

da anemia hemolítica no Pará, observam-se importantes variações que podem ser atribuídas à pandemia de COVID-19, já que houve um aumento significativo nos casos em 2022, contrastando com a redução em 2020. A taxa de mortalidade média de $2,68\pm 0,67\%$, com pico em 2021 e menor índice em 2018, reflete a gravidade da doença. A variação nos períodos de internação e os custos médios também indicam uma resposta variável ao tratamento, com uma duração média de internação maior em 2019 e menores em 2020 e 2021. O estudo mostra que a pandemia teve implicações no sistema de saúde, ressaltando a necessidade de estratégias de saúde pública para minimizar impactos negativos sobre o tratamento e manejo de doenças, garantindo melhor preparo para futuras emergências sanitárias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1930>

INTERNAÇÕES POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM RETRATO DO NORTE DO BRASIL

KVD Padilha^a, PHG Monte^a, SBS Sabino^a, CAS Sabino^a, RPS Benoá^a, DAMD Santos^a, EC Maia^a, NFC Silva^a, KOR Borges^b

^a Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil

^b Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), Santarém, PA, Brasil

Objetivos: Analisar as internações por hemorragia pós-parto (HPP) na região Norte do Brasil. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo e quantitativo, utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Foram analisados registros de internações no Norte do Brasil devido à HPP entre 2018 e 2023. As variáveis clínicas consideradas incluíram número de internações, valor médio das internações, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade. A coleta e análise dos dados foram conduzidas com o auxílio do software Microsoft Excel 2019. **Resultados:** No período de 2018 a 2023, foram registrados 922 casos de HPP na Região Norte do Brasil. O estado do Pará apresentou a maior porcentagem de registros, correspondendo a 40,02% dos casos (369 internações), enquanto Roraima apresentou os menores índices, com 3,36% (31 internações). O valor médio das internações na região foi de R\$ 389,72. O estado do Pará destacou-se pelo maior valor médio das internações, de R\$ 528,42, enquanto o Acre registrou o menor valor, de R\$ 193,63. A média de permanência hospitalar na região Norte foi de 2,7 dias. O estado do Amapá registrou a maior média de permanência, com 3,2 dias, enquanto o Acre teve a menor, com 2,1 dias. Quanto ao número de óbitos, foram notificados 7 casos na região. O estado do Pará apresentou o maior número de óbitos, com 5 casos, enquanto Roraima e Tocantins registraram 1 óbito cada. A taxa de mortalidade na região nos últimos seis anos foi de 0,76%. Roraima apresentou a maior taxa de mortalidade no mesmo período, de 3,23%, enquanto o Pará registrou a menor, de 1,36%. **Discussão:** O estado do Pará se destaca como o principal responsável pelos casos de HPP na Região Norte do Brasil. Isso pode ser atribuído não apenas ao elevado número

populacional em comparação com os demais estados, mas também às altas taxas de partos cesáreos realizados no Pará, que são uma das principais causas de HPP. Em relação aos custos de internação, observa-se uma discrepância significativa entre os estados do Pará e do Acre, com uma diferença de cerca de R\$ 334,79. Essa divergência pode estar relacionada a fatores como custo de vida, infraestrutura e qualidade dos serviços prestados em cada estado, além das diferenças na densidade populacional, que podem influenciar nos custos de saúde. Quanto ao tempo de permanência hospitalar, a média na Região Norte foi de 2,7 dias, com uma leve variação entre os estados do Amapá (3,2 dias) e do Acre (2,1 dias). Quando a HPP é bem manejada, a internação hospitalar tende a ser mais curta. **Conclusão:** A HPP é um desafio significativo para os estados do Norte do Brasil, com variações consideráveis entre eles. O Pará se destaca pelo maior número de casos, maior valor médio de internação e maior número de óbitos, embora apresente a menor taxa de mortalidade. Por outro lado, o Acre tem o menor valor médio de internação e o menor tempo de permanência, enquanto Roraima, apesar de ter o menor número de casos, apresenta a maior taxa de mortalidade. Os resultados evidenciam a importância de ações direcionadas, como a capacitação de profissionais de saúde na aplicação de protocolos para o manejo da HPP, especialmente nos estados com maior prevalência.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1931>

