



Caso 27: Vômitos com Sangue

- **Queixa Principal**
 - Homem de 41 anos de idade se apresenta com quadro de 4 episódios de vômitos de sangue
 - SAMU(APH)(se solicitado): Esposa do paciente ligou para o SAMU(APH) depois de presenciar o paciente vomitar uma "grande quantidade" de sangue. Não tem história de trauma. A equipe do SAMU(APH) presenciou um episódio de grande quantidade de sangue vivo. Não foi possível realizar acesso venoso durante o trajeto. Paciente tem cheiro de álcool.
- **Sinais Vitais**
 - **FC: 126 PA: 74/47 FR: 15 Sat: 99% em AA T: 36°C Peso: 70kg**
- **Aparência do Paciente**
 - Paciente está pálido, letárgico, com desconforto moderado. Os lábios apresentam sangue seco e suas roupas estão molhadas de sangue.
- **Avaliação Primária**
 - A (Via Aérea): fala normalmente
 - B (Respiratório): sem alteração respiratória, pulmões limpos
 - **C (Circulatório): pulsos distais finos, tempo de reenchimento capilar lentificado**
 - D (Neurológico): movimenta todos os 4 membros, responde todas as perguntas apropriadamente
 - E (Exposição): sem sinais externos de trauma, depois de remover toda a roupa
- **Ação**
 - Monitorar o paciente
 - Ofertar oxigênio por CN (opcional)
 - Realizar Glicemia Capilar (102, apenas se solicitado)
 - Realizar dois acessos venosos periféricos calibrosos (coletar sangue para exames)
 - Solicitar tipagem sanguínea para 4 a 6 unidades de concentrados de hemácias
 - Iniciar 1-2 L de solução cristalóide rápido
 - Solicitar ECG agora ([Figura 27.1](#)- taquicardia sinusal)
 - Solicitar raiox de toráx no leito agora ([Figura 27.2](#)- normal)
- **História**
 - Fonte: Paciente, SAMU(APH)

- HDA: Paciente de 41 anos masculino se apresenta com quadro de vômitos com sangue. Ele tem história de consumo abusivo de bebida alcoólica complicada por Cirrose e Hepatite C. Ele bebe 5 litros de vodka por dia "há anos", a última bebida foi hoje cedo. Ontem ele teve uma dor de estômago, que descreve como um desconforto no abdome superior e náusea. Hoje ele começou a vomitar sangue vermelho vivo. E está se sentindo fraco, porém não desmaiou. *Se for perguntado*, ele nega hematoquezia, mas apresentou fezes enegrecidas essa manhã. Nega trauma recente, febre ou calafrios. Nega quadro anterior de hematêmese ou Hemorragia Digestiva.
- HP: uso abusivo de álcool, cirrose, hepatite C
- Passado cirúrgico: nenhum
- Alergias: Nenhum
- Medicações: nenhum(se perguntado, não toma anticoagulantes ou uso excessivo de AINEs)
- Social: positivo para uso de álcool(como descrito acima), + tabagista - 1 maço por dia, usa maconha eventualmente
- História Familiar: não é relevante
- Estado de Reanimação: Código completo

- **Resposta/Resultados:**

- Reavaliação sinais vitais(SSVV)
 - SSVV depois de 1 L de cristalóide
 - PA: **86/54** FC: **117** (Ação imediata: prescrever mais 1L de cristalóide rápido ou inicie transfusão sanguínea)
 - SSVV caso não tenha sido realizado cristalóide:
 - PA: **71/42** FC: **133** (Ação imediata: prescrever mais 2L de cristalóide rápido ou iniciar transfusão de sangue)

