



Abordaje de la persona mayor con enfermedad oncológica

Alejandra Fernandez Cardona

Médica internista, geriatra. Universidad de Caldas
Docente pregrado Universidad de Antioquia
Servicio de Geriátría Hospital Alma Máter de Antioquia

Guía para el aprendizaje

a. ¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

Componentes de la valoración geriátrica integral, proceso de envejecimiento y fragilidad.

b. Los objetivos del capítulo serán:

1. Reconocer la heterogeneidad del envejecimiento como eje central del abordaje oncológico.
2. Comprender el rol de la evaluación geriátrica como herramienta complementaria a la valoración oncológica.
3. Identificar dominios geriátricos con impacto directo en los desenlaces oncológicos.
4. Integrar la toma de decisiones centrada en la persona mayor con enfermedad oncológica.

Viñeta clínica

Mujer de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, artrosis de rodilla y tabaquismo activo. Se encuentra cognitivamente íntegra, sin síntomas afectivos clínicamente significativos. Presenta un Clinical Frailty Scale (CFS) de 4, es independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y deambula de forma autónoma, utilizando bastón dentro y fuera del domicilio.

Consulta por un cuadro de hemorragia digestiva baja, asociado a pérdida de peso no intencionada y progresiva durante los últimos siete meses. Los estudios diagnósticos confirman la presencia de un adenocarcinoma de colon T3 - N1 - MO.

Ante este escenario clínico, surge la pregunta central: ¿cómo orientar la toma de decisiones terapéuticas en una persona mayor con cáncer potencialmente curable, considerando su edad, condición funcional y comorbilidades?

Introducción

El envejecimiento poblacional ha desplazado progresivamente la carga del cáncer hacia las personas mayores. En la actualidad, la mayoría de los nuevos diagnósticos y de la mortalidad por cáncer ocurre en adultos de 60 años o más, con un crecimiento particularmente acelerado en países de bajos y medianos ingresos (1,2). Se proyecta que para el año 2050 los nuevos casos de cáncer en este grupo etario superarán

los 12 millones anuales, representando cerca del 60 % de la carga mundial, lo que plantea desafíos relevantes para los sistemas de salud y para los modelos de atención clínica (3). En este contexto, resulta cada vez más evidente la necesidad de fortalecer estrategias de atención que reconozcan la complejidad clínica de la persona mayor con cáncer. El envejecimiento no constituye un proceso homogéneo: individuos con la misma edad cronológica pueden presentar diferencias sustanciales en su reserva fisiológica, funcionalidad y capacidad de respuesta frente a estresores. Este desacople entre edad cronológica y edad biológica se relaciona con cambios en los mecanismos homeostáticos y con el aumento de la carga alostática, dando lugar a trayectorias de envejecimiento diversas, como se ilustra en la Figura 1 (4,5).

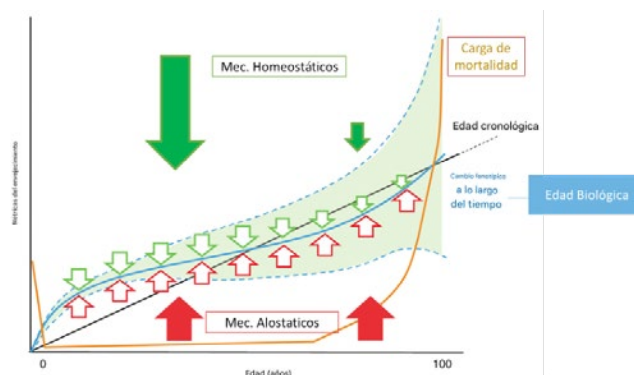


Figura 1. Trayectorias de envejecimiento. Modificado de Ferrucci *et al.* Comprehensive geriatric assessment: an updated perspective (4). Se puede ver en el área sombreada las posibles trayectorias que pueden generarse en función de la relación entre mecanismos alostáticos y homeostáticos a lo largo de la vida para una misma edad cronológica.

En escenarios de alta demanda fisiológica, como el tratamiento oncológico, estas diferencias adquieren particular relevancia clínica. La coexistencia de comorbilidades, fragilidad, deterioro funcional o alteraciones cognitivas puede influir en la tolerancia terapéutica y en los desenlaces, aun en pacientes con características tumorales similares. Reconocer e individualizar estas condiciones constituye uno de los pilares del enfoque oncogeriátrico y es coherente con las recomendaciones actuales de guías internacionales, incluida la actualización de *Sociedad Americana de Oncología Clínica*, por sus siglas en inglés (6), que enfatiza la evaluación de dominios

geriátricos prioritarios en adultos mayores con cáncer (7,8). La fragilidad emerge como un síndrome geriátrico clave en la práctica oncológica que expresa una vulnerabilidad aumentada frente a estresores: incluso agresiones menores pueden precipitar deterioro clínico, afectar la independencia y aumentar los eventos adversos (5,9,10). La fragilidad coexiste y se solapa con los cambios fisiológicos del envejecimiento, la comorbilidad y la dependencia funcional —sin ser equivalentes— y es dinámica a lo largo del curso de la enfermedad oncológica.

La subrepresentación de personas mayores, especialmente aquellas con fragilidad o multimorbilidad, en los ensayos clínicos limita la extrapolación directa de los algoritmos terapéuticos a la práctica cotidiana. En este escenario, la toma de decisiones clínicas se beneficia de herramientas que permitan integrar riesgos, contexto funcional y prioridades del paciente. La Evaluación Geriátrica (EG) y las intervenciones derivadas se han consolidado como una estrategia complementaria a la valoración oncológica tradicional, orientada a identificar condiciones no reconocidas, mitigar el riesgo de toxicidad, adaptar la intensidad del tratamiento, favorecer menores tasas de complicaciones quirúrgicas, preservar la calidad de vida y optimizar la comunicación con pacientes y cuidadores (5,9).

La evidencia acumulada en los últimos años muestra que la EG y las intervenciones derivadas de sus hallazgos se asocian con reducciones significativas en toxicidad y mejoras en resultados centrados en el paciente, con impacto inconsistente en supervivencia o costos. En este sentido, su implementación busca contribuir a decisiones más informadas y proporcionales, complementando el juicio clínico oncológico.

Este manuscrito presenta una síntesis práctica sobre: 1. los componentes de la EG en oncología, 2. las intervenciones que modifican decisiones y resultados, y 3. las estrategias de implementación en la práctica clínica.

Evaluación

La evaluación geriátrica en oncología debe concebirse como un proceso clínico estructurado que trasciende la aplicación aislada de instrumentos. Su propósito central es identificar vulnerabilidades clínicamente relevantes que permitan anticipar riesgos, orientar intervenciones y adaptar la intensidad terapéutica desde el inicio del abordaje **oncológico** (3). El G8 constituye una herramienta ampliamente validada para la

tamización en personas mayores con cáncer. Con un punto de corte ≤ 14 , presenta una sensibilidad cercana al 85 % para detectar fragilidad frente a una EG completa y requiere aproximadamente 4 minutos, lo que facilita su integración en la valoración oncológica inicial (11).

