



**FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE HEMATOLOGIA**

Hospital de Hematologia

REGULAÇÃO AMBULATORIAL

- PROTOCOLOS DE ACESSO E CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA -

RECIFE / 2016

Serviço de Hematologia Geral

- Fluxo de atendimento:

Uma vez avaliados os critérios de encaminhamento ao Hemope pelo Setor de Regulação da SES, o paciente será atendido inicialmente pela Triagem Clínica Hematológica, realizada às quintas-feiras, no horário da manhã.

- Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento:
 1. Pacientes com diagnóstico clínico sugestivo de coagulopatia hereditária, anemia hemolítica hereditária ou qualquer patologia de base hematológica primária, desde que embasado em alterações de exames de avaliação hematológica e que excluam as causas mais frequentes que causam repercussão no sistema hematopoiético, conforme critérios já definidos.
- Informações importantes (incluir no encaminhamento):
 1. História completa contendo tempo de evolução da doença;
 2. Descrição do exame físico;
 3. Anexar exames laboratoriais já realizados;
 4. Detalhar tratamentos prévios e respectivas respostas.

Responsável: Dra. Reijane Alves de Assis
Telefone para contato: 31824736

Serviço de Oncohematologia

- Fluxo de atendimento:

O paciente encaminhado será atendido nos ambulatórios de oncohematologia, onde serão realizados todos os procedimentos propedêuticos necessários ao caso.

- Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento:
 2. Pacientes adultos, com diagnóstico clínico de neoplasia maligna do sangue, desde que confirmada por exame anatomopatológico ou citopatológico, observando os critérios já definidos.
- Informações importantes (incluir no encaminhamento):
 5. História completa contendo tempo de evolução da doença;
 6. Co-morbidades associadas;
 7. Descrição do exame físico;
 8. Detalhar tratamentos prévios realizados:
 - a. Cirurgia – descrição cirúrgica detalhada, contendo achados cirúrgicos e cirurgia realizada;

- b. Quimioterapia/hormonioterapia – drogas utilizadas com suas respectivas dosagens, número de ciclos e toxicidades associadas;
 - c. Radioterapia – dose e campo irradiado.
9. Cópia do exame anatomopatológico (obrigatório);
 10. Cópia de imunohistoquímica (se disponível);
 11. Exames realizados anteriormente (laboratoriais, radiológicos, endoscópicos).

Responsável: Dra. Alita Andrade Azevêdo
Telefone para contato: 31824757

Serviço de Pronto Atendimento

- Fluxo de atendimento:

O serviço de pronto atendimento funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia e destina-se **exclusivamente** aos pacientes cadastrados no Hospital Hemope, tanto na Hematologia Geral, quanto na Oncohematologia.

O dimensionamento do setor é inadequado para atendimento de demanda espontânea e não se presta para ser regulado, considerando o volume de pacientes já cadastrados no serviço e o espaço e estrutura física existentes.

Responsável: Dra. Bruna Rosa Viana Carvalho
Telefone para contato: 31824736

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA - PACIENTES ADULTOS -

1. PLAQUETOPENIA (PLAQUETAS $\leq 150.000/\text{mm}^3$)

1.1. VALORES de plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$

- MATRICULAR NO SERVIÇO PARA INVESTIGAÇÃO DE CAUSA BÁSICA.

1.2. VALORES ENTRE 100.000 E 150.000/ MM^3

- Em caso de pré-operatório – sem necessidade de avaliação hematológica específica, já que todas as cirurgias, mesmo as oftalmológicas e neurocirúrgicas estão liberadas, pelos estudos de hemocomponentes, incluindo as pautas do Ministério da Saúde.

- SEM INDICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA, ACEITAR SOMENTE APÓS INVESTIGAÇÃO DO SERVIÇO QUE ENCAMINHOU PACIENTE:

- Provas de função hepática;
- Provas de função tireoidiana;
- Sorologias: hepatites B, C, HIV, HTLV;
- Exclusão de doença auto-imune (FAN e Fator Reumatóide);
- Ultrassonografia de abdome (afastar hiperesplenismo / fibrose periportal - muito frequentes em nosso meio).

2. LEUCOPENIA E NEUTROPENIA

2.1. LEUCOPENIA $< 2.500/\text{mm}^3$ E/OU NEUTROPENIA $< 1.000/\text{mm}^3$

Cadastrar no serviço para investigação.

2.2. LEUCOPENIA ENTRE 2.500 e 4.000 mm^3 e/ou neutrófilos $> 1000\text{mm}^3$, → Cadastrar somente após investigação de:

- Provas de função hepática;
- Provas de função tireoidiana;
- Sorologias: hepatites B, C, HIV, HTLV;
- Exclusão de doença auto-imune (FAN e Fator Reumatóide);
- Ultrassonografia de abdome (hiperesplenismo / fibrose periportal muito frequentes em nosso meio).

