

## 13. HEMOPTISE

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Expectoração de sangue da árvore broncopulmonar.

A hemoptise maciça com sangramento maior que 600 ml por 24 horas é uma emergência, mesmo a hemoptise leve (pequena quantidade de sangue misturada com muco, requer avaliação).

Pode ser causada por várias doenças: tuberculose, pneumonia, carcinoma broncogênico, bronquite, bronquiectasia, embolia pulmonar, síndromes de hemorragia alveolar, causas cardiogênicas (IVE e estenose mitral), diátese hemorrágica.

### b. QUADRO CLÍNICO

O exame clínico visa determinar se a hemorragia é grave e a causa de base.

Obter sinais vitais inclusive pressão arterial ortostática.

Verificar ao exame físico sinais de hipoxemia e comprometimento respiratório, taquipnéia e dispnéia.

A hipotensão causada por hipovolemia ocorre apenas na hemoptise maciça, porém pode ser causada por sepse (pneumonia) ou por embolia pulmonar.

A oximetria de pulso e a gasometria arterial identificam o comprometimento respiratório.

A radiografia de tórax deve ser obtida em PA e perfil (se o paciente estiver estável).

A tomografia de tórax deve ser considerada se houver hemoptise com radiografia de tórax anormal.

Inspecionar a cavidade oral e nasal para afastar a pseudo-hemoptise.

### Diagnóstico diferencial das patologias causadoras de hemoptise

PATOLOGIA	QUADRO CLÍNICO
PNEUMONIA ou BRONQUITE	Início agudo de febre, tosse, dispnéia, dor pleurítica e escarro sanguinolento. Alterações na ausculta pulmonar.
BRONQUIECTASIA	Tosse produtiva de início insidioso.
EMBOLIA PULMONAR	Dispnéia, taquicardia, dor pleurítica.
ESTENOSE MITRAL	Sopro diastólico, dispnéia aos esforços.
CARCINOMA BRONCOGÊNICO	Perda de peso, alteração no padrão da tosse.
TUBERCULOSE PULMONAR	Febre, sudorese noturna, tosse e perda de peso.

**c. CONDUTA**

Oxigênio suplementar.

Observar cuidados de auto-proteção (especialmente na suspeita de tuberculose pulmonar. Nestes casos indica-se o uso de máscara N95 no profissional).

Obter acesso venoso periférico.

Colher sangue para gasometria arterial, hemograma, eletrólitos, coagulograma e função renal.

Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso, PNI e cardioscópio.

Iniciar reposição de salina em caso de hipotensão arterial.

Posicionar pacientes com hemoptise contínua em decúbito lateral sobre o pulmão afetado.

Intubar o paciente com tubo orotraqueal calibroso se o mesmo encontrar-se em insuficiência respiratória.

Transferir para hospital de referência todos os pacientes com hemoptise grave ou moderada, considerar admissão em terapia intensiva.

**14. NÁUSEA E VÔMITOS****a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

Podem ser causadas por: intoxicação alimentar, gastroenterite infecciosa, colecistite, pancreatite, medicações, doenças sistêmicas (uremia, cetoacidose, IAM), distúrbios do SNC (infecções, tumores e enxaqueca) ou por patologias digestivas.

O centro medular que dispara o vômito pode ser estimulado de quatro formas distintas: fibras aferentes vagais ricas em receptores de serotonina de vísceras gastrointestinais; sistema vestibular relacionado a histamina e receptores colinérgicos; áreas superiores do próprio SNC (relacionada a estímulos visuais, olfativos e memórias) e na área de disparo quimiorreceptora na própria medula, fora da barreira hematoencefálica que é rica em receptores de opiáceos, serotonina e dopamina (drogas, quimioterapia, uremia, cetoacidose, etc.).

**b. QUADRO CLÍNICO**

A presença de dor abdominal aguda severa sugere patologias abdominais como: obstrução intestinal, peritonite, pancreatite ou doença biliar.