

centro. **Conclusão:** O histórico familiar de TEV, o uso da Gencitabina e metástases ao diagnóstico foram preditores de trombose nesse estudo. A incidência de TEV corroborou com dados da literatura sendo mais prevalente em pacientes Khorana ≥ 3 e PROTECHT ≥ 3 .

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.923>

PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM NEOPLASIAS MALIGNAS

YAV Vivas^a, EMC Medina^b, ES Abreu^b, SM Rezende^b, DD Ribeiro^a

^a Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O TEV é a segunda causa de morte nos pacientes oncológicos, sendo ultrapassado apenas pela progressão da doença. Os critérios para a identificação dos pacientes ainda não são claros na literatura. Conhecer o risco de morte neste grupo de pacientes possibilita a realização de medidas preventivas. **Objetivos:** Avaliar a incidência de óbito, os fatores de risco relacionados a morte e a capacidade de predição dos escore Khorana e PROTECHT, em uma população de pacientes ambulatoriais com qualquer tipo de câncer sólido ou LLC, virgens de tratamento oncológico. **Método:** Estudo de coorte prospectivo em pacientes com diagnóstico recente de câncer > 18 anos de idade, encaminhados ao serviço de Oncologia do HC-UFGM no período de julho de 2021 a agosto de 2022. Foram utilizados modelos de regressão logística univariada e multivariada. As variáveis que apresentaram significância de pelo menos 20% foram incluídas no modelo multivariado, que utilizou o método stepwise backward. Odds Ratios (OR) com seus intervalos de confiança foram estimados. Os modelos se mostraram adequados pelo teste de Hosmer-Lemeshow e as análises foram realizadas no STATA. O tempo de segmento foi de 6 meses. **Resultados:** Foram incluídos 150 pacientes, maioria mulheres (58,0%) e idade > 60 anos (51,3%). O escore Khorana foi ≥ 3 em 7,6%, escore PROTECHT ≥ 3 em 16,4%, tumor predominantemente em mama em 26,7%, histologia carcinoma em 46,6%, estágio IV em 36,9%, câncer metastático em 33%. Registramos 17 óbitos (11,5 %). Foi notável que o escore PROTECHT ≥ 3 apresentou uma associação com óbitos (OR = 16,22; 95% IC: 5,14–51,13; $p < 0,001$), prevendo 45,83% dos casos. O escore de Khorana ≥ 3 (OR = 13,42; 95% IC 3,52–51,12; $p = 0,0001$), previu 54,54% dos óbitos. Ao realizar a análise multivariada, identificamos que a presença de trombose prévia (OR = 14,28; 95% IC 1,21–167,89; $p = 0,035$), o escore PROTECHT ≥ 3 (OR = 26,64; 95% IC 5,13–171,19; $p < 0,001$) e o tratamento paliativo (OR = 41,5, 95% IC 6,93–248,35; $p < 0,001$) foram fatores preditores de mortalidade. Com esses três fatores, a probabilidade de óbito atingiu um impressionante valor de 99,10%. **Discussão:** O TEV é um fator prognóstico independente de mortalidade em pacientes com câncer, apesar de ainda não se ter um modelo ideal para predição de

óbito. A sobrevida nos pacientes oncológicos é menor quando associada a presença de TEV ou sua recorrência. O achado do nosso estudo de trombose prévia, associada PROTECHT ≥ 3 e tratamento paliativo, pode ter relevância para prática clínica. Assim, considerando as limitações do estudo (unicêntrico, observacional, sujeito a vieses de seleção e informação, erro aleatório devido ao N restrito intervalos de confiança muito largos), obtivemos altas taxas de predição de óbito. **Conclusão:** Nossos dados destacam a relevância do escore PROTECHT na avaliação do risco de óbito em pacientes ambulatoriais com neoplasias malignas, especialmente quando combinado com informações sobre trombose prévia e tratamento paliativo. Além disso, observamos que o escore Khorana também tem relevância para avaliação de risco de óbitos nessa população.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.924>

PACIENTES QUE DESEJAM SUSPENDER A ANTICOAGULAÇÃO DE TEMPO INDEFINIDO: DESCRIÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE SERVIÇO PRIVADO

