

Protocolo para diagnóstico e manejo da hemorragia digestiva baixa aguda

Protocol for diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding

Paulo Eduardo Uchôa Alencar¹.

Marcellus Henrique Loiola Ponte de Souza^{1,2}.

Raíssa Guimarães Eufrásio^{1,2}.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Este protocolo foi elaborado com contribuições dos Serviços de Gastroenterologia e Endoscopia do Hospital Universitário Walter Cantídio. Tem como objetivos fornecer orientação sobre o diagnóstico e estratificação de risco dos pacientes com Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) aguda, descrever o papel da endoscopia e outras modalidades (radiologia intervencionista, cirurgia) no diagnóstico e tratamento da Hemorragia Digestiva Baixa aguda e fornecer orientações sobre o manejo adequado de agentes antitrombóticos ou anticoagulantes em pacientes que apresentam HDB aguda. Foram usadas evidências de publicações relevantes e recentes, a partir das quais as orientações presentes neste documento se basearam. Como resultado foi criado um protocolo institucional claro e objetivo com condutas pré-estabelecidas para condução mais eficiente dos pacientes que se apresentem com Hemorragia Digestiva Baixa, de acordo com os recursos disponíveis no Hospital Universitário Walter Cantídio. Apesar de se manifestar com episódios de sangramentos autolimitados com interrupção espontânea em 80% dos casos nas primeiras 48h, nos 20% restantes dos casos de HDB, medidas terapêuticas mais agressivas podem ser necessárias, de tal forma é importante termos condutas pré-estabelecidas em protocolos institucionais para atender essa demanda e melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Palavras-chave: Hemorragia. Melena. Anemia. Colonoscopia.

ABSTRACT

This Protocol was prepared with contributions from the Gastroenterology and Endoscopy Services of the Walter Cantídio University Hospital. It aims to provide guidance on the diagnosis and risk stratification of patients with acute lower GI bleeding, describe the role of endoscopy and other modalities (interventional radiology, surgery) in the diagnosis and treatment of acute lower GI bleeding, and provide guidance on appropriate management of antithrombotic agents or anticoagulants in patients who present with acute lower gastrointestinal bleeding. Evidence from relevant and recent publications was used, from which the guidance in this document was based. As a result, a clear and objective institutional protocol was created with pre-established conducts for a more efficient management of patients who present with Lower Digestive Bleeding, according to the resources available at the Walter Cantídio University Hospital. Despite manifesting with episodes of self-limited bleeding with spontaneous interruption in 80% of cases in the first 48 hours, in the remaining 20% of cases of Lower Digestive Bleeding, more aggressive therapeutic measures may be necessary, so it is important to have pre-established conducts in institutional protocols to meet this demand and improve the quality of care for patients at Walter Cantídio University Hospital.

Keywords: Hemorrhage. Melena. Anemia. Colonoscopy.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Paulo Eduardo Uchôa Alencar, Rua Silva Paulet, 883, Aldeota, Fortaleza, Ceará. CEP: 60120-021. E-mail: pualencar@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 27 Fev 2023; Revisado em: 26 Mai 2023; Aceito em: 03 Jan 2024.

INTRODUÇÃO

Assim como a hemorragia digestiva alta (HDA), a hemorragia digestiva baixa (HDB), apesar de menos frequente, ainda é um desafio na prática clínica diária, seja para o gastroenterologista, seja para o cirurgião do sistema digestivo ou para o endoscopista. Em comparação com a HDA, os pacientes com HDB tendem a apresentar um nível de hemoglobina mais alto e são menos propensos a desenvolver choque hipotensivo ou necessitar de transfusões de sangue.¹

A HDB era historicamente classificada por um sangramento com origem no trato digestivo em uma porção localizada distalmente ao ângulo de Treitz (junção da última porção do duodeno com o início do jejuno).^{1,2} Com o advento e evolução dos procedimentos endoscópicos (especialmente a enteroscopia e a cápsula endoscópica) na última década, tem sido proposta uma nova definição, caracterizando a HDB como um sangramento que ocorre distalmente a válvula ileocecal, incluindo o reto (acessível à colonoscopia).¹⁻³

A HDB aguda é definida como de início recente (arbitrariamente com menos de 03 dias de duração) e pode resultar em instabilidade clínica, anemia e/ou necessidade de hemotransfusão. Já na HDB crônica, o sangramento acontece por um período mais prolongado, de forma lenta e intermitente, manifestado com episódio de melena, pequeno sangramento visível pelo reto ou pela pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO) positiva.¹