Los pacientes identificados con fragilidad deben pasar a una EG inicial más detallada, con énfasis en: determinación de independencia basal, estado nutricional y sarcopenia, polifarmacia, función y desempeño físico, cognición y estado afectivo, función neurosensorial, valoración de la marcha y caídas, riesgo de toxicidad por quimioterapia, riesgo quirúrgico, pronóstico no oncológico y apoyo social (9). Este enfoque permite anticipar vulnerabilidades y adaptar el plan terapéutico desde el inicio, en lugar de modificarlo sólo tras la aparición de complicaciones. Además, la evaluación establece una línea de base, fundamental para el seguimiento durante el tratamiento oncológico (10).

La actualización 2023 de ASCO recomienda explícitamente que, en todo adulto mayor con déficits en EG que reciba terapia sistémica, se implemente manejo guiado por EG para informar decisiones oncológicas e intervenir sobre dominios alterados (6).

Las herramientas utilizadas durante la EG son medios, no fines. Su selección puede variar según el contexto y los recursos locales. El objetivo central es traducir hallazgos en acciones clínicas. Para un repertorio práctico y conciso, puede emplearse el Practical Geriatric Assessment (PGA) de ASCO (instrumento y videos), que operacionaliza dominios prioritarios y acciones asociadas (6,12).

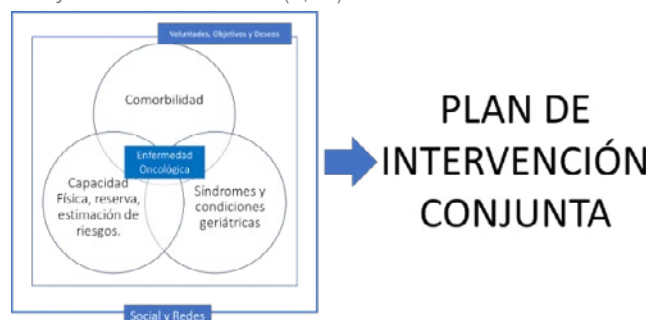


Figura 2. EG y Plan de intervención. Modificado de Gómez Montes et al. Salud del anciano (7).

Abordaje de la persona mayor con enfermedad oncológica

La EG, junto con el plan de intervención conjunta que de ella se deriva, ha mostrado impacto positivo en: reducción de toxicidad, mejor comunicación y detección de condiciones modificables, más que en la disminución de mortalidad o costos. La EG y el plan de intervención conjunta no modifican de forma sistemática la supervivencia, pero sí optimizan la tolerancia al tratamiento y el alineamiento de las decisiones con las prioridades del paciente (ver Figura 3) (9). Este mensaje es consistente con ensayos aleatorizados (GAP70+ y GAIN) (13,14).

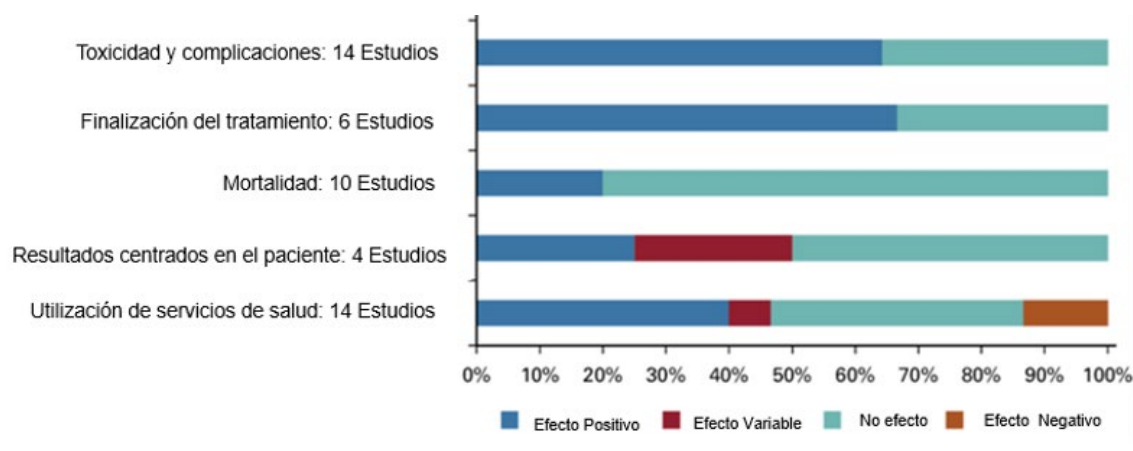


Figura 3. Efectos de la Evaluación Geriátrica (EG) y del manejo guiado por EG en adultos mayores con cáncer. Modificado de Rostoft *et al.* Geriatric assessment and management in older patients with cancer (9)

Los **principios operativos del Plan de intervención conjunta** incluyen traducir cada déficit identificado en la EG en intervenciones específicas, con responsable, plazo y métricas de seguimiento, priorizando dominios como función física y cognitiva, ánimo, comorbilidades, polifarmacia, nutrición y soporte social en el seguimiento en el tiempo.

El plan se codiseña con el paciente y su cuidador, integrando metas funcionales, sintomáticas y de calidad de vida junto con los objetivos oncológicos, y se implementa mediante una coordinación interdisciplinaria y longitudinal, donde oncología, geriatría, enfermería, rehabilitación, nutrición, farmacia clínica y trabajo social participan en la ruta de cuidado.