3. ANEMIA HIPOCRÔMICA/MICROCÍTICA

3.1. ANEMIA TIPICAMENTE Ferropriva

Caso necessite reposição com ferro injetável, serão mantidos somente até fazerem reposições e sair da zona de risco ($\text{Hb} > 8,0 \text{ g/dL}$), sendo que os mesmos após deverão ser encaminhados para ginecologista (nos casos de hipermenorreia), gastroenterologista se não houver causa de perda óbvia, principalmente após 50 anos e/ou pós-menopausa em mulheres e em homens em qualquer faixa etária, pois há a necessidade de EDA e colonoscopia.

3.2. Ferropenia pós gastroplastia

Indicação de reposição endovenosa se $\text{Hb} < 10 \text{ /dL}$, porém deverá ser encaminhada ao serviço de menor complexidade ou mesmo clínica médica com orientações de como e com qual frequência necessitarão de reposição de ferro endovenoso, não havendo a necessidade de seguimento com

hematologista. Em paralelo, principalmente se após 5 anos ou mais pós gastroplastia, orientar a administração de vitamina B12 intramuscular profunda de forma PERENE, pelos riscos de lesão neurológica em decorrência da deficiência crônica de B12 e alta após orientações específicas.

3.3. ANEMIAS Hipo/micro COM perfil de ferro normal

Avaliar a existência de hemoglobinopatias com pesquisa de: HPLC, pesquisa de alfa talassemia (se HPLC normal) e/ou curva de fragilidade, se história familiar.

- Se talassemia minor e/ou traço falciforme – ALTA – levando laudo com orientações de aconselhamento genético.
- Alfa talassemia – alta hospitalar

4. ANEMIAS MACROCÍTICAS

As Anemias macrocíticas (VCM >100) deverão ser investigadas no HEMOPE.

4.1. Se anemia megaloblástica por deficiência de B12: após reposição – orientações de reposição perene (programação de reposição a cada 3 a 4 meses) e alta do HEMOPE.

Nos casos confirmados de gastrite atrófica (metaplasia intestinal), orientar seguimento com clínica geral, com orientação de realização de EDA para vigilância de risco de adenocarcinoma gástrico.

5. ANEMIAS HEMOLÍTICAS → investigação inicial no Hemope.

Após investigação somente permanecerá no serviço, se for portador de patologia hematológica. Nos casos negativos, deverão ser encaminhadas para serviço de clínica médica com intuito de afastar colagenoses, neoplasias secundárias, cursando com fenômenos paraneoplásicos.

6. ALTERAÇÕES DE COAGULOGRAMA, PARTICULARMENTE EM EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Só serão avaliados os pacientes que trouxerem ao menos 2 exames alterados do serviço que encaminhou o paciente, conforme abaixo:

6.1. TTPa alargado → pelo menos 2 testes em datas diferentes com TTPaR > 1,4

6.2. INR alargado → pelo menos 2 testes em datas diferentes com INR >=1,4

Se houver resposta à vitamina K → alta → necessário avaliar hepatopatia → encaminhar ao clínico.

7. TROMBOFILIAS

Deverão vir encaminhados com história clínica mínima, após 3 meses do evento trombótico e preferencialmente descrição da presença ou não de eventos familiares. Afastado trombofilia, os pacientes terão alta do HEMOPE.

No caso de detecção de trombofilias e principalmente, nos casos em que se justifica a necessidade de anticoagulação perene, deverão ser orientados a serem acompanhados por serviço de clínica médica e com as devidas orientações em casos de exposição a situações de risco de recorrência.

8. LINFONODOMEGALIAS

Necessário que o paciente traga a biópsia confirmando linfoma não Hodgkin ou alterações em hemograma (leucocitose que sugiram doença linfoproliferativa que possa ser investigada por medula óssea).

9. HIPERFERRITINEMIA E / OU AUMENTO DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA

9.1. FERRITINA acima de 500, DESDE QUE APRESENTE saturação de ferro >45% em mulheres ou >50% em homens.

9.2. Nos casos em que já houver o diagnóstico de DHC, hepatite crônica, esteatohepatite → só aceitar se IST > que os previamente descritos independente do valor de ferritina.

10. PURPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE

Os casos que se encontrem estáveis, sem necessidade de tratamento, com plaquetas > 100.000/mm³ há mais de 5 anos → deverão receber alta do serviço.

Nos casos de recaídas tardias, paciente é reencaminhado e é readmitido no serviço.

11. LEUCOSES AGUDAS

Leucoses agudas: LLA e LMA → remissão com 5 anos → visita anual;

Após 10 anos: alta definitiva, PELA BAIXA PROBABILIDADE DE RECAÍDAS TARDIAS EM ADULTOS.

12. DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS

Pelo risco de apresentarem recaídas tardias, principalmente os linfomas de baixo grau já tratados ou as LLC, não deverão ter alta do serviço, mas passam a ser seguidos anualmente após o 5° ano, com orientação de anteciparem consultas em casos de surgimento de sintomas (anemia, sangramento, equimoses, aumento dos gânglios e do baço, sudorese noturna, perda ponderal importante).

