

# ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS ANCIANOS CON MIELOMA MÚLTIPLE

López Sandomingo L, Rodríguez Penín I, Valcarce Pardeiro N, Rodríguez Carracedo J  
Servicio de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.



## Objetivos:

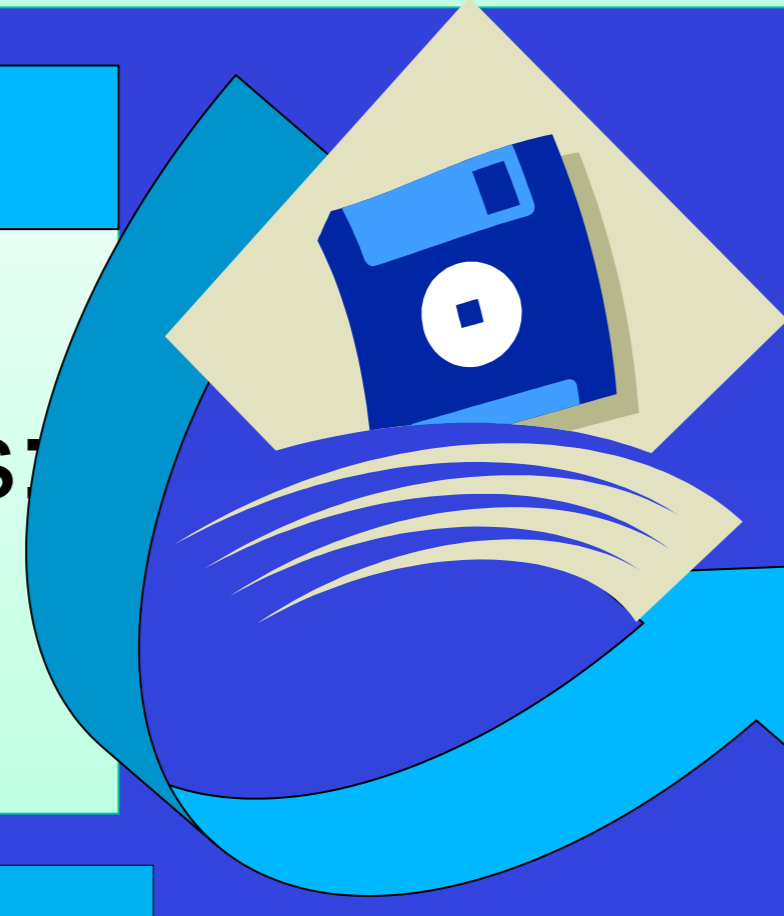
Analizar la fragilidad, tolerancia al tratamiento quimioterápico y adecuación del tratamiento crónico en pacientes hematológicos ancianos con mieloma múltiple (MM)

## Materiales y métodos:

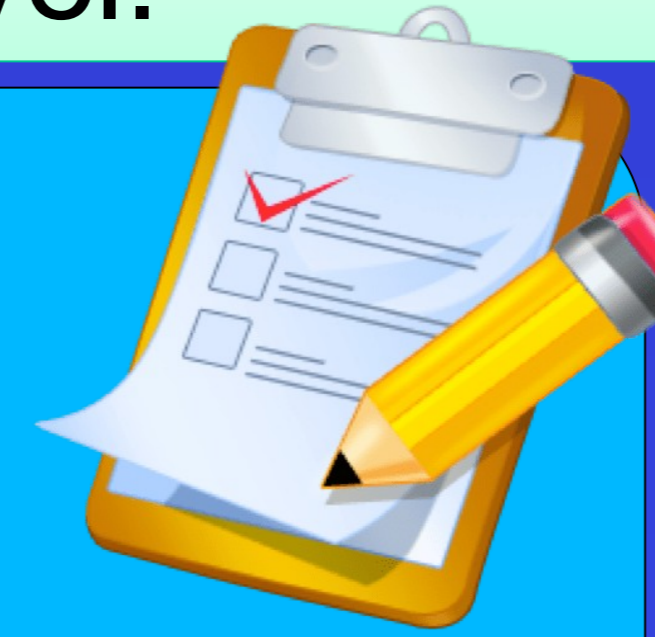
✓ Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. **Población:** pacientes >65 años con MM que recibieron tratamiento quimioterápico entre 01/19- 03/19 en un hospital de 2º nivel.

