

Análise do perfil clínico-epidemiológico de pacientes com síndromes aórticas agudas atendidos em serviço de referência cardiovascular no Pará

Clinical-epidemiological profile of patients with acute aortic syndromes treated at a reference hospital in Pará

Análisis del perfil clínico-epidemiológico de pacientes con síndromes aórticos agudos atendidos en un servicio de referencia en Pará

Recebido: 04/02/2024 | Revisado: 12/02/2024 | Aceitado: 13/02/2024 | Publicado: 17/02/2024

Gabriel Henrique de Paiva Ramos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0188-0735>
Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Brasil
E-mail: gabrielramosmed@gmail.com

Kayo Silva Gustavo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5994-248X>
Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Brasil
E-mail: kayo.gustavo@gmail.com

Elisa Maria Novaes Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9406-7158>
Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Brasil
E-mail: elisabarros1503@gmail.com

José Maciel Caldas dos Reis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0956-6970>
Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Brasil
E-mail: macielreis.angiobasc@gmail.com

Vanessa Novaes Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7460-8279>
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: barros.novaes@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com síndromes aórticas agudas em um serviço de referência cardiovascular no município de Belém – Pará. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de 12 pacientes admitidos no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, no período de março a dezembro de 2023. Foram consideradas variáveis relacionadas a idade, sexo, escolaridade, procedência, sintomas na admissão, característica da dor a admissão, presença de pulsos em membros superiores e inferiores, tipo de síndrome aórtica, classificação de Stanford e DeBakey, se foi necessário cirurgia, comorbidades, complicações, tempo de internação e desfechos. Resultados: A dor torácica esteve presente em todos os pacientes da amostra e em sua maioria foi súbita. Houve presença de pulso em MMSS e MMII. O tipo de síndrome aórtica mais frequente foi a Dissecção aguda. A classificação A de Stanford foi a mais frequente. Na classificação DeBakey houve maior proporção da classe I e III. Entre os participantes, 07 necessitaram de cirurgia, e a mais frequente foi a Bentall. Entre as comorbidades referidas, a HAS apresentou a maior proporção. A sepse foi a complicação mais frequente, seguida do LRA, da Hematose e da DHE. Conclusão: Metade dos pacientes tiveram como desfecho o óbito. São necessários mais estudos sobre esta patologia, assim como maior prevenção dos fatores de risco da doença para promover educação continuada a equipe de emergência e pronto socorro a fim de reduzir os óbitos e complicações de pacientes diagnosticados com esta síndrome.

Palavras-chave: Dissecção; Cirurgia geral; Prevenção de doenças; Sepse.

Abstract

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with acute aortic syndromes in a cardiovascular reference service in the city of Belém – Pará. Methodology: This is a descriptive study of 12 patients admitted to the Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, in the period from March to December 2023. Variables related to age, sex, education, origin, symptoms on admission, characteristic of pain on admission, presence of pulses in the upper and lower limbs, type of aortic syndrome, Stanford and DeBakey classification, were considered. whether surgery was necessary, comorbidities, complications, length of stay and outcomes. Results: Chest pain was present in all patients in the sample and most of them were sudden. There was a pulse in the upper and lower limbs. The most

common type of aortic syndrome was acute dissection. Stanford's A rating was the most frequent. In the DeBakey classification there was a greater proportion of classes I and III. Among the participants, 07 required surgery, and the most frequent was Bentall. Among the comorbidities mentioned, SAH had the highest proportion. Sepsis was the most frequent complication, followed by AKI, Hematesis and DHE. Conclusion: Half of the patients had death as an outcome. More studies are needed about this pathology, as well as greater prevention of the disease's risk factors to promote continued education for emergency and first aid teams in order to reduce deaths and complications in patients diagnosed with this syndrome.

Keywords: Dissection; General surgery; Diseases's prevention; Sepsis.