- **Exame Físico:**

- **Geral:** vigil e alerta, apresentando desconforto moderado
- **Cabeça/Ojo/Ouvido/Nariz/Garganta (HEENT):** (deve perguntar especificamente) palidez conjuntival, icterícia 2+, pupilas isocóricas e fotorreagentes, mucosas secas, sem epistaxis, sem sangramento ativo na boca ou em orofaringe posterior
- Pescoço: normal
- Toráx: sem dor à palpação, sem crepitação
- **Cardiovascular:** taquicardia, ritmo regular, sem sopros, pulsos periféricos 1+, tempo de enchimento capilar lentificado
- Pulmão: normal
- **Abdome:** (deve perguntar especificamente) flácido, distendido, sem dor à palpação, presença de ascite moderada, sem descompressão brusca e sem defesa
- **Retal:** (*necessário) sangue oculto positivo, presença de melena, sem hemorróidas ou fissuras, sem sangue vivo
- Extremidades: normal

- Dorso: normal
- Neuro: normal
- **Pele:** pálido, pele fria, hematomas difusos, presença de aranhas vasculares
- Linfonodos: normal
- **Instrutor Incentiva:** alunos devem discutir os diagnósticos diferenciais e qual seria a fonte do sangramento do TGI
- **Ação**
 - Solicitar testes laboratoriais
 - Hemograma completo, eletrólitos, função renal, função hepática, lipase, PT/INR e PTT, tipagem sanguínea, EAS
 - Considerar lactato, troponina e nível alcoólico
 - Solicitar exame de imagem
 - RX de torác, caso ainda não tenha sido solicitado([Figura 27.2](#)- normal)
 - Solicitar Medicações
 - Octreotide 50 mcg EV em bolus seguido por 50 mcg/hr
 - Ceftriaxone 1 g EV
 - IBP (pantoprazol 80 mg EV, depois 8 mg/hr EV)
 - Transfundir 2 unidades de concentrados de hemácias empiricamente (solicitar consentimento)
 - Consultar o Gastroenterologista: demonstrar preocupação quanto a possibilidade de sangramento varicoso e necessidade de EDA
 - Gastro orienta continuar a estabilização do paciente, pode sugerir as ações acima
 - E informa que vai avaliar o paciente mais tarde (Alternativa: "Vamos ver o paciente pela manhã")
- **Resposta/Resultados**
 - Reavaliação do paciente e novos sinais vitais:
 - SSVV após 1 unidade de concentrado de hemácias: **FC: 106 PA: 99/70**
 - SSVV caso não tenha sido ofertado transfusão de sangue: **FC: 120 PA: 80/60** (Ação: transfundir)
 - [Caso 27 Lab Resultados](#) (alterações importantes **Hb 5.9, Ht 19.5, Plt 46, UR 38, TP 25, INR 2.3, Função hepática alterados**)
 - Laboratórios adicionais: lactato, troponina, nível alcoólico normal
- **Instrutor Incentiva:** discussão de opções de tratamento para o sangramento TGI
- **Ação**
 - Medicamentos
 - Transfundir plaquetas conforme protocolo local devido plaquetas < 50

