Del mismo modo que en las esferas anteriores, estas escalas son solo orientativas, incluso en determinados contextos pueden resultar inapropiadas (pacientes ingresados en una unidad de agudos, por ejemplo).

La ansiedad constituye otra de las afecciones psiquiátricas más frecuentes y sin embargo suele ser menos estudiada que la depresión, ya que se considera una afección menor en muchas ocasiones. Al igual que los trastornos depresivos, a la hora de evaluar al paciente, es importante obtener información de diferentes fuentes, como familiares o cuidadores principales, sin olvidar que la entrevista con el paciente, aunque pueda presentar escasa colaboración, puede aportarnos información muy útil.

Existen escalas específicas para valorar la ansiedad en el mayor, aunque en la práctica diaria se utilizan menos. Entre ellas destacan el cuestionario *FEAR*, el *Rating Anxiety in Dementia* y el *Generalized Anxiety Disorder Severity Scale*, para estimar la severidad de los síntomas.

Trastornos del sueño

El patrón del sueño cambia de forma significativa con la edad, ya que a partir de los 75 años se producen alteraciones en el ciclo circadiano. Más del 50 % de los pacientes mayores presentan síntomas de insomnio, y casi una quinta parte de ellos sufren consecuencias durante el día, por lo que, al igual que la esfera anterior, forma parte de los grandes síndromes geriátricos y en muchas ocasiones está relacionado con otras patologías, por lo que generalmente precisa de una valoración del propio insomnio y de la comorbilidad asociada, como el síndrome de apnea obstructiva, síndrome de piernas inquietas, ICC, dolor crónico o dispositivos que se utilicen durante las horas de sueño (oxigenoterapia, CPAP, etc.). En este trastorno, la entrevista con el cuidador principal también constituye un punto trascendental para un correcto diagnóstico. La evaluación del insomnio debe recoger aspectos temporales, cuantita-

tivos y cualitativos. Para ello, es de gran utilidad el uso del Consensus Sleep Diary, en el que el paciente recoge aspectos adicionales durante un periodo de siete días (26).

Entre las escalas que se utilizan para evaluar este trastorno la más utilizada es la *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, que aborda aspectos como latencia, duración, calidad y uso de fármacos.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Constituye un punto clave de la VGI, ya que la malnutrición, al igual que todos los aspectos anteriores, constituye un factor de riesgo de fragilidad independiente y un síndrome geriátrico más. Además de ser un signo de enfermedad, su presencia aumenta la morbimortalidad, la estancia hospitalaria e institucionalización. Valorar el estado nutricional supone poder prevenir a tiempo o tratar lo antes posible en caso de que la desnutrición esté establecida, ya que más de la mitad de los estados de malnutrición se deben a causas potencialmente reversibles.

Entre las escalas utilizadas, la más adecuada para la población anciana es el *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, un instrumento estandarizado y validado que permite obtener una evaluación rápida del estado nutricional sin la necesidad de un equipo especializado. Valora aspectos antropométricos, dietéticos y de autopercepción de salud y nutrición del individuo. La calificación obtenida de cada apartado permite distinguir a los ancianos con una nutrición adecuada de quienes estén en riesgo de desnutrición o de aquellos desnutridos (27). Otro instrumento que también es válido, pero quizás menos específico para la población anciana, es la *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*, útil en la identificación de adultos desnutridos o con riesgo de desnutrición, tanto en hospitales como en la comunidad. Considera componentes como el IMC, historia de pérdida de peso no justificada y antecedente de enfermedad aguda reciente (28).

VALORACIÓN SOCIAL

Dentro de la VGI, el conocimiento de la situación social constituye un punto imprescindible para poder realizar un manejo clínico adecuado y disminuir los efectos secundarios de la quimioterapia. Supone realizar una entrevista estructurada, enfocada a áreas relevantes, como identificar

al cuidador principal, familiares cercanos o el estado civil, así como la disponibilidad de recursos sociales (ingresos económicos, características de la vivienda, seguridad, convivencia, entorno y servicios públicos) (19) (Tabla I).

COMORBILIDAD Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS

En Geriátrica es frecuente la existencia de patologías no conocidas ni por el paciente ni por su médico, que suponen frecuentemente el origen de incapacidades no explicadas por los trastornos previamente documentados. Esta forma de presentación atípica de las enfermedades en los ancianos es la responsable de los denominados síndromes geriátricos, y se presenta en ocasiones como manifestación de muchas enfermedades, pero también pueden ser el principio de muchos otros problemas que se deben tener en cuenta desde su detección para establecer una correcta prevención de los mismos. Estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce. La VGI va a ayudar a identificar su presencia, así como un listado global de otros problemas de salud para poder diseñar un programa individualizado de intervención geriátrica (30).