TRATAMENTO DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO RECÉM-DIAGNOSTICADO COM DOXORRUBICINA, ETOPOSÍDEO, VIMBLASTINA E DACARBAZINA NO CONTEXTO DE DESABASTECIMENTO DE BLEOMICINA: FOLLOW-UP DE 4 ANOS DO REGIME AEVD

MP Lacerda^{a,b,c}, AC Dalloglio^{b,c}, GR Gastal^{b,c}, IS Boettcher^{b,c}, FS Tavares^{b,c}, JFG Blitzkow^a, MB Araujo^a, R Schwingel^b, MS Gelbcke^b, S Dobner^{b,c}

^a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil

^b Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville, SC, Brasil

^c Centro de Hematologia e Oncologia (CHO), Joinville, SC, Brasil

Introdução: O desabastecimento de bleomicina no Brasil observado a partir de 2018 limitou o tratamento de Linfoma de Hodgkin clássico (LHc) com os principais regimes de tratamento em primeira linha, como ABVD e BEACOPP. Isto impôs decisões difíceis de tratamento, visto que enquanto no âmbito privado observou-se uso preferencial de brentuximabe-vedotina em substituição à bleomicina (A+AVD) ou importação independente de bleomicina, em diversas instituições públicas estas opções não estavam acessíveis. **Objetivo:** Avaliação com follow-up estendido da combinação AEVD (doxorubicina; etoposídeo, em substituição à bleomicina, na dose de 100mg/m²; vinblastina e dacarbazina) para

LHc em primeira linha, nos dias 1 e 15 de ciclos de 28 dias, por até 6 ciclos. **Métodos:** Estudo clínico aberto não-randomizado para avaliar o regime AEVD como tratamento de primeira linha em pacientes com diagnóstico recente de LH no Hospital Municipal São José em Joinville, Brasil. **Resultados:** Vinte e cinco pacientes com diagnóstico de LHc foram incluídos. A mediana de idade ao diagnóstico foi de 27 anos (intervalo: 18-66), 56% eram homens e a maioria dos pacientes tinham doença com estágio II (60%, n = 15), sintomas B (56%, n = 14) e DHL elevado (52%, n = 13). Para estágios III-IV (n = 5), 3 pacientes apresentaram IPS alto risco (escore > 2; 60%). Para doença localizada (n = 20), alto risco conforme GHSG foi observado em 16 pacientes (n = 80%). Todos os pacientes passaram por 3 a 6 ciclos de quimioterapia e não se observou evento adverso com necessidade de internação hospitalar, interrupção ou descontinuação de tratamento. A taxa de resposta global foi de 96%, com 1 paciente (4%) refratário apresentando progressão da doença após 5 ciclos da combinação, 4 pacientes (16%) com resposta metabólica parcial e 20 pacientes com resposta metabólica completa (80%). Com mediana de seguimento de 46 meses, foram observadas 5 recidivas (21%), com mediana de 26 meses (intervalo: 9-38). Três pacientes necessitaram de terapia em terceira linha, e 2 em quarta e quinta linha. Brentuximabe-vedotina foi utilizado por 1 paciente em terceira e um em quinta linha, e nivolumabe por um paciente em quinta linha. Dois pacientes apresentaram perda de seguimento após mudança de estado. Um óbito foi observado, 26 meses após o início do tratamento com AEVD, no contexto de transplante autólogo de células hematopoiéticas em terceira linha. A probabilidade de sobrevida livre de progressão em 4 anos foi de 76% (intervalo de confiança, IC 95%: 60%-95%); e a probabilidade de sobrevida global em 4 anos foi de 96% (IC 95%: 88%-100%). No seguimento atual, não se observaram efeitos tóxicos tardios ou outras alterações clínicas de interesse com a combinação. **Conclusões:** A utilização de etoposídeo (AEVD) como substituição à bleomicina em decorrência de desabastecimento foi segura e factível, com eficácia comparável ao regime padrão (ABVD) neste contexto. Espera-se que o avanço do tratamento de LHc, atualmente impactado por estudos com a incorporação de terapias-alvo em primeira linha, aumente a sobrevida destes pacientes. Na mesma medida, espera-se que a falta de acesso a estas combinações, ou eventos de desabastecimento como o aqui reportado, não comprometam abordagens com intuito curativo nesta população.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1932>

