HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - HECI
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

LUANA DA SILVA FERREIRA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DESFECHO DE PACIENTES COM DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA: UM ESTUDO TRANSVERSAL RETROSPECTIVO

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES
JANEIRO/2026

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DESFECHO DE PACIENTES COM DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA: UM ESTUDO TRANSVERSAL RETROSPECTIVO

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE AORTIC DISSECTION: A RETROSPECTIVE CROSS-SECTIONAL STUDY

FERREIRA, Luana da Silva[1]
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira[2]
RAMOS, Gabriel Pacheco[3]

RESUMO

A dissecção aguda de aorta (DAA) é uma emergência cardiovascular grave, associada a alta mortalidade, que exige diagnóstico e intervenção imediatos. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico e os desfechos clínicos de pacientes com DAA internados em um hospital filantrópico do sul do Espírito Santo. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes internados entre janeiro e dezembro de 2024. Dos 96 prontuários inicialmente identificados com códigos compatíveis, 21 apresentaram diagnóstico confirmado de DAA. A maioria dos pacientes era do sexo masculino e tinha idade superior a 60 anos. A dissecção tipo B/III foi predominante. A hipertensão arterial sistêmica esteve presente em 85,71% dos casos, seguida por tabagismo e etilismo. A abordagem terapêutica foi dividida entre tratamento clínico (47,62%) e cirúrgico (52,38%), sendo que os pacientes submetidos à cirurgia apresentaram tempo médio de internação significativamente maior. As principais complicações foram sangramento intraoperatório, insuficiência renal aguda, fibrilação atrial e infecção. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 23,81%, tendo como causas principais o choque circulatório refratário e o choque hemorrágico. Os achados reforçam a gravidade da DAA, sua associação com comorbidades e a influência do tipo de tratamento na duração da hospitalização. Destaca-se ainda a importância do diagnóstico precoce, do controle rigoroso de fatores de risco e da atuação de equipes multiprofissionais para a redução da morbimortalidade associada à doença.

Palavras-chave: Dissecção aórtica. Epidemiologia. Internação Hospitalar.

[1] Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do adulto e do idoso com ênfase em atenção cardiovascular do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, luanamardegani@gmail.com.
[2] Orientador: Mestre em administração de empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.zigoni@gmail.com.
[3] Co-Orientador: Enfermeiro Especialista em Terapia Intensiva pela Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gabriel.pr19@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

As urgências cardiovasculares exigem diagnóstico rápido e preciso para intervenções imediatas. Nesse cenário, as doenças da aorta seguem como causas relevantes de mortalidade e morbidade cardiovascular (Lopes, 2013).

A Dissecção Aguda de Aorta (DAA) caracteriza-se pela ruptura da camada íntima da aorta, que leva à separação das camadas da parede vascular e formação de uma falsa luz (Wei *et al*., 2022). Constitui uma grave emergência cardíaca, frequentemente associada à dor torácica (Gawinecka; Schnrath; Von Eckardstein, 2017), devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de infarto agudo do miocárdio e tromboembolismo pulmonar.

A DAA é considerada aguda quando os sintomas ocorrem em até 14 dias, após esse período, é classificada como crônica (Dinato; Dias; Hajjar, 2018).

A incidência anual estimada é de 3 a 4 casos por 100.000 indivíduos (Khayat *et al*., 2018; Wang *et al*., 2020), predominando em homens com média de idade de 65 anos (Gawinecka; Schnrath; Von Eckardstein, 2017). Trata-se de uma condição associada a elevada mortalidade, com até 66% dos pacientes não sobrevivendo até o atendimento hospitalar (Shen *et al*., 2020). Sem tratamento, a taxa de óbito pode atingir 50% nas primeiras 48 horas (Yao *et al*., 2021).

Diante da relevância clínica e prognóstica da DAA, este estudo tem como objetivo delinear o perfil clínico-epidemiológico e os desfechos clínicos de pacientes hospitalizados com esse diagnóstico, explorando fatores de risco, características populacionais e os resultados observados.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa retrospectiva, descritiva e transversal, com abordagem quantitativa, fundamentada na análise de prontuários de pacientes diagnosticados com dissecção da aorta, segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10: I71.0 a I71.9), no período de janeiro a dezembro de 2024, em um hospital filantrópico localizado no sul do Espírito Santo.

