

¿Qué se debería evaluar frente al paciente adulto mayor con cáncer?

María Eugenia Riggi[✉], Mariela Cal[✉] y Maximiliano Smietniansky[✉]

RESUMEN

En la medida en que el crecimiento poblacional continúe en aumento, la cantidad de adultos mayores que sufran patología oncológica será cada vez mayor. Esta población, por su heterogeneidad y su comorbilidad diferente de la del adulto joven, requiere un manejo más específico e individualizado. La realización de una valoración geriátrica integral y el trabajo multidisciplinario, colaborarán en la toma de decisiones con el fin de priorizar la calidad de vida de cada paciente en particular y optimizar el manejo de los pacientes vulnerables.

Palabras clave: adulto mayor, evaluación geriátrica, fragilidad, cáncer, sarcopenia, funcionalidad.

¿WHAT SHOULD WE EVALUATE IN AN OLDER ADULT WITH CANCER?

ABSTRACT

As the population grows, there will be more cancer diagnoses in the elderly population. This group, due to its heterogeneity and comorbidities different from those of young adults, requires a specific and individualized assessment. The geriatric assessment and multidisciplinary work, together, would help in decision-making in order to prioritize the quality of life of each patient and optimize management of the vulnerable patients.

Key words: elderly, geriatric assessment, frailty, cancer, sarcopenia, abilities of daily living.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(4): 176-179.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural, en el cual ocurren cambios en las esferas física, psíquica y social. Cada individuo experimenta estos cambios de forma diferente según su contexto social y económico¹.

Debido al incremento en la expectativa de vida, han aumentado la incidencia y la prevalencia de patologías oncológicas. Aunque la edad cronológica es tomada en cuenta en las decisiones terapéuticas, basarse solamente en ella puede llevar a subtratamiento o sobretreatmento, ya que en este grupo etario² la edad cronológica no refleja necesariamente la edad biológica³. Los médicos enfrentamos un gran desafío al tratar a adultos mayores con cáncer, debido a que estos pacientes se encuentran poco representados en los trabajos de investigación y además los beneficios de los tratamientos basados en aumentar la sobrevida deben ser balanceados con el riesgo de desencadenar toxicidad y afectar la calidad de vida².

Desde hace algunos años, la International Society of Geriatric Oncology y The National Comprehensive Cancer Network recomiendan realizar una evaluación geriátrica en los adultos mayores con cáncer². Existe una heterogeneidad sustancial entre los ancianos, por lo cual su tolerancia al estrés y la capacidad de recuperación

son también muy diferentes. Por lo tanto, en el proceso de determinar si un tratamiento es adecuado o no para este grupo etario, idealmente deberíamos contar con una valoración geriátrica integral, en ausencia de marcadores biológicos medibles y fiables².

Desarrollo

¿A qué se denomina Valoración Geriátrica Integral (VGI)?

La VGI es una herramienta multidisciplinaria y multidimensional cuyo objetivo es proveer una mirada individualizada sobre el estado general de los adultos mayores: funcionalidad, rendimiento físico, nutrición, comorbilidades, cognición, ánimo y soporte social².

En el ámbito oncológico, la VGI permite diagnosticar problemas clínico-geriátricos que no serían detectados en una evaluación oncológica estándar. Estos síndromes geriátricos permiten identificar a adultos mayores con elevado riesgo de complicaciones, declive funcional y mortalidad³. De los síndromes geriátricos descriptos hasta el momento, en esta revisión vamos a mencionar la fragilidad, la sarcopenia y la funcionalidad, y destacar la importancia de su detección en el adulto mayor con cáncer.

