

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Um menino de um ano de idade foi atendido no serviço de emergência por apresentar manchas roxas em membros inferiores havia cinco dias. A genitora, que o acompanhava, negava a existência de outros sangramentos, febre, alterações de apetite, uso de medicações, contato com substâncias mielotóxicas, vacinas recentes e história de traumas. Não havia relato de episódios anteriores semelhantes ou doenças hematológicas na família. Ao exame físico, a criança apresentava-se em bom estado geral, eupneica, afebril, hidratada, corada e ativa. Destacava-se, ao exame segmentar, a presença de equimoses e hematomas em membros inferiores e abdome. Não foram palpados fígado, baço ou adenomegalias. O hemograma com plaquetas e o tempo de protrombina foram normais e o tempo de tromboplastina parcial ativado encontrava-se prolongado.

A respeito desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 61 A realização do tempo de coagulação (TC) é indispensável para o esclarecimento diagnóstico nesse caso.
- 62 A presença de petéquias, quando do exame físico, sugere a existência de alterações na hemostasia primária.
- 63 Considerando-se apenas os dados de anamnese e do exame físico, a púrpura trombocitopênica imune é uma hipótese diagnóstica adequada para o quadro clínico apresentado pela criança.
- 64 O tempo de tromboplastina parcial ativado é prolongado na deficiência de diversos fatores, mas não na deficiência do fator VII ou do fator XIII.
- 65 Classifica-se a hemofilia como leve quando o nível plasmático de fator de coagulação VIII-C encontra-se entre 5% e 50%.

Lactente com um mês de idade foi levada a sua primeira consulta com hematologista, devido a alteração no teste do pezinho. Gestação e parto sem intercorrências. Teve alta da maternidade com a mãe e duas consultas de rotina com o pediatra para orientações básicas. Sem história de transfusões e doenças hematológicas na família e sem qualquer queixa. Ao exame físico, a lactente apresentava-se em bom estado geral, eupneica, afebril, hidratada, corada e anictérica, com dados antropométricos adequados e com o exame físico segmentar normal. Teste de triagem neonatal (teste do pezinho) apresentou resultado do perfil de hemoglobinas: FS (presença de hemoglobina fetal e hemoglobina S).

A respeito desse caso clínico e dos múltiplos aspectos a ele relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 66 O perfil de hemoglobinas FS é compatível com o diagnóstico de anemia falciforme, mas o diagnóstico diferencial com S/β^0 talassemia deve ser considerado.
- 67 A complementação diagnóstica para esse caso, por meio de estudo quantitativo e qualitativo das hemoglobinas, se realizado por cromatografia líquida de alta performance (HPLC), pode apresentar hemoglobina A_2 falsamente elevada pela presença da hemoglobina S.
- 68 Os testes ou provas de falcização podem ser falsamente negativos nos recém-nascidos com hemoglobina S.
- 69 O tipo de anemia no homocigoto para hemoglobina S é hipocrômica microcítica.
- 70 Em se tratando de doença falciforme, o sequestro esplênico é a principal causa de morte.
- 71 Devido à alta taxa de aloimunização eritrocitária em pacientes com doença falciforme politransfundidos, indica-se a transfusão de hemácias deleucotizadas.

Um adolescente com 15 anos de idade realizou exames de rotina solicitados pelo pediatra que, ao receber os resultados, o encaminhou para o hematologista. Não tem qualquer queixa. Não sabe informar sobre casos de anemia na família. Exame físico normal. Trouxe hemograma, no qual se observa séries leucocitária e plaquetária normais e destaca-se o eritrograma, 6.000.000 de glóbulos vermelhos/ mm^3 ; hemoglobina: 11,5 g/dL; hematócrito: 35%; volume corpuscular médio (VCM): 69 fL; hemoglobina corpuscular média (HCM): 26 pg; concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM): 32%. Reticulócitos: 4%. Ferritina sérica: 47 ng/mL.

A respeito desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 72 A quantificação de hemoglobina A_2 é muito importante para o esclarecimento diagnóstico nesse caso.
- 73 O valor da hemoglobina A_2 sofre influência do estado de ferro.
- 74 Em se tratando de anemia ferropriva, a protoporfirina eritrocitária livre encontra-se diminuída.
- 75 A doença de hemoglobina H e a hemoglobinopatia pela presença da hemoglobina Lepore são causas de anemia hipocrômica e microcítica.

A respeito da doença hemolítica do feto e do recém-nascido, julgue os itens subsequentes.

- 76 Os sistemas de grupos sanguíneos ABO, Rh e Kell são os mais frequentemente envolvidos como causas de doença hemolítica do feto e do recém-nascido.
- 77 Anticorpos para os antígenos Duffy têm sido raramente causa de doença hemolítica do feto e do recém-nascido.
- 78 A esferocitose hereditária e a anemia falciforme são causas de hemólise e hiperbilirrubinemia nas primeiras 24 horas de vida e devem ser diagnósticos diferenciais com a doença hemolítica do recém-nascido.
- 79 Esferócitos podem ser identificados em esfregaços de sangue periférico de crianças com esferocitose hereditária e em casos de hemólise por incompatibilidade ABO.
- 80 O teste da antiglobulina direto (TAD) pode detectar moléculas de IgG e moléculas de C3 na superfície da hemácia.

