

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume VIII

Hematologia

Versão Preliminar

Brasília - DF

2016



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume VIII



Hematologia

Versão Preliminar

Brasília - DF

2016





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: Versão Preliminar – 2016 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II, auditório, sala 4
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3306-8052
Fax: (61) 3305-8028
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II,
Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação
SAF/SUL, Quadra 2, Edifício Premium, Torre II – 3º Andar – Sala 301
Brasília/DF - 70070-600
Tel.: (61) 3315-5870
E-mail: drac@saude.gov.br

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 717
Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900
Tel.: (61) 3315.3394
Fax: (61) 3315.2974
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mail: degex@saude.gov.br

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar Bairro Praia de Belas
CEP: 90110 – 150 – Porto Alegre
Tel.: (51) 3288-5800
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 - 1101 Bairro Rio Branco
CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333 7025
Site: www.telessaunders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Anne Elizabeth Berenguer Antunes
Cleuza Rodrigues da Silveira Bernardo
Dirceu Ditmar Klitzke
João Gabbardo dos Reis

Coordenação-Geral:

Dirceu Ditmar Klitzke
João Gabbardo dos Reis

Revisão Técnica:

Ana Célia da Silva Siqueira
Daniela Cristina Moreira Marculino Figueiredo
Graziela Tavares
Leticia Felipak dos Passos Martins
Luciano Gomes Marcelino
Rosely de Andrade Vargas

Organização:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Elaboração de texto:

Carolina da Fonte Pithan
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Erno Harzheim
João Ricardo Friedrisch
Lucas Wollmann
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Rudi Roman
Suely Meireles Rezende
Viviani de Lourdes Rosa Pessóla

Colaboração:

Glauciene Analha Leister
Silma Maria Alves de Melo

Projeto Gráfico, design e capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação

Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Hematologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
33 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 8)

Modo de acesso: World Wide Web <www.saude.gov.br/bvs>
ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Título. III. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Títulos para indexação:

Hematology

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
1. HEMATOLOGIA ADULTO	8
1.1 Citopenias (bicitopenia/pancitopenia).....	9
1.2 Anemia.....	10
1.3 Policitemia	11
1.4 Trombocitopenia.....	12
1.5 Trombocitose.....	13
1.6 Leucopenia.....	14
1.7 Leucocitose.....	15
1.8 Distúrbios hemorrágicos.....	16
1.9 Trombofilias.....	17
1.10 Linfonodomegalia/Esplenomegalia.....	18
1.11 Hiperferritinemia.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
QUADROS E FIGURAS	
AUXILIARES	23

APRESENTAÇÃO

A atenção Básica (AB), que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os gargalos, anteriormente mencionados, requerem para a sua superação que se constituam estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a Atenção Básica, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) - como exemplo a gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS - e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados - pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros. Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulados às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramentas, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com esta clareza e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais do SUS, vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Mãos à obra!

Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS/MS

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/SES-RS

TelessaúdeRS/UFRGS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes de Atenção Básica com outros pontos de atenção. Ao ser encaminhado para cuidados especializados temporários ou prolongados, é interessante que as equipes de Atenção Básica possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB. As duas questões-chave são:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder à primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Aí, por suposto, desde que atendido o princípio de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e outras ações pedagógicas. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo corretos. A recusa do encaminhamento equivocado, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da AB, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

1. HEMATOLOGIA ADULTO



Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Hematologia. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com citopenias graves (avaliadas inicialmente, quando necessário, em serviços de emergência com hematologista), leucocitoses ou trombocitoses graves devem ter preferência no encaminhamento ao hematologista, quando comparados com outras condições descritas nesses protocolos. Esses critérios devem ser readaptados conforme a necessidade da regulação local.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

1.1 Citopenias (bicitopenia/pancitopenia)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com hematologista):

- citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou
- citopenias em pessoas com linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou
- presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou
- paciente com febre e neutropenia (< 1500 neutrófilos/ μL); ou
- bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
 - Hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - Neutrófilos < 500 céls/ μL ; e/ou
 - Plaquetas < 50 mil céls/ mm^3 .

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- citopenias, sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS (ver quadro 1,2 e figura 1 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever sintomas constitucionais, exame físico abdominal, presença de linfonodomegalias e outras alterações relevantes no exame físico);
2. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data;
3. resultado de exames, com data, realizados para excluir causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade. Na ausência de suspeita clínica para direcionar investigação descreva: anti-HCV, anti-HIV, HbsAg, TGO/ TGP, albumina, GGT, TP/ KTTT, FAN, TSH e vitamina B12;
4. resultado de ecografia abdominal, com data (se realizada);
5. medicamentos em uso (ver quadro 1 e 2, no anexo, com medicamentos comuns que cursam com citopenias);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.2 Anemia

Atenção: Não há indicação de referência ao serviço especializado pessoas exclusivamente com traço falciforme ou com traço talassêmico alfa ou com talassemia beta menor (traço talassêmico beta). Essas pessoas podem seguir acompanhamento na APS com orientações sobre a condição genética.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com hematologista):

- anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica; ou
- doença falciforme com crise álgica ou outros sinais de gravidade; ou
- presença de citopenias concomitantes com critérios de gravidade (ver quadro 3 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- suspeita ou diagnóstico de doença falciforme (ver quadro 4 no anexo); ou
- suspeita ou diagnóstico de talassemia (ver quadro 4 no anexo); ou
- suspeita ou diagnóstico de outras anemias hemolíticas (ver quadro 5 no anexo); ou
- anemia por causa desconhecida após investigação inconclusiva na APS (ver figura 1 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data;
3. se suspeita ou diagnóstico de hemoglobinopatias, descreva resultado de eletroforese de hemoglobina;
4. exames complementares realizados na investigação de anemia conforme VCM (ver figura 1 no anexo);
5. tratamento prévio e atual para anemia (medicamento com dose e posologia);
6. presença de comorbidades (como doença renal crônica, hepatopatias, HIV, hepatite C) que cursem com citopenias (sim ou não). Se sim, quais?
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.3 Policitemia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- suspeita de policitemia vera (hemoglobina maior que 16,0g/dL em mulheres e maior que 16,5g/dL em homens), em pessoas com sintomas sugestivos: prurido após o banho, eritromelalgia, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia; ou
- policitemia persistente (hemoglobina maior que 16,0g/dL em mulheres e maior que 16,5g/dL em homens) após repetição do hemograma em 1 mês e exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal) na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (em pessoas sem sintomas sugestivos de policitemia vera, descrever 2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles);
3. exames complementares realizados para investigar causa secundária, com data (raio-X de tórax, ecografia abdominal)
4. paciente é tabagista? (sim ou não);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.4 Trombocitopenia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com hematologista):

- pessoa com trombocitopenia (<20.000 plaquetas por mm^3) e manifestação hemorrágica; ou
- pessoa assintomática e valor de plaquetas inferior a 10 mil/mm^3 ; ou
- citopenias com critérios de gravidade (ver quadro 3 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- trombocitopenia com contagem plaquetária <50.000 células/ mm^3 em pacientes assintomáticos, sem necessidade de repetir hemograma; ou
- trombocitopenia persistente após exclusão de pseudoplaquetopenia¹ e causas secundárias na APS (ver quadro 1 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever manifestações hemorrágicas atuais e prévias, exame físico abdominal, linfonodomegalia, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes no exame físico);
2. resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com trombocitopenia isolada persistente sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames), com data;
3. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade: anti- HCV, HbsAg, anti-HIV, TGO/TGP, albumina, GGT, TP/KTTP, FAN, vitamina B12.
4. resultado de ecografia abdominal, com data (se realizado);
5. apresenta comorbidades não hematológicas que podem cursar com trombocitopenia (sim ou não). Se sim, quais?;
6. descreva todos os medicamentos em uso;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

¹ Pseudoplaquetopenia pode ocorrer em até 0,1% da população. Em pacientes com trombocitopenia isolada sem critérios de gravidade, sugere-se repetir o exame solicitando nova coleta em citrato ou contagem de plaquetas em lâmina (contagem de Fônio) ou em câmara de Newbauer.

1.5 Trombocitose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência:

- paciente com trombocitose e sintomas vasomotores (cefaleia, sintomas visuais, dor precordial atípica), sangramento ou trombose; ou
- presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- trombocitose associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose (após avaliação em serviço de emergência/urgência); ou
- trombocitose associada à leucocitose ou policitemia; ou
- trombocitose com plaquetas superiores a 1 milhão/mm³; ou
- trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (sintomas constitucionais, sangramento, sintomas vasomotores, trombose);
2. apresenta história compatível com causa secundária (quadro infeccioso atual, história de trauma/cirurgia recente, esplenectomia prévia) (sim ou não)? Se sim, descreva;
3. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (se trombocitose isolada em pessoa sem gravidade, descrever 2 resultados dos exames para confirmação da persistência);
4. se anemia concomitante, descreva resultado de ferritina, com data;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.6 Leucopenia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com hematologista):

- paciente com febre e neutropenia (< 1500 neutrófilos/ μL); ou
- citopenias com critérios de gravidade (ver quadro 3 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- leucopenia persistente após exclusão de causas secundárias na APS (ver quadro 2 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal, presença de linfonodomegalias, sintomas constitucionais ou outras alterações relevantes no exame físico);
2. resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com leucopenia sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames), com data;
3. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade: anti- HCV, HbsAg, anti-HIV, FAN e vitamina B12;
4. resultado de ecografia abdominal, com data (se realizado);
5. medicamentos em uso (ver quadro 3, no anexo, com medicamentos comuns que cursam com leucopenia);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.7 Leucocitose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com hematologista):

- leucocitose e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou
- presença de blastos e promielócitos no sangue periférico; ou
- leucostase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos, priapismo em pessoas com hiperleucocitose) ou leucócitos com valores superiores a 100 mil cels/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- leucocitose maciça (acima de 50 mil/mm³), sem causa infecciosa aparente; ou
- leucocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadros infecciosos, medicamentos (lítio, carbamazepina, beta agonistas) na APS).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever sintomas constitucionais, eventos hemorrágicos ou trombóticos, exame físico completo);
2. resultado de dois hemogramas/ leucogramas, com diferença de 2 a 4 semanas (com exceção de leucocitose maciça ou outros sinais de gravidade);
3. se eosinofilia isolada, foi realizado tratamento empírico para parasitose? (sim ou não);
4. utiliza medicamento que causa leucocitose (lítio, carbamazepina, beta agonistas) (sim ou não);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.8 Distúrbios hemorrágicos

