P. López Mongil*
R. López Mongil**

*D. U. E.
**Diplomada en Geriatría.

Correspondencia:
Pilar López Mongil
Residencia "Cardenal Marcelo"
Avda. Contiendas, s/n
47009 Valladolid

Evaluación de la patología neoplásica y su repercusión en el estado funcional del anciano institucionalizado

Evaluation of the neoplastic condition and its impact on the functional status of the institutionalized elderly patient

RESUMEN

Este estudio pretende conocer la prevalencia de patología neoplásica en la Residencia "Cardenal Marcelo", las características de esta enfermedad en los ancianos que la padecen (síntomas, evolución, tratamiento... etc.) y como repercute la patología neoplásica en el estado funcional del paciente. Para ello se llevó a cabo una revisión de las historias médicas de todos los residentes ingresados en dicha residencia en el momento de inicio del estudio, con el fin de determinar quién padecía patología neoplásica. Posteriormente se llevó a cabo un protocolo que incluía datos referentes a dicha patología y los test que miden la valoración funcional. Una vez recogidos y analizados todos estos datos se realiza un estudio descriptivo observacional transversal. Una de las conclusiones de dicho estudio es afirmar nuevamente: "*Los ancianos son marginados de la oncología*". Otro dato de interés es la falta de correlación entre la existencia de patología neoplásica y el grado de dependencia funcional.

SUMMARY

This study proposes to know the prevalence of the neoplasma pathology in the nursing home "Cardenal Marcelo", the characteristics of this illnes in the older people that suffer it (symptoms, development, treatment.... etc.) and how the neoplasma pathologic affects in the patien's functional state. For it was carried out a revision of the medical histories of all residents entered in this residence, in the moment of the beginning of study with the purpose to determine who suffered neoplasma pathologic. Later on it was carried out a protocol that included a leaf with data about neoplasma pathologic, as well as the test that measure the functional assessment. Once picked up and analyzed all these dates are carried out a cross-section observational descriptive study. One of conclusions taken out of this study is to affirm "the older people are outcast of oncology" *and another fact of interest is the correlation lack between the existence of neoplasma pathologic and the degree of functional disability.*

PALABRAS CLAVE

Patología neoplásica; Valoración Funcional; Anciano institucionalizado.

KEY WORDS

Neoplasma pathology; Functional Capacity; Institutionalized elder.

INTRODUCCIÓN

La Valoración Geriátrica Global (VGG) constituye una práctica geriátrica indispensable para el correcto acercamiento al anciano y su entorno. Pone énfasis en el estado funcional y en la calidad de vida. La VGG es reconocida actualmente como la estrategia específica de la asistencia geriátrica (1, 2). Se utiliza como técnica apropiada para la práctica de la enfermería geriátrica en el medio residencial. La VGG es una estrategia válida para seleccionar los ancianos con riesgo de pérdida total de su autonomía (3). Se entiende por función la capacidad personal para adaptarse a los problemas que plantea la vida diaria. Su valoración es esencial para fijar un juicio clínico y un pronóstico adecuado (3, 4). La situación funcional actúa como indicador de salud y también como predictor de morbi-mortalidad, por ello es crucial en la atención gerontológica (5). El objetivo de la valoración funcional es cualificar y cuantificar la movilidad y la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) tanto las AVD Básicas (AVDB), como las instrumentales (AVDI) (4). Las AVDB son actividades esenciales para el autocuidado, y miden los niveles más elementales de función física (6). Las AVDI son actividades más complejas que requieren una relativa integridad de la función física y mental, son necesarias para desenvolverse en la vida social (7). La dependencia para realizar las AVD se relaciona con la mortalidad a corto plazo (8). La valoración funcional se debe de realizar a ancianos frágiles o de alto riesgo (9). Una de las principales causas que confieren fragilidad es la patología crónica que condiciona incapacidad funcional, como es el cáncer, que está dentro del grupo de enfermedades crónicas en los ancianos que confieren una incapacidad y mortalidad variable (10).

El cáncer en la vejez presenta unas peculiaridades que conviene conocer. En primer lugar el diagnóstico de la enfermedad neoplásica es generalmente bien aceptado por la familia, que comprende la realidad de que una vida tiene que terminarse cuando se tienen muchos años. En segundo lugar el cáncer en el viejo es una enfermedad más, muchas veces menos dolorosa e incapacitante para la persona rodeada de una patología múltiple en donde otras patologías (cardiopatías, fallos cerebrales, alteraciones en la locomoción, etc.) parecen condicionar más la vida del enfermo y por último, el curso de la enfermedad tumoral suele ser menos agresivo en la vejez pudiéndose quedar muchas veces como enfermedad crónica (11). A pesar de la enorme importancia que el cáncer tiene en los ancianos, como riesgo y como enfermedad asociada a otras en la vejez, la oncología inicialmente pasaba de largo sobre las aplicaciones terapéuticas a los ancianos siendo muchos viejos *marginados de la oncología* (12).