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA COM CRISE BLÁSTICA LINFOIDE B AO DIAGNÓSTICO: RELATO DE 2 CASOS

LR Damasceno^a, MB Araujo^a, MN Goularte^a, MEDES Rosa^a, MP Lacerda^{a,b}, GS Bublitz^{a,c}, AOM Wagner^d, M Molossi^b, IS Boettcher^b, AC Dalloglio^b

^a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil

^b Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville, SC, Brasil

^c Centro de Diagnósticos Anátomo Patológicos (CEDAP), Joinville, SC, Brasil

^d Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), Joinville, SC, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa caracterizada pela presença do cromossomo Philadelphia, resultante da translocação entre os cromossomos 9 e 22, formando o oncogene BCR-ABL1. Apesar dos avanços no tratamento com inibidores de tirosina-quinase (TKI), a progressão da LMC para a crise blástica mieloide ou linfóide representa um grande desafio clínico, sobretudo em pacientes idosos ou com comorbidades limitantes à quimioterapia citotóxica. **Objetivo:** Descrever 2 casos de LMC com crise Blástica Linfóide B ao diagnóstico, atendidos no Hospital Municipal São José de Joinville em 2024, com discussão de sua apresentação clínica e evolução com o tratamento. **Resultados:** Caso 1 - Mulher, 23 anos, sem comorbidades, iniciou há cerca de 1 ano com astenia, náusea pós-prandial e cefaleia aos esforços. Aspirado de medula óssea (MO) com aumento da celularidade, predominando precursores granulocíticos em diferenciação e acúmulo de células imaturas, com imunofenótipo revelando 34% blastos linfóides B e 56% de série granulocítica. Painel mieloide CD34+, CD20-, CD3-, CD43+, MPO+, e linfóide, CD19+, PAX5+. BMO confirmou os achados com população de células B, TdT positivas. Confirmada mutação BCR-ABL1 p210 por PCR. Recebeu indução com protocolo BFM com nilotinibe, coagulopatia sem sangramento relacionada à asparaginase, e elevação de transaminases com necessidade de suspensão de nilotinibe. Alta após 59 dias de internação, e aspirado de medula óssea com doença residual mínima (DRM) negativa e imunofenotipagem de líquor sem células neoplásicas. Recebe TKI e aguarda reavaliação citogenético-molecular na consideração de terapia adicional. Caso 2 - Homem, 76 anos, DPOC, limitação funcional moderada, astenia, fadiga, perda de peso e leucocitose com desvio escalonado. No aspirado de MO, foi identificado predomínio de precursores mielóides com aumento de blastos, e imunofenótipo com 46,3% de células imaturas (CD45+fraco CD34-/+) de linhagem linfóide B (CD79AC+ CD19+). BMO confirmou população de linfoblastos B, TdT positivos. Presença de mutação BCR-ABL1 p210 por PCR. Pela idade e recusa em receber quimioterapia intensiva, iniciou-se prednisona 100 mg e imatinibe 600 mg, com necessidade de redução para 400 mg com melhora parcial de citopenias. Imunofenotipagem de medula com 0,08% de progenitores linfóides B após 6 semanas do tratamento, com desmame de prednisona, manutenção de imatinibe 400 mg, e com independência transfusional. Aspirado de controle após 4 meses de TKI, já sem corticoterapia, com DRM negativa (< 0,001%). **Discussão:** O diagnóstico de crise blástica em LMC é um cenário desafiador, sobretudo em pacientes idosos ou frágeis. A evidência do melhor tratamento quando sua ocorrência se dá ao diagnóstico é incerta, e diferentes abordagens em conjunto com TKI podem ser consideradas. Evidencia-se a necessidade de avaliação citológica, imunofenotípica, histológica e citogenético-molecular para o adequado manejo/diagnóstico. **Conclusões:** Apesar das limitações inerentes ao sistema