

# PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À HEMATOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de  
Jundiaí –2020  
Versão III



Prefeitura  
de Jundiaí

## Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde  
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Érica de Mello Oliveira (Hematologista - UGPS)

Dr. Hélio A. Lotério (Hematologista - FMJ)

Dra. Flávia Morais Gennari Pinheiro (Infectologista –  
Ambulatório Moléstias Infecciosas)

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora - NRS)

Dra. Patrícia Ledo (Assistente técnica em saúde do adulto e do  
idoso)

Diretora: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo

## SUMÁRIOSUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	03
FLUXO DE ATENDIMENTO .....	04
INTRODUÇÃO .....	04
1. ANEMIAS .....	04
2. PLAQUETOPENIAS.....	08
3. LEUCOPENIAS.....	09
4. BICITOPENIA OU PANCITOPENIA .....	10
5. POLICITEMIA.....	10
6. LEUCOCITOSE.....	10
7. TROMBOCITOSE.....	11
8. EOSINOFILIA.....	11
9. ELEVAÇÃO DE FERRITINA.....	12
10. ESPLENOMEGALIA.....	12
11. TROMBOFILIA.....	13
12. PROLONGAMENTO DE TEMPOS DE COAGULAÇÃO (TP e TTPa).....	13
13. CONTROLE DE ANTICOAGULAÇÃO COM VARFARINA.....	13
14. ADENOMEGALIAS.....	15
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19



## APRESENTAÇÃO:

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que 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.

O **Serviço Especializado** (ou secundário) é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica. Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar 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.

A **Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar esta necessidade. 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 e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas.

A oferta deste protocolo é mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da atenção primária. Serve como subsídio para uma triagem clínica mais qualificada dos encaminhamentos desnecessários, colaborando com a priorização do acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda reprimida.

## FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico /generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

## INTRODUÇÃO

### 1) ANEMIAS

Definição pela OMS:

- Homens: Hemoglobina <13g/dl
- Mulheres: Hemoglobina <12g/dl
- Gestantes: Hemoglobina <11g/dl

Além do nível de hemoglobina deverá ser avaliado o Volume Corpuscular Médio (VCM) no hemograma e solicitar contagem de reticulócitos para melhor classificação do tipo de anemia.

- Anemia microcítica: VCM < 80fL
- Anemia normocítica: VCM 80 a 100fL
- Anemia macrocítica: VCM> 100fL
- Reticulócitos: valores normais de 0,5 a 2%

➤ **Anemia microcítica (VCM <80) com reticulócito normal ou baixo:**

A principal causa é anemia ferropriva. Solicitar dosagem de ferro sérico, ferritina, saturação de transferrina e transferrina.

Em mulheres em idade fértil questionar hiperfluxo menstrual.

Em homens, mulheres com fluxo menstrual normal e mulheres na pós-menopausa, sempre investigar sangramento de trato gastrointestinal através da história clínica, endoscopia digestiva alta e três amostras de sangue oculto nas fezes.

Das causas gastrointestinais que cursam com anemia ferropriva incluem: gastrectomias prévias, doença do refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato volumosa, úlceras gástricas e duodenais, tumores de trato digestivo, doença diverticular do cólon, doença inflamatória intestinal, doença celíaca, angiodisplasia de trato digestivo, hemorróidas sangrantes.

Gestação pode cursar com anemia ferropriva por aumento da demanda pelo feto.

**Tratamento:**

**1 - Oral:**

- **Sulfato ferroso** 40mg, 1 comprimido antes do almoço e jantar. Repetir hemograma e ferritina em 2 meses se Hb < 9g/dl e em 3 meses se Hb > 9g/dl. Manter contínuo até correção da causa.

**2 - Endovenoso:**

Pacientes gastrectomizados, com gastrite atrófica e doença celíaca necessitam de reposição de ferro endovenoso por redução da capacidade de absorção de ferro por via oral.

Pacientes que não toleram reposição de ferro oral (doença inflamatória intestinal, náusea ou constipação importantes) ou que necessitam de correção mais rápida da anemia ou aqueles sem resposta com ferro oral, devem fazer ferro endovenoso.

