

I JORNADA CATALANA D'ONCOGERIATRIA

“Avançant cap a l'atenció integral multidisciplinària del pacient gran amb càncer”



VALORACIÓ ONCOGERIÀTRICA: MODELS DE TREBALL AL NOSTRE MITJÀ

UNA EXPERIÈNCIA REAL A L'HOSPITAL DEL MAR.

Anna Digón.
Infermera especialista Geriatria

Dra. Maria Pi-Figueras
Metge Geriatria

Grup de treball d'Oncogeriatria

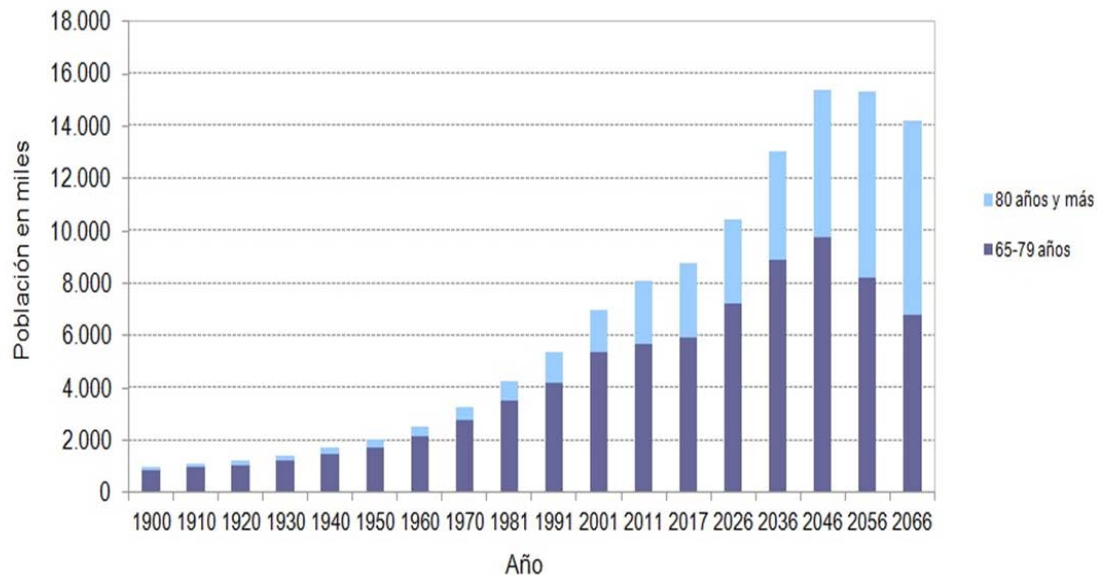
Barcelona 30 de Novembre 2018

- **INTRODUCCIÓ**
- **TEST SCREENING FRAGILITAT**
- **VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL**
- **INTERVENCIÓ MULTIDISCIPLINAR A LA CONSULTA**
- **CAS CLÍNIC**
- **ALGUNES DADES DE 2018**
- **CONCLUSIONS**



INTRODUCCIÓ: ENVELLIMENT POBLACIONAL

- A principis del segle XX els 40 anys era una edat límit i arribar als 60a tota una proesa.
- A l'actualitat, malgrat l'estrés, contaminació, colesterol, accidents, etc vivim més i cada vegada hi ha més persones que arriben als 100 anys.



* De 1900 a 2016 los datos son reales; de 2026 a 2066 se trata de proyecciones.

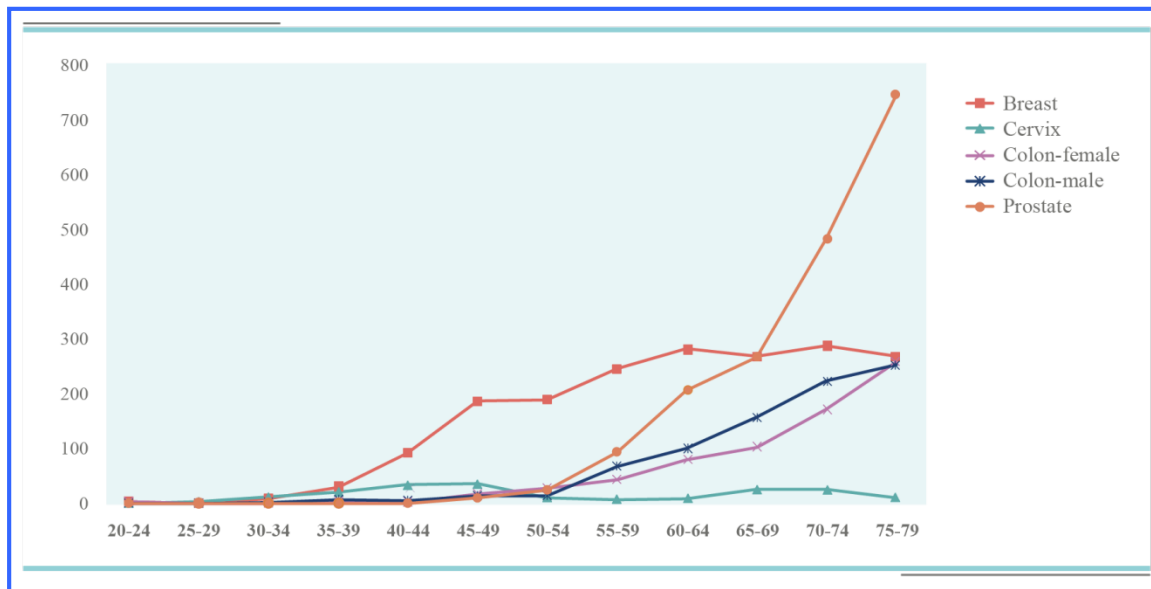
Fuente: INE: INEBASE: 1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2016: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta enero 2018; 2026-2066: Proyecciones de población. Consulta en enero 2018



Canvis en les últimes dècades...

- Càncer: **1^a causa de mort** en homes i dones 60-79 anys
- **L'edat** és el major factor de risc pel càncer
- **> 50%** nous diagnòstics de càncer són en **>65 anys**
- 2030: **70%** càncers es diagnosticaran en **> 65 anys**

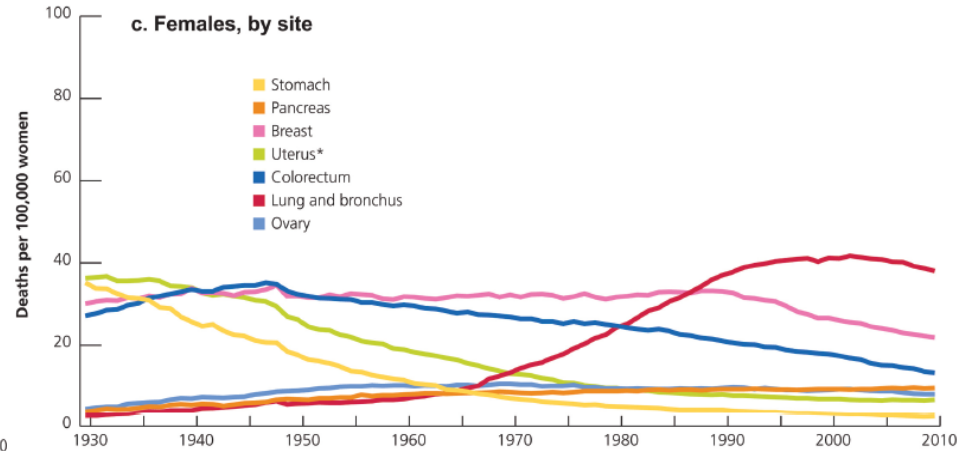
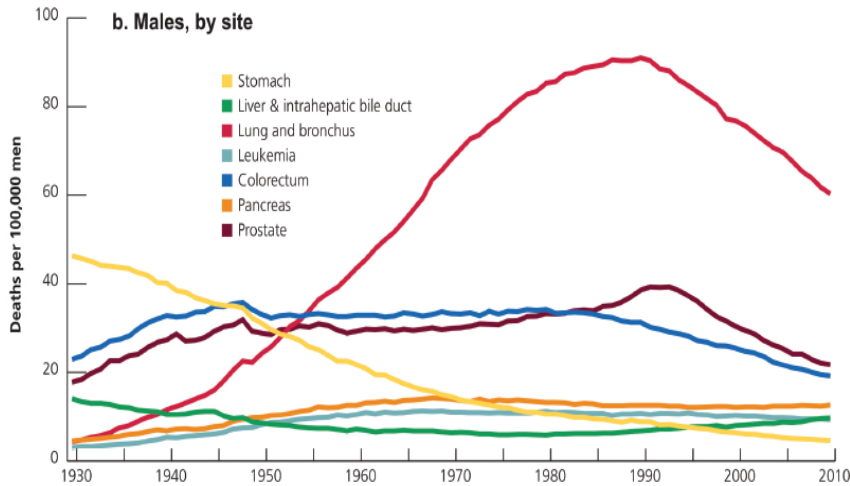
Senior Adult Oncology. JNCCN 2012;10:162-209