Resumen:

Objetivo: Describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes diagnosticados con síndromes aórticos agudos en un servicio de referencia cardiovascular en la ciudad de Belém – Pará. Metodología: Se trata de un estudio descriptivo de 12 pacientes ingresados en el Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, en el periodo de marzo a diciembre de 2023. Se consideraron variables relacionadas con edad, sexo, educación, procedencia, síntomas al ingreso, características del dolor al ingreso, presencia de pulsos en miembros superiores e inferiores, tipo de síndrome aórtico, clasificación de Stanford y DeBakey. Si la cirugía fue necesaria, comorbilidades, complicaciones, duración de la estancia hospitalaria y resultados. Resultados: El dolor torácico estuvo presente en todos los pacientes de la muestra y la mayoría fue repentino. Había pulso en los miembros superiores e inferiores. El tipo más común de síndrome aórtico fue la disección aguda. La calificación A de Stanford fue la más frecuente. En la clasificación de DeBakey hubo mayor proporción de clases I y III. Entre los participantes, 07 requirieron cirugía y el más frecuente fue Bentall. Entre las comorbilidades mencionadas, la HAS tuvo la mayor proporción. La sepsis fue la complicación más frecuente, seguida de IRA, hematesis y DHE. Conclusión: La mitad de los pacientes tuvieron como resultado la muerte. Se necesitan más estudios sobre esta patología, así como una mayor prevención de los factores de riesgo de la enfermedad para promover la educación continua de los equipos de emergencia y primeros auxilios con el fin de reducir muertes y complicaciones en pacientes diagnosticados con este síndrome.

Palabras clave: Disección; Cirugía general; Prevención de enfermedades; Septicemia.

1. Introdução

A síndrome aórtica aguda (SAA) representa um conjunto de patologias raras com 5-15 casos por 100.000/ano, porém com alta mortalidade, como dissecação aórtica aguda (DAA), hematoma intramural (HIM) e úlcera aterosclerótica penetrante (UAP), que cursam com ruptura e descontinuidade das camadas íntima e/ou média da parede aórtica (Rogers et al., 2021; Morello, 2021; Bossone et al., 2018). A sobreposição de tais patologias pode ocorrer, razão pela qual hipertensão, tabagismo, hiperlipidemia e desordens do tecido conjuntivo também são considerados fatores predisponentes em comum (Vignaraja et al., 2023).

Dentre as SAA, a DAA clássica, com separação da camada íntima e formação de um falso lúmen, representa entre 85% e 95% dos casos da síndrome, com 12% dos pacientes apresentando também HIM ou UAP. (ECS, 2014; Vignaraja et al, 2023). Os pacientes acometidos são principalmente do sexo masculino e na faixa etária dos 70 anos, cursando geralmente com dor abrupta no peito. Contudo, as manifestações clínicas são diversas e podem ser inespecíficas. O diagnóstico conclusivo é feito por meio dos exames por imagem, havendo destaque para tomografia computadorizada, ressonância magnética e ecografia transesofágica (Rybicki et al., 2016 e Shiga, 2006)

No HIM, ocorre formação de hematoma na parede aórtica sem falso lúmen, identificada no exame de imagem por aumento circular ou crescêntrico > 5 mm da parede na ausência de fluxo sanguíneo (Bossone et al, 2018). Os pacientes acometidos geralmente se encontram na oitava década de vida e ocorre principalmente via sangramento do *vasa vasorum* (Morello, 2021; Vignaraja et al, 2023). Nos quadros de PAU, os pacientes tem mais de 70 anos e apresentam múltiplas lesões ulceradas na aorta, em virtude de doença aterosclerótica severa, podendo evoluir para ruptura aórtica e sangramento visceral (Oderich, 2019).