- **Sacarato de hidróxido férrico 100mg/ampola**: diluir 2 ampolas em SF 0,9% 250ml e infundir em 1 hora. Administrar de 1 a 2x/semana a depender da necessidade de reposição mais frequente ou menos frequente (semanal, quinzenal ou mensal). A reposição irá depender do grau e velocidade de perda.

Repetir hemograma e ferritina em 2 meses se Hb < 9g/dl e em 3 meses se Hb > 9g/dl.

Manter a reposição até correção da causa.

- **Anemia microcítica com VCM muito baixo (50-70fL) associada a eritrocitose (Eritrócitos >5,5x10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>), reticulócito normal ou alto:**

Sugere talassemia.

Solicitar eletroforese de hemoglobina e encaminhar para hematologia.

- **Anemia normocítica (VCM 80-100fL) com reticulócito normal ou baixo:**

Pode ser causada por doenças inflamatórias ou infecciosas crônicas (lúpus, artrite reumatóide, doença de crohn, retocolite, tuberculose, úlceras crônicas, osteomielite). Nestes casos, a anemia é sempre moderada com níveis de hemoglobina em torno de 9g/dl.

Anemia ferropriva inicial ou associação de deficiências vitamínicas pode cursar com anemia normocítica. Sempre pedir perfil de ferro, vitamina B12 e ácido fólico.

Geralmente, pacientes idosos durante quadro infeccioso agudo podem apresentar anemia, com recuperação dos níveis de hemoglobina após resolução da infecção.

Outras causas de anemia normocítica: doença renal crônica, tumores sólidos, doenças hematológicas que infiltram a medula óssea como mieloma múltiplo, linfomas e leucemias.

Solicitar ferro sérico, ferritina, saturação transferrina, transferrina, vitamina B12, ácido fólico, uréia, creatinina, VHS, PCR, DHL, FAN, fator reumatóide, eletroforese de proteínas séricas.

Se descartadas doenças inflamatórias/infecciosas, ferropenia e doença renal, referenciar ao hematologista.

➤ **Anemia normocítica (VCM limite superior da normalidade) ou Anemia macrocítica (VCM >100fL) com reticulócito alto:**

A principal causa é anemia hemolítica que pode ser hereditária ou adquirida.

As principais causas hereditárias são esferocitose hereditária, deficiência de G6PD e anemia falciforme.

As causas adquiridas são anemia hemolítica auto-imune e fragmentação eritrocitária (valvopatias, próteses valvares mecânicas).

Se Hb<7g/dl encaminhar ao pronto socorro.

Se Hb>7 g/dl iniciar ácido fólico 5mg/dia e encaminhar ao hematologista na prioridade.

➤ **Anemia macrocítica (VCM >100fL) e reticulócito baixo:**

A principal causa é a carência de vitamina B12 ou ácido fólico. Em geral, na carência de vitamina B12, se apresenta com quadro insidioso de astenia, emagrecimento e, eventualmente, com parestesia de membros inferiores.

Ao exame físico, além da palidez cutânea, pode ser vista a língua despilada (glossite).

- **Causas de carência de vitamina B12:** perniciosa, gastrectomias, ressecção e doenças ileais, veganismo.
- **Causas de carência de ácido fólico:** desnutridos crônicos, doença inflamatória intestinal, hemólise crônica.

Outras causas de anemia macrocítica são etilismo crônico, hipotireoidismo e falências medulares (aplasia, mielodisplasia).

Solicitar dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, DHL, TSH, T4 Livre.

**Tratamento:**

- Ácido fólico 5mg oral ao dia.



- Cianocobalamina 5000mcg ampola Intramuscular: 2x/semana se Hb<9g/dl ou 1x/semana se Hb>9g/dl – manter reposição até consulta com hematologista.

Deficiência de B12 referenciar ao hematologista.

Se dosagem de vitamina B12 e ácido fólico forem normais, descartado etilismo e hipotireoidismo, referenciar ao hematologista, pois pode se tratar de doenças medulares. Se Hb<9g/dl encaminhar na prioridade, se Hb>9g/dl encaminhar eletivamente.

## **2 - PLAQUETOPENIAS**

É definida pela contagem de plaquetas abaixo de 150 mil/mm<sup>3</sup>.

Sempre confirmar com novo hemograma (EDTA).