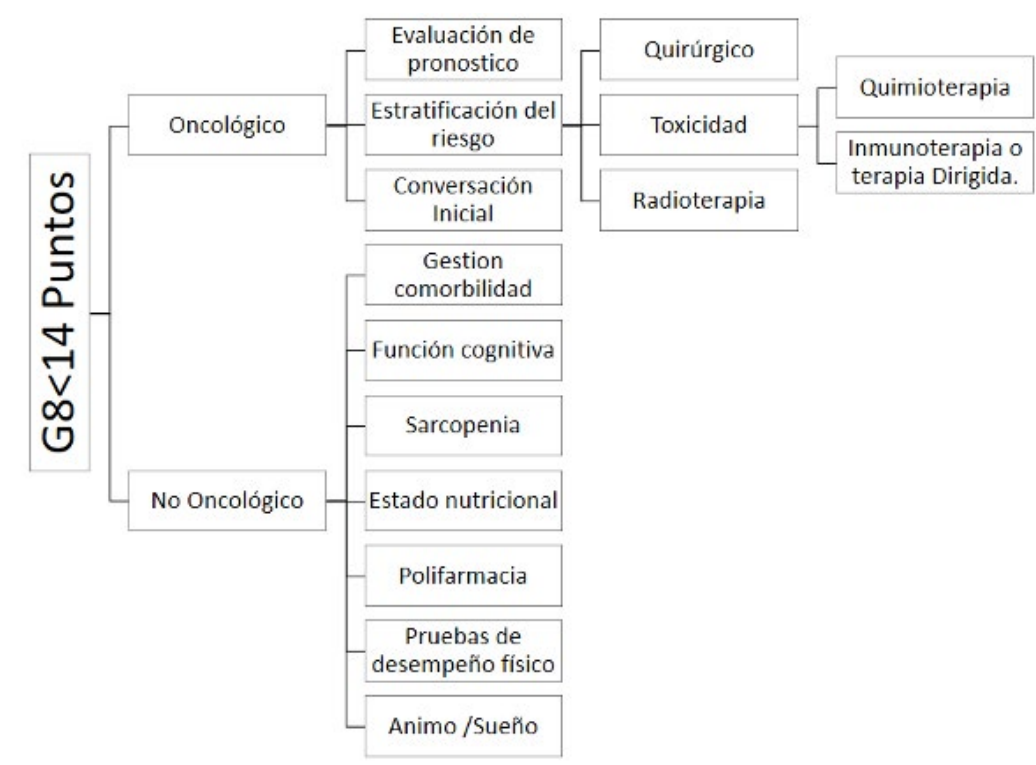


Figura 4. Elementos de EG y Plan de intervención. Modificado de Rostoft *et al.* Geriatric assessment and management in older patients with cancer (9)

Intervenciones Oncológicas

1. Pronóstico no oncológico

La estimación de la esperanza de vida basada en comorbilidades y riesgos no oncológicos es esencial para contextualizar la proporcionalidad del tratamiento (3). Dado que los adultos mayores presentan riesgos competitivos de mortalidad, la ausencia de pronósticos fundamentados incrementa el riesgo de sobretratamiento o subtratamiento. Estas herramientas requieren variables funcionales (movilidad, independencia) ausentes en la valoración oncológica estándar pero propias de la EG. Se recomiendan calculadoras pronósticas disponibles en e-Prognosis (15).

2. Estratificación de los riesgos

2.1 Riesgo de complicaciones quirúrgicas: aunque la ACS-NSQIP es una calculadora recomendada y valida-

da para estimar riesgo quirúrgico en población general, incluyendo personas mayores (16), resulta pertinente integrar otros marcadores geriátricos de alto impacto, como el estado nutricional (17) y la historia de caídas. La NSQIP dispone de modelos recalibrados y desenlaces específicos (incluida “alta no domiciliaria”), útil para la conversación preoperatoria (18,19). En mayores con cáncer colorrectal electivo (≥ 70 años), validaciones externas muestran que el desempeño de NSQIP puede beneficiarse de complementarse con fragilidad y nutrición (19).

Sobre caídas: más que un umbral absoluto, la evidencia indica que una o más caídas en los 6 – 12 meses previos se asocian con más complicaciones, institucionalización y reingreso, con riesgo que aumenta con $\geq 2-3$ caídas (20,21).

2.2 Riesgo de toxicidad asociada a terapia sistémica:

Quimioterapia: para esquemas citotóxicos, se recomienda estimar riesgo con la calculadora CARG o CRASH (Tumor sólido o hematológico, respectivamente), enfatizando la corrección de factores modificables antes de iniciar (22). La evidencia disponible sugiere que el desempeño de estos modelos es heterogéneo entre cohortes, su mejor uso es dentro de una EG, no de forma aislada (23-24).

Las modificaciones del plan ocurren ~28 % tras EG con plan de intervenciones (tendencia a desintensificar) (22). En algunos escenarios, la EG permite mantener o escalar: en ESOGLA (pulmón IV), la asignación basada en EG condujo a mayor uso de esquemas estándar en pacientes “fit”, menos fallas por toxicidad y supervivencia comparable al enfoque tradicional (25).

Inmunoterapia y dirigidas: la evidencia guiada por EG es menor que en quimioterapia; aún así, la EG identifica polifarmacia, malnutrición, movilidad limitada y trastornos del ánimo que se han asociado a mayor riesgo de EA inmunomediados y peor tolerancia, y orienta soporte proactivo (26).

2.3 Riesgo de reacciones adversas asociadas a la radioterapia

La evidencia aún es insuficiente para ajustes sistemáticos basados en EG. No obstante, en personas mayores con fragilidad, esquemas hipofraccionamiento en carcinoma basocelular en cabeza-cuello muestra factibilidad y buena tolerabilidad, y en glioblastoma del mayor hay ensayos que apoyan terapias ajustadas (27,28).

3. Punto de partida para decisiones compartidas

Busca explorar de manera estructurada los valores y preferencias del paciente para posteriormente alinear la indicación e intensidad del tratamiento con aquello que realmente le importa. Entre los enfoques disponibles, destaca *Patient Priorities Care*, un modelo que proporciona guías y herramientas, incluido el recurso interactivo [MyHealthPriorities.org](https://myhealthpriorities.org), para identificar prioridades de salud en la persona mayor (29). Por otro lado, debe aprovecharse este espacio para poner en discusión las posibles reacciones adversas y complicaciones asociadas a sus tratamientos y que tanto estaría dispuesto a tolerarlas (Tolerabilidad). Además de tener en cuenta a los cuidadores y su entorno cultural.

Tabla 1. Estratificación práctica del riesgo terapéutico (quirúrgico, sistémico, radioterápico)

Ámbito	Herramientas / Factores	Cómo usarlo para decidir
Cirugía	ACS-NSQIP; historia de caídas; nutrición (MNA-SF, pérdida de peso; GLIM)	1) Cuantifica riesgo basal (complicaciones, mortalidad, alta no domiciliaria). 2) Ajusta el plan. 3) Interviene sobre caídas y nutrición antes de operar.
Sistémica	CARG/CRASH; dominios EG (función, cognición, polifarmacia, nutrición, ánimo, soporte)	1) Riesgo alto → corregir modificables (desacondicionamiento, malnutrición, polifarmacia). 2) Desintensificar o mantener estándar tras optimización.
Radioterapia	Candidancia a ajustes	1) Valorar tolerabilidad y logística. 2) Usar HFRT cuando mejore el balance beneficio-carga. 3) Monitorizar toxicidad cutáneo-mucosa y función.

Intervenciones No Oncológicas

Gestión de la comorbilidad

Las personas mayores con cáncer presentan alta carga de comorbilidad, condiciones como diabetes, cardiopatías, neuropatías y nefropatías crónicas pueden empeorar el pronóstico e interactuar con las terapias oncológicas, agravando síntomas, aumentando la vulnerabilidad y condicionando metas terapéuticas (NCCN *Older Adult Oncology* 2025) (30). Dada la heterogeneidad y la exclusión frecuente en ensayos, en la EG y los planes de intervención deben estadificar comorbilidades, definir objetivos terapéuticos y ajustar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, anticipando complicaciones y promoviendo decisiones compartidas. Esto exige coordinación interdisciplinaria para individualizar objetivos y adaptar intervenciones con continuidad del cuidado (30).

