

¿Reciben un tratamiento adecuado los pacientes ancianos con cáncer?

M.J. Boya-Cristiá^a y A. Alonso-Babarro^b

^aGeriatra. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) Área 11. Madrid. España.

^bMédico de Familia. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) Área 5. Madrid. España.

RESUMEN

Alrededor del 60% de todos los cánceres y del 70% de los fallecimientos por esta causa ocurren en personas de más de 65 años. Sin embargo, distintos estudios demuestran los peores resultados terapéuticos obtenidos en estos pacientes. La causa de estos peores resultados no parece derivarse de una peor evolución del cáncer. Los ancianos están claramente poco representados en los ensayos clínicos y existe una evidente actitud abstencionista hacia el tratamiento por parte de los profesionales involucrados en el manejo del cáncer en estos pacientes. Presentamos 3 casos clínicos de pacientes geriátricos remitidos a nuestra unidad para control paliativo de su sintomatología y que en realidad necesitaban tratamientos más agresivos. A propósito de estos casos, comentamos las diferencias existentes respecto a las distintas modalidades de tratamiento en oncología entre la población adulta y la geriátrica. Estas diferencias no dependen tanto del propio cáncer o de la aplicación del tratamiento como de circunstancias asociadas, es decir, principalmente de la presencia de comorbilidad, deterioro funcional o síndromes geriátricos. Por último, tratamos de establecer unas recomendaciones generales a la hora de la evaluación de un anciano con cáncer.

Palabras clave

Anciano. Cáncer. Tratamiento. Comorbilidad.

Do elderly patients with cancer receive appropriate treatment?

ABSTRACT

Around 60% of all cancers and 70% of cancer-related deaths occur in the population aged over 65 years. However, various studies show that therapeutic results in this kind of patient are poorest. The cause of these poor results does not seem to be a more aggressive cancer course. The elderly are clearly underrepresented in cancer treatment trials and there is a clear abstentionist attitude towards treatments among professionals involved in cancer management. We present three geriatric patients who were referred to our unit for

palliative care and who in fact deserved more aggressive treatments. Apropos of these patients, we discuss differences among the distinct treatment modalities in oncology for the adult and geriatric populations. These differences do not depend so much on the cancer itself or on the application of treatment but rather depend on associated circumstances, mainly the existence of comorbidity, functional deterioration or geriatric syndromes. Lastly, we try to establish several general recommendations for the proper evaluation of elderly individuals with cancer.

Key words

Elderly. Cancer. Treatment. Comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Alrededor del 25% de las muertes en nuestro país se atribuyen al cáncer, por lo que se coloca ya como primera causa de mortalidad¹. La incidencia de la mayoría de los cánceres aumenta con la edad. En Estados Unidos, el 50% de todas las neoplasias ocurren en personas mayores de 65 años, que tan sólo representan el 12% de la población². En la Unión Europea, el 58% de todos los cánceres y el 69% de los fallecimientos por esta causa se producen en el grupo de población mayor de 65 años³. Sin embargo, no se ha dedicado la suficiente atención a este colectivo en oncología. De hecho, a pesar de que en Estados Unidos entre 1968 y 1985 se logró reducir la mortalidad por cáncer en los pacientes menores de 55 años en un 23%, en los mayores de esa edad aumentó en un 17%⁴. Desde el inicio de la década de los noventa se han producido llamadas de alerta en la literatura médica sobre el mal tratamiento de los ancianos con cáncer⁵. Durante la última década ha aumentado progresivamente la proporción de pacientes mayores de 65 años con cáncer que han recibido tratamiento activo⁶. Pero la situación está lejos de ser satisfactoria. Así, en el estudio EURO CARE³ sobre supervivencia de los ancianos con cáncer respecto a menores de 65 años, se observan tasas drásticamente inferiores en todos los países europeos. Una importante conclusión del estudio SUPPORT fue la constatación de que los pacientes mayores de 65 años con cáncer recibían tratamientos menos agresivos y tenían menor supervivencia⁷.

Correspondencia: Dra. M.J. Boya-Cristiá.

Geriatra. ESAD Área XI Madrid. Centro de Salud de Legazpi.

Antracita, 2. Madrid. España.

Correo electrónico: mangels@arrakis.es

Recibido el 21-04-04; aceptado el 16-05-05.