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- História de sangramentos de repetição na suspeita de doença hematológica e com uma ou mais características de maior gravidade:
 - necessidade de transfusão de hemocomponentes; ou
 - sangramento excessivo após pequenos cortes ou procedimentos; ou
 - hemartrose; ou
 - história familiar de distúrbio hemorrágico em parente de primeiro grau; ou
- Tempo de Protrombina (TP) e/ou Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) acima dos valores de valores de normalidade (ver quadro 6 no anexo se não houver valor de referência laboratorial) após exclusão de causas secundárias na APS (como doença hepática, síndrome nefrótica e uso de anticoagulantes).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever histórico de manifestações hemorrágicas (presença de menorragia, melena/hematêmese, equimose, petéquias), com frequência e situações desencadeantes. Incluir alterações relevantes no exame físico;
2. resultados de dois exames de TP e TTPA (repetir o exame alterado), com data;
3. resultados de exames laboratoriais para investigação de causa secundária (hemograma, plaquetas, TGO, TGP, albumina, GGT, creatinina e EQU/EAS/Urina tipo 1, com data);
4. resultado de ecografia abdominal, com data (se realizado);
5. histórico familiar de distúrbios hemorrágicos (sim ou não). Se sim, indique qual o distúrbio e grau de parentesco;
6. descreva medicamentos em uso;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.9 Trombofilias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- episódio confirmado de tromboembolismo venoso (TEV) idiopático em pessoa que possua uma ou mais das seguintes características:
 - episódio de TEV ocorreu antes dos 45 anos; ou
 - história de TEV antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau (pais ou irmãos ou filhos); ou
 - TEV em sítio incomum¹ (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral); ou
- TEV recorrente; ou
- pacientes com história de aborto recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana gestacional) após exclusão de causa ginecológica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- pacientes com história de aborto recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana gestacional).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrever histórico e exame realizado que comprovam tromboembolismo;
2. apresenta condição clínica (cirurgia recente, imobilização, neoplasia) ou uso de medicamentos (como anticoncepcional) associados a tromboembolismo (sim ou não). Se sim, qual?
3. histórico familiar de TEV (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco e idade no acometimento;
4. se aborto de repetição, descreva histórico dos abortos e avaliação com serviço de ginecologia;
5. resultado do hemograma e plaquetas, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹ Trombose retiniana não é considerada sítio incomum.

1.10 Linfonodomegalia periférica e esplenomegalia

Há diversas causas para linfonodomegalias e, portanto, as características clínicas e exame físico são fundamentais para orientar o encaminhamento para serviço especializado mais apropriado. As principais causas são: infecções, neoplasia (hematológica ou metastática), doenças granulomatosas (como sarcoidose), doenças reumatológicas e medicamentos (consulte figura 2).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência (preferencialmente com hematologista):

- suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia -geralmente em pessoas com massas grandes) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner); ou
- citopenias em pessoas com linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para onco-hematologia ou hematologia (avaliação breve devido à suspeita de linfoma):

- linfonodomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência; ou
- linfonodomegalia em pessoas com sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento); ou
- linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo; ou
- esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional - consultar figura 2).

- linfonodomegalia supraclavicular; ou
- linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados); ou
- linfonodomegalia (≥ 2 cm) persistente sem causa definida.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (exame físico abdominal, presença de sintomas constitucionais e outras alterações relevantes);
2. características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);
3. resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data;
4. resultado dos exames complementares na investigação de linfonodomegalia periférica (ver figura 2 no anexo);
5. se esplenomegalia isolada descreva ecografia abdominal (se realizada) e exames para avaliação hepática (TGO/TGP, TP/KTTP, albumina, GGT);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.11 Hiperferritinemia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia ou gastroenterologia:

- suspeita de hemocromatose (hiperferritinemia com saturação de transferrina maior que 45%).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- hiperferritinemia e suspeita de cirrose.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. índice de massa corporal (IMC);
3. resultado de ferritina sérica, com data
4. resultado de saturação da transferrina, com data;
5. se saturação de transferrina inferior a 45%, descreva os seguintes exames, com data: hemograma e número de plaquetas (descrever hematoscopia se presente), transaminases (TGO/TGP), fosfatase alcalina, GGT, anti-HCV, HbsAg, anti-HIV, glicemia, perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicérides);
6. resultado de ecografia abdominal total, com data;
7. medicamentos em uso;
8. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, C. S. Thrombocytopenia. In: GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (Ed.). **Goldman's Cecil Medicine**. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2016. cap. 172.

ABRAMSON, N.; MELTON, B. **Leukocytosis**: basics of clinical assessment. *American Family Physician*, Kansas City, v. 62, n. 9, p. 2053-2060. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2000/1101/p2053.html>>. Acesso em: 16 maio 2016.

ALTÉS, A.; PÉREZ-LUCENA, M. J.; BRUGUERA M. Sistemática diagnóstica en la hiperferritinemia. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 142, n. 9, p. 412-417. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sistemática-diagnóstica-hiperferritinemia-90295768>>. Acesso em: 18 maio 2016.

ASTER, J. C.; STONE, R. M. **Clinical manifestations and diagnosis of the myelodysplastic syndromes**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-the-myelodysplastic-syndromes>>. Acesso em: 15 maio 2016.

BAUER, K. A.; LIP, G. Y. H. **Evaluating patients with established venous thromboembolism for acquired and inherited risk factors**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluating-patients-with-established-venous-thromboembolism-for-acquired-and-inherited-risk-factors>>. Acesso em: 16 maio 2016.

BENZ, E. J. **Clinical manifestations and diagnosis of the thalassemias**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-the-thalassemias>>. Acesso em: 16 maio 2016.

