

Hemorragia digestiva na criança — alta e baixa

Confirmar que é sangue, avaliar a estabilidade hemodinâmica, reconhecer as causas por idade e decidir entre tratar em casa, reavaliar ou estabilizar e transferir, segundo SBP, Ministério da Saúde e AEP 2023

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O primeiro passo é **confirmar que é sangue e que vem do tubo digestivo**: alimentos e corantes, ferro e bismuto, **sangue deglutido** (epistaxe, **fissura do mamilo materno** — teste de Apt no recém-nascido) e sangue vaginal ou urinário simulam hemorragia. O segundo é a **estabilidade hemodinâmica**: **taquicardia é o sinal mais precoce** e a hipotensão é tardia. As causas dependem da idade — **fissura anal e proctocolite alérgica** no lactente, **pólipo juvenil, invaginação, divertículo de Meckel, vasculite por IgA e síndrome hemolítico-urêmica** no pré-escolar, **doença inflamatória intestinal** no escolar e no adolescente; na hemorragia alta, **esofagite, gastrite e úlcera, Mallory-Weiss e varizes** (a causa mais frequente de hemorragia alta com risco de vida). 🟢 **Em casa**: bom estado, sinais vitais normais, pouco sangue e causa evidente (fissura: amolecer as fezes). 🟡 **Reavaliação e encaminhamento ao gastroenterologista pediátrico**: sangramento recorrente ou sem causa clara. 🟠 **Pronto-socorro**: taquicardia, palidez, hipotensão, hematêmese volumosa, melena, sangramento volumoso, cólica com letargia ou hepatopatia — dois acessos, cristalóide 10–20 mL/kg com reavaliação, tipagem, jejum e SAMU 192.

1. O que é e como se apresenta

Hemorragia digestiva alta (HDA) origina-se acima do ângulo de Treitz; **baixa (HDB)**, abaixo dele (AEP 2023).

- **Hematêmese**: sangue vivo ou em "borra de café" no vômito.
- **Melena**: fezes pretas, pegajosas e fétidas; em geral origem alta.
- **Hematoquezia**: sangue vermelho nas fezes; em geral baixa, mas pode ser **HDA maciça**.
- **Raias de sangue** nas fezes: fissura ou proctocolite. **Sangramento oculto**: anemia ferropriva.

Falsa hemorragia — excluir antes de investigar (AEP 2023; SIGENP 2017; MS, Protocolo SAMU 192):

- **Alimentos, corantes e medicamentos**: beterraba, gelatinas, sucos e balas vermelhas, melancia; **ferro e bismuto escurecem as fezes** e simulam melena (MS); xaropes com corante; carvão ativado.
- **Sangue deglutido**: epistaxe, extração dentária, amigdalectomia; no **recém-nascido e no lactente amamentado, sangue materno** (do parto ou de **fissura do mamilo**).
- **Outra origem**: pseudomenstruação da recém-nascida, menarca, hematúria; uratos (cristais rosados na fralda).

Teste de Apt (Apt-Downey): distingue hemoglobina fetal (do bebê) da adulta (materna) no vômito ou nas fezes do recém-nascido (AEP 2023). Material diluído em água, sobrenadante rosado com hidróxido de sódio a 1%: **continua rosa = sangue do bebê; fica marrom-amarelado = sangue materno**. Examine o mamilo da mãe.

Causas por idade (AEP 2023; SIGENP 2017):

IDADE	HEMORRAGIA BAIXA	HEMORRAGIA ALTA
Recém-nascido	Sangue materno deglutido; proctocolite alérgica ; enterocolite necrosante (premature); volvo; fissura	Sangue materno; doença hemorrágica por deficiência de vitamina K ; gastrite ou úlcera de estresse; trauma por sonda
Lactente	Fissura anal (a mais comum); proctocolite alérgica (APLV) ; diarreia infecciosa; invaginação (pico de 6 a 36 meses); divertículo de Meckel; hiperplasia nodular linfóide	Esofagite por refluxo; gastrite; Mallory-Weiss; corpo estranho e cáusticos
Pré-escolar	Fissura; disenteria; pólipo juvenil (sangramento indolor ao fim da evacuação); divertículo de Meckel (sangramento indolor e volumoso, vermelho-escuro); invaginação; vasculite por IgA ; síndrome hemolítico-urêmica (SHU)	Epistaxe deglutida; gastrite por anti-inflamatório (AINE); corpo estranho (bateria); varizes
Escolar e adolescente	Doença inflamatória intestinal (DII) ; colite infecciosa e pseudomembranosa; pólipos e polipose; vasculite por IgA; fissura; abuso sexual	Úlcera péptica (<i>H. pylori</i> , AINE); varizes por hipertensão portal ; gastropatia hipertensiva; Mallory-Weiss ; esofagite