Se han aducido numerosas razones para justificar los malos resultados terapéuticos en ancianos con cáncer. En primer lugar, la persistencia de mitos en relación con el cáncer en la población geriátrica^{8,9}. Probablemente los dos más perjudiciales son las creencias de que la enfermedad evoluciona de una forma menos agresiva que en los jóvenes y que los tratamientos aplicables en otras edades no merecen la pena en ancianos por su toxicidad. En segundo lugar, la falta de precisión en la estimación de la esperanza de vida de un paciente mayor⁹⁻¹¹. Es frecuente que, intuitivamente, los médicos subestimen este parámetro. La esperanza de vida a los 70 años es superior a los 15 años, y a los 90 supera los 5 años: en ambos casos, cifras superiores a la mediana de supervivencia de muchos cánceres. Por consiguiente, el cáncer limita la esperanza de vida incluso en pacientes muy mayores. La edad, *per se*, tiene muy poca influencia en el pronóstico del cáncer. Por último, hay una acusada tendencia a creer que los pacientes mayores de 65 años quieren tratamientos menos agresivos. Pero esto no es totalmente cierto. No existen grandes diferencias entre adultos jóvenes y mayores de 65 años a la hora de decidir sobre su tratamiento^{12,13}. Sin embargo, sí es cierto que los pacientes ancianos participan con menos frecuencia en la toma de decisiones sobre su enfermedad¹⁴.

Presentamos a continuación 3 casos clínicos de pacientes geriátricos remitidos a nuestra unidad para control paliativo de su sintomatología y que consideramos representativos de una práctica clínica frecuente en oncología geriátrica. Nuestro propósito es comentar las diferencias entre la población adulta y la geriátrica en relación a las diferentes modalidades de tratamiento en oncología y establecer recomendaciones generales a la hora de la evaluación de un anciano con cáncer.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 81 años de edad que es remitida a nuestra unidad desde un servicio de ginecología por adenocarcinoma de endometrio en estadio avanzado.

Entre sus antecedentes personales destacaba una hipertensión arterial (HTA) de larga evolución en tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) con buen control y una artropatía degenerativa que afectaba a grandes articulaciones y que le había producido una restricción funcional progresiva en los últimos 10 años. El diagnóstico se había realizado tres meses antes por la presencia de metrorragias. No se realizaron estudios de extensión. Se informó a la paciente de las complicaciones del tratamiento quirúrgico dada su edad y, con su consentimiento, se optó por tratamiento paliativo con acetato de megestrol en dosis de 160 mg/día. En el momento del diagnóstico era independiente para todas las actividades básicas salvo el baño e incontinencia urinaria ocasional, Barthel, 90. No presentaba de-

terioro cognitivo. La paciente vivía sola en una ciudad costera pero, dada la gravedad de su enfermedad, una sobrina decidió hacerse cargo de ella hasta su muerte y la trasladó a su domicilio en Madrid.

Cuando se la vio por primera vez en nuestra unidad, existía mayor deterioro funcional (Barthel, 75). Entre los síntomas destacaban dolor pelviano de características viscerales (escala visual analógica [EVA], 6/10), estreñimiento moderado-severo y depresión. Reinterrogada sobre las posibilidades de tratamiento, la paciente aceptó valorar el tratamiento quirúrgico según el estadio de extensión del tumor.

La sintomatología evolucionó favorablemente con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), lactulosa e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, y concomitantemente se observó una mejoría de su funcionalidad. Valorada en el servicio de ginecología de referencia, se observó progresión local del tumor pero sin afección metastásica. En consecuencia, se decidió, de acuerdo con la paciente, la intervención quirúrgica. La cirugía se realizó sin complicaciones y la paciente recuperó el estado funcional previo al diagnóstico.

COMENTARIO: CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN EL ANCIANO

Los resultados de la mayoría de las cirugías electivas en los pacientes mayores de 65 años son muy parecidos a los obtenidos en los pacientes más jóvenes. El factor determinante para la aparición de complicaciones es la presencia de enfermedades asociadas¹⁵⁻¹⁷.

Una de las características propias de los ancianos es que las formas de presentación y patrones de evolución de las enfermedades son diferentes de los clásicamente definidos en adultos más jóvenes. Esto hace que en muchas ocasiones el diagnóstico de la enfermedad se haga al presentarse una complicación que obliga a una cirugía urgente. Así, por ejemplo, los ancianos con cáncer de colon requieren con más frecuencia cirugía de urgencia que los pacientes jóvenes con la misma enfermedad¹⁷. El problema es que la cirugía urgente tiene mayor riesgo de complicaciones en el anciano, está ligada a mayor mortalidad y morbilidad^{15,17}. Sabemos también que prolonga la estancia en el hospital, aumenta la necesidad de cuidados en el postoperatorio, se asocia con una peor recuperación funcional postoperatoria y a una mayor tasa de institucionalización¹⁸.