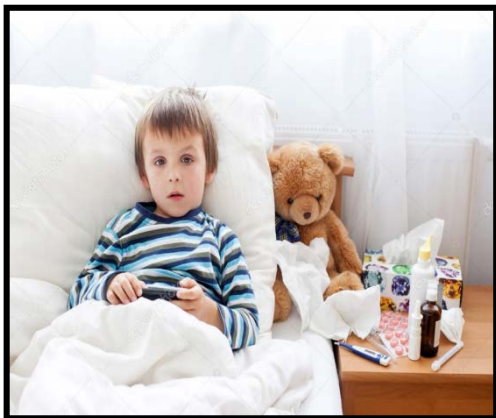


Estimated Deaths

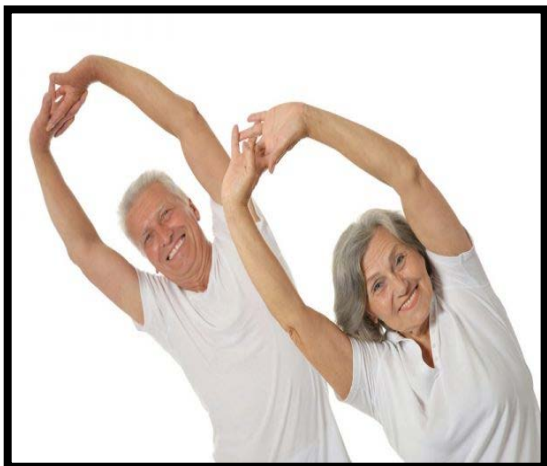
Males			Females		
Lung & bronchus	86,380	28%	Lung & bronchus	71,660	26%
Prostate	27,540	9%	Breast	40,290	15%
Colon & rectum	26,100	8%	Colon & rectum	23,600	9%
Pancreas	20,710	7%	Pancreas	19,850	7%
Liver & intrahepatic bile duct	17,030	5%	Ovary	14,180	5%
Leukemia	14,210	5%	Leukemia	10,240	4%
Esophagus	12,600	4%	Uterine corpus	10,170	4%
Urinary bladder	11,510	4%	Non-Hodgkin lymphoma	8,310	3%
Non-Hodgkin lymphoma	11,480	4%	Liver & intrahepatic bile duct	7,520	3%
Kidney & renal pelvis	9,070	3%	Brain & other nervous system	6,380	2%
All Sites	312,150	100%	All Sites	277,280	100%



Els pacients són diferents entre si:



Ells també són diferents:





Ancià sa

Pacient fràgil



Població heterogènea: els ancians són molt diferents entre si



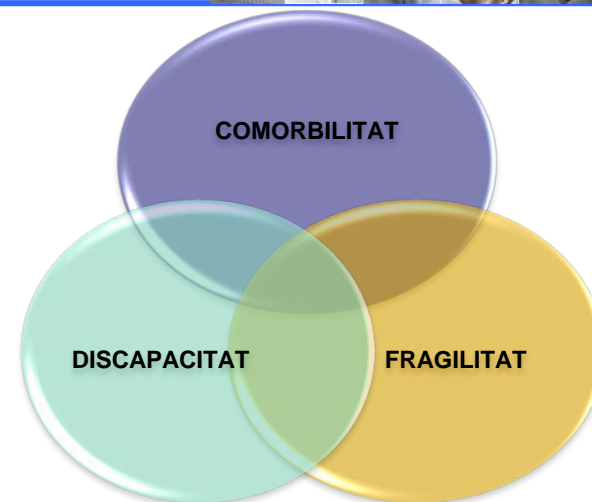
Pacient geriàtric



Edat avançada → població heterogènea



- **Comorbilitat**
- **Discapacitat:** major dependència
- **Fragilitat:** ↓ reserva funcional → > vulnerabilitat:
 - > complicacions i toxicitat
 - > intercurrències
 - > pèrdua funcional



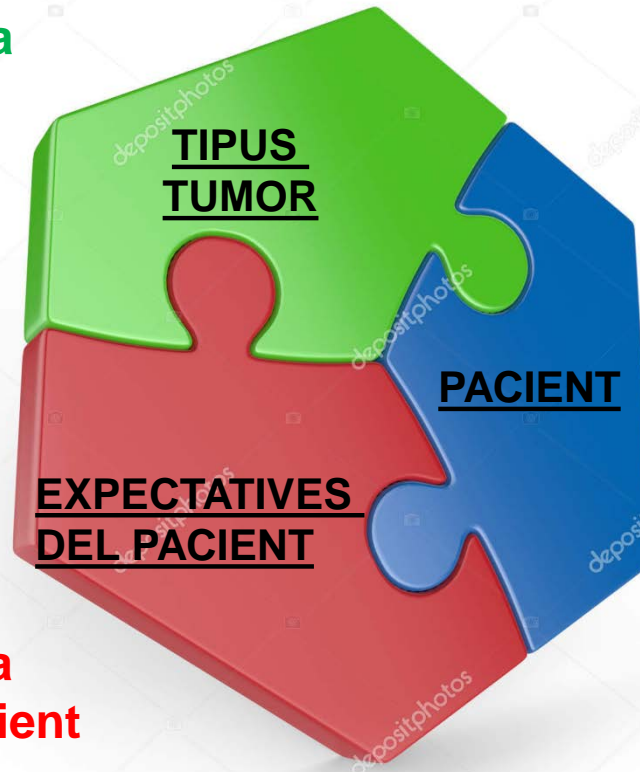
- L'envelliment és un procés benigne que suposa una **DISMINUCIÓ DE LA CAPACITAT DE RESERVA DELS ÒRGANS I SISTEMES**. Tolereu pitjor les agressions.
- **NO només s'ha de tenir en compte l' EDAT CRONOLÒGICA.**
- Realitzar la **VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL**, ajuda a conèixer l'edat **FISIOLÒGICA**.



Peculiaritats del pacient d'edat avançada amb càncer. És diferent?