Pistas no exame (AEP 2023): circulação colateral e esplenomegalia (hipertensão portal); manchas melânicas nos lábios (Peutz-Jeghers); telangiectasias; púrpura palpável (vasculite por IgA); fissuras recorrentes, plicoma ou fístula (doença de Crohn).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sangue confirmado , em pequena quantidade (raias ou poucas gotas); criança em bom estado, frequência cardíaca, perfusão e coloração normais; causa evidente — fissura anal, proctocolite em lactente que ganha peso, sangue deglutido (epistaxe, mamilo), estrias de sangue após vômitos repetidos que cessaram	Tratamento da causa em casa (fissura: amolecer as fezes; proctocolite: conduta da APLV); sinais de alerta; retorno programado
● Moderada	Sangramento recorrente ou sem causa evidente , sinais vitais normais; hematoquezia indolor recorrente (pólipo); pouca borra de café com criança estável; diarreia com sangue sem desidratação grave nem SHU; anemia sem repercussão; suspeita de DII; vasculite por IgA com dor leve	Exames; reavaliação em 24–48 h; encaminhar ao gastroenterologista pediátrico , com prioridade se anemia, recorrência ou suspeita de DII; observação no pronto-socorro conforme o caso
● Grave	Taquicardia para a idade, enchimento capilar > 2 s, palidez , extremidades frias, hipotensão , sonolência ou agitação; hematêmese volumosa ou de sangue vivo; melena ; hematoquezia volumosa; queda da hemoglobina; dor em cólica com letargia ou massa abdominal (invaginação); vômitos biliosos ou distensão; palidez, oligúria ou petéquias após diarreia com sangue (SHU) ; hepatopatia ou hipertensão portal conhecida; coagulopatia ou plaquetopenia; ingestão de bateria ou cáustico; recém-nascido com sangramento próprio (Apt) ou distensão	Pronto-socorro ou hospital com endoscopia pediátrica e UTI: oxigênio, dois acessos, cristalóide 10–20 mL/kg com reavaliação, tipagem, jejum, SAMU 192

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Hepatopatia, hipertensão portal (cirrose ou obstrução da veia porta, inclusive após cateter umbilical), varizes conhecidas.
- Coagulopatias, plaquetopenia, anticoagulantes; recém-nascido sem vitamina K ao nascer.
- AINE (mesmo em doses baixas), corticoide; criança em UTI, queimada ou politraumatizada (úlceras de estresse).
- Lactente pequeno, cardiopatia, anemia prévia, sangramento recorrente ou transfusão prévia.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: cor, quantidade (em colheres) e relação com as fezes; dor à evacuação e fezes duras (fissura); sangramento indolor (pólipo, Meckel); vômitos repetidos antes do sangue

(Mallory-Weiss); dor epigástrica e AINE (úlceras); diarreia, febre e surtos (disenteria, *E. coli* produtora de toxina Shiga); dieta do lactente e da mãe (APLV); epistaxe; hepatopatia; história familiar de coagulopatia ou polipose.

Exame físico: frequência cardíaca, enchimento capilar, pressão arterial, coloração e consciência primeiro — a taquicardia é o indicador mais sensível de perda importante; hipotensão e enchimento prolongado indicam perda > 25% da volemia e precedem o colapso (AEP 2023). Depois: narinas e orofaringe, pele, abdome (massa, hepatoesplenomegalia, distensão) e **inspeção anal sempre** (fissura em geral na linha média posterior).

