

(93%) desenvolveram neutropenia no decorrer do acompanhamento, sendo que 3 destes pacientes estavam em uso de profilaxia bacteriana. Trinta e quatro (37%) pacientes com neutropenia febril eram colonizados com bactéria MDR, 20 (22%) tiveram bacteremia confirmada por esta bactéria, 20 (100%) desenvolveram choque e 13 (65%) foram transferidos para UTI, sendo que 10 (50%) evoluíram a óbito. Vinte e sete (30%) pacientes realizaram transplante de medula óssea (TMO) e 16 (60%) tiveram infecção por bactéria MDR durante o TMO, 9 (34%) desenvolveram choque e 6 (26%) foram a óbito. No total, 51 (56%) pacientes foram a óbito e 22 (43%) foram relacionados a infecção pela bactéria MDR. Nos pacientes colonizados por 2 bactérias MDR a mortalidade foi de 60%. No grupo não colonizado por bactérias MDR a mortalidade foi de 28% e as principais causas de óbitos foram infecção e progressão de doença. **Discussão:** A infecção é a principal causa de morte em pacientes com leucemias agudas e a presença das bactérias MDR é um desafio na prática clínica, já que dificulta o manejo clínico e agrava o prognóstico da doença. Nos pacientes analisados a taxa de colonização com bactérias MDR foi alta (45%) interferindo no desfecho, já que 43% faleceram. Apenas 4% destes pacientes fizeram uso de profilaxia bacteriana, porém, desde 2019, devido à alta taxa de bactérias MDR optamos por suspender a profilaxia bacteriana seguindo dados da literatura que não mostram benefício desta estratégia nos pacientes colonizados. As bactérias MDR são uma realidade em nosso serviço interferindo na sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento para leucemias agudas. **Conclusão:** As bactérias MDR é um problema de saúde pública aumentando a morbimortalidade em pacientes com neoplasias hematológicas sendo necessário medidas mais efetivas em evitar a colonização dessa população, além de melhorar estratégias visando a diminuição de infecções intra-hospitalares, assim como terapia precoce efetiva.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.252>

251

DETERMINANTES DA MORTALIDADE PRECOCE E TARDIA NO TRATAMENTO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: ANÁLISE DE UMA COORTE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS EM UM ÚNICO CENTRO

A.G.O. Braga, K.B.B. Pagnano, E.V. Paula, B.K.L. Duarte

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Determinar retrospectivamente as variáveis clínicas e laboratoriais presentes ao diagnóstico preditoras de mortalidade precoce e tardia em pacientes com Leucemia Mieloide Aguda (LMA) submetidos à tratamento intensivo com esquema de indução "7+3". **Material e métodos:** Foram analisados 133 pacientes consecutivamente diagnosticados com LMA *de novo* e submetidos à quimioterapia de indução entre 2011 e 2020 no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Os dados laboratoriais e de história clínica foram obtidos retrospectivamente dos prontuários médicos. Mortalidade precoce foi definida como mortalidade ocor-

rendo nos primeiros 60 dias de tratamento e mortalidade tardia foi definida como aquela ocorrendo nos primeiros 12 meses de seguimento. As variáveis categóricas foram comparadas utilizando-se o teste de Chi quadrado ou teste de Fisher, conforme aplicável, enquanto as variáveis quantitativas foram avaliadas através do teste de Mann-Whitney. A análise de sobrevida foi realizada pelo método de Kaplan-Meier, com o teste de log rank para comparação entre curvas. A regressão Cox foi usada para comparação do impacto de diferentes variáveis na sobrevida global em 60 dias e 12 meses. O valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** A população estudada consistia essencialmente de pacientes jovens (mediana de 52 anos), de risco favorável ou intermediário (75.9%), predominantemente sem comorbidades e com bom performance status. A mortalidade em 60 dias foi de 30.8% e a mortalidade em 12 meses de 56.4%. Na análise univariada para mortalidade precoce, um performance status > 2 ; leucócitos $> 100 \times 10^9/L$, RNI > 1.5 ; bilirrubina total > 1.2 , albumina < 3.0 g/L e LDH $> 2x$ o limite superior da normalidade estiveram associadas com maior risco de morte. Já na análise multivariada, performance status, bilirrubina e RNI estiveram independentemente associadas a uma maior mortalidade precoce. A variável albumina não foi incluída neste modelo pelo número de pacientes sem esse dado. Com relação à mortalidade tardia, a contagem de leucócitos, o RNI, a bilirrubina e o performance status ao diagnóstico foram todas variáveis preditoras do óbito. Dessas variáveis, o performance status e o RNI se mantiveram independentemente associadas à mortalidade. Num segundo modelo, incluindo a realização de transplante alogênico de medula óssea e a ocorrência de ICS por ERC, as duas variáveis estiveram associadas à mortalidade em 1 ano, inclusive de maneira independente, como evidenciado na análise multivariada. **Discussão:** Variáveis clínicas e laboratoriais avaliadas ao diagnóstico são preditoras da mortalidade precoce e tardia em LMA numa população de pacientes jovens e sem comorbidades significativas. O impacto prognóstico na mortalidade precoce associado às alterações de RNI e bilirrubina, sugere um potencial papel para o metabolismo hepático de quimioterápicos na mortalidade precoce. A associação independente da mortalidade tardia com a ocorrência de ICS por ERC, ressalta a importância da prevenção desse tipo de evento. **Conclusão:** A mortalidade precoce associada ao tratamento da LMA permanece como uma das principais causas de óbito relacionado a esta doença e se correlaciona com variáveis clínicas e laboratoriais do diagnóstico. Estudos populacionais com diferentes cortes geográficos e sócio-econômicos poderão esclarecer a aplicabilidade desses achados em outras populações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.253>