- Tipus histològic
- Síntomes 2^a tumor
- Extensió de la malaltia
- Reposta al tractament

Elements que influeixen en la presa de decisions



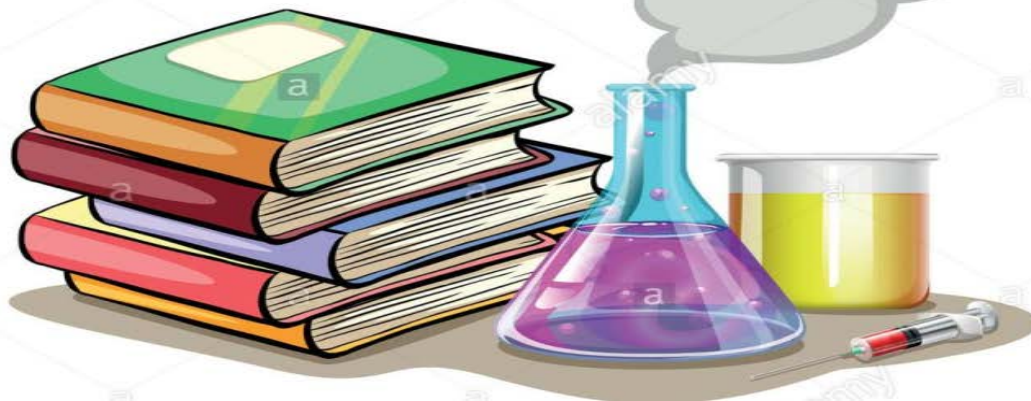
- Procés fisiològic d'envelliment
- Comorbiditats
- Situació funcional
- Situació nutricional
- Situació cognitiva
- Situació social

- **Mantenir l'autonomia**
- **Preferències del pacient (DVA)**



Problema en el tractament actiu en la població d'edat avançada:

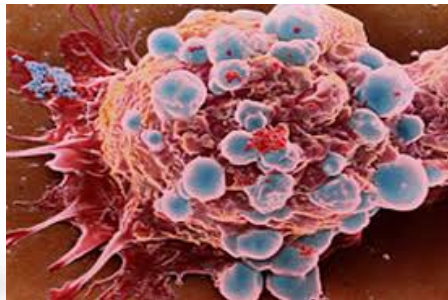
- **Heterogeneïtat de l'envelliment**
- **Particularitat en l'edat avançada**
- **Voluntat del pacient (DVA)**
- **Escassa evidència científica**



Oncologists and geriatricians- can we find some common ground in our thinking?

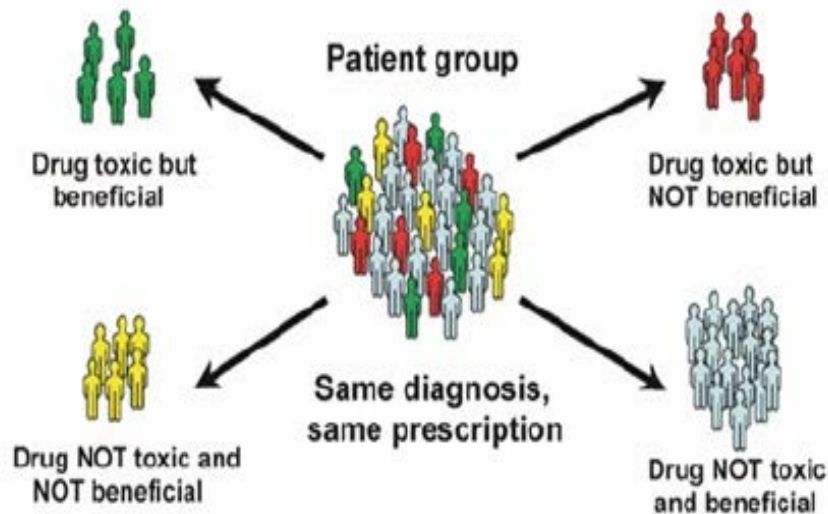
ASCO, ESMO, anti-PDL1,
anti-PD1, CMF, PK/PD,
5FU CDDP, PK, FOLFIRI,
EORTC, FOLFOX, NCI,
HER2, mTOR, OS,
DFS, CTC, TILs, TTP....

Charlson, CIRSG, MNA,
GDS, ADL, IADL, JAGS,
EUGMS, G8, VES-13,
Barthel, Walter, CRASH,
Tinetti, Timed get up
and go, MMSE, Lawton,
Yesavage, Pfeiffer..

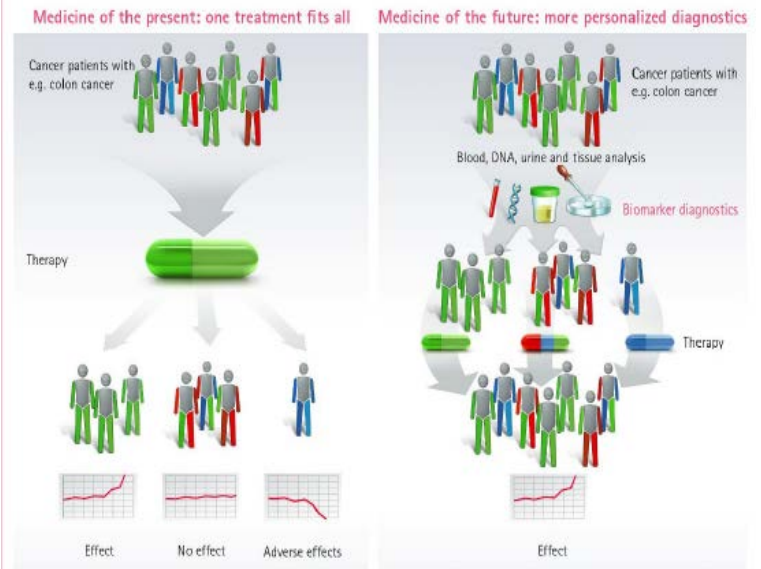


ERA de la medicina personalitzada i de precisió:

- Tendència de la medicina del futur és un model “customitzat” o fet a mida, basat en la **genètica de l'individu i la genètica del tumor**.
- **OBJECTIU PRINCIPAL:** Aplicar una medicina predictiva (precisió), preventiva, personalitzada i participativa



Personalized medicine: tailored treatments



Com és el maneig actual del pacient ancià amb càncer?

