

## VÔMITO E HEMATÊMESE : aspectos gerais e conduta de enfermagem.

*Edna Ikumi Umabayashi Takahashi \**  
*Maria de Lourdes Chiarello \**  
*Ana Maria Kazue Miyadahira \*\**  
*Célia Pires de Araújo \**  
*Djair Daniel Nakamae \**  
*Maria Aparecida Valente \**  
*Maria Sumie Koizumi \**  
*Miako Kimura \*\**

TAKAHASHI, E.I.U.; CHIARELLO, M. de L.; MIYADAHIRA, A.M.K.; ARAÚJO, C.P. de; NAKAMAE, D.D.; VALENTE, M.A.; KOIZUMI, M.S.; KIMURA, M. Vômito e hematêse: aspectos gerais e conduta de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14 (3): 219-227, 1980.

*O artigo faz referência a dois distúrbios da eliminação gastrointestinal – vômito e hematêse; aborda sucintamente, conceito, fisiopatologia e causas mais comuns dos mesmos, estabelecendo ainda, a conduta de enfermagem na presença desses problemas.*

### INTRODUÇÃO

O organismo humano, quando em funcionamento normal, procura manter em equilíbrio os seus fenômenos vitais, evitando, desta forma, gerar tensões ou necessidades ao homem.

Qualquer desequilíbrio, nas funções vitais pode acarretar distúrbios graves, que põem em risco a sobrevivência do ser humano.

Neste artigo, as autoras referem-se a dois problemas da eliminação do tubo gastrointestinal, considerados como sintomas que afligem o homem de forma significativa: vômito e hematêse.

### VÔMITO

O vômito ou êmese é um ato involuntário, que consiste na expulsão peroral forçada do conteúdo gástrico, provocada por contração enérgica dos músculos abdominais. É precedido, na maioria das vezes, por náuseas, que é a sensação iminente de vômito; trata-se de uma impressão subjetiva, mal definida, comumente referida como “enjôo” ou “ânsia”.

A náusea e o vômito freqüentemente se associam a fenômenos vasomotores

---

\* Professor Assistente da disciplina **Enfermagem Médico-Cirúrgica I** da EEUSP. Mestre em Enfermagem.

\*\* Auxiliar de Ensino da disciplina **Enfermagem Médico-Cirúrgica I** da EEUSP.

como salivação intensa, sudorese profusa, vasoconstrição com palidez e alterações da frequência do pulso. Antes do vômito pode ocorrer aceleração gradual da frequência respiratória e queda da pressão sanguínea. Esse fenômeno pode refletir, em parte, uma alteração do débito cardíaco, resultante de alterações súbitas e acentuadas da pressão intratorácica (MAC BRYDE & BLACKLOW, 1975). Em geral, a frequência cardíaca é rápida antes do vômito, bradicardizando no ato de vomitar. Nesse momento, a glote fecha-se para impedir a passagem de alimento para as vias respiratórias — cessa a respiração.

A participação de movimentos antiperistálticos gastroesofágicos no ato de vomitar é ainda discutida por vários autores.

## FISIOPATOLOGIA

Há muita controvérsia entre os vários fisiologistas quanto o centro do vômito. Segundo FARRERAS & ROZMAN (1972), na região bulbar localizam-se dois centros do vômito: um, neuroreceptor, localizado entre os centros da salivação e respiratório; outro, quimiorreceptor, localizado na base do quarto ventrículo. O primeiro, é estimulado por impulsos nervosos gastroentéricos e periféricos e o segundo, por toxinas e drogas que chegam por via hematogênica.

Antes de ser iniciado o ato motor do vômito, os impulsos chegam à córtex cerebral, despertando a sensação consciente de náuseas. A seguir, pela estimulação do centro do vômito, é efetuado o ato motor do mesmo, com contração das paredes abdominais e do diafragma e concomitante relaxamento da cárdia e músculos faríngeos. A descida do diafragma e a contração aguda dos músculos abdominais atuam em conjunto para aumentar subitamente a pressão intra-abdominal.