Para contextualizar el riesgo global, pueden emplearse índices de comorbilidad (CCI, CIRS-G, HCT-CI, ACE-27) como complemento del juicio clínico y de la evaluación integral, evitando tanto el sobretratamiento como el subtratamiento (30).

Función cognitiva

Mantener la función cognitiva y la independencia es central

en el cuidado de la persona mayor con cáncer, pues influye en la toma de decisiones, la adherencia al tratamiento, el ajuste del plan terapéutico, y la necesidad de soporte durante y después del tratamiento, además de impactar directamente la carga del cuidador. La *declinación cognitiva relacionada con el cáncer* (CRCD) puede aparecer en hasta el 50 % de los pacientes mayores, siendo en algunos casos reversible, y se ha asociado con peores desenlaces, como mayor toxicidad y menor supervivencia (31). Por ello, se recomienda evaluar la cognición desde el inicio y efectuar un seguimiento periódico, utilizando herramientas breves como Mini-Cog o BOMC, que permiten identificar deterioro temprano y orientar intervenciones oportunas.

La quimioterapia puede tener un impacto negativo a nivel cognitivo: los adultos mayores que la reciben presentan hasta cuatro veces más riesgo de deterioro, especialmente en memoria, atención, velocidad de procesamiento y función ejecutiva, deterioro que se agrava si coexiste fragilidad. Aunque estos cambios no suelen cumplir criterios de trastorno neurocognitivo según DSM-5, sí generan un impacto significativo en la calidad de vida, y su curso es variable: algunos pacientes mejoran, mientras que otros presentan síntomas persistentes.

En terapias no quimioterapéuticas, los resultados son heterogéneos: en cáncer de mama, tamoxifeno muestra poco

impacto, mientras que anastrozol se ha asociado con mayor afectación cognitiva; en cáncer de próstata, la terapia de privación androgénica parece aumentar el riesgo de deterioro, aunque la evidencia no es concluyente. Adicionalmente, la inmunoterapia con inhibidores de *checkpoints* (ipilimumab, pembrolizumab, nivolumab) y las terapias con células CAR-T pueden producir neurotoxicidad con manifestaciones cognitivas relevantes.

La evaluación cognitiva en oncogeriatría debe ser longitudinal: al inicio, se buscan factores de riesgo modificables (alteraciones del sueño, dolor mal controlado, comorbilidades no optimizadas, interacciones farmacológicas), y durante el seguimiento se implementan intervenciones específicas para preservar o recuperar la función. Aunque las intervenciones farmacológicas han mostrado resultados inconsistentes, las estrategias no farmacológicas cuentan con mejor evidencia: los programas de rehabilitación cognitiva y los programas de actividad física o ejercicio han demostrado beneficios en percepción cognitiva y en algunos dominios objetivos, se constituyen en pilares fundamentales del manejo no oncológico guiado por la evaluación geriátrica

Sarcopenia

La heterogeneidad en su definición (masa, fuerza o desempeño) explica la amplia variación de prevalencia en oncología, pero su asociación con desenlaces adversos es consistente: mayor recurrencia y mortalidad en cáncer gástrico, urotelial, colorrectal y hepatocelular; incremento de complicaciones posquirúrgicas (pulmonares, infecciosas, reingresos y estancia) en esofágico, gástrico y colorrectal; peor supervivencia en hematológicos y mayor toxicidad a quimioterapia en múltiples tumores (tiroides, colorrectal, renal, hepatocelular, mama, esófago, ovario). Los metaanálisis reportan razones de riesgo globales de 1,11 – 2,12, con efectos mayores en gástrico, pancreático, hepatocelular y cabeza-cuello. Distinguir sarcopenia de caquexia oncológica es esencial por su peor pronóstico y componente inflamatorio/ pérdida ponderal más marcado. El cáncer y sus terapias aceleran la pérdida muscular vía anorexia, inflamación y daño directo del músculo, potenciando vulnerabilidad en adultos mayores (32).

En la práctica clínica se recomienda tamizar (p. ej., SARC-F) y clasificar la severidad mediante desempeño físico (SPPB, velocidad de marcha, TUG) y fuerza de prensión; la confirmación por imagen no es obligatoria, sin embargo, podrían utilizarse

mediciones secundarias en las imágenes utilizadas para estadificación y seguimiento. Tras el diagnóstico, deben identificarse causas primarias y secundarias y abordarse factores modificables (malnutrición, comorbilidades, polifarmacia).

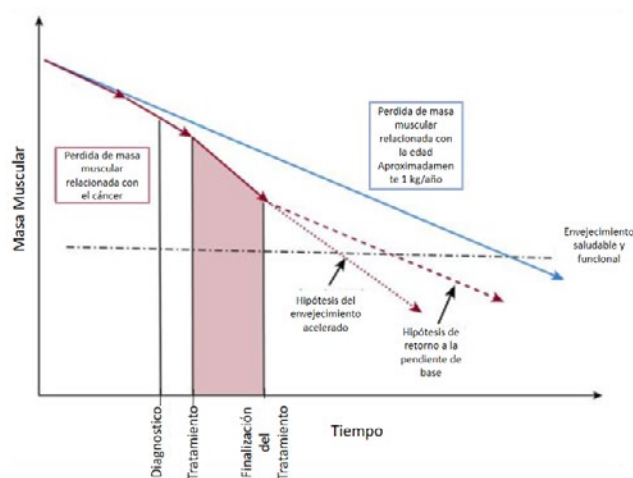


Figura 5. Objetivo del tratamiento de la Sarcopenia. Modificado de Sarcopenia in the older adult with cancer. Williams GR *et al*/(32).

La figura propone que el cáncer y sus terapias inducen una aceleración transitoria de la pérdida de masa muscular respecto al envejecimiento fisiológico, seguida de trayectorias inciertas (recuperación parcial, persistencia del declive o “desplazamiento de fase”). Por tanto, el objetivo terapéutico es aplanar y, cuando sea posible, desplazar la curva hacia una trayectoria más “fisiológica” mediante una intervención multimodal y temprana (inicio en el período de mayor pendiente).

Las intervenciones con mayor sustento incluyen ejercicio con énfasis en resistencia (mejora masa, fuerza y calidad de vida; puede revertir sarcopenia en contextos de quimioterapia o privación androgénica) y soporte nutricional (beneficio en algunos ensayos); los agentes farmacológicos continúan en investigación sin aprobación vigente. Un abordaje multimodal y temprano (ejercicio + nutrición + optimización de comorbilidades) atenúa la pendiente acelerada de pérdida muscular inducida por el cáncer y sus tratamientos.