EL MANEIG CONJUNT ÉS COMPLEXE

PROBLEMA SANITARI DE PRIMER ORDRE



MANCA DE FORMACIÓ ACTUAL



HETEROGENEÏTAT- DIFERÈNCIES



↓ REPRESENTACIÓ EN ASSAIGS CLÍNICS



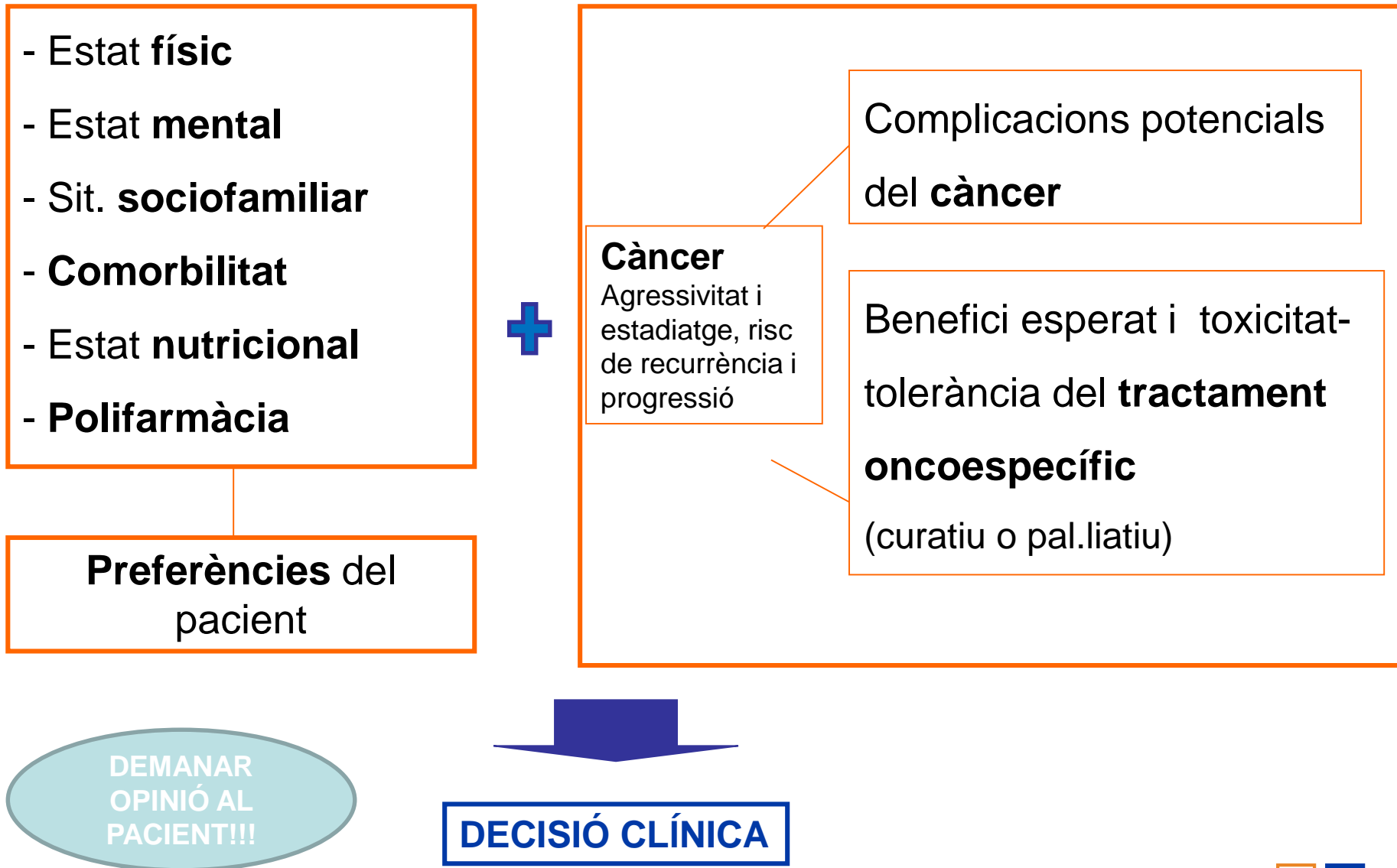
VOLUNTAT DEL PACIENT



↓ GUIES CLÍNIQUES BASADES EN EVIDÈNCIA



VALORACIÓ PACIENT EDAT AVANÇADA AMB CÀNCER



PUNT DE SORTIDA: PROJECTE DE MILLORA DE QUALITAT ASSISTENCIAL PSMAR: ONCOGERIATRIA (2014)



L'envelliment de la població suposa un **augment en el diagnòstic** de tumors.

“ El diagnòstic i el tractament no poden ser pitjors que el fet de patir el càncer sense intervenir”



Inici del projecte d'Oncogeriatría al PSMAR:

- **L'ancià fràgil** és el que més es beneficiarà d'una VGI. Utilitzarem **test de screening de fragilitat** per seleccionar els pacients que valorarà el geriatra.
- Per ajudar a la **presa de decisions i optimitzar tractaments**, es realitza una **valoració geriàtrica integral (VGI)** i es **classifiquen** els ancians en tres grups:

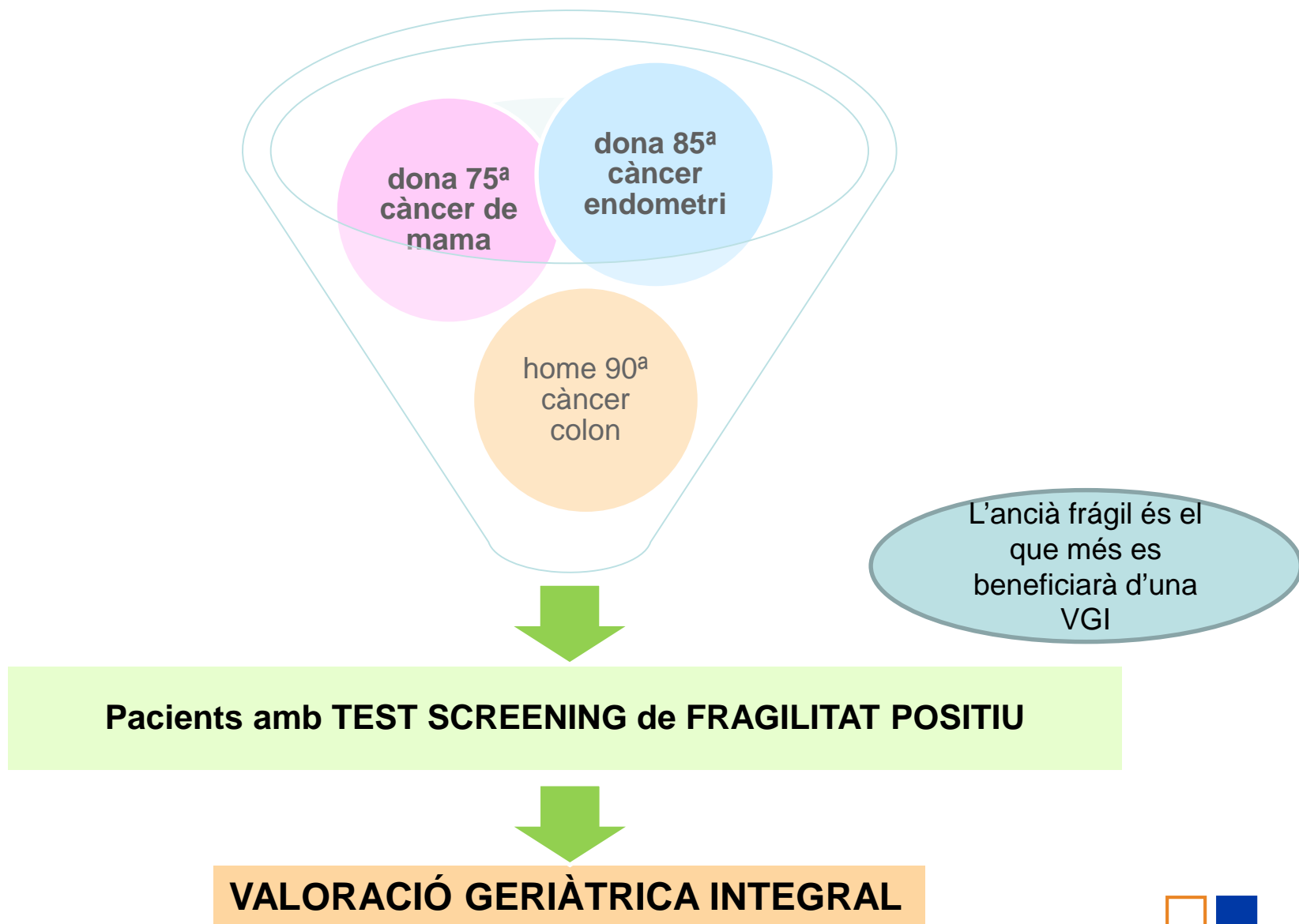
1.NO FRÀGILS (ancians considerats sans fins el diagnòstic de la malaltia oncològica) (tractament estàndar)

2.FRÀGILS-VULNERABLES (tractament adaptat o estàndar modificat)

3.MOLT FRÀGILS (tractament simptomàtic).



Com fem la selecció de pacients per a la VGI ?



Test de screening de fragilitat

Annals of Oncology 23: 2166-2172, 2012
doi:10.1093/annonco/md5587
Published online 16 January 2012

Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool

C. A. Bellera^{1,2*}, M. Rainfray^{3,4}, S. Mathoulin-Pélissier^{1,2,5}, C. Mertens^{4,6}, F. Delva¹, M. Fonck⁶ & P. L. Soubeyran⁶



Variables

Puntuación Total 0-17

MNA: Ha disminuido la ingesta durante los últimos 3 meses por falta de apetito, problemas digestivos, problemas de masticación o de salivación?

