

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UGCD-HUWC.002	
Título do Documento	<b>COLITE AGUDA GRAVE</b>	Emissão: 27/06/2023	Próxima revisão: 27/06/2025
		Versão: 1	

**1. AUTORES**

- Ana Larisse Veras Bezerra
- Isabele de Sã Silveira Melo
- Ranna Carolina Bezerra Siebra
- Marcellus Henrique Loyola Pontes
- Lucia Libanez Bessa Campelo Braga

**2. SIGLAS E CONCEITOS**

**2.1. Siglas**

AINES: Anti-inflamatórios não esteróides

Bpm: Batimentos por minuto

CAG: Colite Aguda Grave

CMV: Citomegalovírus

DII: Doença Inflamatória Intestinal

EV: Endovenoso

FC: Frequência cardíaca

Hb: Hemoglobina

HUWC: Hospital Universitário Walter Cantídio

PCR: Proteína C reativa

TEP: Tromboembolismo Pulmonar

TNF: Fator de Necrose Tumoral

TVP: Trombose Venosa Profunda

VHS: Velocidade de Hemossedimentação

VO: Via oral

**2.2. Conceitos**

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal crônica caracterizada por episódios recorrentes de inflamação que acomete predominantemente a camada mucosa do cólon. A doença usualmente afeta o reto e também variáveis porções proximais do cólon, em geral de forma contínua, ou seja, sem áreas de mucosa normais entre as porções afetadas.

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UGCD-HUWC.002	
Título do Documento	<b>COLITE AGUDA GRAVE</b>	Emissão: 27/06/2023	Próxima revisão: 27/06/2025
		Versão: 1	

A gravidade da doença é melhor avaliada pela intensidade dos sintomas e pode ser classificada pelos critérios estabelecidos por Truelove e Witts (Tabela 1), úteis na definição terapêutica.

A Colite Aguda Grave (CAG), é frequentemente associada à doença inflamatória intestinal (DII), principalmente à RCU, mas pode também estar associada a outras causas, como infecções, isquemia e pseudo obstrução intestinal. Aproximadamente 25% dos adultos e crianças com RCU evoluem com CAG, com necessidade de internação.

Apesar das terapia médicas atualmente disponíveis, o manejo de pacientes com CAG ainda representa um desafio para os médicos, com altas taxas de necessidade de cirurgia e complicações associadas.

**Tabela 1** - Escore de Gravidade TRUELOVE E WITTS

LEVE	MODERADA	GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 3 evacuações por dia, com ou sem sangue</li> <li>• Ausência de comprometimento sistêmico</li> <li>• VHS normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 4 evacuações por dia, com ou sem sangue</li> <li>• Mínimo comprometimento sistêmico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 evacuações por dia, com sangue</li> <li>• Evidência de comprometimento sistêmico (Febre, anemia, taquicardia)</li> <li>• VHS &gt;30</li> <li>• Suspeita de Megacólon tóxico</li> </ul>

### 3. OBJETIVOS

Elaborar um protocolo de tratamento de Colite aguda grave do serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), facilitando e orientando a conduta médica no diagnóstico precoce, tratamento e prevenção de complicações.

### 4. JUSTIFICATIVAS

Colite aguda grave é uma emergência médica com necessidade de internação hospitalar e, apesar das terapias médicas atualmente disponíveis, as taxas de necessidade de cirurgia ainda permanecem elevadas, com evolução para colectomia em 1 ano em 14% a 20% dos pacientes e mortalidade de 5% associada ao procedimento de urgência.

### 5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UGCD-HUWC.002
Título do Documento	COLITE AGUDA GRAVE		Emissão: 27/06/2023
			Versão: 1
			Próxima revisão: 27/06/2025

- **Critérios de inclusão:** pacientes admitidos no HUWC que preencham critérios diagnósticos para colite aguda grave.
- **Critérios de exclusão:** pacientes que não atendem aos critérios de inclusão.

## 6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Este Protocolo foi elaborado pelo Serviço de Gastroenterologia do HUWC.