Confirmada a plaquetopenia, solicitar enzimas e função hepática (TGO, TGP, FA, Gama GT, Bilirrubinas, TP, Albumina), sorologias para HBV (HbSAg Anti-HbS e Anti-Hbc total), HCV, HIV, dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, FAN, VHS, PCR.

Agregados plaquetários podem falsear o resultado, repetir hemograma nesses casos.

Infecções agudas podem cursar com plaquetopenia transitória. Sempre repetir hemograma após resolução do quadro infeccioso.

Avaliar na história clínica, etilismo crônico e uso de medicamentos que possam causar plaquetopenia (AINEs, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, psicotrópicos, diuréticos e sinvastatina).

Se uso de medicamentos acima, avaliar risco x benefício da suspensão ou troca de classe. Reavaliar, em 3 meses, com hemograma.

No exame físico pesquisar esplenomegalia, que pode ser causa de plaquetopenia por sequestro.

Hepatopatia crônica com hipertensão portal (alcoólica, esteato-hepatite, auto-imune) é causa de plaquetopenia, bem como etilismo crônico.

Referenciar ao hematologista se contagem abaixo de 50.000/mm<sup>3</sup>. Se plaquetopenia < 20.000/mm<sup>3</sup> encaminhar ao pronto socorro.

- **Pré-operatório e plaquetopenia:**
  - Níveis seguros para cirurgia em sistema nervoso central e ocular: acima de 100.000/mm<sup>3</sup>.
  - Níveis seguros excetuando os procedimentos acima: acima de 50.000/mm<sup>3</sup>.
- **Anticoagulação e antiagregação X plaquetopenias:** descartado hepatopatia, pode manter medicação se plaquetas acima de 80.000/mm<sup>3</sup>.
- **Plaquetopenia gestacional:** surge no segundo ou terceiro trimestre e os valores são em geral acima de 70.000/mm<sup>3</sup>. Deve ser descartado sempre DHEG. Níveis menores de plaquetas ou que se iniciam no primeiro trimestre podem se tratar de trombocitopenia imunológica. Referenciar ao hematologista se plaquetas <100.000/mm<sup>3</sup>.

### 3 - LEUCOPENIAS

É definida pela contagem absoluta de neutrófilos abaixo de 1.500/mm<sup>3</sup>.

Infecções agudas podem causar diminuição transitória da contagem de leucócitos.

Doenças imunológicas podem causar leucopenia imune e deve ser pesquisada na história e no exame físico.

Esplenomegalia pode causar leucopenia, além de plaquetopenia, e deve ser avaliada no exame físico. Dentre as causas mais comuns em nosso meio está a hepatopatia crônica com hipertensão portal.

Pessoas negras, afrodescendentes e orientais possuem níveis mais baixos de leucócitos, chamada de leucopenia étnica benigna. Esse quadro é constitucional e não causa aumento de risco de infecções.

Sempre repetir hemograma para confirmar e solicitar dosagem de vitamina B12, ácido fólico, enzimas e função hepática, FAN, VHS, PCR e sorologias para HBV (HbSAg, Anti-HbS e Anti-Hbc total), HCV, HIV.

Alguns medicamentos podem cursar com leucopenia: AINEs, psicotrópicos, anticonvulsivantes, antidepressivos. Avaliar risco x benefício da suspensão ou considerar trocar de classe para reavaliação com hemograma após 3 meses.

Encaminhar ao hematologista quando descartadas as possíveis causas acima relatadas.

#### **4 - BICITOPENIA OU PANCITOPENIA**

Redução da contagem absoluta de duas ou mais séries do hemograma.

Descartar sempre hiperesplenismo, drogas, doenças imunológicas, infecciosas e deficiências vitamínicas como relatado nos itens acima.

Sempre repetir hemograma para confirmar e solicitar contagem de reticulócitos, dosagem de vitamina B12, ácido fólico, enzimas e função hepática, FAN, VHS, PCR e sorologias para HBV (HbSAg, Anti-HbS e Anti-Hbc total), HCV, HIV.

Se descartadas as causas acima ou se associada a esplenomegalia sem causa aparente, referenciar ao hematologista.