Ademais, os sintomas na síndrome podem se assemelhar à patologias mais comuns, com infarto agudo do miocárdio e embolismo pulmonar, dificultando a identificação correta do quadro (Gawinecka et al., 2017). Dessa forma, o diagnóstico incorreto é observado em 39% dos casos e desencadeia piores prognósticos, haja vista o cenário crítico e de ameaça à vida na

SAA (Nazerian, 2019). Diante disso, o conhecimento do perfil dos pacientes permite melhor rastreio de tais patologias, proporcionando correto manejo e desfechos mais favoráveis. Assim, o objetivo do presente estudo é traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos pela síndrome, possibilitando conhecer a realidade local das características populacionais e prognósticas.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com síndromes aórticas agudas em um serviço de referência cardiovascular no município de Belém - Pará, analisando os principais tipos de dissecação em síndromes aórticas agudas e os desfechos no seguimento.

2. Metodologia

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo e analítico, com coleta de dados prospectiva (Estrela, 2018). Com o uso de informações de pacientes admitidos no centro de referência cardiovascular em Belém (Hospital de Clínicas Gaspar Vianna), no período de março a dezembro de 2023. Todos os participantes da presente pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nomeadamente a Res. nº 466/12/CNS. Este projeto foi realizado após aceite do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna (CAAE: 67708723.6.0000.0016). Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ainda, uma via do TCLE assinado pelos pesquisadores foi enviado a cada participante.

2.2 Sujeitos da pesquisa

Pacientes com síndromes aórticas agudas presentes no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna durante o período do estudo.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes admitidos com síndromes aórticas agudas atendidos no Hospital das Clínicas Gaspar Viana, de ambos os sexos, no período de março a dezembro de 2023.

Foram excluídos pacientes que não possuem síndromes aórticas agudas, diagnosticados com outras causas de dor torácica agudas não aórticas, e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram colhidos por meio da história clínica datada nos prontuários dos pacientes, seguindo o protocolo de pesquisa pré-estabelecido, sendo consideradas variáveis relacionadas a idade, sexo, escolaridade, procedência, sintomas na admissão, característica da dor a admissão, presença de pulsos em membros superiores e inferiores, tipo de síndrome aórtica aguda se é aguda ou crônica, classificação de Stanford e DeBakey, se foi necessário cirurgia e o tipo de cirurgia, comorbidades, complicações, tempo de internação e desfechos.

2.5 Análise estatística

As informações da caracterização amostral foram digitadas em planilha do *software Microsoft® Office Excel® 2016*. Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados das variáveis categóricas e numéricas.

A estatística analítica foi utilizada através dos testes G Aderência para tabelas univariadas. As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no *software BioEstat 5.4*. Para a tomada de decisão, foi adotado o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes.

3. Resultados

A amostra foi composta de 12 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (75,0%), havendo diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) em relação ao feminino (25,0%). A idade dos participantes variou entre 32 e 72 anos, com média aritmética de 57,2 anos, sendo a faixa etária maior ou igual a 60 anos, a mais frequente (58,3%). Na amostra houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) na proporção entre a pacientes com ensino fundamental (75,0%) e ensino médio (25,0%) (Tabela 1).

A dor torácica esteve presente em todos os pacientes da amostra (100,0%). A dor relatada na admissão, na maioria significativa dos pacientes ($p=0,0007$) foi a súbita. Houve presença de pulso tanto em MMSS e MMII (75,0%), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico dos pacientes, HCGV, Março-Dezembro/2023.

Variáveis	N	%	p-valor
Sexo			< 0,0001*
Feminino	3	25,0%	
Masculino*	9	75,0%	
Faixa etária (anos)			0,5628
< 60	5	41,7%	
> = 60	7	58,3%	
Mínimo / Média / Máximo	32 / 57,2 / 72 anos		
Escolaridade			< 0,0001*
Ens. Fundamental*	9	75,0%	
Ens. Médio	3	25,0%	
Sintomas na admissão			NSA
Dor torácica	12	100,0%	
Sincope	1	8,3%	
Déficit neurológico	1	8,3%	
Característica da dor na admissão			0,0007*
Súbita*	8	66,7%	
Esporádica	4	33,3%	
Presença de pulsos			< 0,0001*
MMSS*	9	75,0%	
MMII*	9	75,0%	

Fonte: Autores (2024).