- Informar o paciente sobre sua condição e seus planos
- Encaminhar o paciente para UTI
- **Diagnóstico**
 - Diagnóstico Primário: Hemorragia Digestiva Alta (Sangramento por varizes esofágicas)
 - Diagnósticos secundários: Anemia, Trombocitopenia
- **Ações Críticas**
 - Realizar 2 acessos venosos calibrosos
 - Solicitar consentimento para transfusão de hemácias e plaquetas
 - Tratar HDA com octreotida, IBP e ceftriaxona
 - Solicitar avaliação rápida do Gastroenterologista
 - Encaminhar o paciente para UTI
- **Guia do Instrutor**
 - Este é um caso de sangramento gastrointestinal alto devido a rompimento de varizes esofágicas em um paciente sabidamente com dependência de uso de álcool e cirrose apresentando hematêmese. O paciente está hemodinamicamente instável devido ao sangramento das varizes esofágicas. Ações iniciais importantes incluem a obtenção de acessos venosos de grande calibre, ressuscitação com fluidos endovenosos e hemoderivados e consulta com GI para EDA urgente. Se os esforços de ressuscitação não forem iniciados imediatamente, a PA do paciente cairá e ele não estabilizará. Isso muda drasticamente o caso, pois o paciente precisaria de intubação. O paciente deve ser encaminhado para a UTI.
 - Se o enfermeiro não for especificamente instruído a colocar “dois acessos de calibre grande”, ele deve relatar a colocação de dois acesso 20G e 22G nas mãos bilateralmente. Os alunos devem insistir em um acesso venoso de diâmetro maior, preferencialmente com 14G ou 16G (pelo menos 18G). Se o enfermeiro resistir ou declarar que isso não é possível por razões logísticas, os residentes devem realizar a passagem de um acesso venoso central.
 - O Gastroenterologista pode pedir para manter a hidratação venosa e a reposição de hemoderivados, pois o paciente parece responder bem ao tratamento, e por isso fará reavaliação do paciente no dia seguinte pela manhã. Os alunos devem insistir em uma EDA urgente devido preocupação com sangramento de varizes esofágicas e possível necessidade de bandagem.
- **Pontos de Aprendizado do Caso**
 - Diagnósticos diferenciais para vômito com sangue devem incluir causas de HDA:
 - As causas comuns incluem: úlcera péptica, gastrite erosiva, esofagite, sangramento varicoso e ruptura de Mallory Weiss.

- Causas menos comuns incluem: epistaxe, fístula aortoentérica após reparo de AAA, síndrome de Boerhaave, carcinoma, anomalias vasculares e ingestão cáustica.
- A história clínica é importante para diferenciar essas condições:
 - Aspectos importantes incluem história de DRGE, úlceras, uso de anticoagulantes, uso de AINEs, uso de álcool, vômitos recorrentes, reparo de AAA e características das ingestões. Em pacientes com história conhecida de cirrose, o sangramento varicoso deve estar no topo do diferencial, pois esta é uma apresentação potencialmente fatal de sangramento gastrointestinal.
 - Outro aspecto importante da história é perguntar sobre a cor do vômito e das fezes. A hemorragia digestiva alta apresenta-se classicamente com hematêmese e melena. Vômito de sangue vermelho brilhante indica hemorragia aguda em andamento, enquanto êmese de borra de café sugere sangramento GI superior subagudo. Melena ou fezes escuras apontam para fontes de sangramento digestivo alta digerido.
- **Como você pode diferenciar entre Hemorragia Digestiva alta ou baixa?**
 - O sangramento gastrointestinal é dividido em alto e baixo com base na localização da fonte de sangramento. A hemorragia digestiva alta é classificada como originada proximal ao ligamento de Treitz. Na hemorragia digestiva baixa, a fonte está abaixo do ligamento de Treitz.
 - A hemorragia digestiva alta geralmente se apresenta com êmese de borra de café (sangramento subagudo), hematêmese (sangramento agudo) e melena.
 - A hemorragia digestiva baixa geralmente se apresenta com fezes de cor marrom ou hematoquezia. No entanto, sangramento gastrointestinal alto volumoso também pode se manifestar com hematoquezia.
 - A origem do sangramento geralmente pode ser diferenciada por uma história completa e exame físico, incluindo exame retal e exame de sangue oculto nas fezes. Em última análise, a visualização direta com EDA ou colonoscopia é muitas vezes necessária para identificar a fonte.
 - **ATENÇÃO!** Imitadores comuns de fezes escuras incluem suplementos de ferro e bismuth subsalicylate (pepto bismol), e o teste de sangue oculto virá negativo. Imitadores comuns de sangramento gastrointestinal são alimentos vermelhos, como gatorade e beterraba. Certifique-se de perguntar ao paciente sobre sua ingestão.
- **Qual é a fisiopatologia da variz esofágica?**
 - Varizes esofágicas são veias ingurgitadas no esôfago devido à hipertensão portal. As veias do estômago e do esôfago desembocam na veia porta que está dentro do fígado. Em pacientes com cirrose, tem muita fibrose no fígado. A cicatrização impede o fluxo sanguíneo através do fígado, resultando em contrapressão dentro do sistema portal. O aumento da pressão da veia porta é referido como hipertensão portal. À medida que a pressão aumenta dentro do sistema portal, as veias esofágicas e gástricas que

desembocam no sistema portal também têm um acúmulo de pressão. As veias têm paredes finas e, sob alta pressão, podem inchar.