Los principales síndromes geriátricos sobre los que podemos intervenir se enumeran a continuación:

- Ansiedad/depresión.
- Incontinencia urinaria/fecal.
- *Delirium*.
- Estreñimiento.
- Insomnio.
- Sarcopenia.
- Caídas.
- Fragilidad.
- Desnutrición.
- Polifarmacia.
- Disfagia.
- Insuficiencia cardiaca.

Para valorar el grado de comorbilidad han sido creados múltiples índices. El objetivo es conseguir un método estandarizado para establecer un riesgo en función de la severidad, como factor pronóstico. Algunos se basan en dar una puntuación específica acorde con cada enfermedad, otros gradúan la enfermedad de acuerdo con grupos de enfermedades y otros incorporan marcadores bioquímicos (31).

TABLA I
ESCALAS UTILIZADAS EN LAS DIFERENTES ESFERAS DE LA VGI

Valoración física	Valoración mental	Valoración nutricional	Valoración social	Comorbilidad	Fragilidad
I Katz	MMSE	MNA	E. Gijón	I de Charlson	VES-13
I Barthel	MOCA	EAT-10	E. de Zarit	CIRS-G	G8
Lawton y Brody	GDS	MUST	Ley de dependencia		TRS I de Frail

Las escalas utilizadas con mayor frecuencia son: el índice de *Charlson* (19 condiciones médicas catalogadas en 4 grupos de acuerdo con el peso asignado a cada enfermedad) y la *Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (CIRS-G)*. La CIRS-G tiene correlación con la mortalidad, frecuencia y duración de la hospitalización, uso de medicamentos, funcionalidad, potencial rehabilitador y depresión del paciente geriátrico (32,33).

CRIBAJE Y VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD

Como se ha comentado anteriormente, la VGI requiere de personal médico entrenado y de tiempo suficiente para poder realizarla. Sin embargo, esto no es posible en muchas consultas de oncología, por lo que se han desarrollado unas herramientas de cribado que permitan seleccionar aquellos pacientes candidatos a una VGI (11).

Las recomendaciones actuales aconsejan realizar un cribaje de fragilidad a todos los pacientes mayores de 70 años y en aquellos con enfermedades crónicas y pérdida de peso superior al 5 %. Para dicha valoración existen varios instrumentos de cribaje, pero existen distintas limitaciones con relación estos métodos, ya que la prevalencia de fragilidad varía de forma significativa en función del instrumento utilizado. Los cuestionarios más utilizados en el campo de la Oncogeriatría son: el G8, el *Vulnerable Elderly Survey (VES 13)*, G8 y la versión flamenca del *Triage Risk Screening Tool (TRST)*.

La escala G8 fue una escala diseñada para oncología y como primer método de cribado de pacientes frágiles, con una alta sensibilidad y una razonable especificidad (34).

Aunque el VES 13 no es un cuestionario diseñado específicamente para pacientes oncológicos, sino para valoración de la vulnerabilidad en el anciano, sí ha sido utilizada en muchos estudios de oncología. Predice el riesgo de deterioro funcional/muerte a los 2 años de seguimiento. Su mayor especificidad frente a la escala anterior, radica en que tienen en cuenta la edad cronológica del enfermo, por lo que en todo paciente con 84 años en adelante es necesaria una VGI completa.

La herramienta TRST (se comenzó a utilizar en los servicios de urgencias de EE. UU.), predice el riesgo de consultar de nuevo a los servicios de urgencias en los primeros 30 días, a los 6 meses y el riesgo de hospitalización y muerte.

Otras escalas menos específicas pero perfectamente válidas para detectar fragilidad son los criterios de Linda Fried o el índice de Frail, de fácil aplicación, compuesta por 5 ítems (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso) (35).

Para el cribaje y la valoración de la sarcopenia se mide la fuerza de prensión utilizando un dinamómetro ajustado a IMC, para posteriormente finalizar la evaluación del paciente con la aplicación del *Short Physical Performance Battery (SPPB)* que consta de tres test que evalúan el equilibrio, la velocidad de la marcha y la fuerza (esta última, cronometrando el tiempo que tarda el paciente levantarse y sentarse en una silla 5 veces). Es un test sencillo con capacidad para predecir importantes resultados, como son la dependencia, institucionalización, hospitalización y mortalidad. En aquellos enfermos en los que existan dudas se realiza una bioimpedanciometría o una ecografía muscular (36).