O vômito acarreta perdas importantes de líquidos e outras substâncias e de diversos íons, especialmente de hidrogênio ( $H^+$ ), Cloro ( $Cl^-$ ) e potássio ( $K^+$ ). Essas perdas, quando em quantidade significativa, acarretam distúrbios graves como desidratação, hipopotassemia e alcalose ou acidose.

## CAUSAS MAIS COMUNS DE VÔMITO

Acredita-se que o vômito possa originar-se em diversas partes do corpo, de onde partem estímulos aferentes até o centro bulbar. Na prática, têm-se observado as mais variadas causas que provocam o vômito — desde a estimulação mecânica do ístmo, até mesmo distúrbios de origem psíquica. Sabe-se que a excitabilidade do centro do vômito varia de um indivíduo para outro e no mesmo indivíduo em diferentes circunstâncias. HOUSSAY et alii (1969) acredita que a todo momento chegam estímulos de todas as partes do corpo ao centro de vômito, os quais não provocam vômito por serem subliminares. Refere, ainda, que em algumas situações (certos estados psíquicos, fadiga física) aquele impulso, antes ineficaz, é capaz de provocar vômito, significando que houve uma baixa do limiar de excitabilidade.

Considerando-se que existem as mais variadas causas de vômito, como também fatores comuns e intrínsecos a todas essas causas, procurou-se, neste artigo, somente para fins didáticos, classificar as causas do vômito de acordo com a origem do seu estímulo.

### 1. *Vômito de origem no tubo gastrointestinal*

Entre as causas mais comuns de vômitos de origem no tubo gastrointestinal destacam-se gastrite, dilatação aguda do estômago e obstruções mecânicas do tubo gastrointestinal. Nessa última, o vômito é um sintoma primordial. Resulta da distensão da luz intestinal que ativa os receptores mecânicos da parede gástrica e intestinal, provocando vômito através de reflexos viscero-viscerais ou ativação do centro bulbar do vômito pelas vias nervosas. O vômito é mais comumente observado na obstrução gastrointestinal alta, ou seja, ao nível do estômago e intestino delgado. A náusea e o vômito conseqüentes à obstrução ao nível do piloro são usualmente observados logo após a alimentação, sendo que o material vomitado quase sempre contém alimentos não digeridos. Quando a bile está presente indica que a obstrução é incompleta e há regurgitação do conteúdo intestinal.

No caso de obstrução intestinal baixa com incontinência da válvula ileocecal, pode ocorrer vômito de substância fecalóide. Como exemplo de patologias que ocasionam a obstrução intestinal, citam-se: tumores, volvo, invaginação, trombose mesentérica, íleo paralítico, megacolon, parasitoses.

### 2. *Vômito de origem reflexa*

Nessa circunstância, o vômito é resultante da estimulação das vias aferentes viscerais. Os estímulos são conduzidos a partir do órgão comprometido, pelos nervos vagos e troncos aferentes esplâncnicos, para o centro do vômito no bulbo. As patologias que ocasionam este tipo de estimulação são: apendicite aguda, hepatite a vírus, colecistopatias, obstruções das vias urinárias, inflamações peritoneais, pancreatites, etc. Aqui se enquadra, ainda, o vômito secundário à congestão das vísceras abdominais na insuficiência cardíaca congestiva grave, no infarto do miocárdio e no pós-operatório geral.

### 3. *Vômito de origem central*

Depende do estímulo direto no centro bulbar. Portanto, como causas temos os processos que irritam diretamente os centros emetizantes. Exemplos: meningite encefalite e hipertensão intracraniana. Por ser conseqüente a aumento da pressão intracraniana, o vômito ocorre súbita e agudamente, sem relação com a alimentação. Pode aparecer mais comumente pela manhã e, um fato importante, não é precedido por náusea.

Os quimiorreceptores do centro do vômito podem, ainda, receber estímulos diretos por via hematogênica, sendo, por este motivo, enquadrados nesta classificação. Como exemplo citam-se as intoxicações (opióceos, apomorfina, digitálicos, etc.), enfermidades endócrino-metabólicas (diabetes mellitus, hipercalcemia, hiponatremia, vômitos gravídicos), uremias.