La incidencia del cáncer en el anciano es mayor de lo que cabría esperar del análisis de las cifras de mortalidad. Más del 57% de cánceres ocurren en individuos de más de 65 años (13). Se considera que una persona mayor de 75 años tiene 10 veces más probabilidades de padecer cáncer que una persona joven (14).

La forma de presentación del cáncer en el anciano no siempre es igual que en el resto de la población. El enfermo geriátrico es frecuentemente sujeto de patología múltiple y por tanto la sintomatología referida es confusa (15, 16).

Un buen número de publicaciones recientes indica que el anciano es relegado a no recibir tratamientos antitumorales eficaces. La proporción de pacientes con cáncer que reciben terapias curativas disminuye con la edad cronológica (17). Hay que tener en cuenta a la hora de decidir el tratamiento del anciano, su calidad de vida ya que los efectos del tratamiento no deben de ser peores que la propia enfermedad (14). En el paciente oncológico se debe tener una in-

formación amplia sobre la situación del paciente y su enfermedad tomando como guía la situación funcional ya que es muy importante también valorar que incapacidad les dejará a los pacientes el tratamiento al que se van a someter y compararlo con la incapacidad que supondría dejarles a la evolución natural de la enfermedad (14).

El número de ancianos que ha sobrevivido al cáncer ha aumentado de forma tan significativa que en la actualidad se considera al cáncer una enfermedad crónica peligrosa para la vida más que una enfermedad terminal (18) "*Muchos enfermos ancianos mueren con neoplasia y no por ella*" (11).

Cada vez se realizan más estudios destinados a conocer el pronóstico de los pacientes con cáncer, la mayoría de ellos han mostrado la importancia de la valoración del estado funcional del paciente. El estado funcional, junto con otros factores como el estado mental y emocional del paciente son indicadores para definir la terminalidad del paciente (19).

Es evidente que la asistencia al anciano con cáncer en el momento actual es claramente deficitaria, pero aún es más cierto que dadas las características de la población española, estos problemas se agravarán en los próximos años. Es necesario encontrar soluciones que permitan atender las necesidades de estos enfermos, sin separarles de su entorno social, y que contribuyan a mejorar su calidad de vida (20).

OBJETIVOS

Conocer la Prevalencia de Patología neoplásica de una población anciana institucionalizada.

Profundizar en el conocimiento de los distintos tipos de neoplasias en los ancianos de la residencia "Cardenal Marcelo".

Analizar la evolución de la situación funcional en pacientes diagnosticados de cáncer en los años 1997, 1998 y 1999.

Poder determinar si la patología neoplásica afecta en mayor medida al estado de independencia del anciano que lo padece y por lo tanto a su calidad de vida.

MÉTODOS

Ámbito de investigación y sujetos observacionales

El estudio de este trabajo se realiza en la residencia de ancianos "Cardenal Marcelo" de Valladolid, perteneciente a la Diputación de Valladolid.

Muestra poblacional

En este apartado se analiza la población oncológica de dicha residencia en el otoño de 1998, para lo cual tomamos una población estable de 217 residentes. Se realiza un estudio descriptivo observacional transversal. En primer lugar se realizó una revisión individualizada de todas las historias clínicas de los residentes en el momento del inicio del estudio. Se escogieron todos los residentes con uno o más diagnósticos de patología neoplásica. Se les agrupó según las diferentes patologías neoplásicas encontradas, procediendo al estudio de cada una de ellas, a través de un protocolo de recogida de datos en el cual se incluyen: fecha de ingreso en residencia, enfermedades asociadas (pluripatología, 4 enfermedades o más), tratamiento actual (plurifarmacia, 3 medicamentos o más), conocimiento por parte del paciente de la patología neoplásica, estadiaje en el momento del diagnóstico, tratamiento específico neoplásico y seguimiento de la patología neoplásica.

Posteriormente se elaboró un protocolo de valoración funcional que incluía las escalas o índices de valoración de AVD más utilizadas, en las que incluyeron el índice de Katz, Índice de Harper (versión simplificada del Índice de Barthel), la escala física de la Cruz Roja y CM98 (test "Cardenal Marcelo" validado en tesis doctoral del año 1998) de AVDB, para medir las actividades de la vida diaria básicas (AVDB). Para valorar las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) se utilizó la escala de Lawton y Brody y el CM98 de AVDI.