Hb<7g/dl e/ou Leucócitos<500/mm<sup>3</sup> e/ou Plaquetas<20.000/mm<sup>3</sup>:

Encaminhar ao Pronto Socorro.

Hb<8g/dl e/ou Leucócitos<1000/mm<sup>3</sup> e/ou Plaquetas<50.000/mm<sup>3</sup>:

Encaminhar ao hematologista como prioridade.

#### **5 - POLICITEMIA**

Em caso de aumento isolado de hemoglobina (Hb>16g/dl ou Ht>48% em mulheres; Hb>16,5g/dl ou Ht>49% em homens), investigar pneumopatias (asma, DPOC, pneumoconiose), tabagismo e apnéia do sono.

Se persistir a alteração e descartadas as causas acima referenciar ao hematologista, pois pode se tratar de mieloproliferação. Se Hb > 20g/dl encaminhar como prioridade.

#### **6 - LEUCOCITOSE**

Leucocitose pode ser decorrente de infecções agudas ou crônicas. Em infecções agudas pode haver liberação de formas jovens na circulação sanguínea (até bastonetes em geral).

Lembrar que o uso de corticóide pode causar leucocitose com neutrofilia.

Leucocitose com desvio escalonado para esquerda, ou seja, com presença de formas jovens (descartada infecção aguda), deverá ser referenciada ao hematologista.

Na presença de linfocitose (linfócitos acima de 4mil/mm<sup>3</sup>) persistente em dois exames (com intervalo de 30 dias), referenciar ao hematologista. Em caso de sintomas B (febre, emagrecimento e sudorese noturna) ou associado a anemia e/ou plaquetopenia, encaminhar como prioridade.

## **7 - TROMBOCITOSE**

É definida por valores de plaquetas acima de 450mil/mm<sup>3</sup>.

Infecções agudas ou crônicas, doenças inflamatórias crônicas e anemia ferropriva podem cursar com trombocitose.

Pacientes esplenectomizados podem apresentar trombocitose persistente, não sendo motivo de seguimento com hematologista.

Se descartadas as causas acima e valores persistentemente elevados de plaquetas, referenciar ao hematologista.

Se plaquetas acima de 1 milhão/mm<sup>3</sup> encaminhar como prioridade.

## **8 - EOSINOFILIA**

Descartar parasitoses, rinite alérgica, asma, urticária, dermatite atópica, eczema e doenças imunológicas (colagenoses e vasculites).

Algumas drogas cursam com eosinofilia com ou sem alterações cutâneas associadas: alopurinol, AINEs, ranitidina, aspirina, cefalosporinas, penicilinas, carbamazepina, fenitoína, amitriptilina, diuréticos e metildopa.

Avaliar risco x benefício da suspensão ou considerar trocar de classe para reavaliação com hemograma após 3 meses.

Níveis persistentemente elevados acima de 1500/mm<sup>3</sup>, descartadas as causas acima, merecem investigação hematológica.

## 9 - ELEVAÇÃO DE FERRITINA

As principais causas são síndrome metabólica, esteatose hepática, hepatopatias crônicas (alcoólica, viral, NASH), alcoolismo, neoplasias, doenças inflamatórias e infecciosas crônicas.

Pacientes politransfundidos podem cursar com níveis elevados de ferritina.

Solicitar dosagem de ferro sérico, ferritina, saturação de transferrina e transferrina.

A fim de descartar as causas não hematológicas, solicitar enzimas e função hepática, FAN, Fator Reumatóide, VHS, PCR, glicemia, perfil lipídico e sorologias para HBV (HbSAg, Anti-HbS e Anti-Hbc total), HCV e HIV.

Em pacientes com síndrome metabólica e aqueles com alteração de função hepática deve-se solicitar ultrassonografia de abdome para avaliar esteatose ou hepatopatia crônica.

Se saturação de transferrina acima de 50% em dois exames (intervalo de 60 dias), pode se tratar de hemocromatose hereditária e deverá ser referenciado ao hematologista.

## 10 - ESPLENOMEGALIA

Doenças auto-imunes e infecciosas crônicas (colagenoses, endocardite, tuberculose, leishmaniose, esquistossomose, HIV) podem causar esplenomegalia.

Hepatopatia crônica com hipertensão portal também é causa frequente de esplenomegalia em nosso meio.