A identificação de pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão acima descritos é do médico assistente/residente do paciente.

É função do médico assistente/residente avaliação diária, assegurar a estabilidade hemodinâmica do paciente, reconhecimento precoce das complicações e intervenção terapêutica.

## 7. QUADRO CLÍNICO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

A suspeita diagnóstica ocorre através da história clínica e exame físico detalhados, sendo confirmada por exames complementares e critérios diagnósticos.

Existem vários critérios na literatura que definem Colite Aguda Grave, sendo o mais utilizado o escore de gravidade Truelove e Witts (Tabela 1), que define como CAG os pacientes que apresentam:

- > 6 evacuações por dia, com sangramento
- Evidência de comprometimento sistêmico - Hb <10,8, Temperatura > 37,8C, FC > 90bpm
- VHS > 30
- Suspeita de megacólon tóxico

## 8. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E EXAMES INDICADOS

Uma vez admitidos os pacientes, eles precisam ser avaliados por um grupo multidisciplinar que inclui gastroenterologistas, cirurgiões colorretais, nutricionistas, entre outros. A avaliação cirúrgica precoce é recomendada devido risco potencial de necessidade de colectomia.

Os pacientes devem ser submetidos a avaliações laboratoriais e radiológicas para avaliar a gravidade da doença, risco de complicações e infecções concomitantes, devendo incluir:

- Exames laboratoriais:

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UGCD-HUWC.002	
Título do Documento	<b>COLITE AGUDA GRAVE</b>	Emissão: 27/06/2023	Próxima revisão: 27/06/2025
		Versão: 1	

- Hemograma completo, eletrólitos, marcadores inflamatórios (PCR, VHS), , enzimas hepáticas, albumina, função renal
- Cultura de fezes e pesquisa de toxinas A e B nas fezes para pesquisa de *Clostridium difficile*
- Calprotectina fecal – marcador de prognóstico e resposta terapêutica
  - 1000 µg/g - preditor independente de falha de esteroide e necessidade de terapia de resgate ou colectomia
- Perfil lipídico e níveis de magnésio – se considerar o uso de inibidores de calcineurina
- Radiografia de tórax, PPD e sorologias para hepatite B na admissão, a fim de evitar atrasos na terapia de resgate com terapia Anti -TNF.
- Exames de imagem:
  - Radiografia de Abdome : avaliar distensão abdominal, urgências, megacólon (dilatação > 5,5cm)
  - Tomografia de abdome: para complicações e dúvidas diagnósticas
- Exames endoscópicos:
  - Não fazer: Colonoscopia e enemas opacos – risco de perfuração e complicações
  - Escolha: Retossigmoidoscopia com insuflação e preparo mínimo, realizado com profissional experiente - Pesquisa de Citomegalovírus (CMV)

## 9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Pacientes que atendam aos critérios de Colite aguda grave, através do escore de TrueLove e Witts, apresentam indicação de internação hospitalar para monitorização hemodinâmica, reposição volêmica e terapia endovenosas.

## 10. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

### Manejo Inicial

- Acompanhamento multidisciplinar de equipe com gastroenterologista e cirurgião colorretal
- Exclusão de causas infecciosas como CMV e *Clostridium difficile*
- Reposição hidroeletrolítica, se necessário - Hipocalemia e hipomagnesemia pioram dilatação
- Suspende medicações como:
  - AINEs - associação com exacerbação da doença

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UGCD-HUWC.002	
Título do Documento	<b>COLITE AGUDA GRAVE</b>	Emissão: 27/06/2023	Próxima revisão: 27/06/2025
		Versão: 1	

- Opióides e medicamentos anticolinérgicos – diminuição da motilidade intestinal, aumentando potencialmente risco de megacólon tóxico
- Realização de radiografia abdominal simples - descartar megacólon tóxico e sinais que indiquem resposta ao tratamento
- Manutenção de suporte nutricional adequado
- Realizar profilaxia com Heparina de baixo peso molecular, devido risco aumentado de TVP/TEP
- Transfusão de sangue e/ou suplementação de ferro parenteral podem ser necessárias
  - Suplementos orais de ferro não devem ser usados, pois podem piorar os sintomas gastrointestinais e a absorção é limitada pela inflamação sistêmica
  - Manter hemoglobina em alvo entre 8 e 10
- Avaliar necessidade de antibioticoterapia
- Considerar uso de aminosalicilatos e corticóides tópicos para controle de sintomas.