Escala CM98 de AVDB. La procedencia de preguntas y respuestas de la prueba CM98 de las AVDB se basa en la observación del apartado del test OARS referido a estas AVD, en el índice

Barthel y en otros índices y escalas que fueron analizadas durante el estudio de la bibliografía referente al tema. Una vez elegido el conjunto de preguntas, se procedió a su simplificación para eliminar cualquier dificultad a la hora de interpretarlas. Posteriormente se crearon las respuestas de manera muy simple, del tipo si/no más una respuesta intermedia para detectar matices. Dicho test se basa en 10 funciones observadas, evaluando la capacidad para: comer, vestirse y desvestirse, asearse o arreglarse, andar, acostarse o levantarse, bañarse o ducharse, ir al servicio, subir y bajar escaleras, continencia de orina, continencia de heces. Para cada uno de los ítems se mide la capacidad de realizarlos de manera independiente, con ayuda o de forma dependiente. En una hoja de trabajo se detallan las explicaciones sobre cada ítem en concreto, sirviendo para recordar al evaluador como se realizan las determinaciones y la puntuación final.

Escala CM98 de AVDI. La procedencia de preguntas y respuestas de la prueba CM98 de las AVDI se basa en la observación del apartado del test OARS referido a estas AVD, en la escala de Lawton y Brody y en otros índices y escalas que fueron analizadas durante el estudio de la bibliografía referente al tema. Una vez elegido el conjunto de preguntas, se procedió a su simplificación, siguiendo la misma estructura que el test CM de AVDB. La prueba CM98 de AVDI se basa en 6 funciones observadas evaluando la capacidad para: usar el teléfono, hacer compras, hacer la limpieza de la habitación, utilizar algún medio de transporte, tomar y controlar sus medicinas, manejar y controlar su dinero.

Este protocolo se aplicó a finales del año 1998, se comparó con los resultados obtenidos en el año 1997, y a finales de 1999, de esta manera se conoce la evolución del estado funcional de estos ancianos durante tres años.

Este estudio se centra en la recopilación de datos basados en las escalas de AVD citadas anteriormente, a través de la entrevista y observación individual. Para la realización de la entrevista se intentó contactar de la forma más oportuna. Habitualmente se concretaba el momento más idóneo para entrevistador y entrevistado solicitando previamente la colaboración y consentimiento para la realización del estudio, aclarando las dudas sobre el mismo. Todas las entrevistas fueron realizadas en la residencia, el entorno habitual de todos los ancianos. Desarrollamos una buena relación inicial, iniciando la entrevista con unos breves comentarios de lo que se iba a hacer y su importancia. El entrevistador debe comportarse de una forma profesional pero debe estar relajado y adoptar un estilo conversacional. Fue fundamental asegurarles que los datos obtenidos serían confidenciales y para ello se procuró que la entrevista se llevara a cabo en la intimidad. Se decidió realizar un interrogatorio de forma directa, aunque posteriormente se contrastó toda la información obtenida, con el personal que atiende directamente a cada uno de los residentes. No se realizó la valoración a ancianos afectados de demencia avanzada.

Este estudio se podría dividir en dos grandes apartados: por una parte se realizó una base de datos informática con el programa Microsoft Access 97, que nos facilita realizar un recuento y asociación de variables, para posteriormente poder obtener los diferentes porcentajes y resultados, más tarde expuestos. Con dichos porcentajes y resultados y aplicando el programa Excel 97 se han conseguido los gráficos de los estudios obtenidos. Todo ello nos permite conocer las características más comunes de dicha patología y su grado de dependencia funcional. Por otra parte, a partir de los datos de los test CM98 de AVDB y AVDI tanto en la población oncológica encontrada como en la población en general, desarrollamos un análisis de la variancia de un modelo factorial simple, de forma que podamos afirmar si existen o no diferencias significativas en cuanto al deterioro funcional de la población, por la presencia de la patología neoplásica, utilizando para su valoración el programa informático SPSS 7.5 para Windows.

RESULTADOS

1) De un total de 217 residentes ingresados en "Cardenal Marcelo", 28 residentes padecen una o más patologías neoplásicas lo cual supone un 13%, de los cuales 17 son hombres y 11 son mujeres con una edad media de 85,8 años, con una horquilla de 70 a 98 años (Figs. 1, 2 y 3).