Em relação ao tipo de síndrome aórtica, a maior proporção estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) foi a Dissecção (83,3%) e, o tipo de dissecção mais frequente foi o agudo (66,7%), sendo significativa em relação ao crônico (33,3%). Em relação a classificação Stanford, a mais frequente foi a classificação A (66,7%), havendo diferença estatisticamente

significante ($p = 0,0370$) em relação a classificação B (25,0%). Na classificação DeBakey houve maior proporção da classe I (58,3%), seguido da classe III (25,0%) e a menor frequência ficou com a classe II (8,3%), sem haver diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0779$) entre as proporções. Entre os 12 participantes da amostra, 07 deles (58,3%) necessitaram de cirurgia, entre eles 06 (85,7%) a cirurgia realizada foi a Bentall, sendo apenas um caso de Tromba de elefante (14,3%), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Dados da síndrome e da cirurgia, HCGV, Março-Dezembro/2023.

Variáveis	N	%	p-valor
Tipo de síndrome aórtica			< 0,0001*
Dissecção*	10	83,3%	
Hematoma	1	8,3%	
Úlcera de aorta	1	8,3%	
Agudo ou Crônico?			0,0007*
Agudo*	8	66,7%	
Crônico	4	33,3%	
Classificação Stanford			0,0370*
A*	8	66,7%	
B	3	25,0%	
Sem informação	1	8,3%	
Classificação DeBakey			0,0484*
I*	7	58,3%	
II	1	8,3%	
III	3	25,0%	
Sem informação	1	8,3%	
Necessitou de cirurgia			0,5628
Sim	7	58,3%	
Não	5	41,7%	
Tipo de cirurgia			0,1151
Bentall*	6	50,0%	
Tromba de elefante	1	8,3%	
Não realizou	5	41,7%	

Fonte: Autores (2024).

Entre os pacientes da amostra, houve proporção estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) de pacientes com presença de comorbidades (83,3%). Entre as comorbidades referidas, a HAS apresentou a maior proporção (83,3%). Além de HAS, também foram citadas a DM (25,0%), além de DRC e tabagismo (16,7% cada). Entre os avaliados, a maioria estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) dos pacientes não tiveram IAM prévio (75,0%). A maioria também não tem cirurgia prévia (58,3%), conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Perfil em relação as comorbidades, IAM e cirurgia prévia, HCGV, Março-Dezembro/2023.

Variáveis	N	%	p-valor
Comorbidades			< 0.0001*
Presença*	10	83,3%	
Ausência	2	16,7%	
Quais comorbidades			< 0.0001*
HAS*	10	83,3%	
DM	3	25,0%	
DRC	2	16,7%	
Tabagismo	2	16,7%	
IAM prévio			< 0.0001*
Sim	3	25,0%	
Não*	9	75,0%	
Cirurgia prévia			0,5628
Sim	5	41,7%	
Não	7	58,3%	

Fonte: Autores (2024).

Na avaliação das complicações, não houve proporções estatisticamente significante ($p = 0,5628$) de pacientes que apresentaram complicações (41,7%). Dentre as complicações apresentadas, a sepse foi a mais frequente (41,7%), seguida do LRA, da Hematemese e da DHE (16,7% cada), entre outras, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Avaliação dos pacientes em relação as comorbidades, HCGV, Março-Dezembro/2023.

Variáveis	N	%
Complicações*		
Presença	5	41,7%
Ausência	7	58,3%
Quais complicações		
Ausência	5	41,7%
Sepse	5	41,7%
LRA	2	16,7%
Hematemese	2	16,7%
DHE	2	16,7%
Arritmia	1	8,3%
AVC	1	8,3%
IAM	1	8,3%
Tamponamento cardíaco	1	8,3%
Abcesso dentário	1	8,3%
Choque hipovolêmico	1	8,3%
Covid-19	1	8,3%

Fonte: Autores (2024).