Son múltiples los estudios que han demostrado, para todos los grupos de edad, que la presencia de enfermedades coexistentes con la patología quirúrgica aumenta la probabilidad de complicaciones postoperatorias, y esto es mucho más llamativo en mayores de 75 años¹⁸. La pluripatología es muy frecuente en el anciano. El diagnóstico y el tratamiento adecuado de los procesos coexistentes

tes en el perioperatorio es fundamental para asegurar una adecuada indicación del tratamiento quirúrgico y una buena evolución postoperatoria.

La valoración del estado funcional es el predictor más fiable de la evolución. Una situación funcional basal de dependencia se asocia a una mayor frecuencia de complicaciones posquirúrgicas. La clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA) es uno de los más fiables predictores de morbilidad postoperatoria¹⁶⁻¹⁸. Esta clasificación valora el riesgo global según la situación funcional del paciente y la comorbilidad.

En conclusión, los mayores determinantes del resultado de la cirugía en el anciano son la necesidad de cirugía urgente, la comorbilidad y el estado funcional¹⁷. Una valoración perioperatoria cuidadosa del paciente anciano nos permitirá, por un lado, estar seguros de que la opción terapéutica de la cirugía es la más adecuada y, por otro, anticipar problemas postoperatorios, tanto médicos como sociales^{17,18}. De esta manera reduciremos las complicaciones, aceleraremos la recuperación funcional y acortaremos la estancia en el hospital¹⁸.

CASO CLÍNICO 2

Varón de 83 años remitido a nuestra unidad desde atención primaria para control del dolor en el contexto de adenocarcinoma de próstata en estadio avanzado.

Entre sus antecedentes personales sólo destacaba la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Un año antes, a raíz de sufrir fractura de cadera derecha, se le diagnostica de adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas (columna cervicodorsal, costillas, articulación sacroilíaca y fémur derecho). Desde la intervención de la fractura de cadera, el paciente andaba con dos muletas, salía a la calle y, salvo la incontinencia urinaria y el baño, era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (Barthel, 85). No presentaba deterioro cognitivo.

El paciente era el cuidador principal de su mujer, diagnosticada de demencia severa. Su única hija, casada, era la responsable de sus cuidados. Por deseo de ella desconocía el diagnóstico y pronóstico.

Al valorarlo por primera vez en nuestra unidad, presentaba dolor de características óseas y neuropáticas en ambos miembros inferiores y región dorsolumbar de 3 semanas de evolución. La intensidad del dolor cuantificada según la EVA era de 10/10, a pesar de estar en tratamiento con 60 mg al día de morfina por vía oral y 600 mg al día de gabapentina. Tenía importante deterioro funcional progresivo en relación con el cuadro doloroso y pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores. En ese momento precisaba ayuda para todas las actividades básicas de la vida diaria; necesitaba 2 personas para poder desplazar-

se de la cama al sillón. Igualmente presentaba estreñimiento y clínica de infección respiratoria.

Fue derivado al servicio de urgencias de su hospital de referencia con el diagnóstico de sospecha de compresión medular. Se le dio de alta después de descartar compresión medular y desestimar un tratamiento paliativo con radioterapia para el dolor. Comentado directamente con el servicio de radioterapia oncológica, se decide el ingreso para administrar un tratamiento antiálgico con radioterapia, con lo que mejora clínicamente aunque persiste la pérdida funcional.

Un mes y medio después, el paciente presentó infección respiratoria y falleció en el hospital. No había tenido más problemas para el control del dolor.

COMENTARIO: RADIOTERAPIA EN EL ANCIANO

El hecho de que el envejecimiento se asocie con una disminución de la capacidad proliferativa, la perfusión tisular y la reserva funcional de los órganos, podría hacer suponer una menor respuesta al tratamiento radioterápico y una mayor susceptibilidad a su toxicidad. Esta creencia probablemente es lo que haga que muchos ancianos sean infratratados o no tratados. De hecho, aproximadamente dos tercios de los pacientes jóvenes con cáncer son manejados con tratamientos multimodales en comparación con un tercio de los pacientes mayores de 75 años en las mismas circunstancias¹⁹.