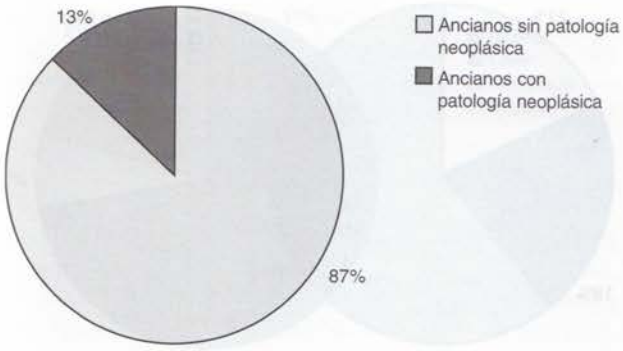

Fig. 1. *Porcentaje de pacientes con Patología Neoplásica.*

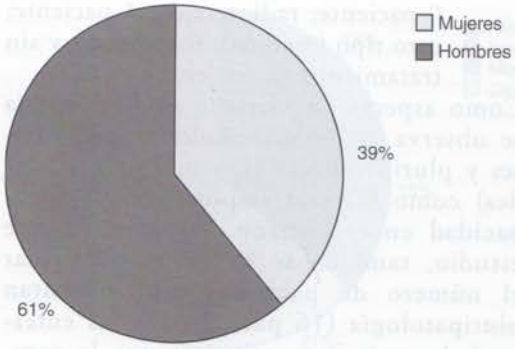

Fig. 2. *Porcentaje por sexo.*

2) La *distribución de las patologías neoplásicas* y residentes que la padecían es la siguiente: *neoplasia de próstata*: 10 p; *neoplasia de colon*: 5 p; *neoplasia de piel*: 3 p; *neoplasia de mama*: 3 p; *neoplasia de pulmón*: 2 p; *neoplasia de ampolla de Vater*: 2 p; *neoplasia de estómago*: 1 p; *neoplasia uterina*: 1 p; *neoplasia de laringe*: 1 p.

3) Durante el período de estudio, fallecieron tres personas de los 28 residentes estudiados, de los cuales solo 1 paciente falleció por patología asociada directamente a su neoplásica.

4) Dentro de la patología neoplásica encontramos los siguientes factores comunes en todos los tipos de cáncer:

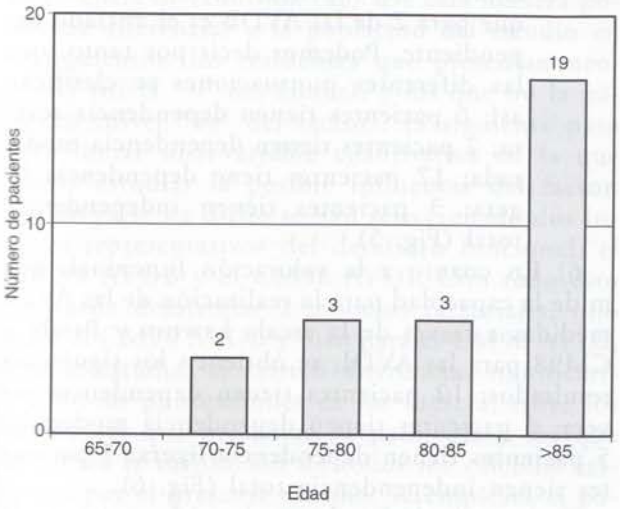

Fig. 3. *Rangos de edad.*

4.1) Basándonos en la fecha de diagnóstico de la patología neoplásica nos encontramos que: 10 pacientes padecen cáncer desde hace 3 años; 4 pacientes padecen cáncer desde hace 6 años; 7 pacientes padecen cáncer desde hace 9 años y 7 pacientes padecen cáncer desde hace más de 9 años.

4.2) El estudio del estadiaje de la patología neoplásica en el momento del diagnóstico arroja los siguientes resultados: son estadiaje 6 pacientes; sin estadiaje 22 pacientes.

4.3) En relación con el seguimiento médico en los últimos tres años de la patología oncológica, nos encontramos con los siguientes resultados: 23 pacientes recibieron seguimiento médico; 5 pacientes no recibieron seguimiento médico.

4.3.1) Los tipos de seguimiento se han dividido en tres grupos (consultas, analíticas de marcadores tumorales y radiología), los resultados obtenidos son: consultas: 23 pacientes; analíticas: 12 pacientes; examen radiológico: 6 pacientes.

4.4) El porcentaje de pacientes tratados con cirugía, radioterapia o quimioterapia, excluyendo otro tipo de tratamientos es el siguiente: con tratamiento: 21 pacientes; sin tratamiento: 7 pacientes.