A principal causa de HDB é a doença diverticular do cólon. As doenças anorretais são a segunda causa. Outras causas incluem os diferentes tipos de colite, as malformações vasculares, causas iatrogênicas (pós-polipectomia), câncer colorretal, dentre outras (Quadro 1).³

Apesar de se manifestar com episódios de sangramentos autolimitados com interrupção espontânea em 80% dos casos nas primeiras 48h, nos 20% restantes dos casos de HDB, medidas terapêuticas mais agressivas podem ser necessárias.⁴ De tal forma é importante termos condutas pré-estabelecidas em protocolos institucionais, para condução mais eficiente dos pacientes que apresentem Hemorragia Digestiva Baixa no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

Este documento foi elaborado com contribuições dos Serviços de Gastroenterologia e Endoscopia e trata-se de uma sugestão de protocolo de condutas a ser implantado no HUWC.

É função do médico assistente assegurar a estabilidade hemodinâmica do paciente antes de encaminhá-lo para realização de métodos diagnósticos e terapêuticos. Medidas iniciais de ressuscitação volêmica com cristaloides, monitorização rigorosa e, caso necessário, hemoderivados são fundamentais, além da correção das coagulopatias e trombocitopenias.

Quadro 1. Principais causas de HDB.

Causas de HDB		
Doenças benignas	1. Doença diverticular do cólon	
	2. Doenças anorretais	- Hemorroidas
		- Fissura anal
		- Úlcera retal solitária
		- Prolapso retal
		- Trauma
		- Retite actínica
	3. Lesões vasculares	- Angiectasias
		- Telangiectasia hereditária familiar
		- Lesão de dieulafoy
		- Varizes colônicas e retais
	4. Colites	- Doença inflamatória intestinal
		- Colite isquêmica
		- Colite infecciosa
		- Colite indeterminada
	5. Pólipos	- Adenomas, hamartomas
	6. Iatrogênicos	- Pós-intervenção endoscópica.
Doenças malignas	1. Câncer colorretal	
	2. Câncer anal	
	3. Lesões metastáticas invasivas	

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Na história clínica do paciente com HBD, deve-se procurar por fatores de risco para etiologias específicas. O consumo de álcool, tabagismo, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), baixas doses de aspirina e outros anti-agregantes plaquetários, são considerados como fatores de risco independentes para aumento do risco de sangramento de doença diverticular (principal causa de HDB) e devem ser sempre pesquisados.³

A apresentação clínica da HDB é variável, podendo se apresentar com hematoquezia, enterorragia ou, mais raramente, melena (em casos de trânsito intestinal mais lento).⁴

Algumas características na história clínica podem sugerir a etiologia: na doença diverticular, por exemplo, o sangramento comumente apresenta-se com um sangramento súbito, volumoso e autolimitado; já nas doenças orificiais, frequentemente ocorre hematoquezia de pequena monta e não misturada às fezes. Além das características do sangramento, deve-se avaliar a duração dos sintomas, presença de dor abdominal e emagrecimento, história

prévia de divertículos ou Doença Inflamatória Intestinal (DII), antecedente de radioterapia e doenças crônicas associadas.

No exame físico inicial deve-se ter atenção especial aos sinais vitais para identificar sinais de hipovolemia, além de um exame proctológico, o que pode evitar procedimentos mais invasivos e onerosos.

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

O escore de Oakland (Tabela 1) é um escore validado, composto por sete variáveis e foi projetado para prever “alta segura” (ausência de ressangramento intra-hospitalar, necessidade de transfusão de hemácias ou intervenção terapêutica, ocorrência de morte intra-hospitalar e readmissão em 28 dias). Um limite de pontuação de ≤ 8 pontos tem 95% de probabilidade de alta segura, sendo o limite recomendado para identificar pacientes para alta hospitalar.^{5,6}

Então, qualquer HDB autolimitada com um escore de Oakland ≤ 8 deve ser considerada como menor, e tais pacientes podem ser considerados para alta hospitalar precoce, enquanto todos os outros devem ser considerados para um possível internamento hospitalar.

Tabela 1. Escore de Oakland.

