

INFORME ROTACIÓN BECA SEGG 2025

HEMATOGERIATRIA Y ONCOGERIATRIA en la Fundación Jiménez Díaz

Durante mi rotación en la Fundación Jiménez Díaz he aprendido a realizar una valoración orientada a la hematogeriatría, que desarrollaré en este documento con una patología específica frecuente en el paciente mayor como el Mieloma Múltiple. Así como una valoración oncogeriátrica en el plano del cáncer colorrectal. A continuación, se expondrán artículos estudiados, así como aspectos aprendidos de cada área.

Hematogeriatría:

A medida que la población envejece se convierte el cáncer en una enfermedad crónica que representa un desafío importante para los sistemas de salud.

El mieloma múltiple (MM) representa aproximadamente el 1-2% de todos los cánceres y el 17% de las neoplasias hematológicas, siendo la segunda más frecuente. La mediana de edad al diagnóstico es de 69 años; el 63% de los pacientes tienen más de 65 años y hasta el 10% más de 85. Es el segundo más frecuente después del Linfoma No Hodgkin.

El tratamiento del Mieloma Múltiple tiene dos posibilidades:

En el paciente menor de 70 años el trasplante autólogo sería el tratamiento idóneo, y en pacientes mayores de 70 años sería más correcto el empleo de la inmunoterapia, durante aproximadamente entre 6 y 9 meses de tratamiento. La IgG e IgA son las proteínas más expresadas en el Mieloma Múltiple.

La afectación de éste se puede ver representada en forma de anemias, fracaso renal, afectación ósea axial o hipercalcemia.

Durante la consulta es preciso explorar la siguiente sintomatología: Pérdida de peso, cansancio, dolor, hormigueo, problemas de sensibilidad, diarrea, estreñimiento, infecciones de repetición, vacunación aplicada correctamente, fiebre y revisiones anuales por el dentista.

El seguimiento se realiza mediante pruebas de imagen como el TAC o la RNM, y analítica que muestre porcentaje de células plasmáticas, proteinograma con pico monoclonal, inmunofijación y cadenas ligeras de la proteína expresada.

En un primer momento en la primera analítica de los pacientes oncohematológicos se pueden solicitar serologías de hepatitis y VIH previo a iniciar el tratamiento.

La primera línea de tratamiento estándar es el Bortezomib (subcutáneo), Lenalidomida (oral) y Daratumumab (subcutáneo) acompañado todo ello de

dexametasona, en paciente mayores de 70 años. Es importante añadir al tratamiento la prevención de infecciones víricas y bacterianas con Aciclovir y Trimetoprima -Sulfametoxazol.

En algunos casos, se encuentra una Gammapatía monoclonal de significación incierta con menos de un 10% de células plasmáticas, sin cumplir criterios de mieloma, si esta no expresa sintomatología, se puede abordar mediante seguimiento del paciente con analíticas.

Los adultos mayores con cáncer son muy heterogéneos: algunos son robustos e independientes, y otros frágiles o con deterioro cognitivo. La edad cronológica no predice adecuadamente la supervivencia, la función o la tolerancia al tratamiento, y las preferencias personales también varían. En este contexto, la Evaluación Geriátrica Integral (CGA) surge como una herramienta sistemática y multidisciplinar que evalúa dominios médicos, psicosociales y funcionales, permitiendo individualizar el tratamiento y el seguimiento. Los modelos de atención coordinados entre oncólogos, hematólogos y geriatras ("onco-hematogeriatría") facilitan su implementación y la estratificación del riesgo de discapacidad.