4.4.1) En relación con el tipo de tratamiento, tenemos estos resultados: cirugía: 21 pacientes; quimioterapia:

0 paciente; radioterapia: 1 paciente; otro tipo (médico): 6 pacientes y sin tratamiento: 2 pacientes.

4.5) Como aspecto importante en la geriatría se observa las enfermedades intercurrentes y pluripatología (4 o más enfermedades) como factores importantes de incapacidad en el anciano. Por ello en este estudio, también se ha querido destacar el número de pacientes que presentan pluripatología (16 pacientes) y las enfermedades más incapacitantes que la componen: patología cardíaca: 10 pacientes; patología pulmonar (EPOC): 9 pacientes; patología neurológica (ACV): 5 pacientes; patología osteoarticular: 7 pacientes; diabetes: 6 pacientes; demencia: 9 pacientes.

4.6) Otro aspecto muy importante en el paciente anciano es su tratamiento y plurifarmacia como factor incapacitante. Se han encontrado 20 pacientes con plurifarmacia (toma de más de 3 fármacos diarios). Entre estos fármacos destacamos: Hipotensores/diuréticos: 9 pacientes; Hipoglucemiantes orales: 4 pacientes (1 paciente con insulina); Antidepresivos: 4 pacientes; Psicóticos/hipnóticos: 8 pacientes; Digitálicos: 3 pacientes.

4.7) Conocimiento del paciente de su patología neoplásica: 6 pacientes conocían su patología y 22 la desconocían.

5) Debido a las diferencias detectadas en los resultados que daban el conjunto de escalas utilizadas para medir las AVDB (Índice de Katz; Índice de Harper; Escala física de la Cruz Roja) y el CM98, sobre todo para detectar matices a nivel de dependencia ligera e independencia, hemos creído conveniente hacer 2 apartados separando la valoración funcional que mide la capacidad para realizar las AVDB a través de la batería de los test antes citados y por otra parte la medida a través del CM98 para AVDB.

5.1) Para la batería de test de AVDB (Índice de Katz; Índice de Harper; Escala física de la Cruz Roja) se obtienen los resultados siguientes (esta batería de test mide la capacidad para las AVDB en tres rangos): 6 pacientes tienen dependencia total; 5 pacientes tienen dependencia moderada; 17 pacientes tienen independencia total (Fig 4).

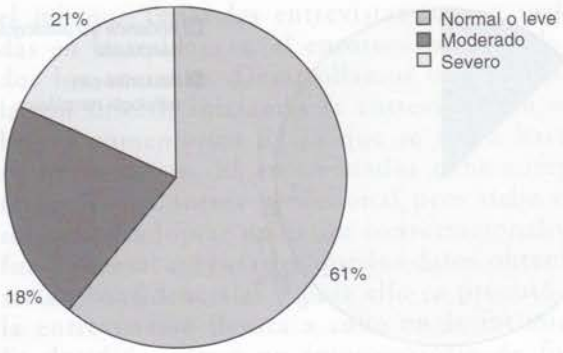

Fig. 4. *Distribución de pacientes según la capacidad funcional en las ABDV.*

5.2) Al observar los resultados obtenidos con el test CM98 AVDB vemos que trata la independencia total de un modo distinto. Esta vendría asociada a la inexistencia de cualquier grado de ayuda en cada una de las actividades valoradas, siendo esto en un gran número de ancianos extraordinariamente raro. La realización correcta del baño o la continencia urinaria y fecal serían por ejemplo 2 actividades frecuentemente dependientes de un cierto grado de ayuda que el índice CM98 lo clasificará como "dependencia ligera" al reconocer que para 2 de las AVDB es el anciano dependiente. Podemos decir por tanto, que las diferentes puntuaciones se clasifican así: 6 pacientes tienen dependencia severa; 2 pacientes tienen dependencia moderada; 17 pacientes tiene dependencia ligera; 3 pacientes tienen independencia total (Fig. 5).

6) En cuanto a la valoración funcional, que mide la capacidad para la realización de las AVDI medidas a través de la escala Lawton y Brody y CM98 para las AVDI, se obtienen los siguientes resultados: 12 pacientes tienen dependencia severa; 6 pacientes tienen dependencia moderada; 5 pacientes tienen dependencia ligera; 5 pacientes tienen independencia total (Fig. 6).