Variáveis	Pontuação
Idade	<40
	40-69
	>70
Sexo	Feminino
	Masculino
HDB prévia.	Não
	Sim
Toque retal	Sem presença de sangue
	Com presença de sangue
Frequência cardíaca	< 70
	70-89
	90-109
	>110
Pressão sistólica (mmhg)	50 - 89
	90 - 119
	120 - 129
	130 - 159
	>160
Hemoglobina (g/dl)	3.6 - 6.9
	7.0 – 8.9
	9.0 – 10.9
	11.0 – 12.9
	13.0 – 15.9
	>16.0

EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Recomenda-se a realização de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) antes da colonoscopia, quando se suspeita de a origem do sangramento ser no tubo digestivo superior, como naqueles pacientes que se apresentam com hematoquezia associada à instabilidade hemodinâmica ou naqueles pertencentes a grupos de risco (história de úlcera péptica ou doença hepática com hipertensão portal, uso crônico de medicamentos antiplaquetários ou anticoagulantes).⁷ No geral, em 8-9% dos pacientes que se apresentam com manifestações de HDB, a origem do sangramento é encontrada no trato gastrointestinal superior, enquanto em pacientes com hematoquezia severa e instabilidade hemodinâmica, até 15% têm uma origem do sangramento no tubo digestivo superior.³

O próximo passo é a realização da colonoscopia. Não há evidências de alta qualidade de que a colonoscopia precoce (dentro de 24 horas da admissão) influencie os resultados dos pacientes, então, a mesma deve ser realizada em algum momento durante a internação.³ Recomenda-se que haja preparo dos cólons antes da realização do exame, seja o preparo anterógrado, ou, em situações emergenciais, o retrógrado.³ O preparo do cólon facilita a visualização e o diagnóstico endoscópico e pode reduzir o risco de perfuração intestinal.⁷ Dentre as soluções utilizadas para preparo anterógrado, a mais comum é o manitol a 20%. Nos casos em que o sangramento é contínuo, e não há tempo para se realizar o preparo anterógrado, podem-se realizar um ou dois enteroclismas de 1.000mL, para a remoção dos coágulos. Por fim, nos casos extremos, de alta gravidade, pode-se realizar a colonoscopia sem preparo algum, confiando-se no efeito catártico do sangue.

O objetivo é a realização da colonoscopia completa, mas em casos onde a angiografia/angiotomografia (Angio TC) identificou uma fonte de sangramento no reto ou cólon sigmoide, a sigmoidoscopia flexível pode ser considerada.³

A AngioTC de abdome tem alta sensibilidade e especificidade na presença de sangramento ativo, porém perde espaço no sangramento intermitente.⁴ Os pacientes com instabilidade hemodinâmica e suspeita de sangramento contínuo devem ser submetidos à AngioTC de abdome antes do exame endoscópico ou radiológico (arteriografia) para localizar o local do sangramento.³

A arteriografia é utilizada quando o paciente apresenta sangramento muito rápido e contínuo que permanece instável mesmo após as medidas de ressuscitação hemodinâmica, sendo improvável que tolere o preparo intestinal, ou quando a colonoscopia falha em identificar e/ou tratar a hemorragia.^{2,3}

A abordagem cirúrgica, através da laparotomia, passa a ser considerada quando todas as outras modalidades diagnósticas possíveis falham na identificação do foco de sangramento.³

TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Manejo inicial

O primeiro passo no tratamento é a estabilização clínica do paciente. Medidas iniciais incluindo monitorização rigorosa de parâmetros respiratórios, hemodinâmicos e diurese são fundamentais. Deve-se estabelecer acesso venoso adequado para ressuscitação volêmica com cristaloides e, caso necessário, hemoderivados.

Em pacientes estáveis hemodinamicamente e sem doenças cardiovasculares, objetiva-se um nível de hemoglobina maior ou igual a 7g/dL; já em pacientes estáveis hemodinamicamente com histórico de doença cardiovascular, objetiva-se valores de, pelo menos, 8 g/dL.³

Terapias específicas

Os pacientes com suspeita de doenças orificiais como causa da HDB devem ser avaliados pelo serviço de coloproctologia para intervenção adequada.

Através da colonoscopia, vários métodos de terapia podem ser empregados para hemostasia como: métodos térmicos de contato (*heater probe*, eletrocoagulação bipolar/multipolar), métodos térmicos sem contato (plasma de argônio), métodos de injeção por meio de cateter (mais comumente a epinefrina diluída) e métodos mecânicos (clipe, ligadura elástica).⁷ A escolha do método dependerá do achado endoscópico, da disponibilidade no serviço e da experiência do endoscopista.