O tempo de internação dos pacientes da amostra apresentou grande amplitude, variando entre 02 a 125 dias, com média aritmética de 35,8 dias. O período de internação na UTI variou de 02 a 76 dias, com média aritmética de 22,3 dias. Em relação ao desfecho da internação, as proporções de alta vivo e alta por óbito, foram exatamente as mesmas (50,0% cada), conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Estatísticas sobre a internação, HCGV, Março-Dezembro/2023.

Variáveis	N	%	p-valor
Tempo de internação (dias)			0,7767
< = 10	5	41,7%	
11 a 40	4	33,3%	
> 40	3	25,0%	
Mínimo / Média / Máximo	02 / 35.8 / 125 dias		
Permanência na UTI (dias)			0,1886
< = 10	7	58,3%	
11 a 40	2	16,7%	
> 40	3	25,0%	
Mínimo / Média / Máximo	02 / 22.3 / 76 dias		
Desfecho			NSA
Alta vivo	6	50,0%	
Óbito	6	50,0%	

Fonte: Autores (2024).

4. Discussão

As síndromes aórticas agudas compõem um grupo de doenças com alto potencial de letalidade, possuindo um perfil clínico semelhante ao demonstrado no presente trabalho onde 75% dos pacientes são do sexo masculino, com uma média de idade 57,2 anos (Tabela 1) (Silva, 2022; Vilacosta et al, 2021). A maioria dos pacientes possuem um nível de escolaridade baixo, apenas Ensino Fundamental em 75% dos casos (Tabela 1). Além disso, uma parcela considerável destes eram provenientes do interior do estado do Pará, onde o acesso a saúde e educação são precários. Em recente levantamento sobre o perfil dos cirurgiões no estado do Pará, foi identificado que o estado apresentava somente 59 cirurgiões vasculares, que atuavam principalmente na região metropolitana (71,2%) (Reis et al., 2021), dessa forma diversos municípios apresentavam carência desses profissionais e dada suas condições socioeconômicas, essa população se encontra mais vulnerável (Carrel et al., 2023).

Como sintoma a admissão 100% dos pacientes relataram dor torácica de forte intensidade (Tabela 1), sendo esse um sintoma clássico do quadro de dissecação de aorta. Por esse motivo, muitas vezes esse paciente é conduzido como uma síndrome coronariana aguda, prontamente submetido a eletrocardiograma, exames laboratoriais, como troponina, e em alguns casos até mesmo cateterismo cardíaco, esse atraso no diagnostico tem impacto no desfecho desses pacientes. Dessa forma, é importante lembrar das patologias da aorta durante os atendimentos de emergência, uma avaliação clínica criteriosa, com palpação de pulsos periféricos e caracterização da dor são fundamentais para um desfecho mais favorável (Morello, 2021).

Entre os tipos de síndrome aórticas possíveis, definitivamente as dissecções aquelas com desfecho mais letal. Achados do estudo apontam a dissecção como a mais prevalente (83,3% dos casos - Tabela 2). Conceitualmente, uma dissecção aguda são aquelas com menos de 2 semanas de evolução, nesta casuística 66,7% foram agudos e 32,3% crônicos (Tabela 2). Esse dado preocupante se deve a dificuldade do acesso a saúde, uma parcela significativa de pacientes é proveniente do interior do estado do Pará, onde a infraestrutura hospitalar e logística de transporte dificulta o acesso a assistência à saúde, sendo assim, uma entidade patológica de maior preocupação e pior desfecho (Gawinecka et al., 2017).

As dissecções mais prevalentes neste estudo foram as de Stanford A (66,7% dos casos). Logo, é imperativo a abordagem cirúrgica nessas circunstâncias dessa forma, 58,3% dos casos foram submetidos a intervenção. O 2014 ESC GUIDELINES ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AORTIC DISEASES (2014) descreve de maneira detalhada as possíveis opções de abordagem em casos de dissecção Stanford A e B, além do manejo clínico inicial com controle da pressão arterial e frequência cardíaca. Um relato interessante de Mulder et al (2022), descreve um caso de tratamento de Dissecção tipo A via endovascular, obtendo um resultado satisfatório, o que abre possibilidade de maneiras inovadoras e tratamento dessa patologia.