Aunque la bibliografía existente sobre la eficacia de la radioterapia y la tolerancia de los ancianos es muy limitada, los datos disponibles sobre la sensibilidad de los tejidos normales a la radioterapia sugiere que los pacientes mayores de 65 años con una buena situación general toleran el tratamiento igual que los jóvenes, con tasas de respuesta y de supervivencia semejantes. Es decir, la eficacia de la radioterapia es la misma a todas las edades y la aparición de mayor toxicidad se relaciona con la existencia de comorbilidad y no con la edad cronológica^{19,20}.

La radioterapia tiene la ventaja de presentar una mortalidad asociada excepcional y unas complicaciones agudas y tardías aceptables. Probablemente su mayor inconveniente radique en la duración de los tratamientos y la necesidad de traslado diario al centro hospitalario o de ingreso^{19,20}. En los últimos años se ha investigado el papel de la radioterapia con fraccionamientos no convencionales (acelerada, hiperfraccionada, hipofraccionada) con el objetivo de conseguir un mejor control de tumores localmente avanzados o resistentes, sin aumentar la toxicidad, y disminuir la duración de los tratamientos. De estos estudios, pocos incluyen a pacientes mayores de 70 años; sin embargo, es obvio que la posibilidad de administrar un tratamiento en un corto período es una ventaja importante en el caso de los pacientes ancianos^{19,20}.

La dosis total a administrar en un tratamiento con radioterapia dependerá de la radiosensibilidad del tumor a tratar y del objetivo del tratamiento (curativo o paliativo). No existen diferencias de dosis usada por edad. La eficacia es la misma en todas las edades, y una mayor toxicidad se relaciona con la existencia de comorbilidad, no con la edad²⁰.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 72 años de edad remitida a nuestra unidad por el servicio de oncología tras el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico diseminado.

Desde un año antes del diagnóstico, la paciente refería episodios (5 o 6) de dolor epigástrico continuo, irradiado a la espalda, y vómitos de contenido mucoso, no alimentarios, en relación con la ingesta. Había perdido unos 10 kg de peso en el último año. Ante un nuevo episodio de dolor, acudió a urgencias y se la ingresó para estudio en el servicio de digestivo. Tras la realización de las pruebas diagnósticas, que incluyen laparotomía exploratoria, se diagnosticó de adenocarcinoma gástrico con carcinomatosis peritoneal. Después del estudio, se dio de alta y se la remitió al servicio de oncología para valoración de tratamiento quimioterápico. Desde el alta se produjo un deterioro progresivo con astenia intensa y hemorragia digestiva alta (HDA). Cuando fue valorada por el servicio de oncología presentaba un índice de Karnofski (IK) de 50 con mal estado general. Dada su situación clínica, sólo se la consideró candidata a recibir tratamiento sintomático paliativo.

Entre sus antecedentes personales destacaba una poliomielitis en la infancia que ocasionó una restricción funcional de la pierna derecha y epigastralgiias pépticas con *Helicobacter pylori* positivo unos años atrás, por lo que había recibido tratamiento erradicador. La paciente tenía un buen estado funcional (Barthel, 100) y cognitivo. Aunque previamente vivía sola, dada su situación clínica un hermano decidió hacerse cargo de ella.

En nuestra primera valoración, la paciente realizaba vida de cama y sillón, presentaba dolor abdominal de características viscerales muy intenso (EVA, 9/10) a pesar de su tratamiento (fentanilo transdérmico, 50 g/3 días, y morfina de liberación rápida a demanda), estreñimiento severo (no tomaba laxantes) y náuseas y vómitos esporádicos que tampoco respondían a tratamiento (metoclopramida, 1 comprimido/8 h). Se decidió la rotación de opioides a morfina (morfina de liberación retardada, 30 mg/12 h) y añadir dexametasona (4 mg/día). Se cambió también la protección gástrica de ranitidina a omeprazol. Con el cambio de tratamiento se controló totalmente la sintomatología, con lo que mejoró su situación funcional.