## Terapia Medicamentosa

### Corticosteróides

A terapia de primeira 1ª linha consiste no uso de corticoterapia endovenosa. A dose utilizada é de Hidrocortisona 100 mg a cada 6 ou 8 horas ou Metilprednisolona 60 mg/dia, em dose contínua ou fracionada por 5 a 7 dias. Os pacientes devem ser avaliados diariamente, sendo considerada ausência de resposta se não houver melhora clínica após 3 a 5 dias de início da terapia. Se ausência de resposta, considerar terapia de resgate, com uso de Inibidores de calcineurina ou Anti TNF.

Para avaliar resposta terapêutica, escores podem ser utilizados. O escore endoscópico de Mayo avalia presença de ulceração de mucosa, sangramento e padrão vascular. Se presença de ulcerações profundas ao exame endoscópico, associa-se a aumento do risco de colectomia a curto prazo. O critério de Oxford, bastante utilizado, avalia número de evacuações e coleta de PCR no 3º dia de evolução, sendo considerado alto risco se presença de mais de 8 evacuações ao dia ou 3 a 8 evacuações ao dia e elevação de PCR acima de 45 g/L, observando nesses casos risco de evolução para colectomia em 85% dos pacientes.

### Terapia de Resgate

#### Inibidores de calcineurina

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UGCD-HUWC.002	
Título do Documento	<b>COLITE AGUDA GRAVE</b>	Emissão: 27/06/2023	Próxima revisão: 27/06/2025
		Versão: 1	

A Ciclosporina endovenosa, é um inibidor de calcineurina, indicada nos centros com experiência em seu uso. A dose utilizada é 2-4 mg/kg/dia, por 7 dias. Após resposta, deve ser substituída por formulação via oral, na dose de 5mg/kg/dia, dividida em duas tomadas, por 12 semanas, com transição para uso com Azatioprina na dose de 2 a 2,5mg/kg por tempo indeterminado. Em caso de Terapia tripla de imunossupressão (corticoide, ciclosporina e azatioprina), é indicada profilaxia para *Pneumocitis jiroveci* com sulfametoxazol e trimetoprima, na dose de 800/160mg, 3 vezes na semana. A Ciclosporina é uma droga nefrotóxica com risco de convulsões se hipomagnesemia (<1,4mg/dL) e hipocolesterolemia (<150mg/dL), sendo observado que pacientes em uso de azatioprina durante o episódio de colite aguda grave apresentam pior prognóstico.

O Tacrolimos, um inibidor de calcineurina, pode ser usado como terapia de ponte para outras drogas de manutenção. Observam-se menos efeitos colaterais que ciclosporina, com administração EV (0,01 a 0,02 mg/kg) ou VO (0,1 a 0,2 mg/kg), eficazes e seguras.

#### **Anti-TNF alfa**

Sugere-se também como terapia de resgate o uso de Infliximabe, um anti -TNF alfa, com dose de indução de 5mg/kg/dia (semanas 0, 2 e 6) e dose de manutenção inicial de 5mg/kg a cada 8 semanas. Há contra indicação do seu uso se evidência de tuberculose latente, infecção aguda grave, doenças desmielinizantes e Insuficiência cardíaca congestiva.

A escolha entre a inibidor de calcineurina ou anti-TNF nos casos refratários à corticoterapia endovenosa baseia-se nas condições clínicas do paciente e na experiência da equipe médica com estes medicamentos. Se falha terapêutica, não há indicação para terapia sequencial, com indicação de colectomia.