0: Disminución severa de la ingesta
1: Disminución moderada
2: No disminución ingesta

Pérdida de peso en los últimos 3 meses

0: Pérdida de peso > 3 Kg/
1: Desconoce
2: Pérdida entre 1 y 3 Kg
3: No pérdida de peso

Índice (IMC)

Es necessiten **escales de cribatge** que permetin identificar de

Situació

manera ràpida els pacients que requereixen una **VGI**, abans

Movilitat

de decidir el **tractament més adequat a cada pacient.**

2: Sale tuera

Toma > 3 medicamentos por día

0: Si / 1: No

Comparado con otras personas de la misma edad, como considera el paciente su estado de salud?

0: Peor /0,5: Desconoce/1: Igual /2: Mejor

Edad

0: > 85 / 1: 80-85 / 2: < 80

Score: 0-17
<= 14 Positiu
> 14 Negatiu

(80% S, 60% E)

G8 s'associa a: Toxicitat a QT
Predictiu de deteriorament funcional
Supervivència global



VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL A LA CONSULTA EXTERNA H. DEL MAR



Sense
test de
screening



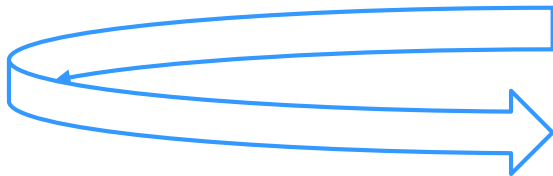
VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL (VGI)

Procés diagnòstic **multidimensional e interdisciplinari** dirigit a identificar i avaluar:

- problemes mèdics - comorbiditat
- funció física (ABVD, AIVD)
- funció mental (cognitiva, emocional)
- funció social (entorn social, genograma)



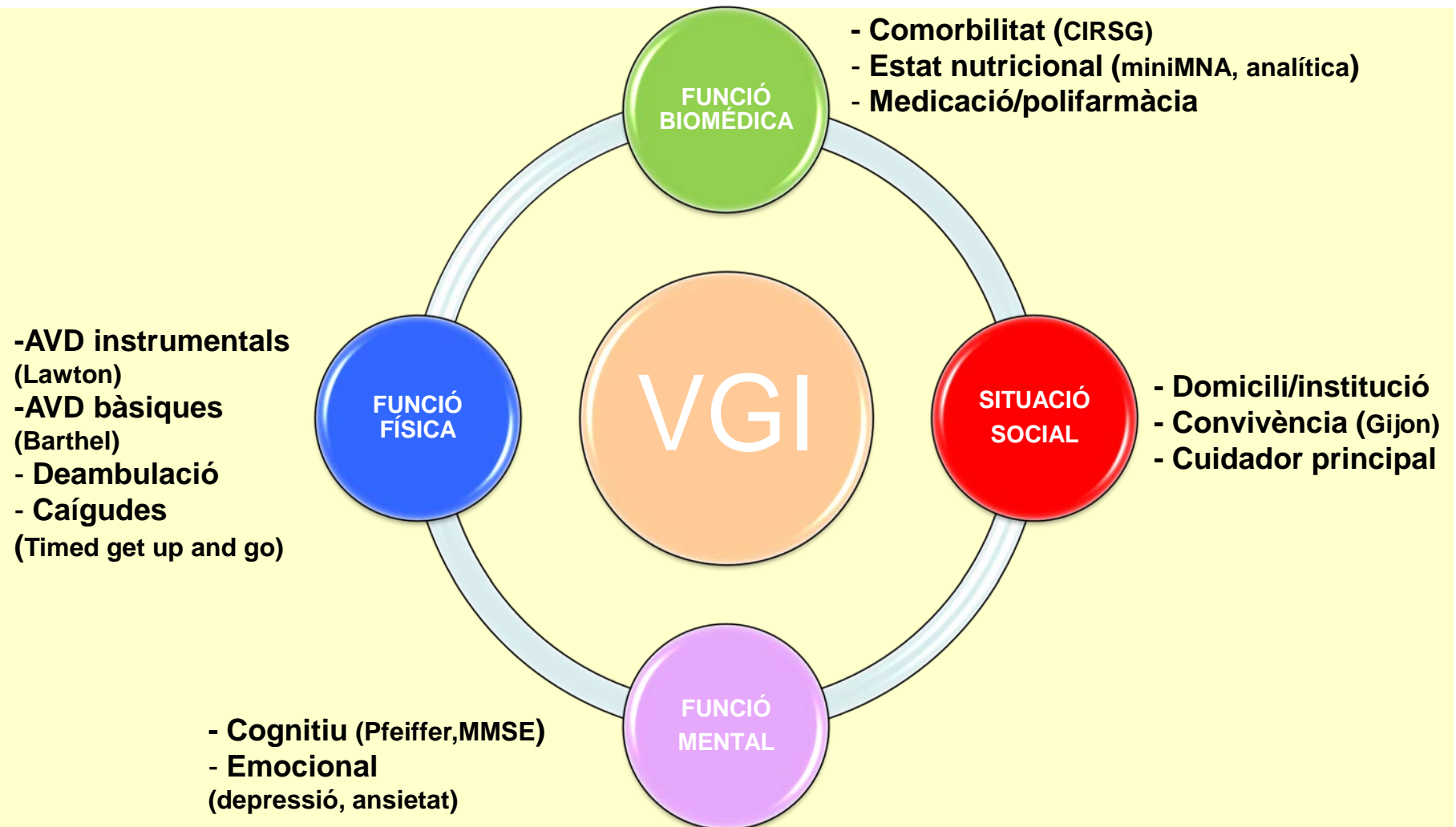
d'un determinat pacient, per establir un **pla terapèutic integral**.



evaluació sistemàtica a llarg plaç

Què avalua la valoració geriàtrica integral?

Fretwell MD. Evaluación funcional exhaustiva. En: Berkow R, Abrams WB. El Manual Merck de Geriatria. Eds Doyma, S.A. Barcelona 1992; pp 185 - 190.



IMPORTANT individualitzar el tractament del pacient ancià per **maximitzar els beneficis i minimitzar els riscos**. La VGI condueix a una **modificació del plantejament terapèutic** inicial proposat per l'especialista i **facilita la presa de decisions**. Aporta **informació addicional** a la que obté l'oncòleg

Ens trobem obstacles pel camí.....

**... li he dit que faríem una
valoració geriàtrica, i mira
com s'ha posat!!!**



Temps!!



Pràctica clínica: Després de la VGI classifiquem en el grup 1, 2 ó 3

- GRUP 1: NO FRÀGIL

- CIRS-G grau 0, 1 o 2, independència funcional (ABVD i AIVD) i sense malnutrició.
- Bona reserva funcional.
- **Tractament ONCOLÒGIC ESTÀNDAR.**



- GRUPO 2: FRÀGIL VULNERABLE

- Dependència lleu (dep \geq 1 AIVD, indep ABVD) o CIRS-G grau 3 o risc de malnutrició.
- Menor reserva funcional, capacitat tolerància estrés, +risc complicacions i discapacitat.
- Intervenció geriàtrica:
 - Recuperació problemes geriàtrics reversibles: **TRACTAMENT ESTÀNDAR.**
 - Problemes irreversibles: **TRACTAMENT ADAPTAT**



- GRUPO 3: MOLT FRÀGIL

- Dep \geq 1 ABVD, \geq 2 CIRS-G grau 3-4, malnutrició severa o sdme geriàtrics irreversibles.
- Reserva funcional esgotada, el mínim estrés \rightarrow conseqüències greus.
- Tractament exclusivament **PAL.LIATIU o SIMPTOMÀTIC.**
- Cas excepcional: revalorar tractament oncològic estàndar adaptat.



Quan poden col.laborar Geriatria i Oncologia ?