Exames — quando pedir e quais:

- **Fissura típica, proctocolite em lactente bem e sangue deglutido evidente:** nenhum exame.
- **Recorrente, sem causa clara ou com anemia:** hemograma com plaquetas, ferritina, TP e TTPA.
- **Diarreia com sangue:** coprocultura; com palidez, oligúria ou petéquias, hemograma com esfregaço (esquistócitos), ureia, creatinina e urina (SHU).
- **Hemorragia alta importante (hospital):** coagulograma, tipagem, ureia, creatinina e função hepática; **ureia/creatinina elevada** sugere origem alta; a **hemoglobina inicial pode ser normal** e cair em 24 h (AEP 2023).
- **Especialista ou hospital:** ultrassonografia na suspeita de invaginação (ver "Dor abdominal aguda"); **cintilografia com pertecnetato de tecnécio-99m** no sangramento indolor e volumoso (Meckel ou duplicação em mais de 90%); **endoscopia**, que localiza a fonte em 90–95% e a trata; **colonoscopia** (pólipo, DII) (AEP 2023).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: invaginação (choro em crises, palidez e letargia — a "geleia de framboesa" é tardia); **volvo**; **SHU**; **varizes** em criança com esplenomegalia; **enterocolite necrosante**; **doença hemorrágica do recém-nascido**; **bateria no esôfago**; **abuso sexual**.

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

- **Fissura anal: amolecer as fezes** com polietilenoglicol (PEG) ou lactulose, nas doses de "Constipação intestinal"; banho de assento morno; água e fibras. Fissura que não cicatriza, múltipla ou fora da linha média: pensar em Crohn ou abuso e encaminhar.
- **Proctocolite alérgica:** conduta de "Alergia à proteína do leite de vaca" — casos leves no lactente amamentado em bom estado podem ser observados; havendo indicação, exclusão do leite de vaca da dieta materna ou fórmula extensamente hidrolisada, com provocação oral para confirmar.

- **Sangue deglutido:** tratar a causa (epistaxe; fissura do mamilo, mantendo a amamentação).
- **Mallory-Weiss leve** (estrias após vômitos já controlados, criança estável): observar e tratar a causa dos vômitos.
- **Disenteria:** antibiótico só nas indicações de "Diarreia aguda e desidratação"; **não tratar a suspeita de *E. coli* produtora de toxina Shiga** (risco de SHU).
- **Vasculite por IgA:** seguir "Nefropatia por IgA e vasculite por IgA"; dor intensa ou sangue nas fezes exigem afastar invaginação.
- **Seguimento:** hemograma e ferritina após sangramento recorrente; ferro nas doses de "Anemia ferropriva".

Do gastroenterologista e do hospital: endoscopia terapêutica (adrenalina injetada, cliques, coagulação; **ligadura elástica** ou escleroterapia das varizes), polipectomia, cirurgia do Meckel, tratamento da DII e do *H. pylori*, profilaxia das varizes (propranolol, ligadura) e, nos refratários, derivações e transplante hepático (AEP 2023).

Medicamentos (iniciados no pronto-socorro ou no hospital; doses com fonte):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Cristaloide (SF 0,9% ou Ringer lactato)	10–20 mL/kg IV ou IO, em bolus	Repetir após reavaliação	Até a estabilização ou os hemoderivados	PALS do site; MS (SAMU 192, 2016): 20 mL/kg, repetir 2–3 vezes, hemácias precoces. Cautela na hipertensão portal (AEP 2023)
Concentrado de hemácias	10–15 mL/kg	Conforme resposta	—	"Transfusão de hemocomponentes" (MS 2015): na perda aguda, decisão clínica; choque hemorrágico 10–20 mL/kg ("Trauma pediátrico")
Omeprazol IV	0,8–2 mg/kg/dia , em 2 doses, sem ultrapassar a dose do adulto (bula)	12/12 h	Até a endoscopia e conforme achado	SBP (DC Hepatologia nº 2/2018, na insuficiência hepática); antes e depois da endoscopia, também nas varizes (AEP 2023); SIGENP 2017: 1–3 mg/kg no sangramento ativo
Octreotida	1 mcg/kg IV em bolus , seguido de 1–2 mcg/kg/h em infusão contínua	Contínuo	Especialista (SIGENP: ≥ 5 dias)	Suspeita de varizes , antes da endoscopia (AEP 2023; dose: Rev Paul Pediatr 2011); o especialista pode subir a 2–5 mcg/kg/h (SIGENP 2017); vigiar glicemia. Vasopressina ou terlipressina: só o especialista
Vitamina K	Recém-nascido: 1 mg IV ou IM ; lactente: 1–2 mg/dose	Repetir conforme resposta	—	RN: "Distúrbios hematológicos do RN"; lactente com coagulopatia: SIGENP 2017; plasma se sangramento ativo
Cefalosporina de 2ª ou 3ª geração	Conforme o serviço	—	Curta	Profilaxia na hemorragia por varizes (AEP 2023) — decisão hospitalar