## CARACTERÍSTICAS DO VÔMITO

Segundo BEVILLACQUA et alii (1977), são as seguintes características do vômito:

### 1. *Quanto ao odor*

- ácido penetrante
- sem cheiro
- fecal

## 2. *Quanto à constituição*

- alimento - quando o vômito ocorre após a alimentação.
- suco gástrico – sugestivo de úlcera duodenal ativa com hipersecreção.
- muco – na gastrite crônica, na gravidez.
- bile – na obstrução abaixo da ampola de Vater.
- pus – na ruptura de abscesso extra gástrico.
- sangue – nas varizes esofagianas, nas úlceras, etc.
- corpos estranhos – nas parasitoses intestinais.
- fezes – nas obstruções intestinais.

## 3. *Quanto ao horário*

- Precoce – quando não transcorreram 2 h após a ingestão; é de origem reflexa ou gástrica e em geral o conteúdo é ácido ou alimentar.
- Tardio – quando transcorreram mais de 6h após a alimentação e contém restos alimentares; em geral, de origem gástrica, por exemplo: retenção de alimento na estenose pilórica.
- Matutino – com expulsão de escassa secreção mucosa; observa-se em uremia,, gravidez, gastrite crônica.

## TERAPÊUTICA E CONDUTA DE ENFERMAGEM

Para tratamento e assistência de enfermagem efetivos, é essencial que inicialmente sejam identificados os fatores desencadeantes do quadro de náuseas e/ou vômito. Feita esta identificação, torna-se importante o tratamento etiológico, seja da gastrite aguda, hipertensão intracraniana, cólica nefrética, distensão abdominal, etc. Nem sempre este tratamento é simples e com efeito imediato sendo necessária, muitas vezes, a associação de terapêutica paliativa.

Na tentativa de aliviar os sintomas, mais comumente se empregam os antieméticos e, algumas vezes, os antiespasmódicos. De preferência, procura-se administrar o antiemético trinta minutos antes da refeição, para evitar o aparecimento do sintoma pela ingestão do alimento. No entanto, acredita-se que o estado psicológico do paciente tenha grande influência no tratamento do quadro de náusea e vômito. Por ser um sintoma que afinge de forma significativa o indivíduo, é acompanhada, na maioria das vezes, por fatores psíquicos. Por este motivo, torna-se necessário que ao simples ato de dar medicamento, o enfermeiro associe formas de auto sugestão, tentando obter maior efetividade com a terapêutica medicamentosa. Na prática tem-se observado que, para determinados pacientes, tal medida por parte da enfermagem tem proporcionado resultados positivos.

Dependendo da gravidade do quadro, podem ocorrer perdas importantes de líquidos e eletrólitos. Cabe à enfermagem, juntamente com a equipe médica, responsabilizar-se pela manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico deste paciente. Os níveis de eletrólitos, os valores da pressão venosa central (PVC), o estado de turgor da pele são importantes parâmetros a serem avaliados.

É de primordial importância a reposição volêmica e eletrolítica, de acordo com as necessidades reais de cada paciente, objetivando sempre, o não agravamento

do quadro. Graves distúrbios metabólicos podem ser desencadeados por simples perdas, inconseqüentes, como muitas vezes aparenta ser o vômito.

Outros cuidados, não menos importantes que os anteriores, necessitam ser prestados pelo enfermeiro ao paciente que apresenta vômito. São eles:

- higiene rigorosa e freqüente da cavidade oral;
- suspensão da alimentação e medicação oral;
- promoção de posição confortável no leito; após as refeições seria conveniente manter o paciente em posição sentada ou em Fowler por vinte minutos;
- manutenção de lenço de papel, saquinho coletor, cuba rim, campainha junto ao paciente;
- controle da evolução do quadro.