© Can Stock Photo

AL DIAGNÒSTIC PER FER VGI inicial

- Previ a l'inici del tractament
- Tractar i optimitzar el maneig de patologies no oncològiques
- Prevenir, revertir o minimitzar la fragilitat: Dieta, activitat física, fàrmacs...

La pauta inicial del tractament oncològic es va modificar en una mitjana de 32% (20-49%). Intervencions no oncològiques 83% (Acta oncològica, 2014)

DURANT EL TRACTAMENT

- Ajudar en el maneig de les patologies no oncològiques
- Mantenir o millorar la capacitat funcional, nutrició..(dieta, actividad, fàrmacos...)

AL FINALITZAR EL TRACTAMENT ONCOLÒGIC

- Seguiment de les patologies no oncològiques i oncològiques
- Coordinació amb altres nivells assistencials



Què entenem per tractament adaptat?

Escassa
evidència



TRACTAMENT ADAPTAT

hormonoterapia

Reducció 80%
QT

immunoterapia

RT pauta
curta

Cirurgia laparoscòpia

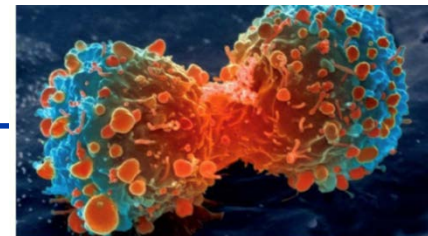
No bolus inicial



Grup 2
Fràgil - Vulnerable



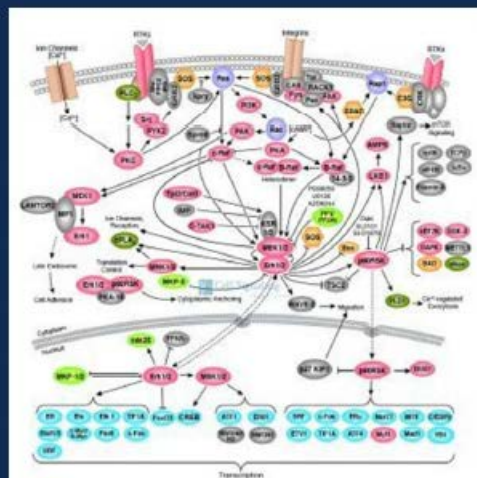
Precisió pel maneig de l'ancià amb càncer:



A dividing lung cancer cell.
Credit: National Institutes of Health

Geriatric oncology=personalized medicine

Tumor-centric



Patient-centric



Els pilars bàsics de la intervenció de geriatria:

FUNCIONAL: marcador de mortalitat, factor que més influeix en la qualitat de vida, “era de la funció”

NUTRICIONAL: Segons **SIQG** las intervencions geriàtriques poden ser efectives per a millorar els paràmetres nutricionals (**grau de recomanació B**) (Wildiers H et al. J Clin Oncol. 2014) .
Valoració abans de l'inici del tractament oncoespecífic

COMORBILITATS: augmenta els **efectes 2º**, augmenta les **toxicitats, tasses d'abandonament al tractament i complicacions periquirúrgiques**

POLIFARMÀCIA: El risc d'interaccions augmenta fins al 100% quan s'administren **≥8** medicaments





- La Capacidad Funcional (CF) és el factor que més influeix en la qualitat de vida dels ancians
- Paràmetre més fiable, quantificable, i amb major poder de discriminació.
- Excel.lent marcador pronòstic de mortalitat, de recuperació de la malaltia aguda, d'institucionalització, d'estada a l'hospital i de les despeses sanitàries.



(A millor CF major expectativa de vida i menys despeses de salut; quan pitjor sigui la CF, menor és l'expectativa de vida i majors les despeses de salut)

- Les **prescripcions d'exercici** (individualitzat): **aeròbic i anaeròbic** són segures, efectives i apropiades per aquests pacients. (Pej: caminar, yoga i Tai Chi ..).Redueixen **toxicitat i efectes 2º**.

**CANVI DE PARADIGMA: “L'ERA DE LA MALALTIA” S'ESTÀ
SUBSTITUÏNT PER “L'ERA DE LA FUNCIO”**

En pacientes mayores de 80 años, 10 días de inmovilización en una cama de hospital, equivalen a 10 años de envejecimiento muscular.....



Estat nutricional



Nutricional
MNA; NSI

Recomanacions de **SIOG**: Realitzar una **valoració nutricional ABANS** d'iniciar el tractament oncoespecífic.

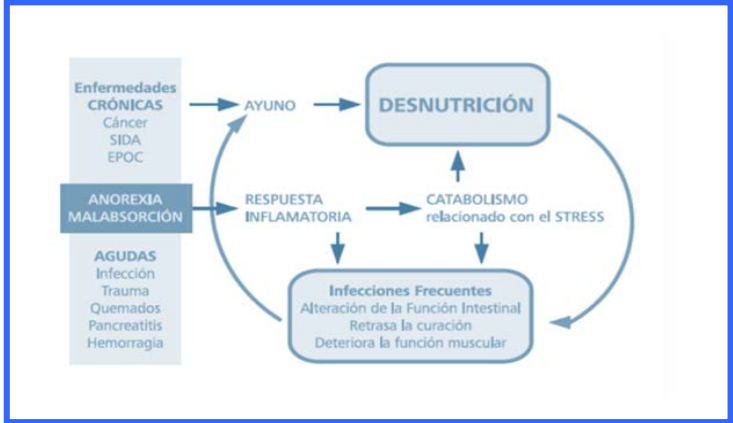
Malnutrició: (prevalença **30-85%** ancians oncològics)

- Fins **2/3** dels casos de malnutrició es deuen a **causes reversibles**.
- Cal fer **estratègies d'intervenció**, ja que augmenta la **toxicitat al tractament quimioteràpic**
- Potent predictor de **mortalitat i morbiditat**
- Menors **taxes de resposta**
- Pitjor **qualitat de vida**
- Deteriorament de la **situació funcional**
- Major **estada hospitalària**

DESNUTRICIÓ
DEFINICIÓ CONSENS ESPEN
“Un estat resultant de la disminució de la ingesta que condueix a una alteració de la composició corporal (disminució de la massa lliure de grassa) i de la massa cel.lular del cos conduït a una funció mental i física disminuïda i un resultat clínic impedit”

Prevalença de desnutrició associada a diferents tipus de càncer:

Cap i coll: 48.9%	Pàncrees 66.7%
Leucemia /linfoma: 34%	Mama 20.5%
Pulmó: 45.3%	ovari/úter 44.8%
Colon/recte:39.3%	Pròstata 13.9%
Esòfag/gàstric:60.2%	



INTERVENCIÓ NUTRICIONAL i EXERCICI FÍSIC han d'anar sempre de la mà

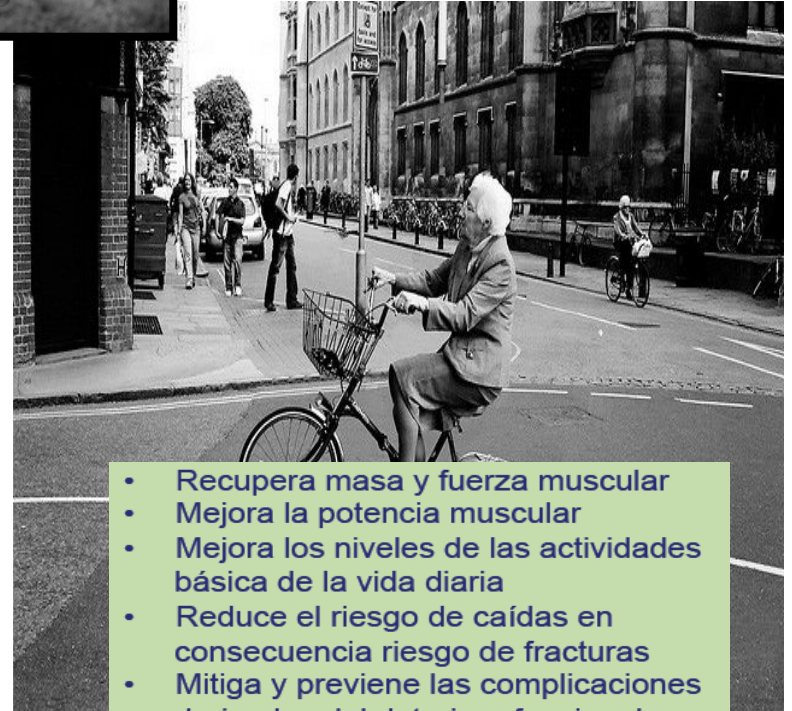


MENJAR DURANT EL TRACTAMENT DEL CÀNCER

RECOMANACIONS GENERALS sobre l'alimentació durant el tractament del càncer



- Aumenta la ingesta de energia y proteínas
- Previene las pérdidas de peso y ayuda a la recuperación del peso perdido
- Mejora los marcadores de micronutrientes
- Mitiga o previene las complicaciones derivadas de la desnutrición