La valoración integral del paciente mayor, descrito también en el artículo *Comprehensive geriatric assessment of older patients with multiple myeloma: A prospective observational study* constituye un elemento esencial para ofrecer una atención verdaderamente personalizada y basada en la evidencia. El documento revisado pone de manifiesto que, aunque las decisiones terapéuticas en mieloma suelen centrarse en las características biológicas de la enfermedad, en la práctica clínica es igualmente importante comprender las condiciones basales del paciente, especialmente en personas de edad avanzada cuyo estado funcional, carga de comorbilidad y vulnerabilidades cognitivas o nutricionales pueden influir tanto en la tolerancia como en la eficacia del tratamiento. La valoración geriátrica integral (VGI) se presenta como un proceso estructurado cuyo objetivo es identificar áreas de fragilidad potencialmente modificables y proporcionar una visión global del estado del paciente mayor con mieloma múltiple.

A diferencia de las escalas tradicionales oncológicas, que se centran casi exclusivamente en la enfermedad, la VGI incorpora múltiples dimensiones: comorbilidades, polifarmacia, capacidad funcional, estado cognitivo, nutrición, movilidad, y soporte social. El artículo expone que esta evaluación multidimensional aporta información pronóstica de gran utilidad, ya que permite distinguir entre pacientes robustos, vulnerables o frágiles, facilitando una toma de decisiones más ajustada y segura. Asimismo, las herramientas geriátricas ayudan a anticipar la aparición de toxicidades, evaluar el riesgo de complicaciones y adaptar la intensidad del tratamiento con base en la verdadera reserva fisiológica del paciente, no únicamente en su edad cronológica.

Como conclusión, el artículo defiende la VGI sobre las escalas de rendimiento habituales, como ECOG o Karnofsky, las cuales pueden pasar por alto déficits sutiles, pero clínicamente significativos. De hecho, los estudios citados en el documento muestran que muchos pacientes catalogados como “aptos” según estas escalas presentan, al aplicarles herramientas geriátricas estructuradas, alteraciones importantes en áreas como la función física, las actividades instrumentales de la vida diaria o la nutrición, lo que evidencia que la VGI es un instrumento más preciso a la hora de estratificar riesgos. Esta capacidad para detectar vulnerabilidades ocultas permite evitar decisiones terapéuticas que, aunque apropiadas desde el punto de vista oncológico, podrían resultar excesivamente agresivas y conducir a toxicidades evitables, discontinuación precoz del tratamiento o pérdida de calidad de vida.

Además de su valor diagnóstico, el documento resalta que la VGI también tiene un propósito intervencionista. Al identificar problemas como malnutrición, riesgo de caídas, polifarmacia inapropiada o deterioro cognitivo, se abre la posibilidad de implementar medidas correctoras antes o durante el tratamiento del mieloma múltiple. Esto puede incluir modificaciones farmacológicas, intervenciones nutricionales, fisioterapia, apoyo psicológico o ajustes del régimen terapéutico. El hecho de intervenir sobre estas áreas se asocia con una mayor adherencia al tratamiento, menor toxicidad y mejores resultados globales.

Los pacientes clasificados como frágiles mediante escalas específicas —como el IMWG-FI o herramientas similares— presentan mayor mortalidad, más ingresos hospitalarios y mayor probabilidad de interrupción del tratamiento. Por ello, adaptar la intensidad terapéutica basándose en estos parámetros no implica infratratrar, sino optimizar la relación beneficio-riesgo teniendo en cuenta las capacidades reales del paciente mayor. En este sentido, la VGI ayuda a seleccionar de forma más fundamentada tratamientos estándar, regímenes de intensidad reducida o estrategias más conservadoras, dependiendo del perfil geriátrico del paciente.

La integración sistemática de la valoración geriátrica en el abordaje del mieloma múltiple en personas mayores no solo mejora la precisión diagnóstica de la fragilidad, sino que también orienta decisiones terapéuticas más seguras y efectivas. La evidencia disponible demuestra que se trata de un proceso que debería formar parte habitual del manejo clínico, y que su implementación favorece un modelo de atención más centrado en la persona, mejorando no solo los resultados clínicos, sino también la calidad de vida y la funcionalidad.

Hay numerosos artículos que defienden la importancia de la intervención desde el punto de vista geriátrico para amoldar el tratamiento a cada paciente y personalizarlo.