ML Puls^a, AAL Puls^b

^a Hospital Nove de Julho (DASA), São Paulo, SP, Brasil

^b Clínica GastroHematológica Ararense, São Paulo, SP, Brasil

Introdução/objetivos: Vários pacientes em anticoagulação plena por tempo indefinido expressam, por motivos diversos, o desejo de cessar o tratamento. Esta pesquisa buscou avaliar o perfil desses pacientes, os motivos da solicitação e em que situações essa demanda conseguiu ser atendida. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, realizado a partir da coleta de dados de prontuários eletrônicos de pacientes acompanhados em serviço privado de Hematologia do interior do Estado de São Paulo. Pacientes avaliados, quando apropriado, com os seguintes modelos para auxiliar na decisão de manter ou suspender a anticoagulação – Men and HER-DOO-2 rule; DASH Score; Vienna Score; Continu-8 Score; HAS-BLED. **Resultados:** De 2015 a 2022, recebemos 16 pacientes em anticoagulação plena por tempo indefinido (indicado por nosso serviço ou por profissionais externos) que, em consulta, vocalizaram o desejo de cessar o tratamento. Todos os pacientes faziam acompanhamento conjunto com, pelo menos, outro especialista além do hematologista. Mediana de idade de 55 anos (extremos de 22 a 76), sendo apenas um do gênero masculino. 14/16 (87,5%) faziam uso de varfarina com acompanhamento de INR, média de uso de 4 anos (extremos de 1 a 8 anos), e 2/16 (12,5%) faziam uso de rivaroxabana com tempo de uso de 1 e 2 anos. As indicações no grupo de varfarina foram – fibrilação atrial permanente valvar ou outra arritmia de alto risco trombótico (7/14 – 50%), síndrome do artícorpo antifosfolípide com trombose de repetição (2/14 – 14%), trombose venosa profunda de repetição (3/14 – 21%), trombose de repetição relacionada a terapia renal substitutiva (1/14 – 7%) e síndrome de Budd-Chiari (1/14 – 7%). Um dos pacientes em uso do inibidor direto de Xa iniciou terapêutica após trombose venosa central e

o outro por tromboembolismo pulmonar não-provocado, de alto risco, com estadia em unidade de terapia intensiva. Dentre os motivos alegados para o desejo da suspensão estavam – necessidade de exames regulares (14/16 – 87.5%), necessidade de consultas frequentes (6/16 – 37.5%), dificuldade de administração do medicamento (2/16 – 12.5%) e custo (1/16 – 6.25%). A anticoagulação pode ser suspensa, até o momento, em apenas um caso, com anuência de cardiologista e vascular assistente – paciente compunha idosa frágil com fibrilação atrial permanente e 4 pontos no score HAS-BLED. **Discussão:** Na população deste estudo, pacientes que desejaram cessar a anticoagulação de tempo indefinido eram compostos majoritariamente por pacientes adultas, acompanhados por múltiplos especialistas e em uso de varfarina. O principal motivo alegado foi a necessidade de exames séricos e consultas regulares. Não houve desejo de suspender o medicamento por efeito adverso (seja intolerância gástrica ou até hemorragia) e apenas um paciente apontou o custo como uma questão relevante. Na maioria dos casos, o benefício de manter o tratamento foi julgado como superior ao de suspendê-lo. O baixo número de pacientes incluídos neste estudo retrospectivo utilizando dados de vida real é um fator limitante. **Conclusão:** Em geral, pacientes que fazem uso de anticoagulação plena e mantêm seguimento regular não apresentam desejo de cessar a terapêutica por efeitos adversos inerentes aos medicamentos. A necessidade de adesão e acompanhamento contínuo é vista como o principal fator do desejo de cessar o tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.925>

