

16 TIMING ENDOSCÓPICO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA NÃO-VARICOSA: IMPLICAÇÕES PROGNÓSTICAS?

Gravito-Soares E.(1), Gravito-Soares M.(1), Lérias C.(1), Sofia C.(1), (1) Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.,

Introdução: A hemorragia digestiva alta aguda não varicosa(HDA-NV) representa uma emergência médica comum, associada a elevada morbimortalidade. A avaliação endoscópica representa a primeira linha na abordagem diagnóstica/terapêutica, com melhoria prognóstica bem estabelecida. Contudo, o *timing* ideal para a sua realização permanece por definir.

Objetivo: Avaliar a relação entre o *timing* da endoscopia digestiva alta(EDA) e a morbimortalidade associada.

Métodos: Estudo retrospectivo de 121 doentes selecionados aleatoriamente dos 1276 doentes internados num serviço de gastrenterologia com HDA-NV, entre 2006-2013. Os *timings* endoscópicos considerados incluíram 3, 6, 12 e 24h e o horário 9-24h e 24-9h. O prognóstico foi avaliado em termos de morbilidade (necessidade terapêutica cirúrgica/radiológica, internamento em unidade cuidados intensivos gastrenterológica[UCIGE], tempo de internamento e recidiva hemorrágica) e mortalidade.

Resultados: Dos 121 doentes incluídos, o tempo médio até à avaliação endoscópica foi $7,4 \pm 5,9$ h e 11,6% no horário 24-9h. Dos *timings* endoscópicos avaliados, apenas 3h e 24h mostraram significância estatística quanto ao prognóstico. Nos doentes que realizaram EDA<3h da admissão verificámos maior frequência de terapêutica cirúrgica/radiológica(62,5%vs26,7%;OR4,587;p=0,007) e internamento na UCIGE(75,0%vs46,1%;OR2,941;p=0,046). Após 24h da admissão, a realização de EDA esteve associada a maior necessidade de terapêutica cirúrgica/radiológica(66,7%vs1,7%;OR4,765;p=0,039), internamento prolongado($23,7 \pm 10,3$ vs $11,3 \pm 14,0$ dias;OR1,030;p=0,035) e incremento da recidiva hemorrágica(83,3%vs39,1%;OR7,778;p=0,032)(Figura1). Os doentes submetidos a EDA entre 24-9h apresentaram maior mortalidade(35,7%vs12,1%;OR4,017;p=0,028) e necessidade de terapêutica cirúrgica(35,7%vs13,1%;OR1,306;p=0,037). Estratificando a amostra em baixo/alto risco, segundo o *cut-off* 3,5h no *score* de *Rockall* pré-endoscópico(AUROC 0,664;p=0,027;S66,7%/E58,3%), apenas o *timing* endoscópico <3h mostrou associação estatística. Neste horário, a necessidade terapêutica cirúrgica/radiológica(80,0%vs24,4%;OR12,346;p=0,004), tempo de internamento ($18,2 \pm 14,7$ vs $11,3 \pm 10,0$;OR1,049;p=0,035), recidiva hemorrágica (80,0%vs40,0%;OR5,988;p=0,034) e mortalidade(50,0%vs15,6%;OR5,435;p=0,025) foram significativamente superiores.

Conclusão: A avaliação endoscópica precoce (<24h) esteve associada a menor morbilidade (necessidade terapêutica cirúrgica/radiológica, tempo de internamento e recidiva hemorrágica), sem, contudo, se associar a menor mortalidade. A EDA efetuada entre 24-9h

associou-se a maior morbimortalidade. A EDA emergente (<3h) implicou maior morbimortalidade, em relação provável com maior gravidade à admissão.

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.