#### **Terapia Cirúrgica**

A cirurgia deve ser considerada como alternativa em caso de piora clínica, refratariedade a terapia medicamentosa e complicações como hemorragia profusa com instabilidade hemodinâmica, perfuração ou megacólon tóxico, sendo avaliada caso a caso. A técnica cirúrgica mais indicada nos casos graves é colectomia subtotal com confecção de ileostomia e programação de reconstrução de trânsito intestinal (com ou sem bolsa ileal) após recuperação do quadro agudo.

### **11. MEGACÓLON TÓXICO**

O megacólon tóxico é uma complicação potencialmente fatal da CAG. Apresenta fatores de risco como hipocalemia, hipomagnesemia, preparo intestinal e medicações antidiarreicas.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGCD-HUWC.002	
Título do Documento	COLITE AGUDA GRAVE	Emissão: 27/06/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	27/06/2025

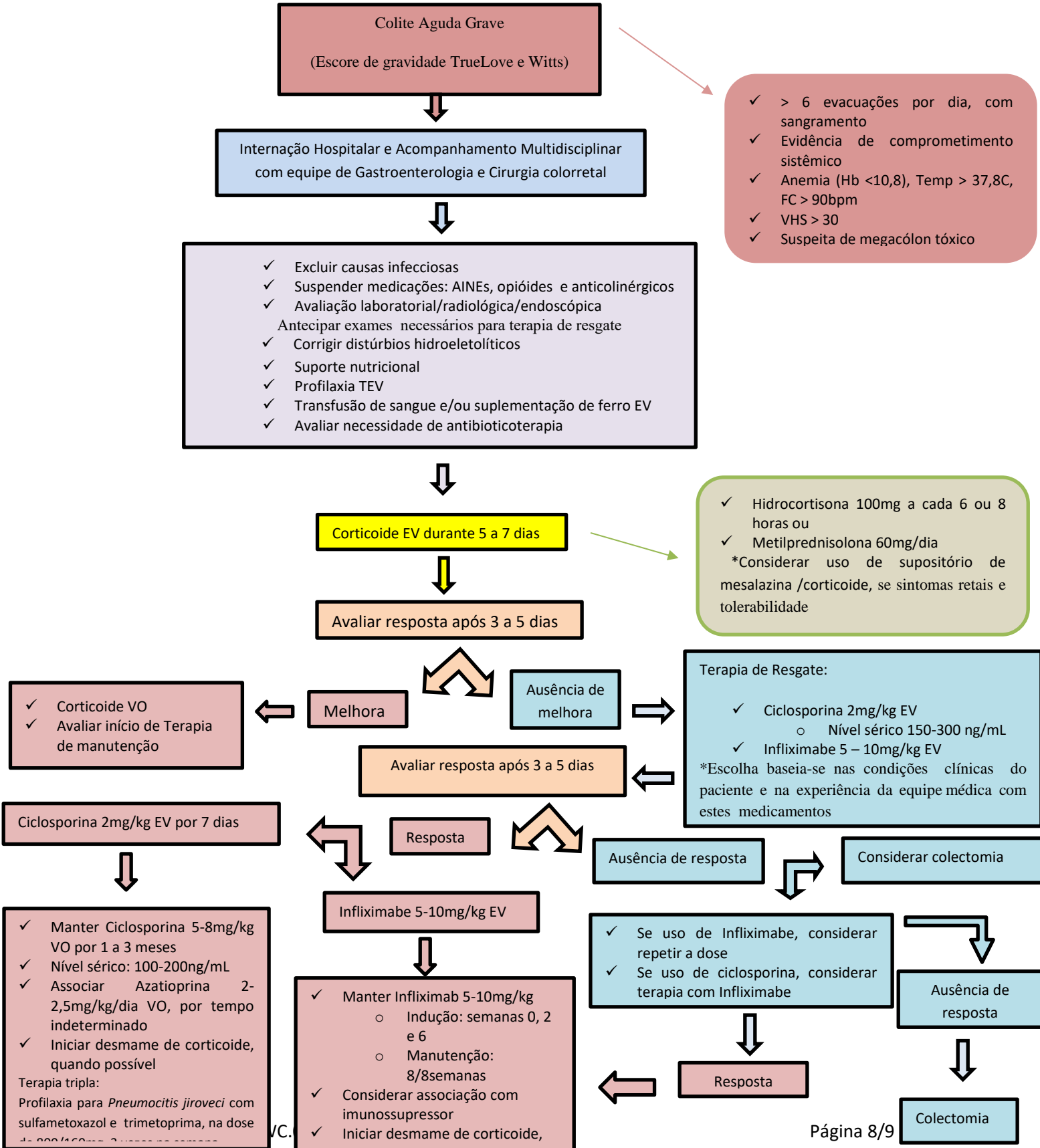
Deve-se suspeitar de megacólon tóxico em caso de piora clínica, com piora aguda da dor, sangramento, sinais de toxemia (febre, taquicardia, leucocitose, anemia, piora da dor, distensão abdominal, hipotensão, desidratação, estado mental alterado ou anormalidades eletrolíticas ) ou instabilidade dos sinais vitais e realizar uma radiografia abdominal de urgência, observando-se um cólon transverso dilatado acima de 5,5cm. Em crianças, com menos de 10 anos de idade, 4cm podem ser usados como critério para o diâmetro do cólon. Na suspeita, deve-se solicitar avaliação cirúrgica de urgência. O tratamento conservador inicial inclui monitoramento rigoroso, dieta zero, reposição volemia, correção de distúrbios eletrolíticos e anemia e antibióticos de amplo espectro. A colocação de uma sonda nasogástrica para descompressão deve ser considerada. Em caso de instabilidade hemodinâmica, colectomia de emergência deve ser realizada. As terapias com ciclosporina e anti- TNF não devem ser usadas.

