

VALORACIÓN DE LA PROFILAXIS DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE TRATADOS CON LENALIDOMIDA + DEXAMETASONA ALTAS DOSIS

Valbuena Pascual, O.; Esnaola Barrena, E.; Asensio Bermejo, A.; Leunda Eizmendi, L.; Lizeaga Cundín, G.; Fernández González, I.
Servicio de Farmacia • Hospital Donostia • San Sebastián (Gipuzkoa)
54 Congreso Nacional de la SEFH Zaragoza. 22-25 Septiembre 2009



Introducción

El tromboembolismo venoso (TEV) es una reacción adversa grave descrita de lenalidomida. En los pacientes con mieloma múltiple (MM), la combinación de lenalidomida con altas dosis de dexametasona (LAD) se asocia con un mayor riesgo de TEV. El uso concomitante de agentes eritropoyéticos (AE) y los antecedentes de eventos trombóticos (ET) también pueden aumentar dicho riesgo.

Objetivo

El objetivo de este estudio es la valoración de la profilaxis tromboembólica (PTE) en pacientes con MM en tratamiento con LAD, teniendo en cuenta factores de riesgo trombótico.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, que incluye a todos los pacientes diagnosticados de MM tratados con el esquema LAD (03/2007–03/2009).

Se han revisado las historias clínicas, programa de dispensación a pacientes externos y programa de unidosis del Servicio de Farmacia. Se recoge la PTE recibida y los ingresos por ET durante el tratamiento con LAD, así como los factores de riesgo asociados.

En nuestro hospital, para riesgo alto de TEV (uso concomitante con AE, antecedentes de TEV) se pauta enoxaparina 40mg/día, para riesgo moderado ácido acetilsalicílico (AAS) 300mg y para riesgo leve AAS 100mg.

Resultados

24 pacientes: 12 hombres.
Mediana de edad: 74 años (46-91)
Mediana ciclos de LAD: 2,5 (1-15).
Ciclos totales de LAD: 104.
Número de pacientes que recibieron PTE: 21

| Factores de riesgo | Nº casos |
|--------------------------|----------|
| Antecedentes de TEV | 2 |
| AE de forma concomitante | 10 |
| HB >13g/dL durante LAD | 4 |
| Talidomida previa | 10 |

Tabla 1. Factores de riesgo de TEV

Tabla 2. Profilaxis tromboembólica (n=21)

| Número de pacientes | Ciclo en el que inician la PTE | Medicamento y dosis | Cambio de dosis o medicamento | Riesgo de TEV |
|---------------------|--------------------------------|---------------------|--|----------------------|
| 2 | 1 | AAS 100mg | No | Leve |
| 2 | 1 | Enoxaparina 40mg | No | Leve |
| 1 | 2 | AAS 100mg | Sí: AAS 300mg en 4º ciclo | Leve, Moderado |
| 1 | 1 | AAS 100mg | Sí: AAS 300mg en 2º ciclo | Leve, Moderado |
| 1 | 1 | AAS 100mg | Sí: AAS 300mg en 2º ciclo, Enoxaparina 40mg en 3er ciclo | Leve, Moderado, Alto |
| 2 | 1 | AAS 300mg | No | Moderado |
| 1 | 1 | AAS 300mg | Sí: Enoxaparina 40mg en 2ª ciclo | Moderado |
| 2 | 1 | AAS 100mg | No | Alto |
| 9 | 1 | Enoxaparina 40mg | No | Alto |

Los 3 pacientes que no recibieron PTE tenían riesgo bajo de TEV.
Solamente 2 de los 12 pacientes (16,7%) con riesgo alto no fueron tratados con enoxaparina.
En 3 pacientes con riesgo trombótico leve-moderado, el uso de enoxaparina se justificó por otras causas.
Se recogieron 0 ingresos por TEV durante el tratamiento con LAD (tasa de ET por total de ciclos: 0%).

Conclusiones

El protocolo que se sigue en nuestro hospital de PTE en pacientes con MM que reciben LAD parece ser efectivo. Un 83,3% de los pacientes con riesgo trombótico alto, reciben PTE con enoxaparina. El beneficio potencial de la PTE con anticoagulantes/antiagregantes plaquetarios es todavía desconocido y la decisión de recurrir a medidas profilácticas antitrombóticas se valora según los factores de riesgo de cada paciente. Por lo tanto, se requieren más ensayos clínicos para definir la estrategia óptima para la prevención de TEV. Los equipos sanitarios deben estar atentos a posibles signos y síntomas de ET en estos pacientes.