La caquexia Oncológica es un síndrome inflamatorio relacionado con la enfermedad que tiene como diana el músculo

esquelético y se distingue de la sarcopenia por un balance proteico netamente catabólico, con pérdida involuntaria de peso (con o sin pérdida de grasa) y deterioro funcional clínicamente significativo. En adultos mayores con cáncer su prevalencia puede alcanzar ~52 – 66 %, especialmente en neoplasias del tracto digestivo superior, pulmón y enfermedad avanzada, y se asocia de manera independiente con peores desenlaces (mayor toxicidad al tratamiento, complicaciones posoperatorias, deterioro funcional y menor supervivencia). Desde el punto de vista operativo, la caquexia se diagnostica por criterios clínicos de pérdida ponderal involuntaria (p. ej., pérdida >5 % en 6 – 12 meses o menor con IMC bajo/sarcopenia concomitante), típicamente en el contexto de inflamación sistémica y anorexia; estos elementos la diferencian de la sarcopenia primaria por edad y explican su curso más rápido y refractario si no se interviene de forma temprana y multimodal (nutrición dirigida, manejo de síntomas y ejercicio de resistencia, además de optimización oncológica). (33)

Estado nutricional

La malnutrición constituye una condición altamente prevalente en la persona mayor con cáncer (30 – 80 %) y se asocia de forma independiente con menor supervivencia, peor tolerancia al tratamiento, peor calidad de vida, mayor estancia hospitalaria y reingresos; su efecto se potencia cuando coexiste con sarcopenia, caquexia o fragilidad. En consecuencia, la evaluación sistemática del estado nutricional adquiere un papel central antes y durante el tratamiento oncológico (34).

La valoración nutricional debe integrarse de manera sistemática mediante tamizaje y evaluación diagnóstica con instrumentos validados, la actualización de las guías ASCO 2023 recomiendan el ítem del G8 que tiene que ver con nutrición y el MNA, complementados con parámetros clínico-bioquímicos (pérdida de peso, IMC, albúmina, linfocitos para índices pronósticos) y con la pesquisa de disminución de ingesta, un predictor robusto de desenlaces adversos; se recomienda reevaluación periódica para captar cambios dinámicos.

El tratamiento debe ser personalizado y multimodal, combinando consejería dietaria estructurada, suplementación oral cuando la ingesta es insuficiente, manejo activo de síntomas que limitan el aporte, y programas de ejercicio (con componente de resistencia) para optimizar la síntesis proteica y la funcionalidad; los circuitos de atención temprana y las estrategias nutrición + ejercicio se asocia con mejor tolerancia y

mejores resultados clínicos y de calidad de vida. (35).

Polifarmacia y Medicación potencialmente inapropiada:

En personas mayores con cáncer, la polifarmacia y la medicación potencialmente inapropiada se asocian con deterioro funcional, caídas, delirium, mayor toxicidad al tratamiento y más hospitalizaciones. En una cohorte de 718 pacientes que iniciaban terapia sistémica, el 61 % usaba cinco o más fármacos, el 67 % tenía al menos un fármaco potencialmente inapropiado y uno de cada cuatro presentó una interacción mayor no relacionada con el antineoplásico; cada fármaco adicional incrementó un 39 % el riesgo de interacción mayor y un 12 % la probabilidad de interferir con el tratamiento, favoreciendo interrupciones y peor estado funcional (36). En el entorno hospitalario, la polifarmacia alcanzó el 88 % durante quimioterapia, con interacciones en el 76 % e interacciones severas en más de la mitad, lo que refuerza la necesidad de revisión sistemática y continua de los tratamientos (37-38).

Para reducir riesgos y mejorar la tolerancia, la conciliación debe siempre incluir medicamentos sin receta y productos herbales, por su contribución relevante a fármacos potencialmente inapropiados e interacciones en oncogeriatría (36). La toma de decisiones se fortalece combinando listados explícitos (Criterios Beers 2023 de la Sociedad Americana de Geriátrica y Criterios STOPP/START versión 3), que incorporan interacciones, ajustes por función renal y detección de omisiones de prescripción y duplicidades; además, conviene cuantificar la carga anticolinérgica y priorizar sustituciones cuando sea elevada, por su asociación con peor rendimiento cognitivo y mayor dependencia física (39-40).

Entre las interacciones de mayor impacto a vigilar: (a) fármacos que inducen o inhiben la vía del citocromo P450 3A y la glicoproteína P, que alteran la exposición de terapias oncológicas orales (41); (b) reducción de la biodisponibilidad de inhibidores de tirosina cinasa por elevación del pH gástrico inducida por inhibidores de la bomba de protones; y (c) combinaciones de terapias dirigidas con anticoagulantes orales directos. Estas exposiciones se mitigan mediante sustituciones, espaciado de tomas o el uso de alternativas como heparinas de bajo peso molecular cuando corresponda.

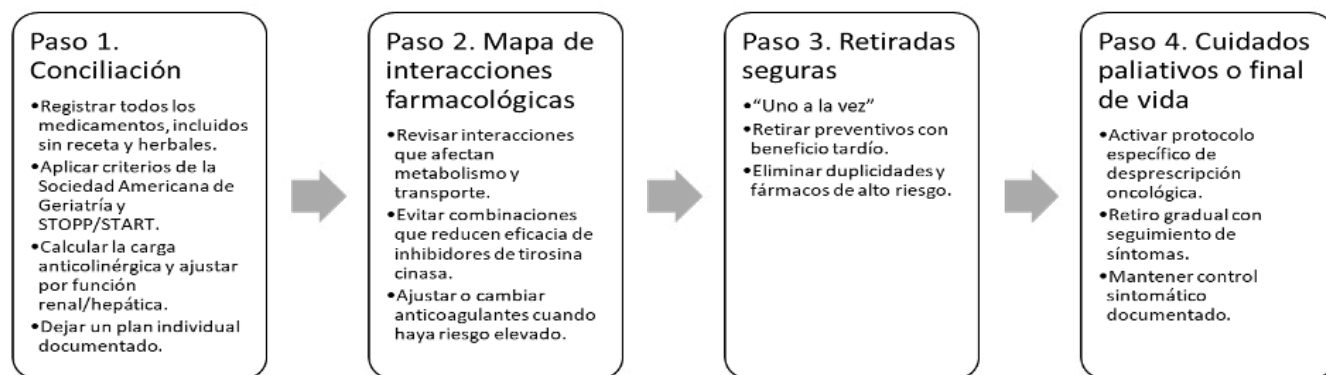


Figura 6. Pasos para un ajuste seguro de medicamentos y desprescripción en la persona mayor con enfermedad oncológica

La **función y el desempeño físico** constituyen uno de los predictores más sólidos de desenlaces adversos en oncología geriátrica, y su deterioro se asocia con mayor vulnerabilidad clínica y peor tolerancia terapéutica (42). Según guías ASCO y NCCN se recomienda abordaje por TUG, SPBB, fuerza agarre y velocidad de la marcha. Estas intervenciones deben integrar componentes aeróbicos, de resistencia, flexibilidad y equilibrio, adaptados al nivel basal del paciente.