7) A partir de los datos obtenidos a través de los test CM98 para AVDB y AVDI tanto en la

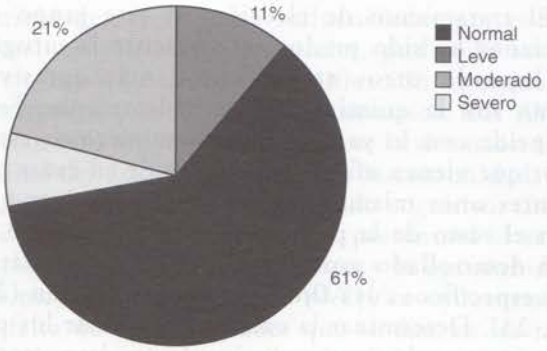

Fig. 5. *Distribución de pacientes según la capacidad funcional en ABDV medida por CM98.*

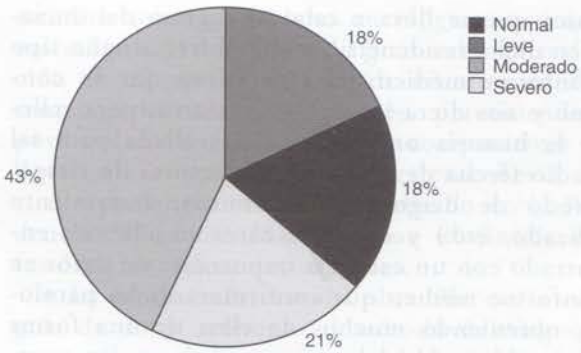

Fig. 6. *Distribución de pacientes según la capacidad funcional en AIVD.*

población oncológica encontrada como en la población en general, tomando una población estable de 217 residentes, de los cuales 28 presentaban la patología, se desarrolla un análisis de la variancia de un modelo factorial simple con el objetivo de estudiar la influencia de la neoplasia en el deterioro funcional de la población anciana. De esta forma podemos afirmar *si existen o no, diferencias significativas en cuanto al deterioro funcional de la población, por la presencia de patología neoplásica.* Denotaremos por "*factor*", a la variable cualitativa del estudio: la neoplasia; éste tomará dos posibles valores, llamados "*niveles*", que son la presencia de la patología (*sí*) y la ausencia de la misma (*no*). De esta manera podemos diferenciar a la población del estudio en 2 segmentos, los residentes que presentan neoplasia (nivel "*sí*" del factor), y los que no la padecen (nivel "*no*" del factor). El siguiente paso será tomar una variable cuantitativa en la que poder estudiar la posible influencia del factor. Como ya se ha dicho se han seleccionado dos índices representativos del deterioro funcional, el CM98 AVDB y el CM98 AVDI. Con todo esto se puede desarrollar 2 modelos factoriales, uno para el CM98 AVDB y otro para el CM98 AVDI, donde estudiar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de los índices, entre los residentes que presentan la patología y los que no. Para la realización de todos los cálculos exigidos por el presente estudio, se empleará el paquete estadístico SPSS para Windows, v. 7.52 Copyright © SPSS Inc., 1989 – 1997. A través de este estudio se ha podido demostrar de forma analítica, el hecho de que la presencia de patología neoplásica no influye, de forma significativa, en los resultados obtenidos en los tests CM98 AVDB y el CM98 AVDI. Por tanto, individuos aquejados por la patología citada, presentarán valores similares que los que no la padecen, siendo otro tipo de factores los que determinan un mejor o peor deterioro funcional en los ancianos (edad, otras patologías más incapacitantes en el anciano como puede ser la cardíaca, osteoarticular y la neurológica,... etc.).

8) En cuanto a la evolución a nivel funcional para las AVDB que se ha producido a lo largo de los tres años, obtenemos: 22 pacientes no cambiaron (78,5 %); 6 pacientes cambiaron (21,5%).

9) Los cambios producidos en la realización de las AVDI son: 18 pacientes no cambiaron (64,3%); 10 pacientes cambiaron (35,7%)

DISCUSIÓN

La prevalencia de patología neoplásica en la residencia "Cardenal Marcelo" es del 13%, lo cual coincide con lo referido en el estudio de McHorney et al, que apuntan, que de un total de 60 personas que viven en una residencia un 13% padecían algún tipo de cáncer (21). En muchos casos, en los ancianos diagnosticados de patología neoplásica la confirmación de dicho diagnóstico se ha obtenido a través de la historia