Avaliar com enzimas e função hepática, sorologias para HBV (HbSAg, Anti-HbS e Anti-Hbc total), HCV, HIV, FAN, VHS, PCR e ultrassonografia de abdome.

Na história clínica pesquisar sintomas B (febre, emagrecimento, sudorese), síndrome consumptiva, avaliar se existe adenomegalias palpáveis no exame físico. Se positivo, referenciar ao hematologista e encaminhar (via regulação médica) para biópsia de linfonodo: pode se tratar de linfoproliferação.

Se esplenomegalia isolada e descartadas as causas acima, referenciar ao hematologista.

## 11 - TROMBOFILIA

Pacientes com história de tromboembolismo venoso (TEV) deverão ser encaminhados ao hematologista para investigação de trombofilia nos seguintes casos:

- TEV idiopático em indivíduos abaixo de 50 anos.
- TEV em mulheres associado ao contraceptivo hormonal oral.
- TEV em locais incomuns: sistema venoso cerebral, veia porta, hepática e mesentérica.
- TEV recorrente sem fator de risco associado.

Os casos de morbidade obstétrica deverão ser referenciados ao hematologista, sendo definida por:

- 3 ou mais abortos espontâneos precoces (<10 semanas) e inexplicados, excluídas as causas maternas anatômicas e hormonais ou;
- Uma ou mais mortes inexplicadas de fetos morfologicamente normais acima de 10 semanas ou;
- Um ou mais parto prematuro de neonato morfologicamente normal abaixo de 34 semanas devido à Eclâmpsia ou Pré-eclâmpsia grave, insuficiência placentária, restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) ou Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) sem causa aparente.

## 12 - PROLONGAMENTO DE TEMPOS DE COAGULAÇÃO (TP e TTPa)

Repetir o exame, pois pode ser erro pré-analítico. Se persistir alterado referenciar ao hematologista.

Na presença de perdas sanguíneas importantes, solicitar hemograma e ferritina.

## 13 - CONTROLE DE ANTICOAGULAÇÃO COM VARFARINA

Iniciar varfarina 5 mg ao dia, orientar ingestão em jejum e com água.

Dieta: orientar ingestão de uma porção pequena de vegetal verde, diariamente, para evitar oscilações de INR.

Orientar não usar anti-inflamatórios não esteroidais (AINES).

Solicitar uma medida de TP (INR) 7 dias após o início do tratamento para avaliar se atingiu o INR alvo (Tabela 1).

**Tabela 1: Alvo do INR**

2,0 – 3,0	2,5 – 3,5
Fibrilação/Flutter atrial	Tromboembolismo venoso recorrente (vigência de uso de anticoagulante)
Tromboembolismo venoso/TEP	Válvula mitral metálica
Válvula aórtica metálica	

Ajustar a dose total semanal (DST) em 10 a 20% a depender do INR (Tabela 2).

Se o INR mantiver estável (na faixa terapêutica) em 2 exames consecutivos (semanal) reavaliar com TP (INR) em 15 dias. Mantendo-se estável, reavaliação a cada 4 a 6 semanas.

Se paciente fizer uso de antibiótico ou iniciar novo medicamento, coletar TP (INR) 2 semanas após o início do tratamento.

Pacientes com INR estável em exames anteriores e que apresentam na consulta INR com valor entre 1,8 e 3,3 não devem ter seu tratamento modificado.

**Em todas as consultas reforçar sobre o uso correto da dose de varfarina e o horário de tomada da medicação, além de reforçar a dieta.**

Exemplo: Iniciado varfarina 5mg ao dia e coletado TP (INR) 7 dias após, pela manhã, com resultado de 1,6.

Calcular a dose total semanal ( $7 \times 5 \text{ mg} = 35\text{mg}$ ).

Nesse caso que o TP está fora do alvo terapêutico. Adicionar 10% na dose total semanal ( $35\text{mg} \times 10\% = 3,5 \text{ mg}$ ). Ajustar a prescrição para uso aproximado dessa dose dividido entre os 7 dias da semana (nesse exemplo, poderia ser prescrito 1cp e meio em 1 dia na semana e nos demais dias manter 1cp ao dia).