Unos días más tarde presentó nuevamente HDA. Se la trasladó a urgencias donde a pesar de presentar hemoglobina de 6 g/dl se decidió no transfundir y continuar tra-

tamiento paliativo dado su diagnóstico de base. Cuando la valoramos nuevamente, se encontraba encamada con evidente deshidratación y síndrome confusional. Se decidió remitirla de nuevo a urgencias de nuestro hospital de referencia para transfundir. Tras la transfusión y refuerzo de la protección gástrica, la paciente se recuperó rápidamente. Dada su mejoría funcional (Barthel, 100; IK, 70), se decidió realizar una nueva valoración y se inició el tratamiento con quimioterapia paliativa. Unos meses después, tras recibir 6 ciclos de quimioterapia, se observó en la tomografía computarizada abdominal sólo un tejido hipodenso con densidad de partes blandas rodeando al tronco celiaco. El resto de las pruebas de imagen eran negativas y los marcadores tumorales, normales. Ante la situación clínica se decidió continuar con el tratamiento de mantenimiento con floratur y uridina (UFT) por vía oral.

Dos años después, la paciente se encuentra asintomática, con situación funcional de Barthel, 100 e IK, 90. Su calidad de vida es definida como muy buena por la paciente y su familia. Sigue realizando tratamiento de mantenimiento con UFT. Ha sido posible reducir las dosis de morfina de liberación retardada hasta 10 mg/12 h y de dexametasona hasta 1 mg/24 h. Como complicaciones clínicas sólo ha presentado un episodio de trombosis venosa profunda que respondió bien al tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

COMENTARIO: QUIMIOTERAPIA EN EL ANCIANO

A pesar de la excepcional evolución de este caso, creemos que ilustra adecuadamente la importancia de considerar la quimioterapia en el tratamiento de un paciente anciano oncológico.

Los datos de que disponemos sobre el uso de citostáticos en ancianos, tanto en lo referente a eficacia como a toxicidad, son limitados. Los pacientes incluidos en ensayos clínicos son escasos y en su mayoría suelen ser ancianos jóvenes, muy pocos mayores de 75 años^{21,22}.

Los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento afectan a los procesos farmacocinéticos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos. De estos cambios, el más importante para tener en cuenta es la disminución progresiva del filtrado glomerular. Por tanto, en los ancianos es preceptivo determinar el aclaramiento de creatinina cuando se utilicen fármacos de eliminación renal para ajustar la dosis. Otros cambios que deben considerarse son la disminución del metabolismo de fármacos que dependen del citocromo P450 y la disminución en la distribución de fármacos hidrosolubles. Ambos pueden ser importantes por las posibles interacciones medicamentosas, teniendo en cuenta que en los ancianos es frecuente la polifarmacia²²⁻²⁵.

La mielotoxicidad es la complicación más frecuentemente asociada a la quimioterapia. Existe controversia en

la bibliografía sobre si el mayor riesgo que se detecta en pacientes ancianos depende propiamente de la edad^{22,25,26} o está más en relación con la comorbilidad²⁷. La anemia es especialmente temible debido al deterioro funcional al que puede dar lugar la consecuente astenia. A pesar de que con el envejecimiento existe una disminución en la secreción de factores de crecimiento y una resistencia al efecto de éstos, los ancianos responden igual que los jóvenes al tratamiento de soporte con eritropoyetina y factores estimulantes de colonias^{26,27}.

La toxicidad mucosa sobre el tubo digestivo es más frecuente, severa y prolongada en ancianos^{22,28}. Los anti-neoplásicos que con mayor frecuencia la producen son el metotrexato, el fluorouracilo, la adriamicina, la bleomicina y la citarabina. El uso de estrategias como esquemas semanales, la infusión continua de 5-fluorouracilo (5-FU) o el empleo de fluoropirimidinas orales está permitiendo reducir significativamente la toxicidad mucosa. En cualquier caso, es esencial el tratamiento agresivo con sueroterapia en los ancianos que presenten mucositis. La adriamicina en particular incrementa la cardiotoxicidad con el aumento de la edad. Sin embargo, no se ha observado una correlación entre este efecto tóxico y la edad como factor aislado con otros agentes²⁹. No parece que exista un incremento del riesgo de neuropatía con la edad. Sin embargo, ésta es una complicación especialmente grave en el anciano por la incapacidad funcional que podría desencadenar; en consecuencia, su diagnóstico precoz es especialmente importante en este grupo de pacientes. No existen datos que apoyen que el resto de los efectos tóxicos sean más frecuentes en los ancianos^{22,27,30}.