- Recupera masa y fuerza muscular
- Mejora la potencia muscular
- Mejora los niveles de las actividades básicas de la vida diaria
- Reduce el riesgo de caídas en consecuencia riesgo de fracturas
- Mitiga y previene las complicaciones derivadas del deterioro funcional

Els tractaments s'associen a un **MAJOR RISC DE DETERIORAMENT FUNCIONAL I DE PÈRDUA DE MASSA MUSCULAR**, i en conseqüència un **MAJOR RISC** de presentar **EFACTES SECUNDARIS DELS TRACTAMENTS**. Un correcte règim d'exercici físic, ajuda a **RECUPERAR I MILLORAR LA FUNCIO**, i **reduir i PREVENIR ELS EFACTES A LLARG PLAÇ** del càncer i els seus tractaments



Comorbilitat :

CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE FOR GERIATRICS (CIRS-G)

Comorbilitat
Charlson, CIRS-G,
APACHE

Miller, Paradis, and Reynolds 1991

PATIENT _____ AGE _____

RATER _____ DATE _____

Comorbidity and Functional Status Are Independent in Older Cancer Patients

By Martine Extermann, Janine Overcash, Gary H. Lyman, Joyce Parr, and Lodovico Balducci

Instructions: Please refer to the CIRS-G manual. Write brief descriptions of the medical problem(s) that justified the endorsed score on the line following each item. (Use reverse side for more space.)



RATING STRATEGY

- 0- No problem
- 1- Current mild problem or past significant problem
- 2- Moderate disability or morbidity/requires first line therapy
- 3- Severe/ constant significant disability/ uncontrollable chronic
- 4- Extremely severe/ immediate treatment required/ end organ failure

Conclusion: Comorbidity needs to be assessed independently from functional status. Both the Charlson and CIRS-G scales are reliable tools for use in trials of older cancer patients. Both can be tested in further studies as predictors of outcomes such as toxicity of treatment, changes in functional status, or survival.
J Clin Oncol 16:1582-1587. © 1998 by American Society of Clinical Oncology.

	SCORE
HEART.....	_____
VASCULAR.....	_____
HEMATOPOIETIC.....	_____
RESPIRATORY.....	_____
EYES, EARS, NOSE, THROAT AND LARYNX.....	_____
UPPER GI.....	_____
LOWER GI.....	_____
LIVER.....	_____
RENAL.....	_____
GENITOURINARY.....	_____
MUSCLOSKELETAL/INTEGUMENT.....	_____
NEUROLOGICAL.....	_____
ENDOCRINE/METABOLIC AND BREAST.....	_____
PSYCHIATRIC ILLNESS.....	_____

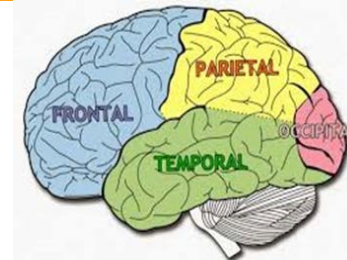
La comorbilitat (que acostuma a acompanyar a l'envelliment) augmenta els **efectes 2^o**, augmenta les **toxicitats, taxes abandonament al tractament i complicacions periQx**

 TOTAL NUMBER OF CATEGORIES ENDORSED..... _____
 TOTAL SCORE..... _____
 Severity index: (total score/total number of categories endorsed)..... _____
 Number of categories at level 3 severity..... _____
 Number of categories at level 4 severity..... _____

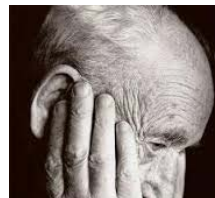


Pacients amb deteriorament cognitiu:

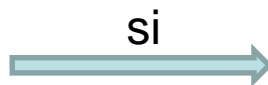
- ↑ risc de dependència, depressió, mortalitat
- ↑ dificultat en adherència al tractament i entendre els règims de tractament
- ↑ dificultat en la presa de decisions
- ↑ risc de *delirium* per fàrmacs (opioides, anticolinèrgics, corticoides...)
- ↑ risc de toxicitat per la QT (chemobrain)



Pacients amb síndrome depressiu:



Pregunta screening depressió



Escala de Yesavage

La pregunta de screening tiene sensibilidad 69 % y especificidad 90 % con respecto a la GDS de Yesavage



Altres síndromes geriàtriques:



POLIFARMÀCIA

- ❑ Es calcula que quan es consumeixen **2 fàrmacs**, el risc potencial d'interacció és del 6%. El risc augmenta fins al **100%** quan s'administren **≥8 fàrmacs**.
- ❑ Revisió de la polifarmàcia a la consulta:

Menos pastillas y más zapatillas”

(Dr. Alvaro Casas)

Criteris STOPP/START:

- Són un bon instrument de detecció de prescripcions potencialment inapropiades i de millorar de la qualitat de la prescripció en persones d'edat avançada en tots els àmbits assistencials
- Inclouen els errors més comuns de tractament i omisió en la prescripció en l'edat avançada; són fàcils de relacionar amb el diagnòstic (agrupats per sistemes fisiològics)



Actuació davant de la polifarmàcia:

REVISIÓ

MONITORITZACIÓ

DEPRESCRIPCIÓ



You may be feeling unwell because of the amount of medication you're taking...I'll just see if there's something I can give you for that.

A framed poster titled 'PENNA DE GUARDIA' and 'REMEDIOS CASEROS'. It lists various ailments and their corresponding home remedies. The poster is signed 'Ldo. D. Juan Puerto' and 'Ldo. D. Francisco Contreras'.

ENFERMEDAD	MEDICAMENTO	BOSIS
CATARRO	BRANDY	DE 3 A 4 COPAS
TRISTEZA	ALBARÍÑO	1 COPA HOJA
DEPRESIÓN	ORUJO	4 VASOS POR COMIDA
ARRITMIAS	RIQUA	2 O 3 COPAS HOJA EN UNO
MAREOS	PEDRO XIMENEZ	1 O 2 COPAS
ANSIEDAD	OLOROSO	1 O 2 COPAS
DOLORES	JEREZ FINO	1 O 2 COPAS
DIARREA	MANZANILLA	1 BOTELLA
EXTREÑIMIENTO	TXACOLI	1 BOTELLA
PARA TODO LO DEMÁS	CERVEZA	SIN ESPECIFICAR

Abierto de Lunes a Domingos
Mientras quede medicamentos

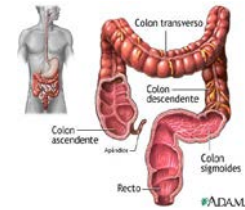
INFORMACIÓ FIABLE PER PACIENTS I FAMILIARS