Os casos de dissecção do tipo B de Stanford, (25% dos pacientes com dissecção de aorta Tabela 2), foram conduzidas de forma conservadora, pois não apresentavam sinais de complicação (Hipertensão refratária a medicação, dor abdominal intensa e refratária a medicação, má perfusão de órgãos abdominais nobres e oclusão de artérias de membros inferiores). Nestes casos, importante manter o manejo clínico conservador e realizar uma abordagem cirúrgica tardia em casos de dissecção tipo B sem complicações, pois estas possuem um desfecho mais favorável (Tadros et al, 2019).

Pacientes portadores de síndromes aórticas agudas, são extremamente associados a diversas comorbidades, nesta publicação presente em 83,3% dos pacientes, sendo a prevalente a Hipertensão Arterial Sistêmica (83,3% do total - Tabela 3). Vale ressaltar o papel fundamental que a Hipertensão Arterial sistêmica exerce nesta patologia, estando muito atrelada a graves dissecções de aorta e desfechos sombrios (Bossone et al, 2018). Além disso, o tabagismo (16,7% dos pacientes) e as síndromes genéticas (síndrome de Marfan, Ehlers Danlos e Loeys-Dietz) também são comorbidades prevalentes, estas últimas caracterizadas como doenças aórticas geneticamente desencadeadas (Ganapathi et al, 2022).

Em uma entidade patológica grave, como as síndromes aórticas agudas, é de se esperar que ocorram complicações, sejam elas relacionadas a doença em si, como dissecção de artérias coronarianas e carótidas e tamponamento cardíaco, ou outros mais insidiosos e transcorrendo no pós-operatório a exemplo da sepse, lesão renal aguda e distúrbios hidroeletrólíticos. Da população estudada 41,7% apresentaram complicações, sendo a sepse, com 41,7% dos casos, demonstrou-se a mais prevalente. (Tabela 4). A complexidade dos casos abordados cirurgicamente, tempo de cirurgia para as reconstruções mais complexas de arco de aorta, uso de próteses sintéticas e circulação extracorpórea, aumentam a chance de sepse com um pós-operatório bastante delicado (Isselbacher, 2022).

Aqueles pacientes que sobrevivem ao momento inicial de uma dissecção de aorta e passam por suporte médico, passam por cirurgia nos casos de dissecção tipo A de Stanford ou tipo B complicada, porém são pacientes que, no geral, demandam um período prolongado de recuperação em unidade de terapia intensiva. A média de internação, no presente estudo, foi de 35,8 dias em média em UTI foi de 22,3 dias. (Tabela 5). Os pacientes que sobrevivem aos primeiros 90 dias pós procedimento, possuem uma baixa taxa de letalidade (An et al, 2021).

Ademais, do total de pacientes acompanhados, 50% obtiveram alta com acompanhamento ambulatorial e 50% evoluíram a óbito. (Tabela 5). Assim é importante ressaltar políticas públicas para controle dos fatores de risco dessa patologia, além de promover a educação continuada aos profissionais das emergências e pronto-socorro, mesmo em localidades distantes de centros de referências, com fim de obter melhor acurácia diagnóstica e manejo inicial dessa população, visando diminuir os desfechos sombrios (An et al, 2021).

O presente estudo, apesar de levantar diversas informações importantes, apresenta algumas limitações, como a verificação dos dados ao conteúdo que havia disponível nos registros dos pacientes e a forma como os conteúdos estavam registrados, além da casuística pequena, o que pode levar heterogeneidade da informação e dificultar uma análise estatística rigorosa.