En la tabla 1 se detallan las consideraciones más importantes para disminuir el riesgo de complicaciones quimioterápicas en pacientes ancianos que reciben quimioterapia.

DISCUSIÓN

La edad cronológica no debería considerarse un criterio para adoptar o rechazar un tratamiento agresivo. Dado que la característica más importante en el proceso de envejecimiento es su heterogeneidad, la toma de decisiones en un paciente anciano con cáncer debe ser individualizada^{2,9,10,31}, teniendo en cuenta el balance riesgo/beneficio.

El principal problema es evaluar la vulnerabilidad al tratamiento de un paciente anciano. Conocemos la influencia de algunos factores para el resultado del tratamiento:

- La comorbilidad aumenta con la edad. En un estudio realizado en nuestro país se encontró que la frecuencia de comorbilidad detectada fue tres veces superior en mayores de 65 años que en menores de esa edad³². En algunos casos se ha demostrado que la comorbilidad es más importante para determinar la supervivencia que el propio estadio del cáncer³³.

TABLA 1. Recomendaciones para la reducción de complicaciones terapéuticas de la quimioterapia en pacientes ancianos

- Mantener las concentraciones de hemoglobina por encima de 12 mg/dl en todos los pacientes que reciban tratamiento mielotóxico
- Usar de forma profiláctica factores de crecimiento hematopoyético en pacientes mayores de 70 años que reciban tratamiento con CHOP u otros tratamientos de semejante toxicidad (CAF, FEC100, CA)
- Usar de forma profiláctica factores de crecimiento hematopoyético en pacientes mayores de 60 años que vayan a recibir quimioterapia de inducción o consolidación en el tratamiento de leucemia mieloide aguda
- Tratar la mucositis de forma agresiva con sueroterapia
- Ajustar la dosis del fármaco según función renal y, posteriormente, redefinir la dosis en función de la aparición de toxicidad
- Realizar exploraciones neurológicas exhaustivas en cada visita para diagnosticar precozmente la toxicidad neurológica

CHOP: ciclofosfamida, daunorrubicina, oncovin, prednisona; CAF: ciclofosfamida, adriamicina, fluorouracilo; FEC100: fluorouracilo, etopósido, cisplatino; CA: ciclofosfamida, adriamicina.

Modificada de Balducci y Yates²⁵.

- En los pacientes geriátricos el deterioro funcional es un predictor de la mortalidad a corto y medio plazo, con independencia de la enfermedad que lo cause³⁴. Se ha señalado que la mala situación funcional es una de las principales causas de recibir un tratamiento inadecuado³⁵. Es fundamental distinguir, por ello, entre el deterioro funcional previo y el causado por el propio cáncer o sus complicaciones; en este último caso la situación sería potencialmente reversible.

- La presencia de síndromes geriátricos en un paciente es un indicador de fragilidad. La situación cognitiva y afectiva es especialmente importante en ancianos con cáncer. Aunque desconocemos en que medida la depresión y la demencia pueden interferir en los planteamientos terapéuticos³¹, se han identificado como uno de los factores más determinantes para recibir un tratamiento inadecuado³⁵.

- La población anciana como grupo se encuentra en riesgo de precariedad social³⁶. Debe valorarse la situación social del anciano al efecto de detectar carencias en algunas áreas básicas. Su detección debería conducir a la aplicación de los recursos sociales necesarios para su solución.

- La polifarmacia es especialmente frecuente en los ancianos. Dada la posibilidad de interacciones medicamentosas con los fármacos citostáticos y la delicada situación clínica de un paciente geriátrico con cáncer, es esencial

revisar cuidadosamente el tratamiento y reducir al mínimo imprescindible el número de fármacos.

La colaboración de los equipos de atención primaria, oncología y Geriátría es necesaria para establecer un adecuado plan terapéutico y de cuidados continuados en cada paciente. No todos los pacientes mayores de 65 años precisan una valoración geriátrica exhaustiva. A los pacientes menores de 85 años, sin comorbilidad, sin dependencia funcional ni síndromes geriátricos y con una escala de ejecución normal (*Get up and go, Performance oriented mobility assessment*) se los puede considerar como adultos jóvenes. Los pacientes que se benefician de una valoración geriátrica exhaustiva son, por un lado, los que presentan comorbilidad importante, deterioro funcional y/o uno o más síndromes geriátricos y, por otro lado, aquellos con alteraciones en las escalas de ejecución referidas anteriormente. Por tanto, estas escalas permitirían detectar un grupo de ancianos con una fragilidad menos aparente, por haber desarrollado estrategias de adaptación al deterioro funcional, pero con gran riesgo de desarrollar dependencia funcional^{37,38}. Por último, los pacientes mayores de 85 años requieren también en todos los casos una valoración especial³⁹ debido a la mínima experiencia clínica con que contamos sobre su tratamiento oncológico y a que, casi siempre, ellos presentan un mayor o menor grado de fragilidad.