Fragilidad

El síndrome de fragilidad se define como un estado dinámico de desequilibrio cuya consecuencia es el deterioro de uno o más órganos o sistemas que lleva a un aumento en la vulnerabilidad ante estresores, alteraciones en la funcionalidad y diversos resultados adversos en este grupo

Recibido 1/07/21

Aceptado 1/12/21

Sección Geriátrica, Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: maria.riggi@hospitalitaliano.org.ar

etario. El cáncer en sí mismo y los tratamientos oncológicos sistémicos son potenciales estresores que afectan la reserva fisiológica en el adulto mayor. En la población general, aproximadamente el 10% de los mayores de 65 años son frágiles, y esa condición aumenta entre 25 y 50% en los mayores de 85⁴.

El fenotipo de fragilidad, el modelo de déficit acumulativo y la VGI son los tres pilares, basados en la evidencia, para identificar la fragilidad. El fenotipo incluye debilidad, enlentecimiento en la velocidad de la marcha, baja resistencia física, sedentarismo y pérdida de peso. Se considera prefrágil a un paciente que cumple con 1 o 2 criterios y frágil con 3 o más⁴. Este es el fenotipo de fragilidad descrito por Fried y cols. en 2001⁵. El modelo de déficit acumulativo define la fragilidad como el efecto acumulativo de déficits individuales como signos y síntomas clínicos, estadio de enfermedades, alteración funcional y resultados anormales en el laboratorio. La VGI colabora en la individualización del tratamiento y hasta el momento es la mejor herramienta clínica para el diagnóstico de fragilidad⁴.

Existen revisiones sistemáticas sobre la relación entre fragilidad y resultados adversos en adultos mayores con cáncer. En una de ellas se extrajeron datos de 20 trabajos y se incluyeron 2919 participantes; se concluye que los pacientes frágiles y prefrágiles presentan riesgo incrementado de intolerancia a la quimioterapia, complicaciones posoperatorias y mortalidad⁶.

Actualmente hay trabajos en desarrollo que investigan el papel de la VGI para seleccionar tratamientos apropiados en pacientes referidos para realizar radioterapia. Se propone aplicar un modelo en dos pasos, con un rastreo de fragilidad breve inicial seguido de una evaluación

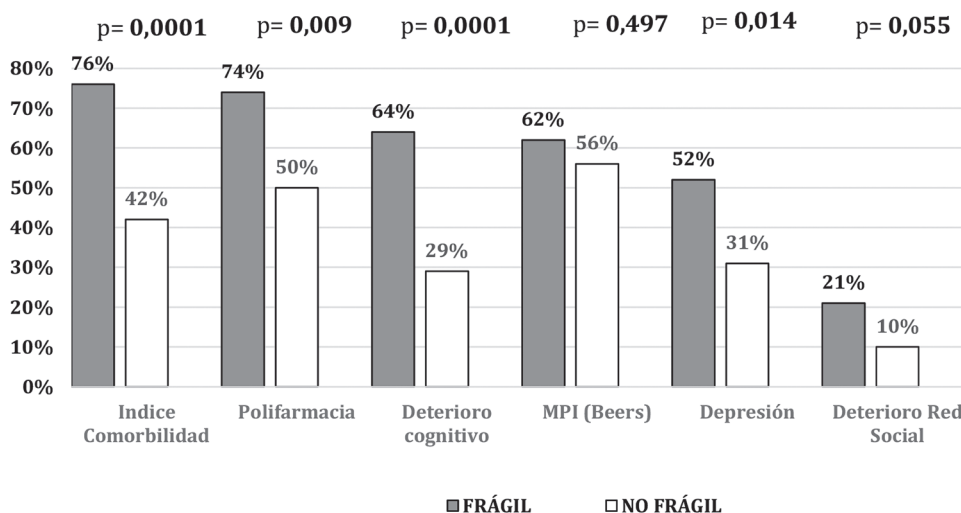
más completa. Los pacientes robustos serían candidatos a tratamientos similares a los más jóvenes, mientras que los frágiles se beneficiarían de un abordaje paliativo. A aquellos considerados vulnerables se les debiera ofrecer una terapéutica a medida para evitar el deterioro durante su transcurso o después de ella, o con dosis adaptadas⁶.