BENZ, E. J. Disorders of Hemoglobin. In: FAUCI, A. S. et al. **Harrison's principles of internal medicine**. New York: McGraw Hill: 2008. cap. 99.

BERLINER, N. **Approach to the adult with unexplained neutropenia**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-neutropenia>>. Acesso em: 16 maio 2016.

BERLINER, N. Leukocytosis and leukopenia. In: GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (Ed.). **Goldman's Cecil Medicine**. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2012. cap. 170.

BRADBURY, C.; MURRAY, J. Investigating an incidental finding of thrombocytopenia [Internet]. **British Medical Journal**, London, v. 346, 2013. Disponível em: <http://www.snhcic.org.uk/assets/cms_page_media/422/Incidental%20Thrombocytopenia.pdf>. Acesso em: 16 maio 2016.

BROMBERG, M. E.; DOTAN, E. **Avaliação da linfadenomegalia**. London: BMJ Best Practice, 2016. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/838.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2016.

BUSQUE L. et al. Laboratory Investigation of Myeloproliferative Neoplasms (MPNs): Recommendations of the Canadian Mpn Group. *American Journal of Clinical Pathology*, Philadelphia, PA, v. 146, n. 4, p. 408-422.

CAO, A.; GALANELLO, R. Beta-thalassemia. **Genetics in Medicine**, v. 12, n. 2, p. 61-76, 2010. Disponível em: <<http://www.nature.com/gim/journal/v12/n2/full/gim201012a.html>>. Acesso em: 17 maio 2016.

CHUI, D. H.; FUCHAROEN, S.; CHAN, V. Hemoglobin H disease: not necessarily a benign disorder. **Blood**, v. 101, n. 3, p. 791-800, 2003. Disponível em: <<http://www.bloodjournal.org/content/101/3/791.long?sso-checked=true>>. Acesso em: 17 maio 2016.

DREWS, R. E. **Approach to the adult patient with a bleeding diathesis**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-a-bleeding-diathesis>>. Acesso em: 15 maio 2016.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FAILACE, R.(Org.). **Hemograma: manual de interpretação**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLETCHER, R. H. **Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>>. Acesso em: 16 maio 2016.

GEORGE, J. N.; ARNOLD, D. M. **Approach to the adult with unexplained thrombocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-thrombocytopenia>>. Acesso em: 16 maio 2016.

HOFFMAN, R.; BENZ, E. J. Jr.; SILBERSTEIN, L. E. et al. Eds. **Hematology: basic principles and practice**. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2013.

KUTLAR, A. **Laboratory diagnosis of the hemoglobinopathies**, Waltham (MA): UpToDate, 2013 [revisado em 2016]. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/laboratory-diagnosis-of-the-hemoglobinopathies>>. Acesso em: 16 maio 2016.

LARSON, R. A.; PUI C. H. **Tumor lysis syndrome: Definition, pathogenesis, clinical manifestations, etiology and risk factors**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/tumor-lysis-syndrome-definition-pathogenesis-clinical-manifestations-etiology-and-risk-factors>>. Acesso em: 15 maio 2016.

LIPTON, J. M. **Avaliação da pancytopenia**. London: BMJ Best Practice, 2016. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/1024.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

LOCKWOOD, C. J.; BAUER, K. A. **Inherited thrombophilias in pregnancy**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/inherited-thrombophilias-in-pregnancy>>. Acesso em: 16 maio 2016.

PAPADAKIS, M. M.; MCPHEE, S. J.; RABOW, M. W. (Ed.). **Current: medical diagnosis & treatment**. 52. ed. New York: McGraw-Hill, 2013.

PROVAN, D. et al. **Oxford Handbook of Clinical Hematology**. 2nd. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

SCHRIER, S. L; BACON, B. **Approach to the patient with suspected iron overload** [Internet].

Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-suspected-iron-overload>>. Acesso em: 18 maio 2016.

SCHRIER, S. L. **Approach to the adult patient with anemia**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-anemia>>. Acesso em: 16 maio 2016.

SCHRIER, S. L. **Approach to the adult patient with splenomegaly and other splenic disorders**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-splenomegaly-and-other-splenic-disorders>>. Acesso em: 16 maio 2016.

SCHRIER, S. L. **Approach to the diagnosis of hemolytic anemia in the adult**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-of-hemolytic-anemia-in-the-adult>>. Acesso em: 16 maio 2016.

TEFFERI, A. **Approach to the patient with thrombocytosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-thrombocytosis>>. Acesso em: 16 maio 2016.

TEFFERI, A. **Clinical manifestations and diagnosis of polycythemia vera**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-polycythemia-vera>>. Acesso em: 16 maio 2016.

TEFFERI, A. **Diagnostic approach to the patient with polycythemia**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-the-patient-with-polycythemia>>. Acesso em: 16 maio 2016.

WALLACH, J. B.; WILLIAMSON, M. A.; SNYDER, M. **Interpretação de exames laboratoriais**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

WEATHERALL, D. J. Hemoglobinopathies worldwide: present and future. **Current Molecular Medicine**, Hilversum, v. 8, n. 7, p. 592-599, 2008. Disponível em: <<http://www.eurekaselect.com/67889/article>>. Acesso em: 18 maio 2016.