5. Conclusão

Dessa forma, concluímos que os pacientes atendidos com síndrome aórtica aguda foram predominantemente do sexo masculino, de meia idade, com baixa escolaridade. A dor torácica foi o principal sintoma, a dissecação de aorta representando a síndrome aórtica mais prevalente, com a Stanford A como protagonista. Aproximadamente metade dos pacientes necessitaram de cirurgia e evoluíram com algum tipo de complicação, a mais notória foi a sepse. Devido à complexidade dos casos o período de internação foi prolongado, metade dos pacientes tiveram como desfecho o óbito. Logo, é necessários mais estudos multicêntricos mais abrangentes que englobem demais serviços de referência em todo o país demonstrando aspectos sociodemográficos regionais e nacionais que balizem ações de políticas públicas para prevenção e tratamento precoce das síndromes aórticas agudas.

Referências

- An, K. R., De Mestral, C., Tam, D. Y., Qiu, F., Ouzounian, M., Lindsay, T. F., Wijesundera, H. C., & Chung, J. C.-Y. (2021). Surveillance imaging following acute type a aortic dissection. *Journal of the American College of Cardiology*, 78(19), 1863–1871. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.08.058>.
- Bossone, E., LaBounty, T. M., & Eagle, K. A. (2018). Acute aortic syndromes: Diagnosis and management, an update. *European Heart Journal*, 39(9), 739–749d. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx319>.
- Carrel, T., Sundt, T. M., Von Kodolitsch, Y., & Czerny, M. (2023). Acute aortic dissection. *The Lancet*, 401(10378), 773–788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01970-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01970-5).
- Coelho Da Silva, A. C., Capcelea, A., Redondeiro, A. I., & Nogueira, E. (2023). Quando um mal nunca vem só! - Relato de um caso de aneurisma e dissecação aórtica concomitantes. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 38-42 Páginas. <https://doi.org/10.58043/RPHRC.69>
- Erbel, R., Aboyans, V., Boileau, C., Bossone, E., Bartolomeo, R. D., Eggebrecht, H., Evangelista, A., Falk, V., Frank, H., Gaemperli, O., Grabenwöger, M., Haverich, A., Jung, B., Manolis, A. J., Meijboom, F., Nienaber, C. A., Roffi, M., Rousseau, H., Sechtem, U. (2014). ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (Esc). *European Heart Journal*, 35(41), 2873–2926. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281>.
- Estrela, C. (2018). Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa. (3a ed.), *Artes Médicas*, 2018. 707 p.
- Ganapathi, A. M., Ranney, D. N., Peterson, M. D., Lindsay, M. E., Patel, H. J., Pyeritz, R. E., Trimarchi, S., Hutchison, S., Harris, K. M., Greason, K. L., Ota, T., Montgomery, D. G., Nienaber, C. A., Eagle, K. A., Isselbacher, E. M., & Hughes, G. C. (2022). Location of aortic enlargement and risk of type a dissection at smaller diameters. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(19), 1890–1897. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.02.053>.
- Gawinecka, J., Schnrath, F., & Von Eckardstein, A. (2017). Acute aortic dissection: Pathogenesis, risk factors and diagnosis. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smww.2017.14489>.
- Harris, K. M., Strauss, C. E., Eagle, K. A., Hirsch, A. T., Isselbacher, E. M., Tsai, T. T., Shiran, H., Fattori, R., Evangelista, A., Cooper, J. V., Montgomery, D. G., Froehlich, J. B., Nienaber, C. A., & for the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) Investigators. (2011). Correlates of delayed recognition and treatment of acute type a aortic dissection: The international registry of acute aortic dissection(Irad). *Circulation*, 124(18), 1911–1918. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.006320>.
- Isselbacher, E. M., Preventza, O., Hamilton Black, J., Augoustides, J. G., Beck, A. W., Bolen, M. A., Braverman, A. C., Bray, B. E., Brown-Zimmerman, M. M., Chen, E. P., Collins, T. J., DeAnda, A., Fanola, C. L., Girardi, L. N., Hicks, C. W., Hui, D. S., Schuyler Jones, W., Kalahasti, V., Kim, K. M., & Santos Volgman, A. (2022). 2022 acc/aha guideline for the diagnosis and management of aortic disease: A report of the american heart association/american college of cardiology joint committee on clinical practice guidelines. *Circulation*, 146(24). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001106>.
- Maitusong, B., Sun, H.-P., Xielifu, D., Mahemuti, M., Ma, X., Liu, F., Xie, X., Azhati, A., Zhou, X.-R., & Ma, Y.-T. (2016). Sex-related differences between patients with symptomatic acute aortic dissection. *Medicine*, 95(11), e3100. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000003100>.
- Morello, F., Santoro, M., Fargion, A. T., Grifoni, S., & Nazerian, P. (2021). Diagnosis and management of acute aortic syndromes in the emergency department. *Internal and Emergency Medicine*, 16(1), 171–181. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02354-8>.
- Nazerian, P., Mueller, C., Vanni, S., Soeiro, A. D. M., Leidel, B. A., Cerini, G., Lupia, E., Palazzo, A., Grifoni, S., & Morello, F. (2019). Integration of transthoracic focused cardiac ultrasound in the diagnostic algorithm for suspected acute aortic syndromes. *European Heart Journal*, 40(24), 1952–1960. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz207>.