clínica que se lleva a cabo al ingreso del anciano en dicha residencia, sin encontrar ningún tipo de informe médico del especialista que lo confirme y nos diera los datos necesarios para rellenar la historia oncológica desarrollada para tal estudio (fecha de diagnóstico, factores de riesgo, método de diagnóstico, síntomas, tratamiento utilizado, etc.) y en otros casos nos hemos encontrado con un carencia importante de datos en el informe médico que confirmara dicha patología, obteniendo muchos de ellos de una forma indirecta a través del paciente anciano. En cuanto a la familia, a la hora de preguntarla por la existencia de informes médicos no hemos obtenido una respuesta positiva en la mayoría de los casos, bien porque fuera un familiar indirecto y no tuviera conocimiento de ello o bien por motivos varios (cambio de domicilio, venta de domicilio habitual del anciano, traslados, etc.) o el familiar no encontrara el informe médico solicitado aunque si tenía conocimiento de la patología descrita y del informe. Estudiada la muestra de población con patología oncológica destaca un predominio del *cáncer de próstata y colon* seguido del de mama y piel. El resto de las neoplasias presentan un número de pacientes semejante entre ellas, no alcanzando una cifra mayor de 2 pacientes. Cabe destacar que en los diferentes estudios consultados, la prevalencia de estas patologías revela una similitud en referencia a los datos obtenidos (11, 13, 16, 18).

Con relación a la duración de la enfermedad, destaca que un número superior a la mitad de la muestra, presentan un tiempo de supervivencia de la enfermedad mayor a los 5 años, confirmando lo ya destacado en la introducción, que el cáncer en el anciano se caracteriza no por ser una enfermedad terminal sino *crónica*, en esta población.

Referimos que únicamente 5 personas no han tenido un seguimiento médico de su patología oncológica, observándose que en todos ellos dicha enfermedad fue diagnosticada hace más de 10 años. En los pacientes que presentaron seguimiento médico, se observó que ninguno fue seguido por un especialista en oncología y que no fueron realizadas pruebas diagnósticas agresivas para estudiar la evolución de la patología (22).

El tratamiento de elección en este grupo de ancianos ha sido predominantemente la cirugía, excluyendo otros tratamientos más agresivos como son la quimioterapia y radioterapia. Esto coincide con lo ya señalado en numerosos estudios que vienen afirmando no seguir en estos pacientes unos mismos regímenes terapéuticos que con el resto de la población. Actualmente no se han desarrollado protocolos oncológicos geriátricos específicos cuya finalidad sea la curación (20, 22, 23). Determinar la calidad de vida de los pacientes oncológicos constituye un importante dato para la evaluación de los resultados en el tratamiento (22).

El escaso número de pacientes que conocen su enfermedad neoplásica confirma lo ya señalado en otros estudios. Existen múltiples razones por las que el paciente geriátrico desconoce su enfermedad neoplásica. Una de las principales es la poca importancia que se da a nivel general (personal sanitario, familia, amigos,...) a la patología oncológica en el anciano, así como la creencia de que el propio anciano no es capaz de asimilar tal situación, suponiendo que es incapaz de tomar decisiones, sobre tratamientos tan agresivos propios de dicha patología. Está muy extendido el catalogar a la población anciana en general con deterioro cognitivo-mental o incluso demencia sin basarse en ninguna prueba científica, por ello, en muchos casos, la familia que oculta esta enfermedad a su ser querido para intentar protegerle y el propio personal médico se cree con la capacidad de tomar decisiones sin contar con el consentimiento del paciente anciano. El paciente debe recibir información y participar en las decisiones terapéuticas al igual que en otras edades (14).

Al estudiar los cambios ocurridos en los años 1997, 1998 y 1999, destaca que un alto porcentaje de los ancianos valorados, no han presentado cambios en su capacidad funcional, aunque si resalta que en las AVDI hay un mayor deterioro a lo largo de los tres años que las AVDB. Por otro lado concluimos mencionando que la valoración de la capacidad de realización de las AVDB sería más específica para valorar la capacidad funcional de un anciano, ya que comprende las principales tareas del autocuidado personal, últimas en alterarse. Normalmente estas

31 actividades están poco influenciadas por condicionantes sociales o culturales, pudiendo ser de gran importancia en la planificación de cuidados geriátricos y recursos socio-sanitarios. Las AVDI serían más sensibles para valorar la situación funcional del anciano que vive en la comunidad, correlacionándose más con el estado cognitivo. Como inconveniente a su medición presentará el sesgo introducido para la motivación y la oportunidad. La mayor incapacidad en AVDI se encuentra en la falta de oportunidades que se dan en las residencias en el desarrollo de estas actividades. Nunca debe olvidarse que "*lo que no se utiliza se pierde*". No obstante la valoración funcional física quedaría incompleto sin la inclusión de las AVDI, ya que a nuestro entender estas actividades presentan alguna ventaja frente a las AVDB, como podría ser la detección precoz del deterioro cognitivo (24).