**Tabela 2: Ajuste de DTS conforme INR**

INR	Conduta
<2	Adiciona 10% na dose total semanal (DTS). Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
2,0 - 3,0	Manter a dose
3,0 - 4,0	Reduzir a DTS em 10%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
4,0 - 4,99	Suspender a dose do dia e reduzir DTS em 20%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
5 – 7	<b>Sem sangramento:</b> suspender por 3 dias e reduzir DTS em 20%. <b>Com sangramento:</b> suspender varfarina, encaminhar ao PS para realizar vitamina K e reduzir DTS em 20%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
> 7	Encaminhar ao PS para realizar vitamina K ou PFC e reduzir DTS em 20%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.

#### 14 - ADENOMEGALIAS

Primeiramente avaliar se há algum foco infeccioso local relacionado (faringite, lesão em pele, celulite, conjuntivite, abscesso dentário). Se houver, tratar a causa base.

Se não houver infecção ou não tiver indicação de encaminhamento à emergência, seguir protocolo abaixo segundo tempo de evolução:

- Menos de quatro semanas de evolução: solicitar hemograma e sorologias (EBV, teste rápido HIV, CMV, toxoplasmose e teste treponêmico rápido - sífilis):
  - Se sorologia positiva, tratar conforme doença diagnosticada. Se HIV positivo ou Toxoplasmose IgM positivo, encaminhar para ambulatório de Moléstias infecciosas.



- Se exames normais, seguir acompanhando semanalmente até 4-6 semanas de evolução do linfonodo e observar se irá regredir.

Persistindo adenomegalia seguir protocolo abaixo:

➤ Mais de quatro semanas de evolução: solicitar hemograma, PCR, VHS, DHL e sorologias (EBV, teste rápido HIV, CMV, toxoplasma e teste treponêmico rápido - sífilis):

- Se sorologia positiva, tratar conforme a doença diagnosticada. Se HIV positivo ou Toxoplasmose IgM positivo, encaminhar para Ambulatório de Moléstias infecciosas.
- Se sorologias negativas, sem alteração hematológica e persistência da adenomegalia encaminhar para especialidade de Cirurgia Cabeça e Pescoço.
- Se sorologias negativas e houver duas ou mais alterações hematológicas (anemia, plaquetopenia, leucocitose/ leucopenia) encaminhar ao hematologista (via Regulação Médica).

**Indicações para encaminhamento à emergência:**

- Sintomas compressivos (síndrome da veia cava superior, dispnéia, disfagia, síndrome de compressão medular).

**Indicações direta para realização de biópsia de linfonodo são:**

- Linfonodomegalia supraclavicular;
- Linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderidos a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- Linfonodomegalia ( $\geq 2$  cm) persistente (após 4 semanas) sem causa definida.
- Linfonodomegalia + Sintomas B (febre, emagrecimento e sudorese noturna)

**Indicações para encaminhamento à hematologia na prioridade (suspeita de linfoproliferação):**

- Linfonodomegalias e esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes sem indicação de emergência.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**P0**

- Anemia normocítica (VCM limite superior da normalidade) ou Anemia macrocítica (VCM  $>100$ fL) com reticulócito alto. Se Hb  $< 7$ g/dl.
- Plaquetopenia  $< 20.000/mm^3$ .
- Bicitopenias ou pancitopenias: Hb $<7$ g/dl e/ou Leucócitos $<500/mm^3$  e/ou Plaquetas  $<20.000/mm^3$ .
- Linfonodomegalia com sintomas compressivos (síndrome da veia cava superior, dispnéia, disfagia, síndrome de compressão medular).

**P1**

- Anemia normocítica (VCM 80-100fL) com reticulócito normal ou baixo.
- Anemia normocítica (VCM limite superior da normalidade) ou Anemia macrocítica (VCM  $>100$ fL) com reticulócito alto. Se Hb  $>7$ g/dl.
- Anemia macrocítica por deficiência de vitamina B12.