Una característica común a los 3 casos presentados es la falta de información sobre el diagnóstico del cáncer. Existe una generalizada tendencia a pensar que los pacientes mayores de 65 años desean con menor frecuencia ser informados sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad. En un estudio realizado en nuestro servicio sobre casi 400 pacientes, la edad media de los pacientes paliativos que estaban informados al ser admitidos en nuestro servicio era de 59 años, mientras que la de los no informados era de 70 años ($p < 0,005$, datos no publicados). Sin embargo, diversos trabajos realizados tanto en población general como en pacientes con cáncer no confirman esta hipótesis^{12,13}. De hecho, no parecen existir diferencias respecto a la edad de los pacientes con cáncer en cuanto al deseo de recibir información¹⁴. Además, parece que, en general, los pacientes más mayores tienen mayor capacidad de adaptación para recibir malas noticias. Si tenemos en cuenta que la calidad de vida es uno de los factores más importantes en la toma de decisiones, y que ésta sólo puede ser definida por el propio paciente, involucrarlo en la toma de decisiones es fundamental. Más probablemente en el paciente anciano en que las decisiones pueden ser más difíciles con arreglo a la situación clínica. Y para todo ello es necesario informar.

Fomentar los trabajos de investigación sobre el tratamiento del cáncer en ancianos debe ser prioritario. Las personas mayores de 65 años están claramente poco representadas en los ensayos clínicos²¹. De hecho, más del 50% de los oncólogos declara tener en cuenta sólo la edad para decidir no aconsejar ensayos clínicos o tratamientos activos a ancianos con cáncer⁴⁰. Hay que inten-

tar disminuir las restricciones de forma que se favorezca la entrada de pacientes de mayor edad en los diferentes ensayos. Sin embargo, aun mejorando los criterios de inclusión en los ensayos clínicos, no tendremos información aplicable a un importante porcentaje de ancianos que presentan comorbilidad, deterioro funcional u otras alteraciones. En estos grupos se debe emprender trabajos específicos que permitan desarrollar «patrones de cuidado» que faciliten la toma de decisiones³¹.

BIBLIOGRAFÍA

- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero A. Patrón de mortalidad en España, 1998. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:13-5.
- Balducci L, Extreman M. Cancer and Aging: an evolving panorama. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2000;14:1-16.
- Vercelli M, Quaglia A, Casella C, Parodi S, Capocacosa R, Martínez García C. The EURO CARE Working Group. Relative survival in elderly cancer patients in Europe. *Eur J Cancer*. 1998;34:2264-70.
- Leads from the MMWR. Years of potential life lost due to cancer - United States 1968-1985. *J Am Med Assoc*. 1989;261:209.
- Fentiman IS, Tirelli U, Monfardini S, Schneider M, Festen J, Cognetti F, et al. Cancer in the elderly: why so badly treated? *Lancet*. 1990;335:1020-2.
- Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol*. 2004;22:315-21.
- Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Thomas C, Connors AF, Wenger NS, et al. Age differences in care practices and outcomes for hospitalized patients with cancer. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:S25-32.
- Berkman B, Rohan B, Sampson S. Myths and biases related to cancer in the elderly. *Cancer*. 1994;74:2004-8.
- Feliu Batlle J, González Montalvo JI. Decisiones terapéuticas en el anciano con cáncer: hacia una actitud individualizada. En: González Barón M, González Montalvo JI, Feliu Batlle J, editores. *Cáncer en el anciano*. Barcelona: Masson; 2001. p. 209-26.
- Cruz Jentoft AJ. Toma de decisiones en el paciente mayor con cáncer. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. *Oncología Geriátrica. Clínicas Geriátricas*. Madrid: Editores Médicos; 2000. p. 41-9.
- Bennahum DA, Forman WB, Vellas B, Albarade JL. Life expectancy, comorbidity, and quality of life. *Clin Geriatr Med*. 1997;13:33-53.
- Ajaj A, Singh MP, Abdulla AJ. Should elderly patients be told they have cancer? Questionary survey of older people. *BMJ*. 2001;323:1160-4.
- Reig L, Fernández M, García M, Martín-Baranera M. Factores que influyen sobre las preferencias de reanimación cardiopulmonar y de información médica en una población geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:94-6.
- Yun YH, Lee CG, Kim S, Lee S, Heo DS, Kim JS, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol*. 2004;22:307-14.
- Mark R, Katlic MR. Principles of geriatric surgery. En: Rosenthal RA, Zenilman ME, Katlic MR, editors. *Principles and practice of geriatric surgery*. New York: Springer-Verlag; 2001. p. 92-104.
- Kemeny M, Busch-Devereaux E, Merriam LT, O'Hea BJ. Cancer surgery in the elderly. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2000;14:169-91.
- Berger D, Roslyn J. Cancer surgery in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1997;13:119-41.
- Darlene Gabeau, Ronnie A. Rosenthal RA. Preoperative evaluation of the elderly surgical patient. En: Rosenthal RA, Zenilman ME, Katlic MR, editors. *Principles and practice of geriatric surgery*. New York: Springer-Verlag; 2001. p. 126-43.
- Zachariah B, Balducci L. Radiation therapy of the older patient. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2000;14:131-65.
- Olmi P, Cefaro GA, Balzin M, Becciolini A, Geinitz H. Radiotherapy in the aged. *Clin Geriatr Med*. 1997;13:143-67.
- Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, Coltman CA, Albain KS. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med*. 1999;341:2061-7.