## 12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Após estabilização clínico-hemodinâmica do paciente, substituição de corticoterapia endovenosa por via oral e aceitação de dieta via oral.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UGCD-HUWC.002
Título do Documento	COLITE AGUDA GRAVE		Emissão: 27/06/2023
			Versão: 1
		Próxima revisão: 27/06/2025	

### 13. FLUXAGRAMA



**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UGCD-HUWC.002	
Título do Documento	<b>COLITE AGUDA GRAVE</b>	Emissão: 27/06/2023	Próxima revisão: 27/06/2025
		Versão: 1	

**14. REFERÊNCIAS**

1. Harbord M, Rieder F; European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. J Crohns Colitis. 2017 Jun 1;11(6):649-670. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx008. PMID: 28158501.
2. Whaley KG, Rosen MJ. Contemporary Medical Management of Acute Severe Ulcerative Colitis. Inflamm Bowel Dis. 2019 Jan 1;25(1):56-66. doi: 10.1093/ibd/izy208. PMID: 29889235; PMCID: PMC6290785.
3. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. Am J Gastroenterol. 2019 Mar;114(3):384-413. doi: 10.14309/ajg.000000000000152. PMID: 30840605.
4. Sedano R, Quera R, Simian D, Yarur AJ. An approach to acute severe ulcerative colitis. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2019 Oct;13(10):943-955. doi: 10.1080/17474124.2019.1681974. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31648574.

**15. HISTÓRICO DE REVISÃO**

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

**ELABORAÇÃO**

Ana Larisse Veras Bezerra  
Isabele de Sã Silveira Melo  
Ranna Carolina Bezerra Siebra  
Marcellus Henrique Loyola Pontes  
Lucia Libanez Bessa Campelo Braga

**VALIDAÇÃO**

**Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini**  
Unidade de Gestão da Qualidade

Conforme Processo SEI nº 23533.023192/2023-12, assinado eletronicamente.

**APROVAÇÃO**

**Miguel Ângelo Nobre e Souza**  
Chefe da Unidade de Gastroenterologia e  
Cirurgia do Aparelho Digestivo

Conforme Processo SEI nº 23533.023192/2023-12, assinado eletronicamente.

**Maria Airtes Vieira Vitoriano**  
Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado do  
HUWC

Conforme Processo SEI nº 23533.023192/2023-12, assinado eletronicamente.

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.*

*2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados*

*www.ebserh.gov.br*