Criança de dois anos de idade, sexo feminino, foi admitida no serviço de urgência de um hospital por apresentar havia um dia petéquias, equimoses e epistaxe. A criança não tinha antecedentes hemorrágicos pessoais ou familiares.

Com relação aos múltiplos aspectos relacionados a essa situação clínica, julgue os itens a seguir.

- 81 Em crianças estáveis, com plaquetopenia ocasionada por falência medular de caráter agudo, os limites utilizados como critério para a transfusão de concentrado de plaquetas são inferiores aos utilizados em adultos, correspondendo a valores plaquetários inferiores a 10.000/mcL.
- 82 Os valores plaquetários considerados seguros para a punção líquorica nesse caso, considerando-se as recomendações do Ministério da Saúde, seriam os superiores a 20.000/mcL.
- 83 A transfusão profilática de plaquetas não está habitualmente indicada nos casos de dengue hemorrágica, leptospirose e rickettsioses, independentemente da contagem de plaquetas no sangue periférico.

- 84 Em se tratando de plaquetopenias autoimunes, a transfusão de concentrado de plaquetas encontra-se indicada em todos os casos em que a contagem plaquetária estiver abaixo de 3.000/mcL.
- 85 Em caso de suspeita de plaquetopenia por púrpura trombocitopênica idiopática, havendo indicação de transfusão de concentrado de plaquetas, esta deve ser indicada em doses 2 a 3 vezes superiores às doses habitualmente utilizadas nas situações diversas das plaquetopenias autoimunes.
- 86 Crianças com plaquetopenia induzida por heparina apresentam contraindicação formal à transfusão de concentrado de plaquetas.

Considerando as diretrizes para a obtenção e utilização dos hemocomponentes preconizadas pelo Ministério da Saúde, julgue os itens que se seguem.

- 87 Os concentrados de hemácias sem solução aditiva devem ter hematócrito entre 65% e 80%; em bolsas com solução aditiva, o hematócrito pode variar entre 50% e 70%.
- 88 O método de obtenção de concentrado de plaquetas por *buffy coat* possibilita a redução no teor de leucócitos em aproximadamente 70%.
- 89 Por convenção, cada mL de plasma fresco congelado deve conter 3 U de atividade de fatores da coagulação.
- 90 A principal fonte de fibrinogênio concentrado é o crioprecipitado.
- 91 Nenhuma hemotransfusão deve exceder o período de 4 horas de infusão, devendo os produtos que excedam esta duração ser descartados.
- 92 Em pacientes pediátricos, a velocidade de infusão do concentrado de hemácias e do concentrado de plaquetas não deve exceder 20 mL/kg/hora e 30 mL/kg/hora, respectivamente.

A respeito das indicações de transfusão de hemoderivados em crianças de grupos especiais, julgue os itens subsequentes.

- 93 No caso de crianças portadoras de anemia falciforme em que não for possível a compatibilidade de concentrado de hemácias proposta, por insuficiência de estoques de concentrado de hemácias fenotipadas, o antígeno Kell deve ser considerado de maior imunogenicidade e(ou) importância clínica, em comparação ao antígeno Duffy.
- 94 Devem ser considerados em estado de imunodeficiência e, portanto, candidatos a transfusão de componentes celulares irradiados todos os recém-nascidos de peso igual ou inferior a 2 Kg e(ou) prematuros nascidos antes de 28 semanas de gestação até o limite do peso ou até a quarta semana de vida.
- 95 São consideradas candidatas à transfusão de componentes celulares irradiados as crianças portadoras de linfomas e leucemias agudas e as crianças portadoras de tumores sólidos tratadas com doses elevadas de metotrexate.
- 96 Está indicada a transfusão de concentrados de hemácias para recém-nascidos estáveis abaixo de quatro meses de vida com anemia tardia e valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 8 g/dL.

Em relação ao disposto na Resolução da Diretoria Colegiada n.º 34 de 2014 da ANVISA (RDC 34), julgue os próximos itens.

- 97 A ingestão de bebida alcoólica torna o indivíduo inapto para a doação de sangue por 24 horas após o consumo.
- 98 O candidato a doação de sangue com diagnóstico clínico ou laboratorial de doença de Chagas deve ser considerado definitivamente inapto.
- 99 No caso de coleta de hemocomponentes por aférese, os testes de triagem laboratorial para doenças transmissíveis pelo sangue devem ser realizados em amostra colhida no mesmo dia do procedimento, com exceção da coleta de granulócitos, linfócitos e células progenitoras hematopoiéticas, cujos testes podem ser coletados em amostras obtidas até 72 horas antes da doação.
- 100 Em se tratando de doador de sangue que, em doações prévias, apresentava resultado não reagente/negativo para HIV, hepatite B, hepatite C, HTLV I/II, se os testes de triagem laboratorial resultarem reagente/positivo ou inconclusivo para essas condições, em (soroconversão), o serviço de hemoterapia responsável pela produção dos hemocomponentes deve proceder à investigação de retrovigilância.

Espaço livre