A partir de la evidencia expuesta por Goede et al. (2021), en el artículo *Frailty assessment in the care of older people with haematological malignancies* se aprecia que una proporción considerable de adultos mayores con neoplasias hematológicas presenta algún grado de fragilidad. Mientras que en ciertos casos esta vulnerabilidad es claramente visible, en otros puede pasar inadvertida si solo se realiza una valoración hematológica convencional. En el momento de decidir un posible tratamiento, es fundamental plantearse una serie de cuestiones relacionadas con esta condición:

1. Determinar cuál es la expectativa global de evolución del paciente y en qué medida dicha evolución está influida por la enfermedad hematológica o por su situación previa de fragilidad;
2. Valorar si el nivel de vulnerabilidad es tan elevado que el paciente no obtendría beneficios de un tratamiento específico y, por tanto, lo más adecuado sería proporcionar únicamente medidas de soporte;
3. Analizar si la fragilidad limita el acceso a terapias estándar y obliga a considerar opciones terapéuticas más suaves, y
4. Identificar si se requieren intervenciones particulares dirigidas a los factores de fragilidad detectados.

Una evaluación estructurada de la fragilidad mediante herramientas validadas contribuye a responder con mayor precisión estas cuestiones. Sin embargo, no existe una única prueba que permita cubrir todas las necesidades diagnósticas y pronósticas, por lo que el personal sanitario debe seleccionar el instrumento más apropiado según la finalidad clínica de cada caso (Goede et al., 2021).

Previo al diagnóstico pueden utilizarse instrumentos como el Índice de Comorbilidad de Charlson o la *Clinical Frailty Scale*, aunque esta última aún no ha sido plenamente validada para pacientes con enfermedades hematológicas. Cuando se necesita una evaluación inicial del estado actual del paciente, los cribados geriátricos como el G8 permiten identificar problemas clave relacionados con la movilidad, el estado nutricional, el ánimo o el uso de múltiples fármacos. Si el resultado de este cribado es anómalo, se recomienda avanzar hacia una valoración geriátrica más completa, seleccionando las herramientas que mejor se adapten a los recursos y al contexto clínico. Esta evaluación detallada debe contemplar áreas esenciales como el apoyo social disponible, el desempeño en las actividades diarias, la capacidad física, la nutrición, el funcionamiento cognitivo y la salud emocional.

En patologías concretas, como el Mieloma Múltiple o el Linfoma B difuso de células grandes, resulta útil incorporar escalas específicas desarrolladas en investigaciones previas para orientar mejor la elección del tratamiento. Asimismo,

si bien existen estimadores del riesgo de toxicidad frente a quimioterapia —como los modelos CARG o CRASH—, su aplicación en hematología debe ser prudente debido a la limitada validación disponible para este tipo de cánceres y a la falta de datos con terapias dirigidas más recientes (Goede et al., 2021).

Finalmente, los resultados de la valoración de la fragilidad deben compartirse con todos los profesionales implicados en la atención del paciente. Lo más recomendable es que la información se presente en los comités multidisciplinares junto con los datos específicos de la enfermedad —como el diagnóstico preciso, el estadio y los marcadores moleculares—. Aunque el criterio clínico sigue siendo la base para la toma de decisiones, disponer de una valoración clara y completa de la fragilidad facilita ajustar los tratamientos y avanzar hacia una atención más personalizada.

¿Cómo podemos aplicar todo lo anterior en la práctica clínica?

El paciente evaluado mediante la VGI se clasificará en:

- Tipo 1 / Robusto
- Tipo 2 / Pre-frágil
- Tipo 3 / Frágil
- Tipo 4 / Paciente con comorbilidad y dependencia

¿Y cómo actuamos según esta clasificación?