El grupo DRIPP, junto con la Sección de Oncoginecología y Patología mamaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, realizó un trabajo donde se incluyeron 146 mujeres con cáncer ginecológico que fueron evaluadas por DRIPP antes del tratamiento quirúrgico. Se comparó el grupo de las frágiles (28%) con el de las no frágiles. Con respecto a la presencia de síndromes geriátricos, las pacientes frágiles tenían más deterioro cognitivo, marcha más lenta y más compromiso funcional (Gráfico 1). Asimismo, este grupo tuvo más días de internación y más cantidad de readmisiones hospitalarias a los 30 días del alta y hubo más pacientes frágiles que necesitaran posoperatorio en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) comparados con los no frágiles (Fig. 1).

Sarcopenia

La revisión del Consenso europeo de sarcopenia en 2018 la define operacionalmente como un trastorno muscular esquelético progresivo y generalizado, que aumenta la probabilidad de eventos adversos como caídas, fracturas, discapacidad y mortalidad⁷.

Varios estudios de adultos mayores con cáncer encontraron que la fuerza muscular y el desempeño físico son factores importantes para identificar individuos con sarcopenia y se vinculan con resultados adversos en la población geriátrica



Cuadro 2. Presencia de síndromes geriátricos según fragilidad

Figura 1. Resultados del trabajo: Tenaglia Y, Riggi ME, Martinez C, et al. Complicaciones y utilización del recurso sanitario en mujeres con cáncer ginecológico según fragilidad. Poster presentado en 8vo Congreso Internacional de Oncología del Interior; 2021 mar 10-12; Córdoba, Argentina. Disponible en: <https://vimeo.com/521671889/bcc6acb6b4>.

	Frágiles (n = 42)	No frágiles (n = 104)	p-valor
Tiempo total de internación (días)	2 (IQR 1-5)	1 (IQR 1-2)	0,047
Porcentaje de pacientes que requirieron UTI	12 (28,6%)	9 (8,6%)	0,002
Readmisión hospitalaria dentro de los 30 días del alta.	6 (14,3%)	3 (2,9%)	0,010

UTI: unidad de Terapia Intensiva.

IQR: Rango intercuartil.

oncológica, asociándose significativamente con menor sobrevida global, complicaciones posoperatorias mayores, admisión en cuidados intensivos, estadía hospitalaria prolongada, readmisiones y quimiotoxicidad⁸.

Funcionalidad

La funcionalidad se define como la posibilidad de desenvolverse de manera independiente en habilidades relacionadas con satisfacer las necesidades de la vida diaria, como bañarse, comer, movilizarse, o actividades más complejas como manejo de medicación, finanzas, preparación de comida, etcétera.

El estado funcional es un aspecto importante entre adultos mayores con cáncer porque se asocia con resultados adversos. Mientras que los trabajos que investigan tratamientos oncológicos frecuentemente usan sobrevida global y sobrevida libre de progresión como resultados primarios, el deterioro funcional puede ser un resultado más significativo de evaluar en ancianos, ya que lleva a institucionalización y aumento en el empleo de recursos, y predice toxicidad de la quimioterapia y menor sobrevida en esta población⁹.

Entre los factores predictores de deterioro funcional se mencionan polifarmacia, peor estado funcional basal, depresión, deterioro del estado nutricional y cognitivo. Los predictores de compromiso funcional relacionados con la enfermedad son el tipo de cáncer, su estadio y el tratamiento recibido⁹.

En la bibliografía internacional encontramos trabajos que postulan que los adultos mayores tienen alto riesgo de perder funcionalidad durante la hospitalización y luego de ella. Aproximadamente un 30% de estos pacientes desarrollan un nuevo compromiso funcional durante la internación y, luego del año, menos del 50% recupera su estado funcional habitual¹⁰.