Del mismo modo, la valoración del **estado de ánimo** es crítica (43), dado que la depresión y la ansiedad son frecuentes en esta población y se relacionan con mayor mortalidad, complicaciones posoperatorias y peor adherencia al tratamiento. Puesto que existen tratamientos eficaces para estos trastornos, la derivación temprana a psiquiatría constituye una intervención con potencial directo para mejorar resultados clínicos y funcionales, integrándose como un componente indispensable de la atención oncológica centrada en la persona mayor.

Cuidador de la persona mayor con enfermedad oncológica

El cuidado de la persona mayor con enfermedad oncológica se sustenta en el cuidador informal, quien participa en cerca del 63 % de la atención domiciliaria, con una dedicación promedio de 32 horas semanales. Estos cuidadores, frecuentemente familiares, asumen tareas clínicas con capacitación limitada, incluyendo el manejo de síntomas y de eventos adversos del tratamiento, además de un apoyo intensivo en actividades básicas e instrumentales y al mismo tiempo tareas

del hogar, así participación en la toma de decisiones y acompañamiento en el proceso de fin de vida. El cuidador suele ser también una persona mayor (63 – 66 años), con comorbilidades y una peor autopercepción de salud, lo que incrementa de forma significativa el riesgo de sobrecarga y condiciona la continuidad, seguridad y efectividad del plan terapéutico; este fenómeno es especialmente relevante en los cuidadores de personas mayores sobrevivientes de cáncer (44).

La sobrecarga del cuidador constituye un predictor clínico con impacto bidireccional: se asocia con un aumento de la mortalidad en cuidadores cónyuges a mediano plazo y, en los pacientes, con peor función, mayor número de déficits en la EG, incremento de hospitalizaciones y uso más intensivo o inapropiado de cuidados paliativos. Por ello, no basta con constatar la presencia de redes de apoyo; la carga del cuidador debe tamizarse sistemáticamente (p. ej., Zarit abreviado) como parte integral de la EG. Las intervenciones más prometedoras son estructuradas, orientadas a objetivos y de corta duración, e incluyen psicoeducación, entrenamiento en habilidades prácticas y un modelo diádico paciente-cuidador. Integrar este componente en el plan de intervención conjunta, con responsables, plazos y métricas de seguimiento (re-tamizaje, adherencia, consultas no programadas, reingresos), permite optimizar la adherencia, el control sintomático y la proporcionalidad terapéutica, consolidando un enfoque verdaderamente centrado en la persona mayor y su entorno de cuidado.

Convergencia de la oncogeriatría y los cuidados paliativos en la persona mayor con enfermedad oncológica

En el abordaje integral de la persona mayor con enfermedad oncológica, la integración temprana de la oncogeriatría y los cuidados paliativos, en paralelo al tratamiento antineoplásico, configura un marco operativo complementario que articula la evaluación geriátrica y sus intervenciones derivadas con un enfoque paliativo inicialmente centrado en el alivio de síntomas, que progresa de dinámicamente conforme a las necesidades del paciente. Este modelo permite anticipar escenarios, abordar necesidades actuales como proyectadas y generar sinergias clínicas que mejoran la experiencia asistencial del adulto mayor con cáncer.

Este enfoque optimiza el control de síntomas prevalentes (dolor, disnea, astenia, trastornos del ánimo), reduce la exposición a tratamientos desproporcionados al alinear el plan terapéutico con los valores, metas y tolerabilidad del paciente, y fortalece la comunicación clínica y el apoyo al cuidador. Asimismo, facilita decisiones oportunas sobre la intensidad

del tratamiento, las transiciones de cuidado y la limitación de intervenciones de bajo beneficio, consolidando una ruta personalizada de soporte con impacto en resultados centrados en el paciente y en su entorno de cuidado (45).

Toma de decisiones en persona mayor con enfermedad oncológica

La toma de decisiones en la persona mayor con enfermedad oncológica representa un proceso clínico complejo que integra la evidencia científica, el juicio clínico y los principios bioéticos, en un contexto marcado por incertidumbre y alta variabilidad interindividual. Este proceso integra tres pilares: (1) cuantificar la vulnerabilidad relacionada con la edad mediante evaluación geriátrica; (2) sopesar beneficios y daños de las opciones oncológicas a la luz de esa vulnerabilidad (incluida la carga terapéutica, el tiempo en atención sanitaria y la toxicidad financiera); y (3) incorporar valores, preferencias. Toma de decisiones clínicas para pacientes individuales, no en el análisis de decisiones para poblaciones (46).

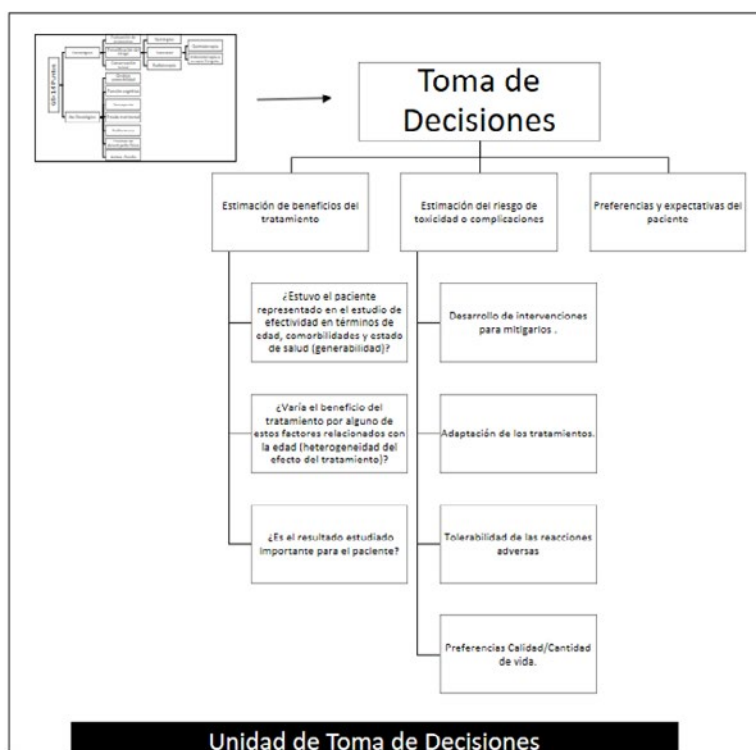


Figura 6. Pilares para la Toma de decisiones en persona mayor con enfermedad oncológica

Abordaje de la persona mayor con enfermedad oncológica

La incertidumbre es inherente, dada la brecha entre población de ensayos y pacientes frágiles de la práctica y la propuesta es exponer con sinceridad, priorizar desenlaces centrados en el paciente (función y calidad de vida, no solo métricas tumorales) e involucrar a cuidadores y equipos multidisciplinarios para optimizar decisiones verdaderamente compartidas y evitar tanto el infratratamiento como el sobretratamiento.