O que não fazer: AINE (antitérmico: dipirona 15 mg/kg/dose ou paracetamol nas doses do site, sem alternar); **lavagem gástrica com soro gelado** (ineficaz, risco de hipotermia — AEP 2023); hiper-hidratar na hipertensão portal; antidiarreicos; atribuir à APLV o sangramento de lactente em mau estado; dispensar sem examinar a região anal.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Choque ou perda importante:** taquicardia, enchimento capilar > 2 s, palidez, hipotensão, sonolência, síncope.

- **Hematêmese volumosa**, borra de café repetida, **melena** ou hematoquezia volumosa.
- **Hepatopatia, hipertensão portal ou varizes**, coagulopatia, plaquetopenia ou anticoagulante.
- **Invaginação, volvo ou abdome agudo; SHU** (palidez, oligúria ou petéquias após diarreia com sangue).
- **Recém-nascido** com sangramento próprio (Apt) ou mau estado; prematuro com sangue nas fezes.
- Ingestão de **bateria** ou **cáustico**; anemia com repercussão; sangramento persistente.

Como encaminhar

1. **ABC**; oxigênio para manter **SpO2 94–98%**; **decúbito lateral** se vomitar ou estiver sonolenta.
2. **Dois acessos calibrosos** (intraósseo após duas tentativas em até 90 s — PALS do site); colher **hemograma, coagulograma, tipagem e prova cruzada**.
3. **Cristaloide 10–20 mL/kg** se houver choque, **reavaliando após cada bolus**; cautela na hipertensão portal; sem atrasar o transporte.
4. **Jejum**. Omeprazol IV, se disponível, na hemorragia alta importante; octreotida na suspeita de varizes só com infusão segura, sem atrasar a remoção.
5. **Vitamina K 1 mg IV ou IM** no recém-nascido que não a recebeu.
6. **SAMU 192** e contato com serviço com **endoscopia pediátrica, banco de sangue e UTI pediátrica**; levar foto do material.
7. **Relatório**: horário e volume do sangramento, sinais vitais seriados, volume infundido, medicamentos (AINE, anticoagulante, ferro), doenças de base, exames.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Beterraba, gelatina, balas vermelhas e remédios com ferro mudam a cor das fezes."
- "A fissura é a causa mais comum de sangue nas fezes da criança pequena: deixe o cocô mole todos os dias, com o laxante prescrito, banho de assento morno e água."
- "Se a mãe tem rachadura no mamilo, o sangue pode ser dela: continue amamentando e trate o mamilo."
- "Evite ibuprofeno e outros anti-inflamatórios sem orientação médica."
- **Procurar o pronto-socorro imediatamente se**: vômito com sangue ou borra de café; fezes pretas e pegajosas; muito sangue nas fezes; criança pálida, suando frio, sonolenta ou desmaiando; crises de choro com moleza ou barriga inchada; vômito verde; pouca urina após diarreia com sangue; manchas roxas na pele.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento	Sem documen- to específico; IBP na hepato- patia (DC nº 2/2018)	SAMU 192 — HDA e HDB (adultos), cho- que pediátrico (2016)	Sem diretriz localizada	Sem diretriz pediátrica (CG141 só aci- ma de 16 anos)	Protocolo de HDA e HDB (SEGHNP- AEP, 2023)	Sem posição específica localizada	Revisão Bos- ton Children's (Pai e Fox, 2017)	Segue o NICE
Falsa hemorragia	—	Ferro e bismu- to simulam melena	—	—	Alimentos, fár- macos, sangue deglutido; Apt no RN	—	—	Segue o NICE
Estabilização	—	Cristaloide 20 mL/kg (repetir 2–3 vezes) e hemácias pre- cocas; O2 se SpO2 < 94%	—	—	Taquicardia como sinal precoce; volu- me com caute- la na hiperten- são portal	—	Estabilizar an- tes de localizar a fonte	Segue o NICE
Transfusão	—	Hb < 7 g/dL estável; perda aguda clínica (2015)	—	Hb < 70 g/L (NG24, geral)	Instável ou Hb ≤ 8 g/dL	—	—	Segue o NICE
Fármacos	Omeprazol 0,8–2 mg/kg/dia (DC 2/2018)	IBP IV e vita- mina K (adulto)	—	—	IBP antes e depois da en- doscopia; oc- treatida nas varizes; cefalosporina	—	—	Segue o NICE
Endoscopia e encaminha- mento	—	Regulação para serviço de destino	—	—	Endoscopia precoce se transfusão, instabilidade ou recorrência	—	Endoscopia di- agnóstica e terapêutica	Segue o NICE