- Tipo 1 / Robusto o Fit → Tratamiento estándar. *No presenta datos de fragilidad o comorbilidades significativas y tiene un pronóstico vital aceptable, por lo que consideramos subsidiario de tratamiento estándar.*
- Tipo 2 / Prefrágil → Baja comorbilidad, se propone prehabilitación por plan de problemas diseñados en consulta. *Paciente que presenta datos de fragilidad, pero tiene reserva funcional biológica y pronóstico de vida estimado.*
- Tipo 3 / Frágil → Déficit establecido con tratamiento adaptado. *Paciente que presenta datos de fragilidad con alteración funcional biológica y pronóstico de vida estimado.*
- Tipo 4/ Paciente con comorbilidad y dependencia → Se desestima tratamiento. *Paciente con actitud paliativa.*

En el caso del Mieloma Múltiple, por ejemplo, en un paciente frágil de 80 años el tratamiento que se aplicará será Bortezomib (subcutáneo), Lenalidomida (oral) y dexametasona, retirando de la línea de tratamiento en Daratumumab (subcutáneo).

Si el paciente es prefrágil se intentará realizar un plan de actuación a partir de la VGI para prehabilitar al paciente y decidir poner el tratamiento estándar o adaptado según las mejorías obtenidas.

Debemos recordar que el cribado, tanto en hematogeriatría como oncogeriatría, parte en este centro de la escala G8. Una puntuación menor de 14 es indicación de derivación al especialista de geriatría.

Si revisamos la actualización de la guía ASCO 2023 pone de manifiesto el papel absolutamente esencial que desempeña la valoración geriátrica en la atención de las personas mayores con cáncer. La evidencia científica acumulada en los últimos años demuestra con claridad que los pacientes de edad avanzada forman un grupo extremadamente heterogéneo cuya situación clínica no puede estimarse de forma fiable únicamente a partir de la edad cronológica o del estado funcional tradicional. Esta diversidad hace imprescindible utilizar herramientas estandarizadas capaces de detectar de forma sistemática vulnerabilidades que suelen pasar desapercibidas en la evaluación oncológica convencional, pero que tienen un impacto directo y trascendente en los resultados del tratamiento. La guía explica que la valoración geriátrica ofrece una visión multidimensional del paciente, integrando aspectos médicos, funcionales, cognitivos, emocionales, nutricionales y sociales que en conjunto permiten comprender el nivel real de fragilidad y estimar con mayor precisión los riesgos asociados al tratamiento.

La evidencia revisada por ASCO demuestra que esta evaluación es capaz de predecir con mayor fiabilidad que los métodos tradicionales la aparición de toxicidades graves, la necesidad de reducir dosis, las hospitalizaciones no planificadas, la interrupción temprana del tratamiento e incluso la mortalidad temprana. Además, los estudios revisados muestran que cuando se implementan intervenciones dirigidas a las necesidades detectadas mediante la valoración geriátrica, los resultados clínicos pueden mejorar de forma significativa. Se han observado beneficios en términos de reducción de toxicidad, mejor tolerancia a los tratamientos, mayor adherencia terapéutica y optimización global de la atención. La guía resalta que estas mejoras no solo se traducen en mejores desenlaces clínicos, sino también en una mejor comunicación entre profesionales, pacientes y familias, lo que facilita la toma de decisiones compartidas y realistas basadas en el estado integral de cada persona.

ASCO subraya que la valoración geriátrica no debe entenderse únicamente como una herramienta de evaluación, sino como un proceso continuo que permite adaptar la toma de decisiones terapéuticas con mayor precisión. La información obtenida aporta elementos críticos para ajustar la intensidad del tratamiento, elegir alternativas terapéuticas más seguras, planificar intervenciones de soporte y anticipar complicaciones que, de no identificarse, aumentan significativamente el

riesgo de eventos adversos. La guía también destaca la necesidad de mejorar la implantación de la valoración geriátrica en la práctica clínica, recordando que, aunque su utilidad está sólidamente demostrada, todavía no se utiliza de forma sistemática debido a limitaciones estructurales, falta de recursos y desconocimiento por parte de algunos equipos asistenciales. Asimismo, reconoce que la evidencia es especialmente sólida en tumores sólidos, pero está creciendo rápidamente en el campo de las neoplasias hematológicas.