Fundamentándonos en el punto 7 de los resultados, remarcamos la conclusión ya mencionada anteriormente que establece la falta de relación entre la existencia de patología neoplásica en los pacientes geriátricos y el grado de dependencia tanto de las actividades básicas e instrumentales.

CONCLUSIONES

• El estudio realizado demuestra que falta mucho camino por recorrer en el campo de la Oncología Geriátrica, confirmando la carencia de estudios sobre el anciano oncológico institucionalizado. Consideramos de gran valor la realización de un mayor número de estudios en diferentes residencias de ancianos, permitiendo la posibilidad de realizar estudios comparativos que llevasen a conclusiones más certeras. Sería adecuado prolongar el estudio realizado en la Residencia "Cardenal Marcelo" con el fin de profundizar en diferentes aspectos.

• La escasa información obtenida en la recogida de datos referente al método de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la población estudiada confirma lo expuesto en diferentes artículos sobre estudios relacionados de cáncer y vejez. Hay que destacar la importancia de un mayor desarrollo de protocolos aplicables a la población anciana oncológica. Esto permitiría mejorar el control de la enfermedad, logrando una calidad de vida aceptable.

• Se ha demostrado en este estudio, la falta de correlación entre la existencia de patología neoplásica y el grado de dependencia funcional tanto en las actividades básicas como instrumentales. La patología neoplásica en el anciano se caracteriza por ser una enfermedad crónica más, en vez de suponer una incapacidad severa en él. No obstante cuando el proceso patológico se encuentra en fases más avanzadas se limita lógicamente la capacidad funcional del anciano, pero no más que el resto de las enfermedades características en la vejez, como puede ser la patología cardíaca, respiratoria, neurológica u osteoarticular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mosqueda L. Office assessment tools. Ambulatory Geriatric care. St Louis: Mosby Year Book 1993;107-13.
2. Carbonin PV. La Valutazione multidimensional: Risultati e prospective Giorn Geront. 1990;38: 485-7.
3. Farreras R. Medicina Interna. Vol I. 13ª edc. Madrid: Mosby/Doyma 1995;1283-5.
4. Guillén Llera F, López Dóriga P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Medicine, 1995;87:3845-53.
5. Portella P. Instrumentos de valoración funcional en gerontología. Rev Gerontol 1996;6:209-14.
6. Pérez Melero A. Enfermería Geriátrica. Madrid: Síntesis. 1990;86-106.
7. Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de valoración. Barcelona: SG editores 1993;25-67.
8. Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson 1993;19-45.
9. Perlado F. Teoría y Práctica de la Geriatría. Madrid: Díaz de Santos 1995;209-51.
10. Jiménez Herrero F. Enfermedades más prevalentes en la Tercera Edad. Enfermedades origen de incapacidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994;29 (Supl 42):3-9.

11. Perlado F. Geriatría Barcelona: Editorial Científico-Médica 1980;229-56.
12. Jiménez Herrero F, Ribera Casado JM. Salud pública y envejecimiento. Problemas de la Geriatría en el año 2000.A Coruña: Fundación Pedro Barrién de la Maza 1999;541-54.
13. Salgado Alba A, Guillén F. Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica Barcelona: Salvat 1986;386-402.
14. Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Clínica Geriátrica 1995;95-100.
15. Salgado A, Guillén Llera F. Manual de Geriatría 2ª edc Barcelona. Masson-Salvat Medicine: 395-408.
16. Gavira P. El cáncer en el paciente geriátrico. En: Geriatrika 6/1994. Vol. 10 – año X: 35-42.
17. Jiménez Herrero F. Gerontología, Barcelona: Masson – Salvat Medicine: 1993;129-142.
18. Enfermería Geriátrica. México: McGraw-Hill Interamericana 1998;416-34.
19. Ribera Casado JM. Atención al paciente en el medio sanitario. Madrid: Clínicas Geriátricas 1997;169-179.
20. Feliu J, Rodríguez JR. Ancianos con cáncer: los marginados de la oncología. Med Clin 1992;98:505-9.
21. McHorney, et al. The MOST 36-items short form healt suvey. Med Care 1994;32:40-66.
22. Robert J. Clinical Aspects of Cancer in the Elderly. Cancer 1, 1994; Vol. 74, Nº 7:2107-38.
23. Richard J, Walter B. Formal Geriatric Assessment, An Impertive for the Older Person with Cancer. Cancer Practice. 1997; Vol. 5, Nº 2:81-6.
24. López Mongil R, Ortega Sandoval JM. Un nuevo Instrumento de Valoración Funcional. Aplicación en Residencias de Ancianos. Residential. Revista trimestral. Nº 16. 1999;40-61.