Resta lembrar que, em algumas situações, a sondagem gástrica pode ser utilizada como medida preventiva do vômito. Citam-se, por exemplo, os casos de pós-operatório, principalmente de cirurgias abdominais, em que, por diminuição da motilidade gastrintestinal nas primeiras horas após a cirurgia, pode ocorrer acúmulo de secreção, com distensão gástrica e conseqüente estimulação do centro bulbar. Mantendo-se uma sonda nasogástrica aberta, evitar-se-á tal acúmulo e conseqüentemente o quadro de vômito. Para tanto é importante que a sonda seja mantida desobstruída por meio de aspirações e lavagens periódicas. O conteúdo drenado deve ser medido com freqüência, e cuidados de manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico devem ser prestados.

## **HEMATÊMESE**

Entende-se por hematêmese o vômito de sangue, seja fresco e vermelho ou digerido e escuro. A característica fundamental da hematêmese é sua expulsão com o vômito. Essa variação de coloração do sangue expelido — do vermelho ao preto —, depende da duração do contato do sangue com o suco gástrico no estômago. Assim, se o vômito aparecer logo após o início da hemorragia, é bem provável que seja vermelho; se existir um retardo na sua apresentação, terá aparência vermelho-escuro, preto ou de “borra de café”.

A hematêmese geralmente indica que a hemorragia é proximal ao jejuno, pois uma vez que o sangue penetra no tubo gastrintestinal, abaixo do duodeno, raramente volta para o estômago. Além de sangue, o vômito hemático pode conter suco gástrico e alimentos.

## **PRINCIPAIS CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS**

Segundo MAC BRYDE & BLACKOW (1975), o sangramento do tubo gastrintestinal freqüentemente resulta de três causas principais:

- a) doença ou trauma tissular, com erosão secundária ou ruptura de vasos sanguíneos;
- b) distúrbios primários das paredes dos vasos sanguíneos (aumento de fragilidade capilar, varizes, aneurisma, arteriosclerose, etc.);

c) distúrbio do mecanismo de coagulação sanguínea.

Tais distúrbios ocorrem mais freqüentemente em três patológicas:

1. *Lesões agudas da mucosa gastroduodenal* (úlceras de estresse, gastrite hemorrágica etc.). O sangramento geralmente ocorre nas erosões da membrana mucosa, comumente nas cristas das dobras. Tais lesões podem ocorrer após ingestão maciça de álcool ou salicilatos e também em situações de tensão emocional.
2. *Úlcera péptica* é a causa mais freqüente de hematêmese. Segundo HARRISON et alii (1974), aproximadamente 20% dos pacientes com úlcera péptica apresentam pelo menos um episódio de hemorragia gastrointestinal significativa.
3. *Varizes esofagianas* — A hemorragia decorrente de varizes esofagianas está associada, com freqüência, à hipertensão portal resultante de cirrose hepática. Este tipo de hemorragia tem propensão para ser súbita e geralmente maciça, mas podem ocorrer também hemorragias menores. A ruptura das varizes pode ocorrer espontaneamente ou após atividade física excessiva como vômitos e tosse.

As manifestações clínicas da hemorragia gastrointestinal dependem da extensão da hemorragia, da velocidade de sangramento e da presença de doenças associadas ou concomitantes. Não se pode determinar a intensidade da hemorragia com base somente na quantidade de sangue presente no vômito, porque há mistura com suco gástrico e porque nem todo sangue perdido é expelido.

A perda de menos de 500ml de sangue não está, geralmente, associada a sintomas sistêmicos, a menos que o paciente já tenha apresentado anemia anteriormente.

Quando a hemorragia é rápida e de grande volume, poderá ocorrer diminuição do retorno venoso ao coração, diminuição do débito cardíaco, vasoconstrição reflexa e aumento da resistência periférica. O paciente pode apresentar síncope, delírio, náuseas, sudorese, sede, ansiedade e inquietação.

Com perda de 40% do volume sanguíneo, o indivíduo encontra-se geralmente em choque, com taquicardia, pulso periférico filiforme, pele fria e palidez acentuada. Geralmente, não há alteração inicial nos resultados de hematócrito, o número de plaquetas aumenta e há leucocitose.