Las conclusiones de la guía son contundentes: aplicar la valoración geriátrica permite ofrecer una atención más segura, precisa y personalizada, facilitando un enfoque verdaderamente centrado en la persona mayor con cáncer. La guía sostiene que su uso sistemático debería considerarse un estándar de calidad en oncología geriátrica, dado que contribuye tanto a optimizar los resultados clínicos como a garantizar un cuidado más humano, equitativo y ajustado a las necesidades y prioridades de cada paciente.

En la valoración geriátrica que se emplea en este centro, se emplean las siguientes escalas tras el cribado con un G8 menor de 14 puntos:

Dominios:

- **Social:** Se recoge dónde vive el paciente, con quién vive, sin necesita ayudas en el domicilio públicas o privadas, así como otros soportes como teleasistencia. Se intenta organizar los cuidados de cara al tratamiento y asegurarse de si la persona va a poder estar adecuadamente atendida y cuidada durante todo el proceso oncológico. ¿Podrá acudir a las citas? ¿Y al hospital de día donde recibirá el tratamiento? ¿Tendrá todos los cuidados organizados en casa, así como disposición de otra persona para la ayuda con la medicación o en caso de que el paciente requiera atención médica urgente?
- **Nutricional: MNA (Mini Nutritional Assessment):** Evalúa riesgo de desnutrición en mayores, así como **Criterios GLIM** para el diagnóstico estandarizado internacional de desnutrición. Se intervendrá dando recomendaciones de la dieta o añadiendo suplementos nutricionales si precisan.
- **Cognitivo: GDS** (Escala de Deterioro Global de Reisberg), Así como **Mini-mental** o **Pfeiffer** para detectar deterioro cognitivo. Se recomendará estimulación cognitiva o se instaurará tratamiento si precisase.
- **Funcional: SPPB** (Short Physical Performance Battery) con puntuaciones de < 9 puntos se derivan los pacientes a Rehabilitación. **Barthel** para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y **Lawton y Brody** para actividades instrumentales (AIVD). Se entregarán una rueda de ejercicios

basado en el ViviFrail así como ejercicios de fuerza para realizar si es posible en el paciente con bandas elásticas.

- **Rendimiento Físico:** escala FAC (Functional Ambulatory Classification) es una clasificación numérica del 0 al 5 que evalúa la capacidad de la marcha de un paciente, donde el nivel 0 indica incapacidad total y el 5 indica marcha completamente independiente en cualquier tipo de terreno.
- **Medicación:** Recoger toda la medicación que toma en el momento de la entrevista el paciente. Aplicar criterios STOPP-START, analizar polifarmacia, así como añadir medicaciones que se precise según la analítica sanguínea y déficits que presenta el paciente.
- **Síndromes geriátricos:** Se recogerán todos los posibles síndromes.
- **Comorbilidad: Charlson Comorbidity Index (CCI),** sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años. Así como, **CIRS-G**, Escala de Calificación de Enfermedades Acumulativas – Geriátricas. Cuantifica la carga de enfermedad en pacientes ancianos.
- **Estado de ánimo: Escala de Yesavage.** Herramienta de cribado diseñada específicamente para detectar síntomas de depresión.
- **Fragilidad: SARC-F** para detectar sarcopenia. Cuestionario **FRAIL** breve y muy sencillo que evalúa cinco dominios clave relacionados con la fragilidad. Se intervendrá en la realización de densitometrías si precisa y seguimiento de osteoporosis, sobre todo en pacientes que reciben elevadas dosis de corticoides.
- **Toxicidad:** CAR -G que predice el riesgo de toxicidad por quimioterapia. CRASH, predice toxicidad hematológica y no hematológica en adultos mayores que recibirán quimioterapia.
- La calculadora ePrognosis es una herramienta médica en línea diseñada para ayudar a predecir la mortalidad o los resultados de salud probables de un paciente, especialmente en adultos mayores y en diferentes entornos clínicos, sumando todas las causas de mortalidad en 10 años. Este modelo de predicción de mortalidad a 10 años fue desarrollado y validado utilizando datos de 5 estudios longitudinales de adultos que viven en la comunidad: ELSA (Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento), HRS (Estudio de Salud y Jubilación), MHAS (Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento), SABE -Sao Paulo (La salud, el bienestar y el envejecimiento), y SHARE (Encuesta sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa).