PRIMARY ANTITHROMBOTIC PROPHYLAXIS IN OUTPATIENTS WITH SOLID TUMORS

CEDR Castro, TF Dios

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brazil

Introduction: Patients with cancer have an increased risk of Venous Thromboembolic Events (VTE), since cancer tissue and anticancer agents have thrombogenic effects, associated with hypercoagulability and vascular damage. Patients with cancer have 1.6% incidence of VTE in two years, complication associated with decreased survival. Due to that, some select ambulatory cancer patients benefit from primary thromboprophylaxis. **Objective:** This review's objective is to inform the health professionals about the prophylaxis of thromboembolism in ambulatory patients with solid tumors. **Methods:** Literature review. The databases used were PubMed, SciELO and Google Scholar. The terms used in the search were: "venous thromboembolism", "solid tumor", "prophylaxis". **Results:** Primary thromboprophylaxis is recommended in hospitalized patients with cancer. In the case of ambulatory patients, the benefit of routine prophylaxis is unclear and depends highly on the clinical scenario, due to the risk involving anticoagulants. These drugs are associated with bleeding complications with the incidence of 0.7%–14%. Therefore, patients with cancer have increased bleeding risk and the anticoagulation may increase this possibility. The selection of these patients can be made with the stratification of the risk of VTE. In ambulatory care, risk assessment can be conducted based on a validated risk assessment tool, Khorana

score, which has been available for over a decade, and includes assessment of the site of cancer, hematologic parameters and body mass index. Advanced age, prior VTE and family history of VTE are also associated with an increased risk. With this classification, patients with cancer and an intermediate-to-high-risk of VTE have a recommendation of thromboprophylaxis. Direct Oral Anticoagulants (DOACs) are now the first choice for thromboprophylaxis, while Low Molecular Weight Heparin (LMWH) can be considered as an alternative for patients with drug interactions involving DOACs or with primary gastroesophageal cancer. **Conclusion:** The role of anticoagulation for primary prevention of VTE in outpatients has been elucidated by new evidence from randomized trials. Emerging studies continue to optimize risk prediction approaches and may improve the identification of outpatients that may benefit from thromboprophylaxis. Patient education on cancer-associated thrombosis and its warning signs and symptoms is fundamental.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.926>

ESTUDO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE TEMPO DE PROTROMBINA AVALIADOS POR DUAS CURVAS DE CALIBRAÇÃO

F Santoro^{a,b}, C Borella^b, L Cicarelli^c, I Catin^b

^a Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b Siemens Healthineers DX LAM, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Tempo de Protrombina (TP) é utilizado para monitoramento de pacientes em uso de VKA. O ensaio pode ser analisado através de 2 curvas de calibração: por atividade ou por INR. O monitoramento de VKA deve ser feito pela calibração do INR. Na América Latina, a curva destinada ao INR não costuma ser rotineira. **Objetivo:** Avaliar a concordância dos valores obtidos pelas 2 curvas. Assim, a comparabilidade entre as curvas permitirá inferir o impacto da liberação do parâmetro INR em uma curva não dedicada para esse fim, e também do uso de INR para pacientes que não estão em terapia com VKA. **Materiais e métodos:** 138 amostras foram fornecidas pelo HU-USP. O equipamento utilizado foi o Sysmex® CS-2500 e os reagentes do TP foram Thromborel® S (THS) e Dade® Innovin® (INN). A análise dos resultados foi realizada a partir de gráficos do Microsoft Excel e do EP Evaluator. **Resultados:** A comparação entre as metodologias de obtenção do valor de INR mantendo o mesmo reagente demonstrou ótima correlação (THS $R^2=0,999$; INN $R^2=0,997$). Essa boa correlação também se manteve para valores de atividade (THS $R^2=0,9933$, INN $R^2=0,9962$). Quando manteve-se a mesma metodologia de obtenção dos valores de INR, mas comparando os 2 reagentes, a correlação foi mais fraca. INR calculado $R^2=0,9893$. INR calibrado $R^2=0,9883$. Atividade calculada $R^2=0,9204$. Atividade calibrada $R^2=0,9222$. **Discussão:** Os valores de INR1 quase não sofrem alteração, independente de como o valor de INR é obtido. Quando os valores de INR estão acima de 2, há maior variabilidade entre eles, mas ainda sem diferença clínica. Mantendo-se o tipo de cálculo