- As varizes podem permanecer estáveis, aumentar ou diminuir com base na progressão ou melhora da doença hepática. Elas não são perigosas até que se rompam ou vazem.

- **Quais são os passos críticos de manejo da HDA no DE e por quê?**

- As etapas críticas no manejo no Departamento de Emergência começam com o ABC e caso o paciente não consiga manter proteção das vias aéreas prosseguir com obtenção de uma via aérea definitiva, conseguir um acesso venoso calibroso adequado para ressuscitação com fluidos endovenosos e hemoderivados (plaquetas se < 50.000), e ativação precoce do especialista, Gastroenterologista, para realização de EDA e possível tratamento definitivo.
- Proteção das vias aéreas: Embora não seja um aspecto neste caso específico, os pacientes podem precisar de proteção das vias aéreas se houver hematêmese significativa e/ou se forem incapazes de manter suas próprias vias aéreas. Além disso, a intubação é necessária se for colocar um tubo Blakemore ou Minnesota.
- Acesso IV: Devido a pressão alta dentro do sistema portal, causando ruptura ou vazamento das varizes, as varizes têm propensão a sangrar rapidamente, o que subsequentemente requer ressuscitação em grandes volumes. É por isso que estabelecer dois acessos IV de grande calibre (de preferência 14G ou 16G) ou acesso venoso central é fundamental.
- Ressuscitação de volume: O sangramento varicoso geralmente resulta em instabilidade hemodinâmica devido uma perda grande de volume. Os pacientes podem perder até 20% do volume de sangue antes de apresentar uma queda na hemoglobina. É importante apoiar a hemodinâmica com fluidos venosos enquanto se aguarda o sangue e, em seguida, transfundir com pRBC para restaurar o volume sanguíneo. Se $PLT < 50.000$, a transfusão de plaquetas é indicada para ajudar nas coagulopatias associadas à disfunção hepática. Embora a ressuscitação volêmica seja um aspecto importante e crítico para o manejo do sangramento varicoso, é igualmente importante estar ciente de que a ressuscitação excessiva pode levar ao aumento da pressão no sistema portal e, assim, piorar o problema. Deve haver um equilíbrio cuidadoso!
- Consulta: O envolvimento precoce do especialista Gastroenterologista é fundamental para o tratamento definitivo.
- Desfecho: Os pacientes devem ser internados em leito de UTI.

- **Quais terapias temporárias e preventivas podem ser iniciadas no DE enquanto se aguarda a avaliação do Gastro para tratamento definitivo no manejo da HDA por varizes esfoágicas?**

- O manejo definitivo pelo Gastro costuma ser adiado se os pacientes estiverem muito instáveis. No departamento de emergência, medidas temporárias e terapias preventivas podem e devem ser iniciadas além das etapas críticas discutidas anteriormente.
 - Terapias farmacológicas como a octreotide podem ser utilizadas para reduzir a pressão portal. A octreotide é um análogo da somatostatina que reduz a

hipertensão portal, o fluxo sanguíneo da veia ázigos e a tensão da parede das varizes. O Emergencista deve administrar octreotida no início do tratamento das varizes esofágicas.

