

## QUESTÕES DISSERTATIVAS

Transcreva em no máximo 15 linhas, as respostas das questões dissertativas, com caneta azul ou preta, para o cartão de respostas.

### 1) Como abordar clinicamente e qual é a estratégia de investigação etiológica nas anemias ferroprivas de pacientes adultos?

A principal causa de anemia ferropriva em adultos é o sangramento patológico, sendo que nas mulheres na menacme as perdas pela menstruação são as mais importantes. Em homens adultos e mulheres menopausadas, a principal fonte de perda é do trato gastrointestinal.

Na menacme é fundamental fazer anamnese sobre o ciclo menstrual, regularidade, periodicidade, volume de sangue perdido. Além disso, uma avaliação ginecológica é fundamental para descartar alterações hormonais, pólipos, miomas e neoplasia de endométrio. A dieta também deve ser avaliada, principalmente quanto à ingestão de ferro hemínico. A história gestacional e a suplementação com sulfato ferroso na gravidez e na amamentação também deve ser avaliada.

Nos homens adultos e mulheres menopausadas, deve-se investigar histórico de sangramentos visíveis como hematoquezia (hemorroidas, fissuras anais, neoplasia de reto), alterações intestinais (doenças inflamatórias, neoplasia de colon transverso e descendente, retocolite, Doença de Crohn, Doença celíaca), hematêmese (úlceras, esofagite, varizes esofágicas), melena e enterorragia (neoplasias, angiodisplasias), emagrecimento (GIST, Neoplasia de estômago e de cólons). A neoplasia de cólon direito e de ceco é clinicamente silenciosa, sendo a anemia a evidência clínica mais precoce. A hérnia de hiato é causa importante de anemia ferropriva em idosos. A investigação endoscópica de TGI alto e baixo é obrigatória. Nos casos em que não há alterações endoscópicas, deve-se proceder a investigação com cápsula endoscópica wireless. O uso crônico de Aspirina, gastrites medicamentosas, gastrite auto-imune e associada ao *Helicobacter* também são causas frequentes de anemia ferropriva. No caso da gastrite auto-imune, a hipocloridria contribui para uma menor absorção de ferro. Deve-se avaliar o histórico de cirurgias (gastrectomia, cirurgia bariátrica, ressecções intestinais).

### 2) Como diferenciar, clinicamente, distúrbios da hemostasia primária e secundária entre si? Como diferenciar, clinicamente, distúrbios vasculares de plaquetários?

**Critérios Qualitativos:** Síndrome purpúrico em ambas com equimoses, sangramentos mucosos e sorosos. Contudo, no defeito de hemostasia primária surgem petéquias, ao passo que nos distúrbios da hemostasia secundária estas lesões não estão presentes. Já nos distúrbios da hemostasia secundária surgem hematomas, hemartroses e sangramentos em cavidades virtuais.

**Critérios Quantitativos:** defeito de hemostasia primária: lesões múltiplas. Hemostasia secundária: Lesões isoladas ou em pequeno número.

**Temporalidade:** hemostasia primária: surgem imediatamente após o trauma Na secundária, o sangramento ocorre em dois tempos, já que o mecanismo vascular e plaquetário estão preservados e são ativados.

Para diferenciar distúrbios plaquetários de vasculares, adotamos os critérios distributivos e quanto à presença ou não de inflamação. Nos distúrbios vasculares, a distribuição é maior em extremidades de membros (centrífuga), devido a alta pressão hidrostática (distribuição em luva e bota). Já nos distúrbios plaquetários as lesões também surgem em raízes de membros, tronco e face. Se as lesões purpúricas forem palpáveis e com halo eritematoso, ou seja, com sinais de inflamação, indica uma vasculite (distúrbio vascular). Neste caso, o padrão distributivo citado acima pode não ser respeitado.