QUADROS, E FIGURAS AUXILIARES

Quadro 1 - Causas e investigação de trombocitopenia secundária

Causas	Investigação
Infecções (como rubéola, varicela, parvovirus, Epstein-barr, citomegalovírus, leptospirose, Hepatite C, HIV e tuberculose)	<p>Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita.</p> <p>Na ausência de suspeita clínica específica solicitar anti-HCV e anti-HIV.</p>
Doença hepática crônica	<p>Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia.</p> <p>Complementar investigação com: Anti-HCV, HbsAg, TGO/TGP, albumina, GGT, TP/ KTTTP e ecografia abdominal.</p>
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide)	<p>Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica.</p> <p>Na ausência de suspeita clínica específica solicitar FAN.</p>
Deficiência de nutrientes	<p>Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica.</p> <p>Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12.</p>
Medicamentos	<p>Investigar uso de medicamentos como: antibióticos betalactâmicos (penicilina, cefalosporinas), sulfametoxazol-trimetoprima, carbamazepina, fenitoína, ácido valpróxico, haloperidol, heparina, ibuprofeno, entre outros.</p>

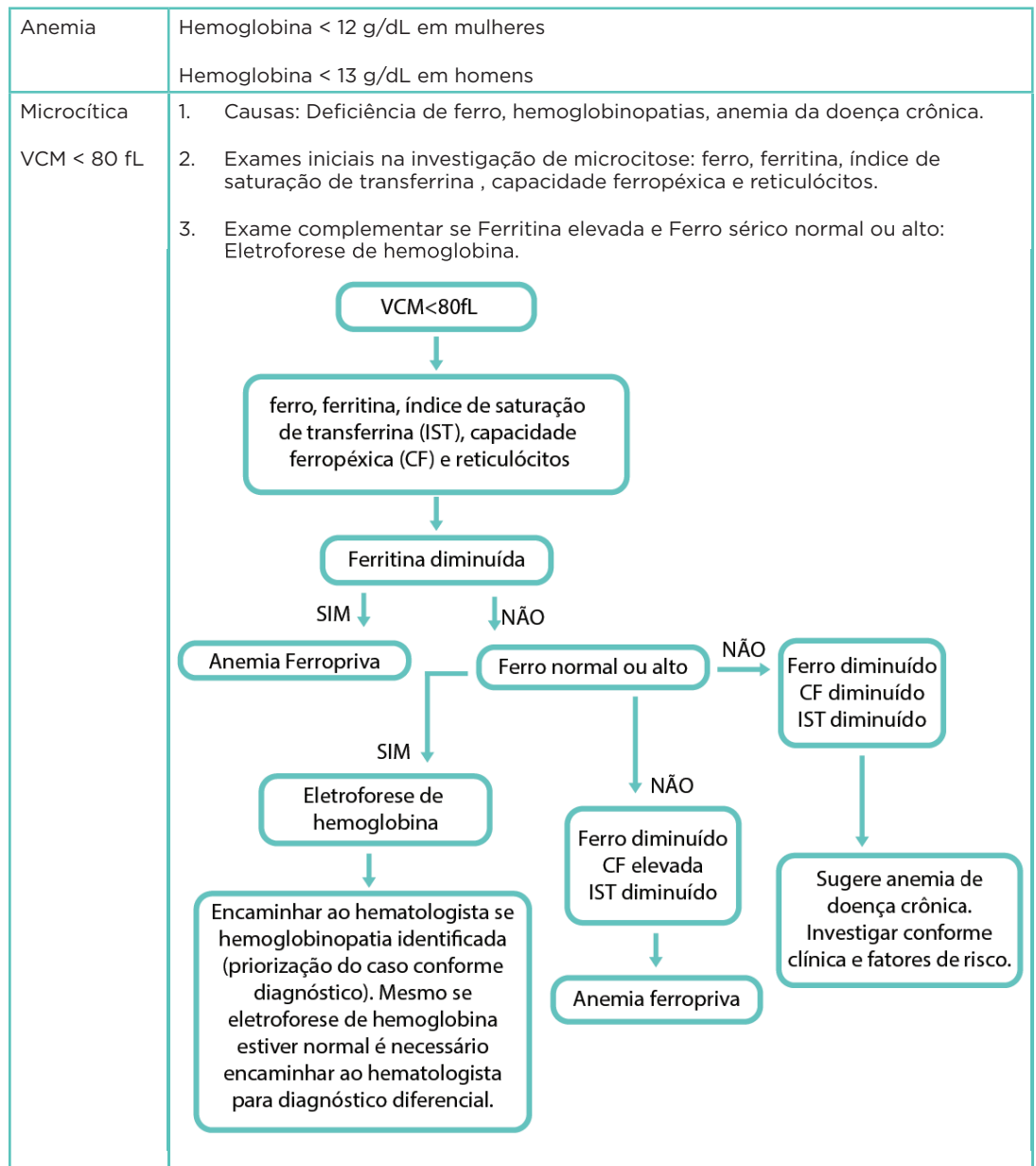
Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS adaptado de GEORGE, ARNOLD (2016) e ABRAMS (2016).