- Como os pacientes cirróticos são suscetíveis a infecção e bacteremia mais frequentemente por peritonite bacteriana espontânea (PBE), o tratamento empírico com uma cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona) ou fluoroquinolona (ciprofloxacina) demonstrou melhorar os desfechos para os pacientes.
- A supressão ácida com um IBP também é recomendada para HDA, mas isso é mais relevante se o sangramento estiver relacionado à produção de ácido em vez de varizes.
- Considere o tratamento de coagulopatias se o paciente apresentar sangramento com risco de vida e estiver tomando medicamentos anticoagulantes. Complexo protrombínico, vitamina K, plasma fresco congelado, crioprecipitado e ácido tranexâmico devem ser considerados.
- Considere o DDAVP se o paciente estiver com sangramento gastrointestinal e for urêmico ou estiver tomando medicamentos antiplaquetários.
- Se o sangramento varicoso com risco de vida não for controlado com os esforços de ressuscitação mencionados, os provedores podem colocar um tubo de Blakemore ou Minnesota para tamponar o sangramento como uma medida temporária antes da EDA. O link a seguir fornece instruções e vídeos sobre a colocação do tubo:
<https://emcrit.org/emcrit/blakemore-tube-placement/>

- **Como as varizes esofágicas são tratadas definitivamente?**

- O manejo definitivo começa com a visualização precoce com endoscopia por um gastroenterologista. As terapias endoscópicas incluem bandagem das varizes ou escleroterapia. A bandagem envolve a colocação de um elástico ao redor das varizes, fazendo com que elas se tornem necróticas. A escleroterapia envolve a injeção das varizes com agentes esclerosantes, resultando em trombose e necrose tecidual. A bandagem é o método preferido, mas para varizes mais profundas e difíceis de visualizar, a escleroterapia é frequentemente utilizada. Se esses métodos não funcionarem, o paciente pode ser submetido a um procedimento mais invasivo, conhecido como TIPS (derivação portossistêmica intra-hepática transjugular). Isso envolve o radiologista intervencionista criando uma derivação entre o sistema portal com pressão alta e a veia hepática, desviando assim o sangue do fígado e reduzindo a pressão. Em última análise, os pacientes podem necessitar de transplante de fígado.

- **Atribuições**

- **Autor:** Dr. Katie Miller
- Editor(s): Dr. Jacqueline Le, Dr. Kristen Grabow Moore
- Editor Chefe: Dr. Dana Loke
- Tradução: Jule Santos

○ Revisão-Tradução: James Mangan

○ **Referências:**

- Michael A. Cole, Sukhjit S. Takhar. Chapter 99: Upper Gastrointestinal Bleeding. In: Allan B. Wolfson et al, editors. Harwood-Nuss' Clinical Practice of Emergency Medicine (6th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
- Farkas J. GI Bleeding. 2018 Sept 18 [cited 2021 May 14]. In: The Internet Book of Critical Care [Internet]. Available from: https://emcrit.org/ibcc/gi-bleeding/#variceal_bleed
- Weingart S. 2013 Oct 13 [cited 2021 June 11]. In: EmCrit RACC [Internet]. Available from: <https://emcrit.org/emcrit/blakemore-tube-placement/>
- Ziebell CM, Kitlowski AD, Welch J, Friesen P. Chapter 75: Upper Gastrointestinal Bleeding. In: Judith E. Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, et al, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide (9th ed). New York: McGraw-Hill; 2015.
- Meguerdichian DA, Goralnick E. Chapter 27: Gastrointestinal Bleeding. In: Ron Walls, Robert Hockberger, Marianne Gausche-Hill, et al, editors. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice (9th ed). Philadelphia: Elsevier, Inc; 2018.
- Upchurch BR. Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB). 2019 Aug 12 [cited 2021 June 14]. In: Medscape [Internet]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/187857-overview>
- Image References
 - ECG from “NYU ECG Database”: <https://education.med.nyu.edu/ecg-database/app/search/results/18609>
 - CXR from “Radiopaedia”: <https://radiopaedia.org/cases/normal-chest-radiograph-male-3>

Caso 27 Resultados Laboratoriais

Painel Metabólico Básico:

Na	134 mEq/L
K	4.0 mEq/L
Cl	97 mEq/L
CO ₂	24 mEq/L
Uremia	38 mg/dL
Cr	1.1 mg/dL
Glic	99 mg/dL

Função Hepática:

AST	90 U/L
ALT	40 U/L
FAL	90 U/L
BT	2.5 mg/dL
BD	1.3 mg/dL
Lipase	70 U/L
Albumina	3.0 g/dL

Hemograma Completo:

GB	4.0 x 10 ³ /uL
Hb	5.9 g/dL
Hct	19.5%
Plt	46 x 10 ³ /uL

Urinálise:

Densidade	1.018
pH	6.8
Prot	Neg
Glic	Neg
Cetonas	Neg
Bili	Neg
Sangue	Neg
Leuc	Neg
Nitritato	Neg
Cor	Yellow

Coagulograma:

PT	25 sec
INR	2.3
PTT	40 sec

[Back to case](#)

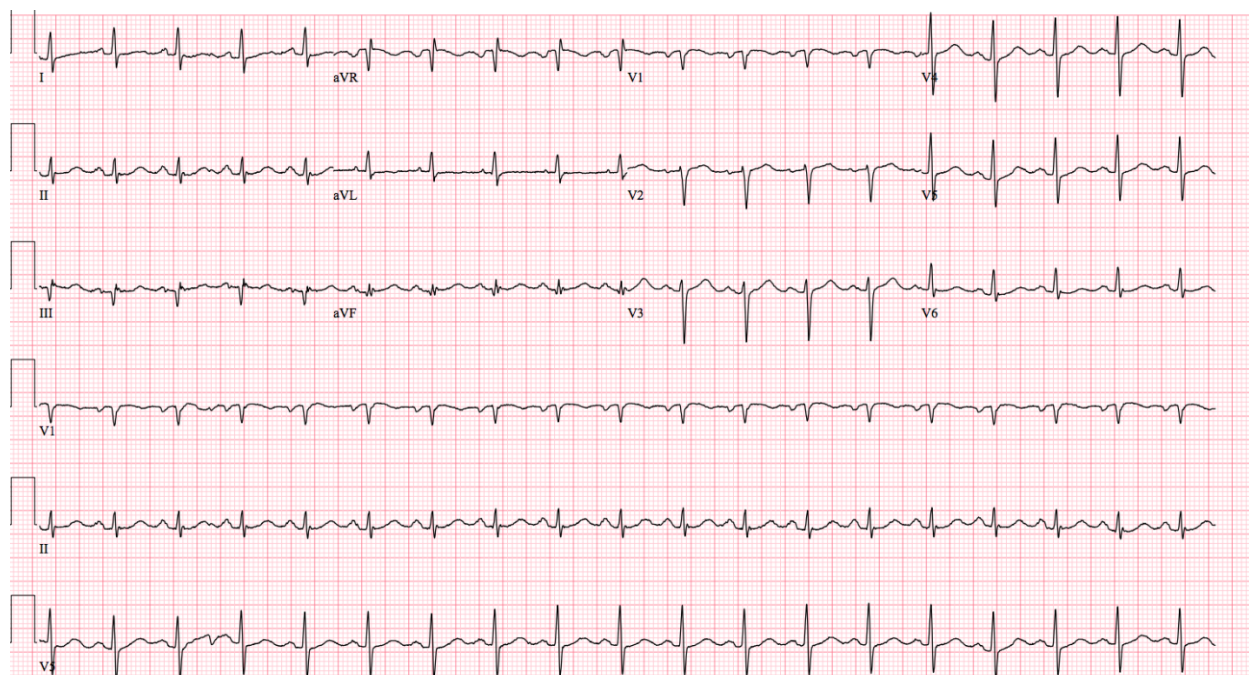
Figura 27.1- ECG[Voltar ao caso](#)

Figura 27.2- RXT



[Voltar ao caso](#) (estabilização inicial)

[Voltar ao caso](#) (ação/resultados)