Leitura: só a **AEP (SEGHNP-AEP, 2023)** tem protocolo pediátrico completo: falsa hemorragia e teste de Apt, taquicardia como sinal precoce, causas por idade, IBP antes e depois da endoscopia, octreotida e cefalosporina nas varizes, endoscopia precoce. O NICE só tem diretriz acima de 16 anos (Oxford e Cambridge seguem o NICE); AAP e Johns Hopkins não têm posição localizada; a revisão do Boston Children's segue a mesma sequência (estabilizar, localizar, tratar). A divergência prática está na **transfusão**: a AEP transfunde com Hb ≤ 8 g/dL na HDA, enquanto o Ministério da Saúde (2015), adotado no site, usa Hb < 7 g/dL na criança estável e decisão clínica na perda aguda. Nas **doses de octreotida**, sem posição da SBP ou do MS, o site parte da experiência brasileira (1–2 mcg/kg/h), menor que a italiana (SIGENP, 2–5 mcg/kg/h). O site adota a SBP onde ela se manifesta (omeprazol; APLV; constipação), no restante o Ministério da Saúde (SAMU 192; transfusão de 2015) e, na falta de ambos, a AEP (causas por idade e conduta hospitalar).

PONTOS PRÁTICOS

1. Primeiro, confirme que é sangue e que é da criança: alimentos, ferro, epistaxe e mamilo materno (teste de Apt no recém-nascido).
2. Taquicardia é o primeiro sinal de perda importante; hipotensão é tardia.
3. Fissura anal é a causa mais comum no lactente e no pré-escolar: inspecione o ânus e amoleça as fezes.
4. Sangramento indolor e volumoso: pense em Meckel; indolor e recorrente ao fim da evacuação: pólipó juvenil; com cólica e letargia: invaginação.
5. Diarreia com sangue seguida de palidez e oligúria é SHU até prova em contrário.
6. No 🚑: oxigênio, dois acessos, tipagem, cristaloide 10–20 mL/kg com reavaliação, jejum e SAMU 192.

Veja também, nesta Biblioteca: **Alergia à proteína do leite de vaca**, **Constipação intestinal**, **Dor abdominal aguda**, **Diarreia aguda e desidratação** e **Anemia ferropriva** (Patologias do consultório); **Transfusão de hemocomponentes na criança** e **A criança que sangra — hemofilia, doença de von Willebrand e outras coagulopatias** (Hematologia); **Nefropatia por IgA e vasculite por IgA** (Nefrologia e Urologia); **Sepse e choque séptico na criança** e **Trauma pediátrico** (Urgências e emergências); **Doença inflamatória intestinal**, **Helicobacter pylori** e **Corpo estranho e cáusticos** (nesta área).

8. Fontes

- Asociación Española de Pediatría / SEGHP. Navalón Rubio M, Bautista Casasnovas A. Hemorragia digestiva alta y baja en edad pediátrica. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2023. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Hepatologia. Insuficiência hepática aguda em crianças e adolescentes, Documento Científico nº 2, 2018. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Avançado de Vida — SAMU 192 (AC31 HDA, AC32 HDB e choque no paciente pediátrico), 2ª ed., 2016. [PDF](#)
- Romano C, Oliva S et al. Pediatric gastrointestinal bleeding — perspectives from the Italian Society of Pediatric Gastroenterology (SIGENP). World J Gastroenterol, 2017. [wjgnet.com](#)
- Meneses DG, Pinto EALC, De Tommaso AMA. Uso de octreotida na hemorragia digestiva alta secundária à hipertensão portal em pacientes pediátricos. Rev Paul Pediatr, 2011. [SciELO](#)
- Pai AK, Fox VL (Boston Children's Hospital, Harvard Medical School). Gastrointestinal bleeding and management. Pediatr Clin North Am, 2017. [PubMed](#)

- NICE. Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s — management (CG141).
[nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro
Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.