### Fuentes de datos

- ❖ Historia clínica electrónica
- ❖ Aplicaciones informáticas
  - oncología
  - pacientes externos



- Edad y sexo.
- Comorbilidades
- Tratamiento domiciliario
- Tratamiento oncológico:
  - Esquema y línea de tratamiento
  - Suspensión y variaciones de dosis.



### -Herramienta **checkTheMeds:**

- Índice de comorbilidad de Charlson (CCI)
- Ajuste en insuficiencia renal.
- Prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) según BEERS, STOPP/START, PRISCUS
- Interacciones

### Cribado de fragilidad

mediante escala Geriatric-8 (G-8)

Las variables cuantitativas se expresaron como mediana (rango intercuartílico)

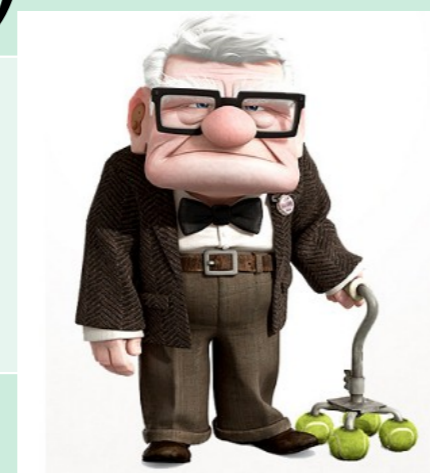
## Resultados:



25 pacientes → 16 >65 años (10 mujeres)

Mediana de edad: 76.5 años (69-81)

Mediana CCI: 6.5 (5-7) y %superv. a 10 años: 2.25%



Mediana comorbilidades: 2 (1-4).

Más frecuentes: HTA (n=7), dislipemia (n=5)

Mediana medicamentos crónicos: 9 (6-10).

### Intensidad de dosis

6 pac. iniciaron tto quimioterápico a dosis plena (reducción de dosis n=2, suspensión n=2)

10 pac. Iniciaron tto a dosis reducidas (reducción n=1, suspensión n=1)

Las reducciones y suspensiones fueron por efectos adversos

**Según escala G-8:** 8 pac. eran frágiles [3 iniciaron con dosis plenas (1 reducción y 1 suspensión) y 5 con dosis reducidas (1 suspensión)]



### Tratamiento MM

5 pacientes tto quimioterápico 1ª línea Bortezomib-talidomida-dex. (VTD) (n=3), bortezomib-dex. (VD) semanal (n=1) y lenalidomida-dex. (Rd)(n=1)



4 pacientes en 2ª línea Rd (n=2), VD semanal (n=1) y ciclofosfamida-dex. (n=1).

7 pacientes en 3ª línea y sucesivas Rd (n=2), daratumumab (n=2), VTD (n=1), pomalidomida-dex. (n=1) y lenalidomida monoterapia (n=1)



### El ajuste de la medicación según función renal fue correcto

Todos los pacientes (n=16) tuvieron al menos una PPI. Se detectaron 73 PPI (20 criterios STOPP, 8 criterios START, 36 criterios BEERS y 9 criterios PRISCUS), destacando:

- Uso inadecuado de benzodiazepinas (STOPP:12, BEERS:7, PRISCUS:5).
- Mayor riesgo de efectos sedantes y anticolinérgicos (BEERS:11) e inicio de IECA o ARA II en diabetes con nefropatía (START:2).

Se detectaron 22 posibles interacciones, destacando

- Mayor riesgo de efectos sedantes (7).
- Alternativa a estatina no sustrato del CYP3A4 (2).
- Alternativa a AINES con corticoides (2).



## Conclusiones:

- Población de edad avanzada, polimedicada, siendo más del 50% ancianos frágiles.
- Parece observarse un menor grado de tolerancia a los tratamientos iniciados a dosis plenas.
- Se han detectado un número considerable de PPI e interacciones.
- La aplicación de la evaluación geriátrica propuesta por The International Myeloma Working Group y la participación del farmacéutico oncohematológico en el seguimiento del paciente mayor con cáncer, ayudarían a la planificación del tratamiento y a prevenir problemas relacionados con la polifarmacia.

Nº de Comunicación Póster: 43

VII Congreso de Oncología Médica, Hematología y Farmacia  
Oncohematológica. Tendiendo Puentes. Toledo 28-30 Noviembre 2019



Xerencia Xestión Integrada Ferrol