22. Balducci L, Corcoran MB. Antineoplastic chemotherapy of the older cancer patient. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000;14:193-212.
23. Swift C. Clinical pharmacology and therapeutics. En: Pathy J, editor. *Principles and practice of geriatric medicine.* London: John Wiley; 1998. p. 251-68.
24. Skirvin J, Lichtman S. Pharmacokinetic considerations of oral chemotherapy in elderly patients with cancer. *Drugs Aging.* 2002;19:25-42.
25. Balducci L, Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology.* 2000;14:221-7.
26. Balducci L, Carreca I. The role of myelopoietic growth factors in managing cancer in the elderly. *Drugs.* 2002;62:47-63.
27. Baker S, Grochow L. Pharmacology of cancer chemotherapy in the older person. *Clin Geriatr Med.* 1997;13:169-83.
28. Phister J, Jue S, Cusack B. Problems in the use of anticancer drugs in the elderly. *Drugs.* 1989;37:551-65.
29. Kimmick G, Fleming R, Muss H, et al. Cancer chemotherapy in older adults. A tolerability perspective. *Drugs Aging.* 1997;10:34-49.
30. McKenna R. Clinical aspects of cancer in the elderly. *Cancer.* 1994;74:2107-17.
31. Monfardini S. What do we know on variables influencing clinical decision-making in elderly cancer patients? *Eur J Cancer.* 1996;32:12-4.
32. Fírvida JL, Viñolas N, Muñoz M, Grais JJ, Daniels M, Estape A, et al. Age: a critical factor in cancer management. A prospective comparative study of 400 patients. *Age Aging.* 1999;28:103-5.
33. Satariano WA, Ragland DR. The effect of comorbidity on 3-year survival of women with primary breast cancer. *Ann Intern Med.* 1994;120:104-10.
34. Alarcón T, Bárcena A, González Montalvo JI, Peñalosa A, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing.* 1999;28:429-32.
35. Goodwin JS, Hunt WC, Samet JM. Determinants of cancer therapy in elderly patients. *Cancer.* 1993;72:594-601.
36. Alarcón MT, González JI, Bárcena A, Sánchez del Corral F, Muñoz C, Salgado A. Características del paciente geriátrico al ingreso en una unidad de agudos de un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993;28:285-90.
37. Reuben D. Geriatric assessment in oncology. *Cancer.* 1997;80:1311-6.
38. Baztan Cortés JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997;32(NM1):26-34.
39. Stanta G, Campagner L, Cavallieri F, Giarelli L. Cancer of the oldest old. *Clin Geriatr Med.* 1997;13:55-68.
40. Benson AB III, Pregler JP, Bean JP, Rademaker AW, Eshler B, Anderson K. Oncologists reluctance to accese patients onto clinical trials: an Illinois Cancer Center Study. *J Clin Oncol.* 1991;9:2067-75.