



# UTILIZACION DE CARBOPLATINO EN PACIENTES OBESOS CON CANCER DE PULMON NO MICROCITICO



Ramírez Roig C, Díaz Carrasco MS, Alonso Romero JL\*, Ros Martínez S\*, Olmos Jiménez R, Espuny Miro.A  
Servicio de Farmacia y Oncología Médica\*. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

## OBJETIVOS

Describir los criterios de dosificación de carboplatino utilizados en pacientes obesos con CPNM y las toxicidades registradas, en función del criterio empleado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, incluyendo todos los pacientes obesos con CPNM e IMC  $\geq 30$ , que iniciaron tratamiento con carboplatino entre Enero 2012 y Enero 2015, en un hospital de referencia. Variables independientes: edad, peso, IMC, estadio y tratamiento administrado. Variables resultado: criterios de dosificación, retrasos de tratamiento y reducciones de dosis, así como las toxicidades producidas (CTCAE 4.0).

## RESULTADOS

- **Criterio de dosificación:** PR (peso real)=22; PIA(peso ideal ajustado)=24; **Otros criterios**= 2
- **Pacientes tratados:** 48 (38 varones y 10 mujeres) **Media de edad:** 64,7 $\pm$ 8,6 años [41-89 años].
- **Peso(kg)/IMC (kg/m<sup>2</sup>):** PR: 89,4 $\pm$ 8,4/34,4 [31,2-36,5]; PIA: 93,2 $\pm$ 12,8 / 37[34,4-38,9].

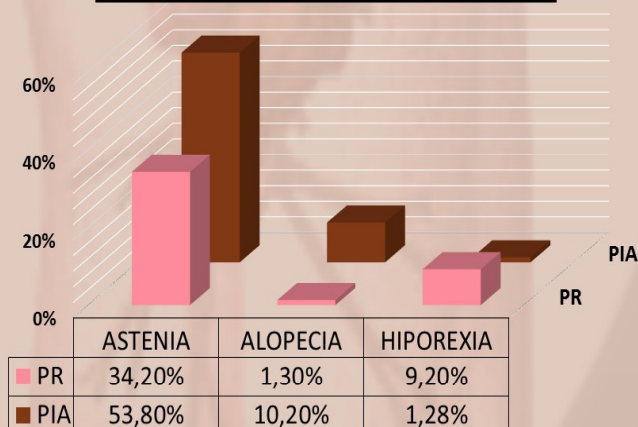
ESTADIO	PR	PIA
I/II	4,5%(1)	12,5%(3)
III	27,3%(6)	29,2%(7)
IV	68,2%(15)	58,3%(14)
IV (1ªLínea)	59,1%(13)	41,6%(10)

**Tratamiento:** Dosificación CBDCA principalmente para AUC=5. [PR: 54,5%(12) vs. PIA: 58,3%(4)]

**Fármaco asociado:** Paclitaxel en un 50% de los casos en ambos grupos.

- **Ciclos administrados:**
  - PR=76 vs. PIA=78. **Mediana**= 4
- **Retrasos en el tratamiento:**
  - PR: 13,6%(3) vs. PIA: 25%(6); p=0,3
- **Reducciones de dosis:**
  - PR: 18,2%(4) vs. PIA: 12,5%(3); p=0,6

### TOXIDADES CON VALORES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS



## CONCLUSIONES

- 1- El método de dosificación de carboplatino ha sido el de Calvert, estimando el CICr mediante la fórmula de CG.
- 2.-El PR y el PIA se han utilizado en proporción similar, tendiendo a utilizar el último en pacientes con mayor IMC.
- 3.-No se observaron diferencias significativas en la toxicidad hematológica, las reducciones de dosis o los retrasos de tratamiento entre ambos grupos.