A instituição atende pacientes do Sistema Único de Saúde e da rede privada, sendo referência regional em dor torácica, cardiologia clínica e intervencionista, arritmias, cirurgia cardíaca, marcapasso e aneurismas de aorta. Também se destaca nas áreas de oncologia e neurologia aguda (SESA, 2022).

Os dados foram coletados por meio de formulário elaborado com base em variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo: sexo, idade, cor/raça, estado civil, profissão, escolaridade, cidade de origem, tipo de dissecção, diagnóstico principal, tempo de internação, fatores de risco, comorbidades, tipo de tratamento, complicações, desfecho clínico e, quando aplicável, causa do óbito.

Para minimizar potenciais fontes de viés, foram adotadas estratégias como a definição clara dos critérios de elegibilidade, aplicação padronizada do formulário de coleta de dados e revisão manual dos prontuários para verificação da consistência e completude das informações. Além disso, foram excluídos os casos com dados inconclusivos ou inconsistentes, a fim de garantir a fidedignidade dos resultados.

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, internados em 2024 com diagnóstico confirmado de dissecção aguda de aorta. Excluíram-se os casos sem confirmação diagnóstica até a alta hospitalar ou óbito. A identificação dos prontuários foi realizada por meio do software de gestão hospitalar MV2000i, totalizando 96 atendimentos com os códigos CID compatíveis no período estabelecido. A partir desta listagem, procedeu-se à análise individual dos prontuários e ao preenchimento do formulário de coleta de dados.

A revisão bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e na base MEDLINE, com os descritores “Dissecção Aórtica”, “Epidemiologia” e “Internação Hospitalar”, conforme os DeCS, combinados por “AND”. Foram incluídos artigos em português, inglês ou espanhol, publicados entre 2020 e 2025, com texto completo disponível. Excluíram-se duplicatas e estudos fora do período, idioma ou escopo. Além da busca sistematizada, foram incluídos artigos identificados por referências cruzadas e busca manual em periódicos.

Os dados foram organizados no Excel 2020 e analisados com o software Epi Info™ 7. As variáveis foram descritas por média, mediana, desvio padrão, frequências absolutas e relativas. Utilizaram-se os testes qui-quadrado, exato de Fisher e Mantel-Haenszel (para variáveis categóricas), e os testes t de Student ou

de Mann-Whitney para comparação de médias ($p<0,05$). O método de Tukey foi aplicado na construção dos boxplots.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por ser uma pesquisa retrospectiva com dados secundários, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMED – Vitória (parecer nº 7.423.571). Todas as medidas foram adotadas para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações.

RESULTADOS

No total, foram analisados 96 prontuários de pacientes cujo CID de internação fazia referência à dissecção aguda de aorta. No entanto, 75 casos (78,13%) foram excluídos, por não apresentarem confirmação diagnóstica da patologia em questão. Dessa forma, a amostra final deste estudo foi composta por 21 prontuários (21,88%) com diagnóstico confirmado de dissecção aguda de aorta.

Entre os pacientes incluídos, 15 eram do sexo masculino (71,43%) e 6 do sexo feminino (28,57%). Observou-se que a maioria dos indivíduos (52,38%) tinha idade superior a 60 anos, 57,14% se autodeclararam de cor parda, e 47,62% eram casados. Em relação à ocupação, 14,29% eram pensionistas, e quanto à escolaridade, 38,10% possuíam ensino fundamental incompleto. Todos os pacientes analisados (100%) residiam no estado do Espírito Santo (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes com diagnóstico de Dissecção Aguda de Aorta internados em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2024.