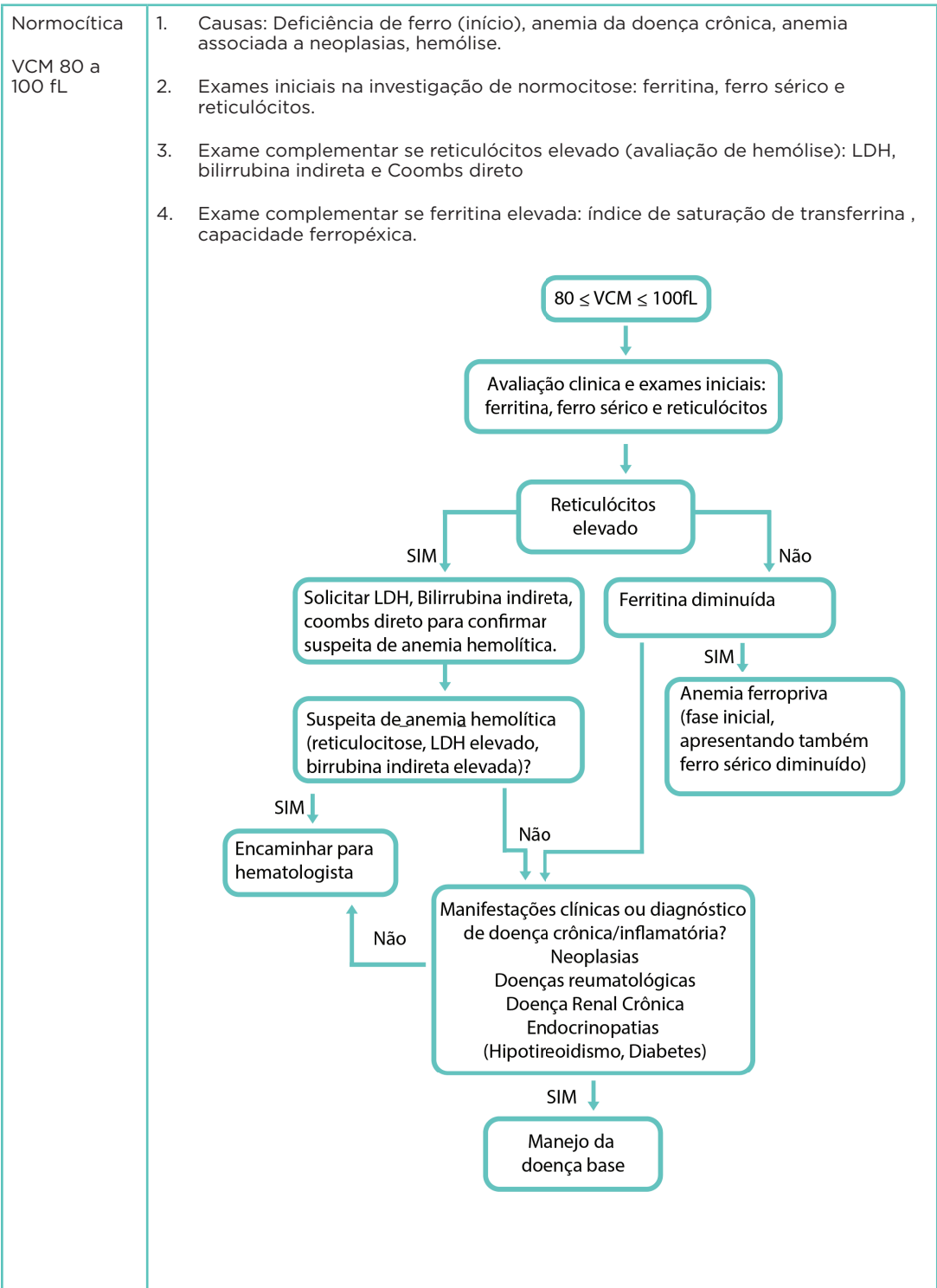
Quadro 2 – Causas e investigação de leucopenia secundária

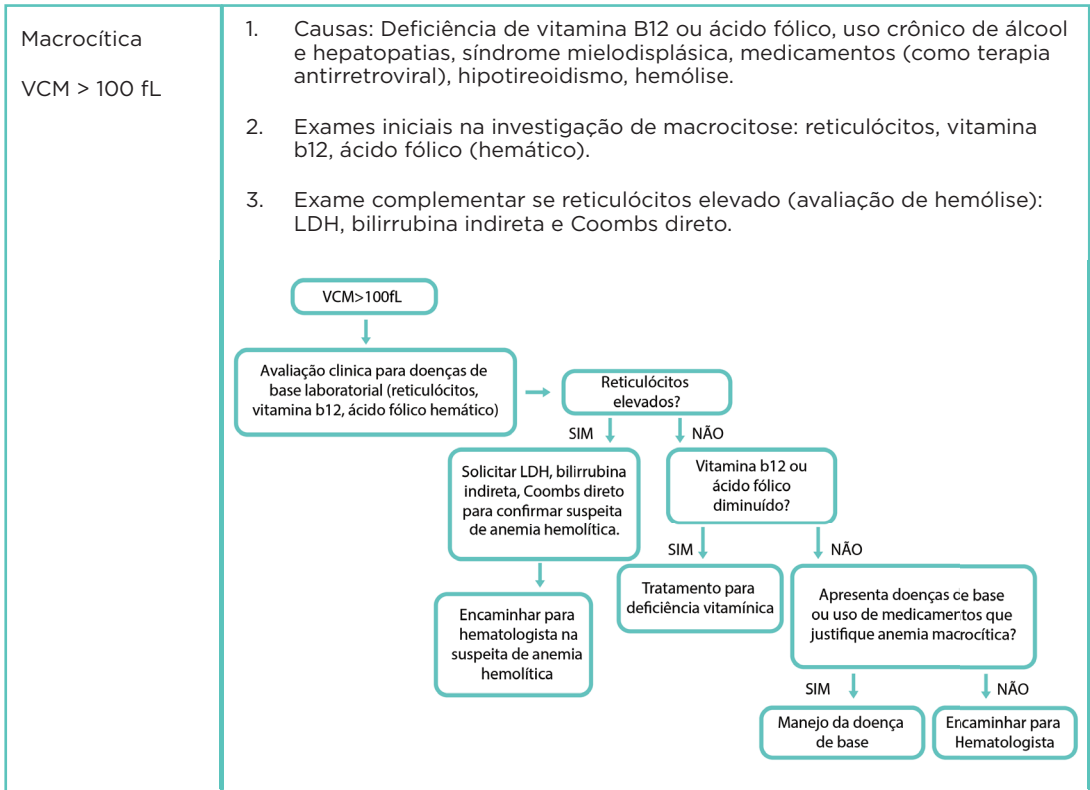
Causas	Investigação
Infecções (como rubéola, varicela, parvovirus, Epstein-barr, citomegalovírus, leptospirose, Hepatite C, HIV e tuberculose)	<p>Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita.</p> <p>Na ausência de suspeita clínica específica solicitar anti-HCV e anti-HIV.</p>
Hiperesplenismo	<p>Avaliar demais linhagens séricas (costuma ocorrer também anemia e trombocitopenia). Solicitar ecografia abdominal.</p> <p>Sugere-se que pacientes com neutropenia e esplenomegalia, não associada a quadro infeccioso, sejam avaliados inicialmente em serviço de emergência com hematologista.</p>
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide)	<p>Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica.</p> <p>Na ausência de suspeita clínica específica solicitar FAN.</p>
Deficiência de nutrientes	<p>Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica.</p> <p>Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12.</p>
Medicamentos	<p>investigar uso de medicamentos como: metimazol, propiltiuracil, AINEs, dipirona, IECA, anti-arrítmicos, digoxina, tiazídicos, furosemida metotrexato, hidroxicloquina, clozapina, antidepressivo tricíclico, carbamazepina, ácido valpróico, entre outros.</p>