Associada à hematêmese podem ocorrer hipertermia e aumento da uréia sanguínea. A uremia geralmente ocorre 24 a 48 horas após a hemorragia devido ao desdobramento das proteínas sanguíneas até uréia, pelas bactérias intestinais (HARRISON et alii, 1974).

## TERAPÊUTICA E CONDUTA DE ENFERMAGEM

De acordo com PETTENDORFER (1976), a conduta terapêutica básica apoia-se em dois pontos principais:

- 1) tratamento das conseqüências da perda sanguínea — sintomático;
- 2) tratamento da causa da hemorragia — etiológico.

Na primeira medida é feita a reposição volêmica adequada; os diagnósticos etio-

lógicos se concretizarão por meios propedêuticos adequados (endoscopia digestiva, radiologia, arteriografia, etc.) e logo após será aplicada a terapêutica específica.

É muito importante neste tipo de hemorragia que a conduta médica e de enfermagem sejam paralelas. Há necessidade da atuação da equipe de saúde como um todo, para que o paciente seja atendido e recuperado o mais rápido possível.

Como já foi citado anteriormente, a hematêmese ocorre mais freqüentemente em três tipos de patologia. É importante evitar o uso de substâncias irritantes da mucosa como álcool, condimentos, caféina, etc., administrar antiácidos, e dar quando prescrito, alimentação fracionada. Estas seriam medidas preventivas, para que o paciente não apresente hematêmese mesmo sendo portador de tais patologias.

Cabe ao enfermeiro orientar o paciente e sua família para que evite situações estressantes, a fim de minimizar fatores desencadeantes de tais distúrbios.

No caso de sangramentos profusos o enfermeiro deve estar alerta para os sinais de choque. Controle rigoroso do pulso e freqüência cardíaca, pressão arterial e PVC, observação da coloração da pele e mucosa serão feitos, a fim de se detectarem precocemente sinais de choque. É importante a observação e o controle das características do sangramento, principalmente a quantidade de sangue eliminada, para que possa haver reposição adequada, em seguida.

O paciente precisa permanecer em repouso absoluto para que não aumente ainda mais o sangramento. Logo que possível procura-se identificar a causa da hemorragia; uma vez conhecida a causa, aplica-se o tratamento sintomático. A observação do paciente deve ser contínua. A avaliação do seu estado geral deve ser feita constantemente. É imprescindível que o enfermeiro permaneça ao lado do paciente, tranquilizando-o e explicando-lhe o que está ocorrendo. Geralmente, no caso de sangramentos profusos, o paciente fica muito ansioso e agitado. O acompanhamento dos valores do hemograma e hematócrito será efetuado a fim de se verificar se a reposição das perdas sanguíneas está sendo feita corretamente e dando resultado. Se prescrito, procede-se à administração de hemostáticos e coagulantes. Às vezes é necessária a sedação do paciente. Se este apresentar dificuldade respiratória e conseqüente agitação e ansiedade, é comum ligar-se um cateter nasal de O<sub>2</sub> que, além de melhorar sua oxigenação, lhe dará certa segurança emocional.

Quando é identificado sangramento gástrico, geralmente procede-se à lavagem gástrica por meio de uma sonda. A lavagem é feita com água ou soro fisiológico gelado, para que seja retirado o material hemorrágico e estancado o sangramento. Geralmente são infundidos 1000ml de água ou soro fisiológico gelado, de forma fracionada. Após cada introdução, procede-se à aspiração do líquido introduzido e o mesmo é desprezado em um balde. A técnica deve ser repetida até que o líquido aspirado esteja limpo. Atenção especial deve ser dada à alteração de pressão arterial que pode ocorrer durante o processo.

Nos pacientes com hipertensão portal, não convém substituir a água gelada por soro fisiológico porque estes pacientes geralmente apresentam hipernatremia.

Quando a hematêmese é devida a rotura de varizes esofágicas, outras medidas específicas devem ser adotadas. Geralmente é feito o tamponamento esofágico com o balão de Sengstaken-Blakemore.