- Oderich, G. S., Kärkkäinen, J. M., Reed, N. R., Tenorio, E. R., & Sandri, G. A. (2019). Penetrating aortic ulcer and intramural hematoma. *CardioVascular and Interventional Radiology*, 42(3), 321–334. <https://doi.org/10.1007/s00270-018-2114-x>.
- Reis, J. M. C. D., Santos, D. R. D., Torres, I. O., & De Luccia, N. (2021). Vascular surgery in the most populous state in the Amazon: Socio-professional profile and aspirations of the specialty. *Jornal Vascular Brasileiro*, 20, e20210039. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.210039>.
- Rogers, R. K., Reece, T. B., Bonaca, M. P., & Hess, C. N. (2021). Acute aortic syndromes. *Cardiology Clinics*, 39(4), 495–503. <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2021.06.002>.
- Rybicki, F. J., Udelson, J. E., Peacock, W. F., Goldhaber, S. Z., Isselbacher, E. M., Kazerooni, E., Kontos, M. C., Litt, H., & Woodard, P. K. (2016). 2015 acr/acc/aha/aats/acep/asnc/nasci/saem/scct/scmr/scpc/snm/str/sts appropriate utilization of cardiovascular imaging in emergency department patients with chest pain. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(7), 853–879. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.09.011>.
- Shiga, T., Wajima, Z., Apfel, C. C., Inoue, T., & Ohe, Y. (2006). Diagnostic accuracy of transesophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspected thoracic aortic dissection: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 166(13), 1350. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.13.1350>.
- Sibinga Mulder, B. G., Van Strijen, M. J. L., & Heijmen, R. H. (2022). Unexpected, complete recovery after emergent thoracic endovascular aortic repair for inoperable type A aortic dissection. *Journal of Vascular Surgery Cases, Innovations and Techniques*, 8(2), 167–170. <https://doi.org/10.1016/j.jvscit.2022.01.012>.
- Tadros, R. O., Tang, G. H. L., Barnes, H. J., Mousavi, I., Kovacic, J. C., Faries, P., Olin, J. W., Marin, M. L., & Adams, D. H. (2019). Optimal treatment of uncomplicated type b aortic dissection. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(11), 1494–1504. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.07.063>.
- Vignaraja, V., Thapar, A., & Dindyal, S. (2024). Acute aortic syndrome. *Em StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576402/>.
- Vilacosta, I., San Román, J. A., Di Bartolomeo, R., Eagle, K., Estrera, A. L., Ferrera, C., Kaji, S., Nienaber, C. A., Riambau, V., Schäfers, H.-J., Serrano, F. J., Song, J.-K., & Maroto, L. (2021). Acute aortic syndrome revisited. *Journal of the American College of Cardiology*, 78(21), 2106–2125. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.022>.