Las escalas que evalúan toxicidad por quimioterapia (CRASH: *Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients*¹¹ y CARG: *Cancer And Aging Research*

Group 12) han demostrado que las limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria predicen el riesgo de toxicidad hematológica y no hematológica⁹. En la población geriátrica, el estado funcional es un fuerte predictor de mortalidad y morbilidad¹².

CONCLUSIÓN

Los adultos mayores están subrepresentados en los estudios de investigación; por ende, uno de los mayores desafíos ante el diagnóstico de cáncer es decidir si el beneficio del tratamiento supera los riesgos.

Los profesionales deberíamos hacernos las siguientes preguntas antes de iniciar un tratamiento oncoespecífico, ya sea quirúrgico o clínico: 1) ¿Qué expectativa de vida tiene mi paciente?, 2) ¿Cuál es el objetivo del tratamiento?, 3) ¿Cuáles son los valores y preferencias del paciente ante el tratamiento oncológico? y 4) ¿Cuál es el riesgo de toxicidad grave y cómo el tratamiento puede afectar la independencia y calidad de vida? Todas estas preguntas son respondidas mediante una VGI.

En el Hospital Italiano de Buenos Aires, esta evaluación la realizan especialistas en Geriátrica, que conforman el grupo DRIPP (Determinación de Riesgos para Prácticas y Procedimientos). En ella se determina la presencia o no de diferentes síndromes geriátricos: comorbilidad clínico-geriátrica, funcionalidad, polimedición y medicación potencialmente inapropiada, sarcopenia, fragilidad, trastornos del ánimo y cognitivos, la presencia y severidad de dolor crónico, red social, riesgo de toxicidad por quimioterapia y sobrevida global (Fig. 2). El grupo DRIPP trabaja en forma multidisciplinaria junto con los especialistas que derivan al paciente, así como con el Servicio de Alimentación, Equipo Sociosanitario, Kinesiología, entre otros. El objetivo primordial es la estratificación individual del riesgo, para luego gestionar dicho riesgo y armar un plan de prehabilitación y/o cuidados posoperatorios según las necesidades propias de cada paciente.



Figura 2: Evaluación DRIPP (Determinación de Riesgos para Prácticas y Procedimientos). Servicio de Clínica Médica, Sección Geriátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Ribeiro IA, Lima LR, Volpe CRG, et al. Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03449. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>. Errata en: *Rev Esc Enferm USP*. 2021;54:e03568.
- Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, et al. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2018;19(6):e305-e316. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30348-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30348-6).
- Hernandez Torres C, Hsu T. Comprehensive geriatric assessment in the older adult with cancer: a review. *Eur Urol Focus*. 2017;3(4-5):330-339. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.10.010>.
- Handforth C, Clegg A, Young C, et al. The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review. *Ann Oncol*. 2015;26(6):1091-1101. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu540>.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
- O'Donovan A, Leech M. Personalised treatment for older adults with cancer: the role of frailty assessment. *Tech Innov Patient Support Radiat Oncol*. 2020;16:30-38. <https://doi.org/10.1016/j.tipsro.2020.09.001>.
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>. Errata en: *Age Ageing*. 2019;48(4):601.
- Dunne RF, Loh KP, Williams GR, et al. Cachexia and sarcopenia in older adults with cancer: a comprehensive review. *Cancers (Basel)*. 2019;11(12):1861. <https://doi.org/10.3390/cancers11121861>.
- Nightingale G, Battisti NML, Loh KP, et al. Perspectives on functional status in older adults with cancer: an interprofessional report from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) nursing and allied health interest group and young SIOG. *J Geriatr Oncol*. 2021;12(4):658-665. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.10.018>.
- Wirtz D, Kohlhof H. The geriatric patient: special aspects of peri-operative management. *EFORT Open Rev*. 2019;4(6):240-247. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.4.180087>.
- Extermann M, Boler I, Reich RR, et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer*. 2012;118(13):3377-3386. <https://doi.org/10.1002/cncr.26646>.
- Hurria A, Togawa K, Mohile SG, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol*. 2011;29(25):3457-3465. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.34.7625>.