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS adaptado de BERLINER (2012; 2015)

Figura 1 – Fluxograma investigação anemias conforme VCM.







Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS adaptado de DUNCAN (2013).

Quadro 3 - Citopenias com critérios de gravidade.

- citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou
- citopenias em pessoas com linfonomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou
- presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou
- paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/ μ L); ou
- bicitopenias/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
 - Hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - Neutrófilos < 500 céls/ μ L; e/ou
 - Plaquetas < 50 mil céls/mm³.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016).

Quadro 4 – Possíveis perfis hemoglobínicos encontrados em teste de eletroforese de hemoglobina.

Eletroforese de hemoglobina - alterações		
Hb A	Perfil de normalidade = 96 a 98 %	
HB A ₂	Perfil de normalidade = 2,5 a 3,5%	
	3,5 a 7%	Talassemia beta menor/traço talassêmico beta
Hb S	30 a 45%	Traço falciforme (heterozigoto)
	75 a 95%	Anemia falciforme (homozigoto)
	60 a 85%	Hb S/Talassemia beta mais (β^+)
	70 a 90%	Hb S/Talassemia beta zero (β^0)
Hb F	Perfil de normalidade = 0 a 1,0%	
	15 a 30%	Persistência hereditária da Hb fetal
	10 a 50%, podendo chegar a 100%	Talassemia beta intermediária
	60 a 98%	Talassemia beta maior
Hb C	30 a 40%	Traço HbC
	95%	Hemoglobinopatia C
Hb C + Hb S	45 a 50% + 50 a 55% (respectivamente)	Hemoglobinopatia SC
Hb H	5 a 30% na vida adulta	Doença da Hemoglobina H (talassemia alfa)
	5 a 10%	Traço talassêmico alfa

Fonte: Telessaúdes/UFRGS adaptado de WEATHERALL (2008)

Quadro 5 – Alterações laboratoriais na anemia hemolítica

Anemia normocítica ou macrocítica
Presença de esferócitos ou esquisócitos
Reticulócitos elevado
LDH elevado
Bilirrubina indireta elevada
Haptoglobina diminuída
Teste de Coombs direto positivo (anemias hemolíticas autoimunes)
Teste de Coombs direto negativo (hemólise não imunologicamente mediada)

Fonte: SCHRIER (2016).