Antes de ser passado o balão, devem ser explicados ao paciente a finalidade do

mesmo e como serão os procedimentos e deve ser solicitada sua cooperação. O balão precisa estar em perfeitas condições de uso para não ocorrer vazamento de ar após a sua instalação. Cabe à enfermagem preparar todo o material necessário à implantação e assistir a equipe médica durante a passagem da sonda.

Pode-se administrar, de acordo com a prescrição médica, atropínicos para diminuir a produção de secreção gástrica e salivar.

Atenção especial deve ser dada para evitar que haja aspiração de secreção para o pulmão, durante a passagem do balão. Observar, após a insuflação o balão gástrico e esofágico, sinais de obstrução da árvore respiratória, que pode ser provocada pela compressão.

Após a passagem do balão, o enfermeiro fará controle rigoroso da intensidade de sangramento por meio de aspiração da via gástrica deste balão, assim como higiene oral cuidadosa e freqüente deste paciente.

O balão não deve permanecer mais do que 72 horas insuflado e, após desinsuflação, deve ficar ainda no paciente por mais 24 horas, como medida de precaução para o caso de novo sangramento.

Segundo VASCONCELLOS(1974), consegue-se o controle da hemorragia com este tipo de tamponamento em 50% dos casos. Quando houver persistência da hemorragia, o paciente irá para a cirurgia de urgência. Neste caso a enfermeira administrará os cuidados pré-operatórios comuns a todas as cirurgias, mas dará maior ênfase à parte psicológica do paciente, pois o fato de submeter-se a uma cirurgia de urgência e a própria preocupação com o sangramento que não cessa, são fatores que aumentam ainda mais o estresse do paciente.

## CONCLUSÃO

Até há pouco tempo, quando um paciente apresentava vômito, a atenção dos elementos da equipe de enfermagem voltava-se mais para o aspecto aparente do quadro, ou seja, para a necessidade de se remover aqueles restos alimentares que estariam incomodando o paciente.

Observa-se na prática que, de forma geral, o vômito ainda é um sinal pouco valorizado; muitas vezes, os distúrbios metabólicos e nutricionais dele decorrentes são preteridos em favor do caráter mais evidente, sendo esquecido que podem colocar em grave risco a vida do paciente.

A hematêmese, por sua vez, por ter um caráter de mais urgência, é vista com maior consideração e atendida com seriedade. É importante que a atenção da equipe de enfermagem não se volte somente para a atividade mecânica deste atendimento; há necessidade de avaliação global e contínua do paciente, e de verificação principalmente das condições hemodinâmicas.

Com base no que foi anteriormente descrito, pode-se verificar a importância não somente da detecção precoce destes distúrbios de eliminação gastrointestinal, mas também de atendimento rápido e eficaz, atendimento este, que muito depende da equipe de enfermagem.



TAKAHASHI, E.I.U. ; CHIARELLO, M. de L. ; MIYADAHIRA, A.M.K.; ARAÚJO, C.P. de; NAKAMAE, D.D.; VALENTE, M.A.; KOIZUMI, M.S.; KIMURA, M. Vomiting and hematemesis: general aspects and nursing care. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14 (3): 219-227, 1980.

*The authors describe succinctly concept, physiopathology and most common causes of vomiting and hematemesis and the needed nursing care when such conditions are present.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BEVILACQUA, F. et alii. *Manual do exame clínico*, 4. ed., Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1977.
- 2 - FARRERAS-VALENTI, P. & ROZMAN, C. *Medicina interna*. 8. ed., Barcelona, Marin, 1972. V.1.
- 3 - HARRISON, T.R. et alii. *Medicina interna*. 6. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974.
- 4 - HOUSSAY, B.A. et alii. *Fisiologia humana*. 4. ed., Buenos Aires, El Ateneo, 1969.
- 5 - MAC BRYDE, C.M. & BLACKLOW, R.S. *Sinais e sintomas: fisiopatologia aplicada e interpretação clínica*. 5. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975.
- 6 - PETTENDORFER, S. Hemorragia digestiva. *Urgências*, Rio de Janeiro, jul. 1976.
- 7 - VASCONCELLOS, D. *Gastroenterologia prática*. 2. ed., São Paulo, Sarvier, 1974.