En este punto del abordaje traduce el trabajo sistemático se ha venido haciendo en decisiones concretas. (46).

La incorporación sistemática del enfoque oncogeriátrico no constituye un lujo académico, sino una necesidad clínica frente al envejecimiento acelerado de la población y la creciente carga del cáncer en personas mayores.

Mensajes indispensables

El abordaje de la persona mayor con enfermedad oncológica exige trascender el modelo centrado exclusivamente en el tumor e incorporar una evaluación integral del individuo. La heterogeneidad del envejecimiento, la alta prevalencia de fragilidad, multimorbilidad y deterioro funcional, así como la limitada representación de esta población en los ensayos clínicos, hacen insuficiente la toma de decisiones basada únicamente en la edad cronológica o en criterios oncológicos tradicionales.

La evaluación geriátrica permite identificar vulnerabilidades clínicamente relevantes, anticipar riesgos, orientar intervenciones modificables y contextualizar la proporcionalidad del tratamiento. Su aplicación sistemática ha demostrado reducir la toxicidad, mejorar la tolerancia terapéutica y favorecer decisiones alineadas con los valores y prioridades del paciente, constituyéndose en una herramienta fundamental para la atención oncológica centrada en la persona mayor.

Más allá de un instrumento diagnóstico, la evaluación geriátrica debe entenderse como un proceso dinámico que articula la toma de decisiones compartidas, la coordinación interdisciplinaria y el seguimiento longitudinal. En este sentido, la oncogeriatría no representa una subespecialidad aislada, sino un marco conceptual y operativo que fortalece la práctica del médico internista y del subespecialista frente al creciente desafío del cáncer en poblaciones envejecidas.

La integración temprana del enfoque geriátrico en la atención

oncológica constituye, por tanto, una estrategia clínica necesaria para reducir el riesgo de sobretratamiento e infratratamiento, preservar la funcionalidad y garantizar una atención más segura, proporcional y centrada en los objetivos de vida de la persona mayor.

Viñeta clínica (desenlace).

Tras la confirmación diagnóstica, la paciente fue valorada mediante evaluación geriátrica integral, que evidenció cognición conservada, independencia funcional y fragilidad leve. Se identificó síndrome de caídas asociado a gonartrosis y limitación visual, así como malnutrición proteico calórica severa y sarcopenia (SPPB: 8/12 puntos). Se documentó alto riesgo de toxicidad asociada a quimioterapia. El caso fue discutido de forma interdisciplinaria y se instauraron intervenciones dirigidas, y se instauraron intervenciones dirigidas, que incluyeron manejo del dolor, rehabilitación física, soporte nutricional, corrección visual, compensación de hipoacusia y optimización hematológica. La paciente siempre estuvo dispuesta y clara, persiguiendo curación. Sin síntomas afectivos. Tras la mejoría en su desempeño físico, se realizó tratamiento quirúrgico con intención curativa, con adecuada evolución posoperatoria. Posteriormente, se indicó tratamiento sistémico adyuvante ajustado, sin deterioro funcional significativo durante el seguimiento.

Referencias

1. World Health Organization. Ageing: global population (Q&A). Geneva: WHO; 2025 Feb 21. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). New report on global cancer burden in 2022 by world region and human development level. Lyon: IARC; 2024 Apr 4. Available from: <https://www.iarc.who.int/news-events/new-report-on-global-cancer-burden-in-2022-by-world-region-and-human-development-level/>
3. Bergerot CD, Temin S, Verduzco-Aguirre HC, Aapro MS, Alibhai SMH, Aziz Z, et al. Geriatric assessment in oncology: ASCO guideline update. JCO Glob Oncol. 2025;11:1–18.
4. Ferrucci L, Orini S. Comprehensive geriatric assessment: an updated perspective. In: Pilotto A, Martin FC, editors. Comprehensive geriatric assessment. Cham: Springer; 2018. p. 1–10.

5. Goede V. Frailty and cancer: current perspectives on assessment and monitoring. *Clin Interv Aging*. 2023;18:505–521.
6. Dale W, Klepin HD, Williams GR, et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving cancer therapy. *J Clin Oncol*. 2023;41(30):4815–4839. doi:10.1200/JCO.23.00933.
7. Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL. Salud del anciano. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 2021.
8. Guo Y, Chen Y, Song S, Wang Z, Chen Y, Fu Z, et al. The concept of multidimensional frailty in geriatric oncology: a systematic scoping review. *BMC Geriatr*. 2025;25:979. doi:10.1186/s12877-025-06568-3.
9. Rostoft S, O'Donovan A, Soubeyran P, Alibhai SMH, Hamaker ME. Geriatric assessment and management in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2021;39(19):2058–2067.
10. Hoeben KW, van Steenberghe LN, van de Wouw AJ, et al. Treatment and survival of elderly patients with advanced stage non-small cell lung cancer. *Ann Oncol*. 2013;24(4):974–979.
11. Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, Soubeyran PL. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol*. 2012 Aug;23(8):2166–2172. doi:10.1093/annonc/mdr587. Epub 2012 Jan 16. PMID: 22250183.
12. Bergerot CD, Temin S, Verduzco-Aguirre HC, Aapro MS, Alibhai SMH, Aziz Z, de Celis Herrero MCP, Basu T, Extermann M, Kanesvaran R, Koczwara B, Loh KP, Mariamidze E, Mutombo AB, Noronha V, Williams GR, Soto-Perez-de-Celis E. Geriatric assessment: ASCO global guideline. *JCO Glob Oncol*. 2025;11:e2500276. doi:10.1200/GO-25-00276.
13. Mohile SG, Mohamed MR, Xu H, et al. Evaluation of geriatric assessment-guided care in older adults with cancer. *Lancet*. 2021;398:1894–1904. doi:10.1016/S0140-6736(21)01789-X.
14. Anwar MR, Yeretdzian ST, Ayala AP, et al. Frailty and outcomes in older adults with cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2023;115(12):1483–1496. doi:10.1093/jnci/djad200.
15. UCSF Division of Geriatrics. ePrognosis: prognostic calculators. Available from: <https://eprognosis.ucsf.edu/calculators/>
16. Bilimoria KY, Liu Y, Paruch JL, Zhou L, Kmiecik TE, Ko CY, Cohen ME. Development and evaluation of the Universal ACS NSQIP Surgical Risk Calculator. *J Am Coll Surg*. 2013;217(5):833–842.e3. doi:10.1016/j.jamcoll-surg.2013.07.385.
17. GlobalSurg Collaborative. Impact of malnutrition on early outcomes after cancer surgery: an international, multicentre, prospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2023;11(3):e341–e349. doi:10.1016/S2214-109X(22)00550-2.
18. American College of Surgeons. ACS NSQIP Surgical Risk Calculator. Version 4.0.2. 2025. Disponible en: <https://riskcalculator.facs.org/>
19. van der Hulst HC, Dekker JWT, Bastiaannet E, et al. Preoperative geriatric assessment and outcomes in cancer surgery. *J Geriatr Oncol*. 2022;13(6):788–795. doi:10.1016/j.jgo.2022.04.004.
20. Jones TS, Dunn CL, Wu DS, et al. Relationship between frailty and postoperative complications. *JAMA Surg*. 2013;148(12):1132–1138. doi:10.1001/jamasurg.2013.2741.
21. Kronzer VL, Jerry MR, Ben Abdallah A, et al. Predicting postoperative outcomes using frailty indices. *EBioMedicine*. 2016;12:302–308. doi:10.1016/j.ebiom.2016.08.039.
22. Hamaker ME, Te Molder M, Thielen N, et al. The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions and outcomes in older cancer patients. *J Geriatr Oncol*. 2018;9:430–440.
23. Frelaut M, Paillaud E, Beinse G, et al. Geriatric assessment in oncology practice. *Oncologist*. 2023;28(6):e341–e349. doi:10.1093/oncolo/oyad050.
24. Pang A, Low J, Ng A, et al. Frailty and outcomes in older cancer patients. *JAMA Netw Open*. 2022;5(10):e2237196. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.37196.
25. Corre R, Greillier L, Le Caër H, Audigier-Valette C, Baize N, Bérard H, et al. Use of a comprehensive geriatric assessment for the management of elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer: the phase III randomized ESOgia-GFPC-GECP 08-02 study. *J Clin Oncol*. 2016;34(13):1476–1483. doi:10.1200/JCO.2015.63.5839.
26. Faour E, Guo S, Puts M. Geriatric assessment-guided interventions in oncology. *Drugs Aging*. 2024;41(7):577–582. doi:10.1007/s40266-024-01126-9.
27. Russi EG, Pelissero A, Melano A, et al. Geriatric assessment in elderly head and neck cancer patients. *Anticancer Res*. 2015;35:4949–4953.
28. Piras A, Boldrini L, Menna S, et al. Radiotherapy in older cancer patients. *Front Oncol*. 2021;11:761393.