13. LINFOMA DE HODGKIN → não é atendido no HEMOPE

14. LEUCEMIAS CRÔNICAS (LMC, LLC)

Não tem alta e são seguidos conforme julgamento clínico do médico assistente.

- PEDIATRIA -

- Itens obrigatórios:
 1. Encaminhamento do profissional médico com motivo da consulta;
 2. Resultados dos exames.

1. PLAQUETOPENIA (PLAQUETAS $\leq 150.000/\text{mm}^3$)

1.1. VALORES de plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$

- Cadastrar no serviço para investigação de causa básica.

1.2. VALORES ENTRE 100.000 E 150.000/ mm^3

- Em caso de pré-operatório – sem necessidade de avaliação hematológica específica, já que todas as cirurgias, mesmo as oftalmológicas e neurocirúrgicas estão liberadas, pelos estudos de hemocomponentes, incluindo as pautas do Ministério da Saúde.

- SEM INDICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA, ACEITAR SOMENTE APÓS INVESTIGAÇÃO DE:

- Provas de Função Hepática
- Provas de Função tireoidiana
- Sorologias: Hepatites B, C, HIV, HTLV
- Exclusão de doença auto-imune (FAN e Fator Reumatóide)
- Ultrassonografia de abdômen (afastar hiperesplenismo / fibrose periportal)

2. LEUCOPENIA E NEUTROPENIA

2.1. LEUCOPENIA $< 2.500/\text{mm}^3$ E/OU NEUTROPENIA $< 1.000/\text{mm}^3$

- Cadastrar no serviço para investigação de causa básica.

2.2. LEUCOPENIA ENTRE 2.500 e 4.000 mm^3 e/ou neutrófilos $> 1000/\text{mm}^3$ ACEITAR SOMENTE APÓS INVESTIGAÇÃO DE:

- Provas de Função Hepática
- Provas de Função tireoidiana
- Sorologias: Hepatites B, C, HIV, HTLV
- Exclusão de doença auto-imune (FAN e Fator Reumatóide)
- Ultrassonografia de abdômen (hiperesplenismo / fibrose periportal)

3. ANEMIA MICROCÍTICA/ HIPOCRÔMICA

3.1. ANEMIAS MICROCÍTICA/ HIPOCRÔMICA com perfil de ferro normal (Só aceitar com dosagem do ferro)

- Após o diagnóstico de talassemia minor e/ou traço falciforme, o paciente receberá alta do hospital Hemope.

4. ANEMIAS MACROCÍTICAS

As Anemias macrocíticas (VCM >100) deverão ser investigadas no HEMOPE.

4.1. Se anemia megaloblástica por deficiência de B12: após reposição – orientações de reposição perene (programação de reposição a cada 3 a 4 meses) e alta do HEMOPE.

5. ANEMIAS HEMOLÍTICAS (Anemia com reticulócitos elevados, bilirrubina total aumentada devido às custas de bilirrubina indireta) a investigar no Hemope.

Após investigação somente permanecerá no serviço, se for portador de patologia hematológica.

- Após o diagnóstico de caso das Deficiências Enzimáticas (G6PD, PK, etc), o paciente receberá alta do hospital Hemope.

6. ANEMIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS

6.1. ACEITAR SOMENTE APÓS INVESTIGAÇÃO DE:

- Provas de Função Hepática
- Provas de Função tireoidiana
- Sorologias: Hepatites B, C, HIV, HTLV
- Exclusão de doença auto-imune (FAN e Fator Reumatóide)
- Ultrassonografia de abdômen (hiperesplenismo / fibrose periportal)

7. ALTERAÇÕES DE COAGULOGRAMA , PARTICULARMENTE EM EXAMES PRÉ OPERATORIOS.

Só serão avaliados os pacientes que trouxerem ao menos 2 exames alterados conforme abaixo:

7.1. TTPa alargado à pelo menos 2 testes em datas diferentes com TTPaR > 1,4

7.2. INR alargado à pelo menos 2 testes em datas diferentes com INR >=1,4. Após reposição de vitamina K.

P.S: Encaminhar pacientes com sintomatologia hemorrágica importante, incluindo sufusões hemorrágicas de pele.

8. TROMBOFILIAS

Deverão ser encaminhados pacientes com história clínica mínima, afastando outras causas como pacientes hepatopatas e após 3 meses do evento trombótico, preferencialmente com descrição da presença ou não de eventos familiares.

- Afastado trombofilia, os pacientes terão alta do HEMOPE.

9. LINFONODOMEGALIAS

- Não encaminhar ao Hemope.

10. HIPERFERRITINEMIA E OU AUMENTO DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA

10.1. FERRITINA acima de 500, DESDE QUE APRESENTE saturação de ferro >45% em mulheres ou >50% em homens.

10.2. Nos casos em que já houver o diagnóstico de DHC, hepatite crônica, esteatohepatite, só aceitar se IST > maior que os previamente descritos, independente do valor de ferritina.

11. LEUCOSES

- Não encaminhar ao Hemope.