Toda la información obtenida de la VGI va a permitir clasificar y distinguir a los pacientes en cuatro posibles grupos (37,38):

- *Pacientes robustos*: son aquellos pacientes con independencia en ABVD así como instrumentales, sin deterioro cognitivo, con ausencia de síndromes geriátricos, sin desnutrición y poca comorbilidad, la cual se encuentra controlada. Se les supone una gran reserva y resiliencia ante los factores estresores.
- *Pacientes prefrágiles/vulnerables*: son aquellos que presentan una comorbilidad no controlada de grado 3, o más comorbilidades de G2, con dependencia en al menos una AIVD o riesgo de desnutrición u otros síndromes geriátricos que sea posible revertir tras una intervención geriátrica. Se les supone una menor reserva, con posibilidades de sufrir un deterioro clínico y funcional ante los factores estresores.
- *Pacientes frágiles*: son aquellos que presentan varias comorbilidades no controladas, deterioro cognitivo o desnutrición franca, con dependencia en varias ABVD/AIVD y varios síndromes geriátricos. Estos pacientes también pueden revertir este estado tras una intervención geriátrica. En estos pacientes la reserva y el grado de resistencia a los factores estresores es muy limitada, con grandes posibilidades de sufrir importante deterioro clínico/funcional ante los factores estresores.
- *Pacientes dependientes*: pacientes con multimorbilidad, dependientes y pronóstico desfavorable a corto-medio plazo. En este último grupo, el tratamiento irá encaminado al control sintomático.

TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE MAYOR ONCOLÓGICO

El interés de clasificar a los pacientes oncológicos en los grupos anteriores radica en dos aspectos fundamentales: por un lado va a permitir al médico tomar la decisión más adecuada en cuanto al tratamiento del enfermo

y, por otra parte, en aquellos catalogados como frágiles y prefrágiles se va a actuar sobre aquellas causas y síndromes potencialmente modificables para mejorar las condiciones del paciente antes de iniciar cualquier terapia antineoplásica (39).

Dos escalas que aportan información muy valiosa para la toma de decisiones son el *Onco-MPI*, índice que predice el riesgo de mortalidad al año y el *índice de Hurria (CARG)*, que predice el riesgo de toxicidad combinada a la quimioterapia, ambos basados una vez más en elementos de la VGI (40).

El seguimiento del paciente continúa independientemente del tratamiento que vaya a recibir, ya que aunque se logre revertir algunos déficits, pueden aparecer otros, por lo que son necesarias revisiones sistemáticas, repetir la VGI de forma periódica e ir adecuando el tratamiento en función de los cambios que vaya experimentando el paciente. En ese sentido, se debería mantener el “*continuum* asistencial”, especialmente en estos pacientes mayores con procesos oncológicos (41).

CONCLUSIONES

1. El paciente mayor oncológico es un enfermo complejo, ya que pertenece a un grupo de pacientes enormemente heterogéneo.
2. Gran parte de estos pacientes presentan comorbilidades, dependencia funcional, además de síndromes geriátricos lo que obliga a un abordaje individualizado fundamentado en la VGI.
3. Las escalas de fragilidad como el G8 y el VES 13, son útiles para una primera aproximación diagnóstica. En aquellos pacientes con puntuaciones anómalas en cualquiera de las 2 escalas es obligatorio continuar con una VGI.
4. Todas las escalas utilizadas en la VGI son instrumentos exclusivamente complementarios a la valoración clínica que haga el profesional, que mejoran la toma de decisiones y los resultados asistenciales.
5. A parte de la VGI, es trascendental tener en cuenta las preferencias y los deseos del paciente para la toma de decisiones. Otros aspectos a tener en cuenta son: la presencia de síntomas, tratamientos previos recibidos y la calidad de vida del paciente.

Conflicto de intereses: la autora declara que no existe ningún conflicto de interés.

CORRESPONDENCIA:

Marta Vigara
Área de Geriátria
Hospital Universitario Clínico San Carlos
C/ Prof. Martín Lagos, s/n
28040 Madrid
e-mail: marta.vigara@salud.madrid.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2016-2066. Madrid: INE; 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
2. Abellan García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento Red 2017;15:48. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbásicos17.pdf>
3. Aunan JR, Cho WC, Soreide K. The biology of ageing and cancer: a brief overview of shared and divergent molecular hallmarks of cancer. *Aging Dis* 2017;8(5):628-42.
4. Gironés R, Torregrosa D, Gómez-Codina J, Maestu I, Tenias JM, Rosell R. Prognostic impact of comorbidity in elderly lung cancer patients: use and comparison of two scores. *Lung Cancer* 2011;72:108-13.
5. Corujo E, de Guzmán D. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. En: Abizanda P, Alastuey C, Albó A, Alfaro A, Alonso M, et al., editores. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006. pp. 47-58.
6. Yeoh TT, Si P, Chew L. The impact of medication therapy management in older oncology patients. *Support Care Cancer* 2013;5:1287-93.
7. Aapro MS. Never too old? Age should not be a barrier to enrollment in cancer clinical trials. *Oncologist* 2005;10(3):198-204.
8. Mohile SG, Xian Y, Dale W, Fisher SG, Rodin M, Morrow GR, et al. Association of cancer diagnosis with vulnerability and frailty in older Medicare beneficiaries. *J Natl Cancer Inst* 2009;101(17):1206-15.
9. Cesari M, Colloca G, Cerullo F, Ferrini A, Testa AC, Foti E, et al. Onco-geriatric approach for the management of older patients with cancer. *J Am Dir Assoc* 2011;12(2):153-9.
10. Turner NJ, Haward RA, Mulley GP, Selby PJ. Cancer in old age-is it inadequately investigated and treated? *BMJ* 1999;319(7205):309-12.
11. Kellen E, Bulens P, Deckx L, Schouten H, Van Dijk M, et al. Identifying an accurate prescreening tool in geriatric oncology. *Crit Rev Onco Hematol* 2010;75:243-8.
12. Molina-Garrido MJ. Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. *Nutr Hosp* 2016;33(Suppl 1):177.
13. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist* 2000;5(3):224-37.
14. Hamaker ME, Wildes TM, Rostoft S. Time to stop saying geriatric assessment is too time consuming. *J Clin Oncol* 2017;35(25):2871-4.
15. 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(5):1306-12.
16. Decoster L, Van PK, 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 dagger. *Ann Oncol* 2015;26(2):288-300.
17. Molina-Garrido MJ, Soriano Rodríguez MC, Guillén-Ponce C. ¿Cuál es el papel de la valoración geriátrica integral en oncogeriatría? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2019;54:27-33.
18. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
19. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBI Evidence Synthesis* 2017;15:1154-208.
20. 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(10):1604-8.

21. Pilotto A, Cella A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment: evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(2):192.e1-192.e11.
22. Cohen HJ, Saltz CC, Samsa G, McVey L, Davis D, Feussner JR. Predictors of two-year post-hospitalization mortality among elderly veterans in a study evaluating a geriatric consultation team. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(12):1231-5.
23. Bellera CA, Artaud F, Rainfray M, Soubeyran PL, Mathoulin-Péllissoer S. Modeling individual and relative accuracy of screening tools in geriatric oncology. *Ann Oncol* 2017;28(5):1152-7.
24. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13.
26. Echavarrí C, Erro ME. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *An Sis Sanit Navr* 2007;30(Supl 1):155-61.
27. Cereda E, Pedrolli C. The Geriatric nutritional risk index. *Curr Opin Clin Nutri Metab Care* 2009;12:1-7.
28. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD006211.
29. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home-based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323(7315):719-25.
30. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003;56(3):221-9.
31. Abizanda Soler P, Paterna Mllimas G, Martínez Sánchez E, López Jiménez E. Comorbidity in the elderly: utility and validity of assessment tools. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010;45(4):219-28.
32. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc* 1968;16(5):622-6.
33. Mistry R, Gokhman I, Bastani R, Gould R, Jimenez E, Maxwell A, et al. Measuring medical burden using CIRS in older veterans enrolled in UPBEAT, a psychogeriatric treatment program: A pilot study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59(10):1068-75. DOI: 10.1093/gerona/59.10.m1068
34. Martínez-Tapia C, Canoui-Poitrine F, Bastuji-Garin S, Soubeyran P, Mathoulin-Pelissier S, Tournigand C, et al. Optimizing the G8 Screening Tool for Older Patients With Cancer: Diagnostic Performance and Validation of a Six-Item Version. *Oncologist* 2016;21(2):188-95. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0326
35. Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in older person. *Clin Geriatr Med* 2017;33:293-303.
36. Lee L, Patel T, Costa A, Bryce E, Hillier LM, Slonim K, et al. Screening for frailty in primary care. Accuracy of gait speed and handgrip strength. *Can Fam Physician* 2017;63:e51-7.
37. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:392-7.
38. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med* 2006;166(4):418-23.
39. Mohile SG, Magnuson A, Pandya C, Velarde C, Duberstein P, Hurria A, et al. Community oncologists' decision-making for treatment of older patients with cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2018;16(3):301-9.
40. Brunello A, Fontana A, Zafferi V, Panza F, Fiduccia P, Basso U, et al. Development of an oncological-multidimensional prognostic index (Onco-MPI) for mortality prediction in older cancer patients. *J Cancer Res Clin Oncol* 2016;142(5):1069-77.
41. Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing* 2017;46(3):383-92.