- doi:10.3389/fonc.2021.761393.
29. Patient Priorities Care. Available from: <https://patientprioritiescare.org/>
30. National Comprehensive Cancer Network. Older adult oncology. Version 2.2025. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=4&id=1452>
31. Magnuson A, Ahles T, Chen BT, Mandelblatt J, Janelins MC. Cognitive function in older adults with cancer: assessment, management, and research opportunities. *J Clin Oncol*. 2021;39(19):2138-2149. doi:10.1200/JCO.21.00239.
32. Williams GR, Dunne RF, Giri S, Shachar SS, Caan BJ. Sarcopenia in the older adult with cancer. *J Clin Oncol*. 2021;39(19):2068-2078. doi:10.1200/JCO.21.00102.
33. Papadopoulos E, Irving BA, Brown JC, Heymsfield SB, Sattar S, Alibhai SMH, et al. Sarcopenia and cachexia in older patients with cancer. *Drugs Aging*. 2025;42:1113-1142. doi:10.1007/s40266-025-01252-y.
34. Giordano G, Terranova R, Mastrantoni L, Landi F. Nutritional challenges in older cancer patients. *Nutrients*. 2025;17(18):2928. doi:10.3390/nu17182928.
35. Zhang X, Edwards BJ. Malnutrition in older adults with cancer. *Curr Oncol Rep*. 2019;21(8):80. doi:10.1007/s11912-019-0829-8.
36. Ramsdale E, Mohamed M, Yu V, Otto E, Juba K, Awad H, et al. Polypharmacy and drug–drug interactions in vulnerable older adults with advanced cancer. *Oncologist*. 2022;27(7):e580-e588. doi:10.1093/oncolo/oyac053.
37. Oliveira RF, Oliveira AI, Cruz AS, Ribeiro O, Afreixo V, Pimentel F. Polypharmacy and drug interactions in older patients with cancer receiving chemotherapy. *BMC Geriatr*. 2024;24:557. doi:10.1186/s12877-024-05135-6.
38. Hung A, Kim YH, Pavon JM. Deprescribing in older adults with polypharmacy. *BMJ*. 2024;385:e074892. doi:10.1136/bmj-2023-074892.
39. Molenaar-Kuijsten L, van Balen DEM, Beijnen JH, Steeghs N, Huitema ADR. A review of CYP3A drug–drug interaction studies. *Front Pharmacol*. 2021;12:670862. doi:10.3389/fphar.2021.670862.
40. Al-Azayzih A, Jarab AS, Bani-Ahmad E, Smadi S, Kharaba Z, Al-Kubaisi KA. Anticholinergic burden risk and prevalence of medications carrying anticholinergic properties in elderly cancer patients in Jordan. *Saudi Pharm J*. 2023;31(9):101710. doi:10.1016/j.jsps.2023.101710.
41. Tan CM, Juurlink DN. Navigating drug interactions with proton pump inhibitors. *JAMA Netw Open*. 2024;7(7):e2419818. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.19818.
42. Kristjansson SR, Nesbakken A, Jordhoy MS, et al. Comprehensive geriatric assessment can predict complications in elderly patients after elective surgery for colorectal cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;76:208-217.
43. Saracino RM, Nelson CJ. Identification and treatment of depressive disorders in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2019;10:680-684.
44. Kadambi S, Loh KP, Dunne R, Magnuson A, Maggiore R, Zittel J, Flannery M, Inglis J, Gilmore N, Mohamed M, Ramsdale E, Mohile S. Older adults with cancer and their caregivers - current landscape and future directions for clinical care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2020 Dec;17(12):742-755. doi: 10.1038/s41571-020-0421-z. Epub 2020 Sep 2. PMID: 32879429; PMCID: PMC7851836.
45. Nipp RD, Subbiah IM, Loscalzo M. Convergence of Geriatrics and Palliative Care to Deliver Personalized Supportive Care for Older Adults With Cancer. *J Clin Oncol*. 2021 Jul 1;39(19):2185-2194. doi: 10.1200/JCO.21.00158. Epub 2021 May 27. PMID: 34043435; PMCID: PMC8260927.
46. DuMontier C, Loh KP, Soto-Pérez-de-Celis E, Dale W. Decision making in older adults with cancer. *J Clin Oncol*. 2021;39(19):2164-2174. doi:10.1200/JCO.21.00165.