

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 R² = 0,999; INN R² = 0,997). Essa boa correlação também se manteve para valores de atividade (THS R² = 0,9933, INN R² = 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 R² = 0,9893. INR calibrado R² = 0,9883. Atividade calculada R² = 0,9204. Atividade calibrada R² = 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