- Anemia macrocítica (VCM >100fL) com Hb > 9g/dl e reticulócito baixo, se dosagem de vitamina B12 e ácido fólico forem normais, descartado etilismo e hipotireoidismo. Pode se tratar de doenças medulares.
- Plaquetopenia < 50.000/mm<sup>3</sup> em homens e mulheres não gestantes.
- Plaquetopenia gestacional (qualquer valor).
- Leucopenias quando descartada infecção, doença hepática e deficiências vitamínicas.
- Bicitopenias ou pancitopenias: Hb < 8g/dl e/ou Leucócitos < 1000/mm<sup>3</sup> e/ou Plaquetas < 50.000/mm<sup>3</sup>.
- Policitemia com Hb > 20g/dl.
- Leucocitose com desvio escalonado para esquerda se descartado infecção aguda.
- Leucocitose na presença de linfocitose (linfócitos acima de 4mil/mm<sup>3</sup>) persistente em dois exames (com intervalo de 30 dias).
- Leucocitose com sintomas B ou associado a anemia e/ou plaquetopenia.
- Trombocitose acima de 1.000.000/mm<sup>3</sup>.
- Suspeita de trombofilia em morbidade obstétrica.
- Esplenomegalia + síndrome consumptiva + linfonodomegalias palpáveis no exame físico.
- Linfonodomegalias/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem associação com quadro infeccioso e sem indicação de emergência.
- Encaminhar para biópsia de linfonodo: linfonodomegalia supraclavicular, linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderidos a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados) ou linfonodomegalia ≥ 2 cm persistente (> 4 semanas) sem causa definida.

## **P2**

- Anemia microcítica com VCM muito baixo (50-70fL) associada a eritrocitose (Eritrócitos > 5,5x10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>), reticulócito normal ou alto (talassemias).
- Policitemia com Hb < 20g/dl se descartada doenças pulmonares, tabagismo e apnéia do sono.

- Eosinofilia com níveis persistentemente elevados acima de 1.500/mm<sup>3</sup> (em 6 meses), descartadas causas conhecidas.
- Elevação de ferritina e saturação de transferrina acima de 50% em dois exames (intervalo de 60 dias).
- Esplenomegalia isolada descartada hepatopatia crônica com hipertensão portal, causas infecciosas, inflamatórias e autoimunes.
- Indicação de investigação de trombofilia.
- Prolongamento de tempos de coagulação (TP e TTPa).
- Trombocitose menor que 1.000.000/mm<sup>3</sup>.

### **P3**

- Não se aplica.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) ARMITAGE JO. Approach to the patient with lymphadenopathy and splenomegaly. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil's Textbook of internal medicine. 22. ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 990-4.
- 2) BUTT NM et al. Guideline for the investigation and management of eosinophilia. BJH. 2017, 176, 553-572.
- 3) FAVALORO et al. Laboratory screening for thrombophilia. Seminars in thrombosis and hemostasis. 2009; 35(7):695-710.
- 4) FERRER R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician 1998; 58(6):1313-20.
- 5) FIJTEN GH, BLIJHAM GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice. An evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians' workup. J Fam Pract 1988; 27:373-6.
- 6) HOFFBRAND AV. Fundamentos em hematologia, 6. Ed.
- 7) MARTINS HS. Síndrome de veia cava superior. In: Herlon Saraiva Martins et al. Emergências clínicas: abordagem prática. Barueri: Manole, 2015. 1159-1163.

- 8) MARTINS HS. Compressão medular aguda neoplásica In: Herlon Saraiva Martins et al. Emergências clínicas: abordagem prática. Barueri: Manole, 2015. 1164-1172.
- 9) PORTO G et al. Hereditary hemochromatosis guidelines. EJHG. 2015; 1-17.
- 10) Regula SUS: Protocolos de Encaminhamento para Hematologia Adulto [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Telessaúde RS/UFRGS. <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_encaminhamento\\_hematologia\\_20161108.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_hematologia_20161108.pdf)>. Acesso em: 26 novembro 2018.
- 11) PASQUINI R, FALCÃO RS, ZAGO MA. - Tratado de Hematologia – Capítulo 10. “O paciente com linfonodomegalia”, 2014.
- 12) STEPHAN, MOLL. Thrombophilia: clinical-practical aspects. J Thromb Thrombolysis. 2015;39:367-378.
- 13) THIELE J et al. Polycythaemia Vera. In: Steven H Swerdlow et al. WHO Classification of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 2017 Revised Edition. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2017. 39-43.