A embolização arterial através de arteriografia é reservada para o tratamento de HDB aguda, potencialmente fatal, seja em pacientes hemodinamicamente instáveis com sangramento ativo, demonstrado por AngioTC ou com sangramento intenso e contínuo não tratável ou não efetivamente tratada por meio de intervenções endoscópicas.³ As desvantagens da embolização pela arteriografia incluem a necessidade de sangramento ativo e o risco de isquemia intestinal e complicações nefropáticas induzidas pelo contraste.²

Manejo dos agentes antitrombóticos

Recomenda-se não interromper a anticoagulação oral com antagonistas da vitamina K em pacientes que apresentam sangramento autolimitado leve (Oakland ≤ 8).³ Em pacientes com instabilidade hemodinâmica, além da suspensão da medicação, recomendamos a administração de vitamina K e plasma fresco congelado.^{3,8} Deve-se reiniciar a anticoagulação a partir do 7º dia após a interrupção do antagonista da vitamina K em pacientes com baixo risco trombótico.^{3,8} Naqueles com alto risco trombótico (válvula cardíaca mitral protética de metal, fibrilação atrial com válvula cardíaca protética ou estenose mitral, ou menos de 3 meses após tromboembolismo venoso), recomenda-se o retorno da anticoagulação com ponte de heparina, preferencialmente em 72 horas.³

A correção da coagulopatia não deve atrasar as intervenções terapêuticas urgentes. Se o risco de retomar a anticoagulação superar seus benefícios, é aconselhável consultar um especialista (hematologista, neurologista e/ou cardiologista).

Recomenda-se não interromper os anticoagulantes orais diretos (DOACS) em pacientes que apresentam sangramento autolimitado leve (ou seja, pontuação de Oakland ≤ 8).³ Deve-se suspender os anticoagulantes e usar agentes de reversão em acordo com o hematologista local se o sangramento estiver em andamento e/ou houver instabilidade hemodinâmica recorrente.^{3,8} O tratamento com anticoagulante oral direto após HDB importante deve ser retornado o mais rápido possível a partir do 7º dia.³

Deve-se suspender o AAS durante o evento de sangramento em pacientes que o utilizam em baixas doses para prevenção cardiovascular primária e considerando sua descontinuação permanente, a menos que clinicamente indicado após discussão com o especialista de referência.^{2,3,8} Não se recomenda a suspensão definitiva do AAS em pacientes que estejam usando-o para prevenção cardiovascular

secundária.^{3,7} Se suspenso, deve ser retomada, de preferência em 5 dias ou até antes, se a hemostasia for alcançada ou se não houver mais evidências de sangramento.³

Não se recomenda a interrupção rotineira da terapia antiplaquetária dupla (AAS em baixa dosagem e um antagonista do receptor P2Y12, como clopidogrel, ticagrelor) antes da consulta com o cardiologista. A continuação do AAS é recomendada, enquanto o antagonista do receptor P2Y12 pode ser continuado ou temporariamente interrompido de acordo com a gravidade do sangramento e o risco de isquemia. Se interrompido, o antagonista do receptor P2Y12 deve ser reiniciado em 5 dias, se ainda houver indicação.³

Não se recomenda o uso de antifibrinolíticos (como o ácido tranexâmico) de rotina em pacientes com HDB.³

Crítérios de alta hospitalar ou transferência

Os pacientes que tiverem atingido a hemostasia e que se encontrem estáveis hemodinamicamente, com estabilidade dos níveis de hemoglobina, podem receber alta hospitalar para seguimento ambulatorial de patologia de base.

REFERÊNCIAS

1. ASGE Standards of Practice Committee; Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2014;79(6):875-85.
2. Aoki T, Hirata Y, Yamada A, Koike K. Initial management for acute lower gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol.* 2019;25(1):69-84.
3. Triantafyllou K, Gkolfakis P, Gralnek IM, Oakland K, Manes G, Radaelli F, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2021;53(8):850-868. Erratum in: *Endoscopy.* 2021;53(8):C10.
4. Lima MA, Libera ED Junior. Hemorragia digestiva baixa. In: Ambrogini O Júnior, Carvalho RJ Filho, Amaral AC, Faria SR, Campos RR, Lima MA, editors. *Manual de gastroenterologia para clínicos e residentes.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 345-51.
5. Oakland K, Kothiwale S, Forehand T, Jackson E, Bucknall C, Sey MSL, et al. External Validation of the Oakland Score to Assess Safe Hospital Discharge Among Adult Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in the US. *JAMA Netw Open.* 2020;3(7):e209630.
6. Almaghrabi M, Gandhi M, Guizzetti L, Iansavichene A, Yan B, Wilson A, et al. Comparison of Risk Scores for Lower Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2022;5(5):e2214253.
7. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(4):459-474. Erratum in: *Am J Gastroenterol.* 2016;111(5):755.
8. Bond A, Smith PJ. British Society of Gastroenterology: diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding. *Frontline Gastroenterol.* 2019;10(4):417-420.

Como citar:

Alencar PE, Souza MH, Eufrásio RG. Protocolo para diagnóstico e manejo da hemorragia digestiva baixa aguda. *Rev Med UFC.* 2025;65(1):e83602.