Oncogeriatría:

En cáncer de recto en la Fundación Jiménez Díaz, se aplica el protocolo FOREST. Este consiste en lo siguiente:

Una vez existe la sospecha de cáncer de recto se lleva a cabo colonoscopia, RNM de recto y ecoendoscopia para analizar en profundidad el tumor, así como los ganglios y poder estadificarlo. Cuando el Tumor no tiene ganglios y es hasta un T2, se lleva a cabo cirugía con organopreservación. Si el tumor es un T3 o con ganglios en este caso se implementa un tratamiento combinado de Quimioterapia y radioterapia de Neoadyuvancia. En la Quimioterapia se emplea la Capacitaban y el esquema FOLFOX. En el 40% de los casos tras esta neoadyuvancia, el tumor obtiene una respuesta completa y se lleva a cabo una organopreservación.

Tras poner en marcha la intervención geriátrica de la prehabilitación en este proceso, en los pacientes mayores de 70 años antes de iniciar el tratamiento explicado previamente se obtienen respuestas completas sin precisar de intervención quirúrgica del 60%, lo que implica que esta intervención es eficiente y mejora los resultados del tratamiento y manejo del cáncer de recto. En el caso de los pacientes menores de 70 años la prehabilitación la realiza el servicio de anestesia. En el resto de pacientes que no se llega a una respuesta completa precisan de una cirugía con resección local o completa.

El geriatra, además, interviene mediante revisiones durante todo el proceso, así como en la toma de decisiones.

Para el seguimiento se está realizando en este protocolo de cáncer de recto, un seguimiento mediante el Ca 19.9, CAE y septina 9. Durante 5 años se lleva a cabo un seguimiento estrecho, con analíticas sanguíneas, TAC y colonoscopia. Normalmente el seguimiento se realiza cada 6 meses salvo en caso elevado de riesgo que se llevará a cabo cada 3 meses. Durante las consultas de revisión se indagarás sobre la pérdida de peso, apetito, actividad física y ritmo deposicional. Los cánceres rectales en caso de metástasis tienen como primera localización el pulmón seguido de hígado y localización peritoneal.

En el cáncer de colon es diferente el protocolo que se instaura, se suele realizar una intervención quirúrgica en un primer tiempo y posteriormente según la expresión de mutaciones se implementará un tratamiento u otro. Son importantes las mutaciones KRAS, NRAS Y BRAF así como la inestabilidad de microsatélites (IMS, MMR). Según estos, el tratamiento estará dirigido a una Adyuvancia basada en quimioterapias, antiangiogénicos, anti EGFR o inmunoterapia, así como combinaciones de estos.

En este caso, el geriatra también interviene en la prehabilitación quirúrgica y a lo largo del proceso.

El estudio “The effect of geriatric intervention in frail older patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: a randomised trial (GERICO)” analiza la relevancia de integrar una intervención geriátrica estructurada en pacientes mayores y frágiles sometidos a quimioterapia por cáncer colorrectal. Según el propio ensayo GERICO, la fragilidad y la multimorbilidad incrementan el riesgo de toxicidad, deterioro funcional y abandono del tratamiento, por lo que una evaluación geriátrica integral (VGI) puede desempeñar un papel clave en la toma de decisiones clínicas.