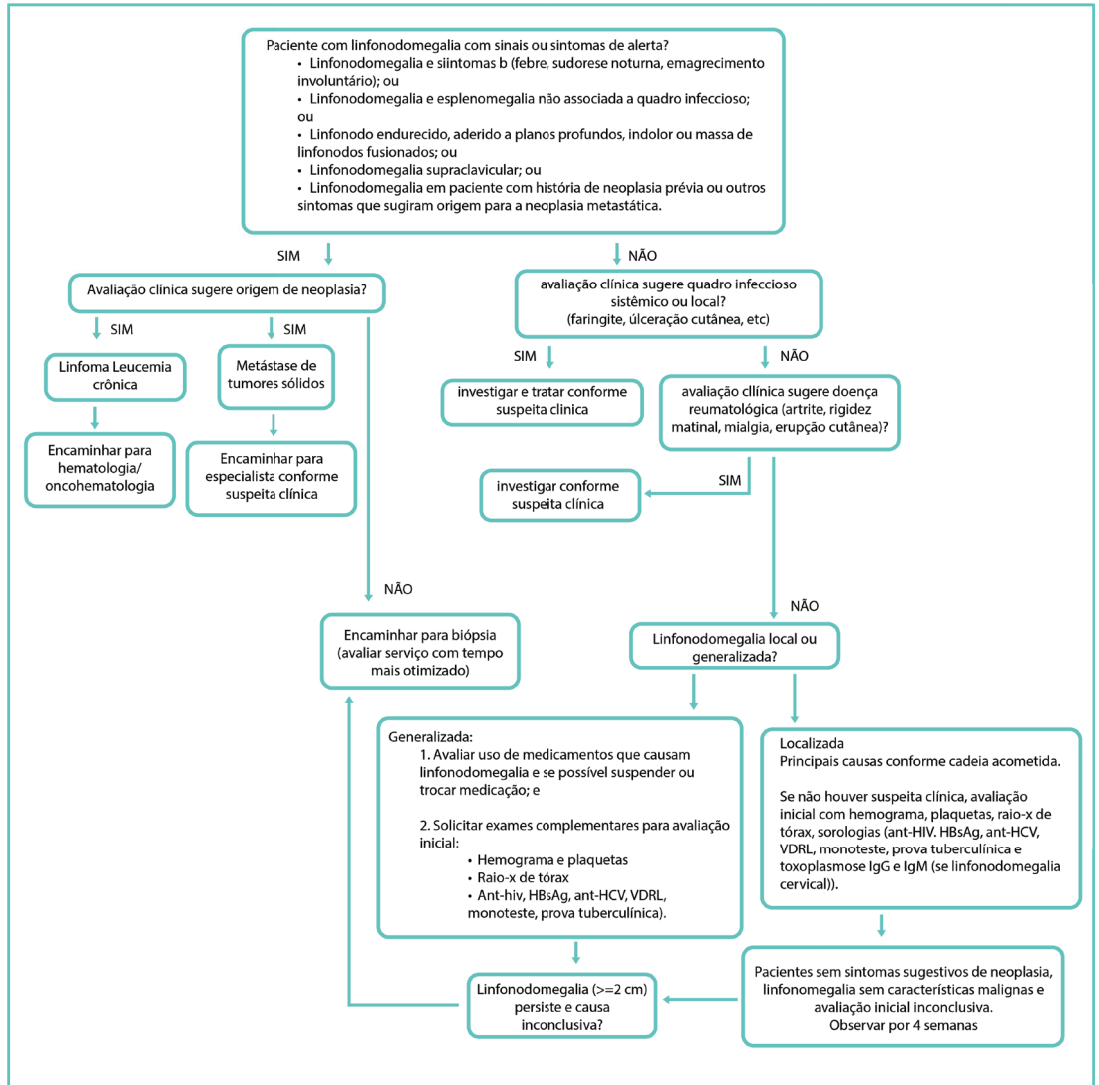
Quadro 6 – Valores de referência para Tempo de Protrombina e Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) (valores de referência podem variar conforme o laboratório)

TP	9,6 a 12,4 segundos
INR (razão normalizada internacional)	1,0
TTPA	22,3 a 34,0 segundos

Fonte: WALLACH (2013).

Figura 2 – Investigação de linfonodomegalia periférica

<p>Avaliação clínica inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evolução dos sintomas no tempo e características do linfonodo (tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas), • presença de sintomas B (perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre), • suspeita de infecção local ou sistêmica (faringite, toxoplasmose, mononucleose, ulceração cutânea), • exame físico com evidência de esplenomegalia • fatores de risco para HIV, sífilis, hepatites, • história de neoplasia prévia ou outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual, • história epidemiológica local (áreas endêmicas para doenças como leishmaniose), • uso de medicamentos (como alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, hidralazina, penicilina, fenitoína, primidona, pirimetamina).
<p>Principais causas de linfonodomegalia periférica localizada conforme cadeia acometida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cervical (drena couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço): infecções cutâneas, abscesso dentário, citomegalovírus, mononucleose, tuberculose, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático de tireoide, cabeça e pescoço) • Supraclavicular (drena trato gastrointestinal, genitourinário e pulmões): neoplasia maligna metastática ou hematológica. • Axilar (drena membros superiores, mama e tórax) : doença da arranhadura do gato, infecções cutâneas, carcinoma de mama metastático, melanoma metastático • EpitrocLEAR (drena ulna, antebraço e mão): mononucleose, infecções cutâneas, sarcoidose, sífilis, HIV, neoplasia hematológica. • Inguinal (drena abdome inferior, genitália externa/pele, canal anal, membros inferiores): celulite, DST, neoplasia (hematológicas e metastática região perianal e vulva)
<p>Linfonodo com características de malignidade: investigar conforme cadeia acometida.</p> <p>Linfonodo sem características de malignidade: Investigação básica se não houver suspeita clínica após anamnese e exame físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma e plaquetas, • raio-x de tórax, • sorologias: anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL, monoteste, prova tuberculínica. Se linfonodomegalia cervical realizar também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.



Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016)

Parte do tratamento das pessoas com doenças hematológicas são as frequentes transfusões de sangue. No Brasil, ainda é mais comum que se doe sangue somente quando se conhece alguém que necessita. Para viabilizar o acesso oportuno ao tratamento que as pessoas com doenças hematológicas precisam, é fundamental a orientação permanente para toda a população sobre a importância da doação de sangue.



**DOAR SANGUE
É COMPARTILHAR VIDA**

saúde
nas redes
blog.saude.gov.br

136
www.saude.gov.br

#doesangue

É o Governo Federal
trabalhando para
o Brasil avançar.

SUS+

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Campanha de doação de sangue 2015 disponível em < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhas-publicitarias?start=6>>

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
para esclarecer dúvidas ligue:

0800 644 6543



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