- PREGUNTAR AL DOCTOR
- SI BUSQUEN PER INTERNET, FONTS FIABLES:
 - www.igeriatria.wordpress.com



Els progressos de l'Oncogeriatría al PSMAR:

- Participació als Comitès
- Participació a les sessions
- Valoració durant l'hospitalització
- 3 dies CCEE pròpia Oncogeriatría

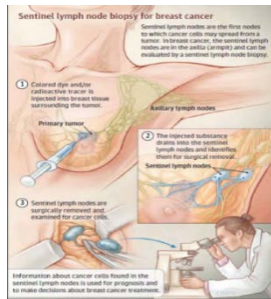


Comité de colon

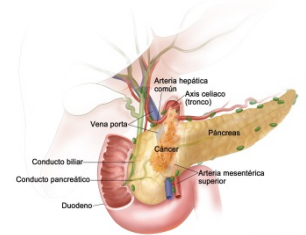
Comité de patología mamaria

geriatra

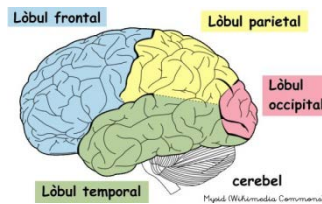
Comité de tub digestiu alt, bilio-pancreàtic



Cáncer de páncreas en estadio III



Comité de SNC



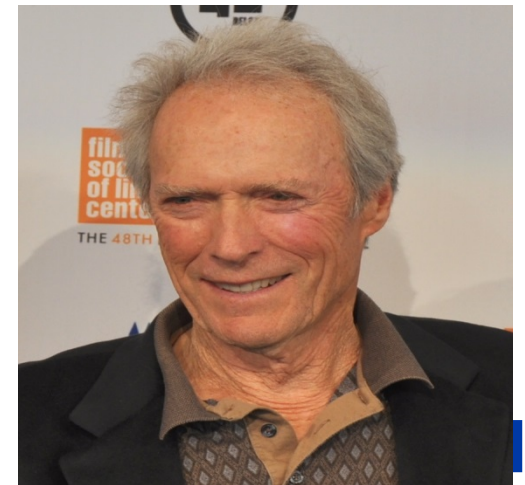
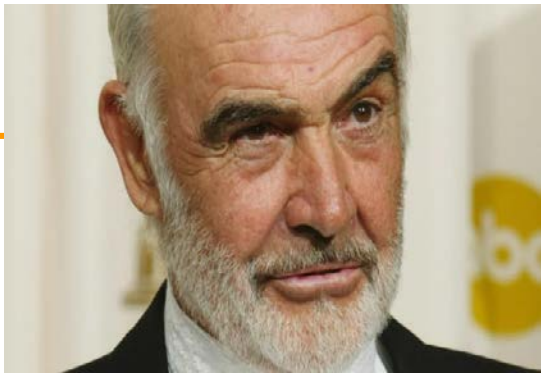
Utilitat de la col.laboració entre Oncòleg i Geriatria:


- Detectar **noves patologies** i **sdmes geriàtriques** (fragilitat, desnutrició, discapacitat, depressió, polifarmàcia, etc) i valorar la seva **reversibilitat**.
- Fer una **estimació de l'expectativa de vida** del pacient, la **reserva funcional**, la **tolerància a la quimioteràpia** i la **toxicitat** al tractament.
- La col.laboració de diferents especialistes **millora l'atenció del pacient** i facilita la **presa de decisions**. La **VGI** permet un tractament més **personalitzat**.
- Tenir un **llenguatge comú** en el maneig de l'ancià amb càncer.
- Col.laborar en **el seguiment**. (Pacientes "fit" poden tornar-se vulnerables en el curs del tractament). Establir **pla d'intervenció** per reduir morbi/mortalitat
- Ajudar a la inclusió de pacients en **assajos clínics**. **Investigar** per respondre amb evidència



Quin model preferim?







“Un buen profesional no trata una enfermedad, sino a la persona que la padece”

Moshé M.
Médico y Filósofo Medieval

FISIOMONICA



GRÀCIES PER LA VOSTRE ATENCIÓ



@mariapifi

mail: 93607@parcdesalutmar.cat

mail: 90962@parcdesalutmar.cat



Importància del treball en equip



Nadie sabe todo, todos saben algo,
entre todos saben mucho

El treball interdisciplinari amb l'objectiu comú de la millora assistencial, sempre serà un benefici per al pacient



CONCLUSIONS. TAKE HOME MESSAGES

TAKE HOME
MESSAGES

1. És important aplicar en la pràctica clínica la **VGI** en el pacient oncològic d'edat avançada que **permet prendre una decisió compartida** en l'ancià oncològic.
2. Permet un **llenguatge comú** en el maneig dels ancians amb càncer i permet una millor **comunicació entre professionals**.
3. És important realitzar **Protocols d'actuació interdisciplinars i adaptar els models assistencials**.
4. La **VGI** pot modificar significativament el **pla terapèutic** en alguns pacients i permet la **detecció precoç de síndromes geriàtriques**. Amb el **seguiment** podem veure el resultat de les decisions compartides.
5. És important la inclusió en **assajos clínics**, integrant SV, paràmetres funcionals, mentals, nutricionals, QL vida i control sintomàtic. "Esperança de vida activa".
6. En la patologia oncològica el **seguiment interdisciplinar** amb una VGI millora la QL vida del pacient.
7. Creiem que és important **respectar la voluntat** de tractament per part del pacient.



PROPOSTES DE FUTUR: QUÉ VOLDRÍEM MILLORAR ?

- Molts pacients són remesos **sense test de screening ni clara indicació de valoració per Geriatria**. Objectiu: Intentar unificar l'screening i els criteris de derivació a l'equip de Geriatria.
- Participació en més **comitès de tumors**. Difícil arribar a tots. Objectiu: **Establir circuits** per concretar a quins comitès hauria d'anar el geriatra per un possible cas per valorar Oncogeriatría.
- Els plans terapèutics en alguns casos **NO tenen en compte l'opinió del pacient**. Objectiu: **preguntar la voluntat del pacient. Fer enquestes de satisfacció**
- Ampliar la nostre dedicació, així com poder **incorporar altres professionals**
- **Seguiment** d'aquests pacients. Objectiu: **Protocolitzar circuits al alta**
- Participar i realitzar **nous projectes d'investigació**

Línees de futur de la Oncogeriatria

OBJECTIU

FUTUR

FORMACIÓ

Unitats Oncogeriatria

ESTANDARITZACIÓ

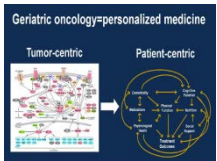
**Screening, VGI en
ancians als hospitals**

**CONTINUÏTAT
ASSISTENCIAL**

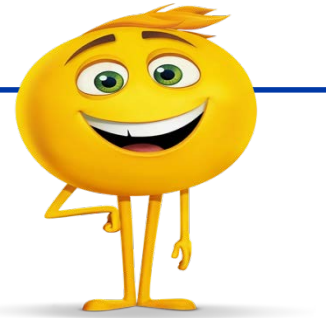
**Coordinació entre
especialistes, primària**

INVESTIGACIÓ

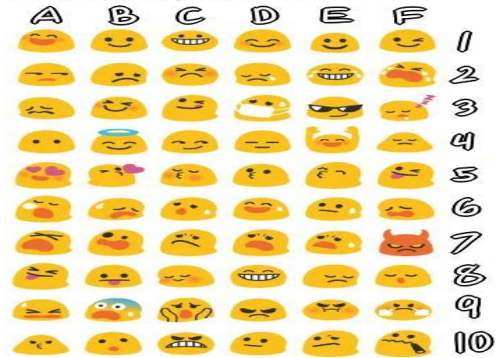
**Desenvolupar estudis
al territori**



ALGUNA PREGUNTA O COMENTARI



1. Choose a character



2. Pick an emoji