El estudio GERICO demuestra que incluir una intervención geriátrica multidimensional —que abarca aspectos funcionales, nutricionales, cognitivos, emocionales y sociales— permite mejorar la tolerancia a la quimioterapia y aumentar la probabilidad de que los pacientes completen el tratamiento oncológico prescrito. En comparación con la atención estándar, los pacientes del grupo de intervención mostraron una reducción significativa del deterioro funcional, especialmente en actividades básicas de la vida diaria, además de una menor incidencia de toxicidades graves.

Asimismo, el ensayo resalta que la geriatría contribuye a detectar problemas ocultos (malnutrición, deterioro cognitivo, polifarmacia) que influyen de forma directa en la evolución clínica. La intervención geriátrica permitió implementar medidas preventivas y de apoyo que mejoraron la estabilidad clínica, redujeron complicaciones y favorecieron una mejor calidad de vida. Según el estudio GERICO, el papel del geriatra resulta esencial para optimizar el tratamiento oncológico, individualizar la toma de decisiones y evitar la infra o sobretratación en población mayor frágil con cáncer colorrectal.

En conclusión, este informe subraya la importancia de integrar sistemáticamente la valoración geriátrica en oncología y hematología, mostrando que esta intervención tiene un impacto clínico real y positivo en la seguridad y eficacia del tratamiento quimioterápico en pacientes mayores con cáncer.

La incorporación sistemática del geriatra en el ámbito de la toma de decisiones, prehabilitación, evolución del tratamiento y perioperatorio, representa un elemento esencial para optimizar la atención de los pacientes mayores y garantizar un abordaje verdaderamente integral. La valoración geriátrica no solo permite identificar de manera precoz situaciones de vulnerabilidad, sino también intervenir de forma dirigida para reducir el deterioro funcional perioperatorio, uno de los factores con mayor impacto en la autonomía posterior del paciente. Además, contribuye de manera decisiva a disminuir las complicaciones postoperatorias, tanto médicas como funcionales, gracias a una preparación más completa del paciente y a la detección temprana de riesgos clínicos.

Otro aspecto fundamental es la capacidad del geriatra para evitar la progresión hacia la fragilidad y otros síndromes geriátricos, mediante intervenciones adaptadas que abarcan desde el ajuste farmacológico hasta el fortalecimiento físico, cognitivo y nutricional. Este enfoque preventivo no solo mejora los resultados quirúrgicos inmediatos, sino que repercute directamente en una mejora de la calidad de vida, favoreciendo la recuperación y el mantenimiento de la independencia.

Finalmente, la figura del geriatra actúa como un nexo imprescindible que mejora la continuidad asistencial, evitando la fragmentación del proceso y asegurando la coordinación entre niveles asistenciales. De esta manera, la atención del paciente mayor se vuelve más segura, eficiente y humana, consolidando el papel del geriatra como un profesional clave dentro de los equipos multidisciplinares dedicados al manejo perioperatorio en la población geriátrica.

Bibliografía:

- Goede, V., Neuendorff, N. R., Schulz, R.-J., Hormigo, A.-I., Martinez-Peromingo, F. J., & Cordoba, R. (2021). *Frailty assessment in the care of older people with haematological malignancies*. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(11), e733–e745.
- Sobrini-Morillo, P., Corral-Tuesta, C., Sánchez-Castellano, C., Gutiérrez-Blanco, T., Palomo-Rumschisky, P., Álvarez-Pinheiro, C. G., Blanchard-Rodríguez, M. J., Serra-Rexach, J. A., & Cruz-Jentoft, A. J. (2025). Comprehensive geriatric assessment of older patients with multiple myeloma: A prospective observational study. *Cancers*, 17(17), 2904. <https://doi.org/10.3390/cancers17172904>
- Nielsen, D. S., Jensen, K. K., Jørgensen, T. L., & et al. (2021). *The effect of geriatric intervention in frail older patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: A randomised trial (GERICO)*. *British Journal of Cancer*, 124, 1525–1534. <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01367-5>