Variáveis	N (21)	%
SEXO		
Masculino	15	71,43
Feminino	06	28,57
IDADE		
Superior a 60 anos	11	52,38
Até 60 anos	10	47,62

COR		
Pardo	12	57,14
Branco	08	38,10
Não informado	01	04,76
ESTADO CIVIL		
Casado	10	47,62
Divorciado	03	14,29
Solteiro	03	14,29
União estável	02	09,52
Viúvo	02	09,52
Não informado	01	04,76
PROFISSÃO		
Pensionista	03	14,29
Agricultor	02	09,52
Aposentado	02	09,52
Lavrador	02	09,52
Outros	05	23,80
Não informado	07	33,30
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental incompleto	08	38,10
Ensino médio completo	03	14,29
Analfabeto	01	04,76
Superior incompleto	01	04,76
Não informado	08	38,10
CIDADE		
Cachoeiro de Itapemirim/ES	06	28,57
Guaçuí/ES	03	14,29
Conceição do Castelo/ES	02	09,52
Piúma/ES	02	09,52
Outros municípios do ES	08	38,08

Fonte: A autora, 2025.

No que se refere às variáveis cor, escolaridade, ocupação e estado civil, observou-se a ausência de registro dessas informações em parte dos prontuários analisados, correspondendo, respectivamente, a 4,76%, 38,10%, 33,3% e 4,76% dos casos.

Na Tabela 2, observam-se as características clínicas dos pacientes com diagnóstico confirmado de dissecção aguda de aorta. Em relação ao CID de internação, a maioria dos pacientes (61,90%) foi admitida com o código I71.0, correspondente à dissecção da aorta torácica. Os demais códigos incluíram I71.2 (aneurisma da aorta toracoabdominal, 14,29%), I71.4 (aneurisma da aorta abdominal sem ruptura, 19,05%) e I71.3 (aneurisma da aorta torácica sem ruptura, 4,76%).

Quanto ao tipo de dissecção, houve predominância da classificação Tipo B/III, com 61,90% dos casos, enquanto 38,10% foram classificados como Tipo A/I ou II. No que se refere ao tratamento instituído, a maioria dos pacientes (52,38%) foi submetida a intervenção cirúrgica, enquanto a minoria (47,62%) recebeu tratamento clínico conservador.

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes com diagnóstico de Dissecção Aguda de Aorta internados em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2024.

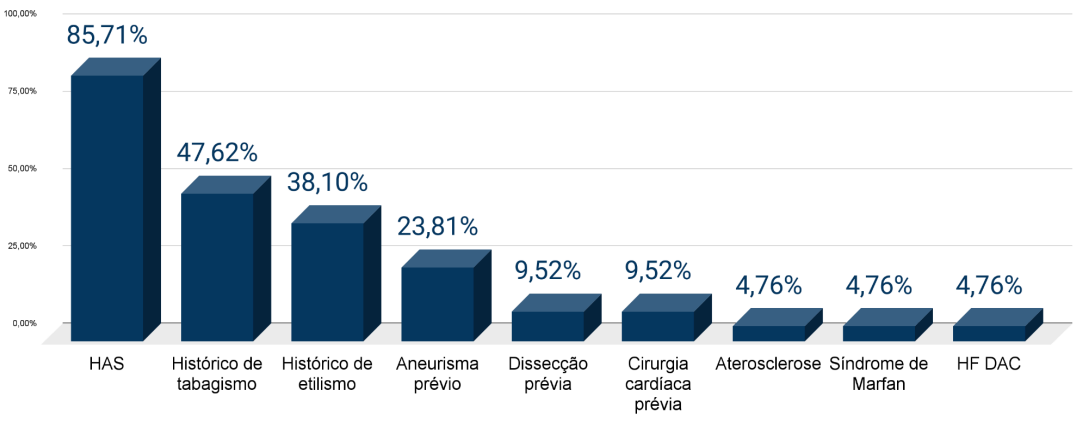
Variáveis	N (21)	%
CID		
I71.0	13	61,90
I71.4	04	19,05
I71.2	03	14,29
I71.3	01	04,76
TIPO DE DISSECÇÃO		
Tipo B / III	13	61,90
Tipo A / I ou II	08	38,10
TRATAMENTO		
Cirúrgico	11	52,38
Clínico	10	47,62

Fonte: A autora, 2025.

No Gráfico 1 estão representadas as comorbidades apresentadas pelos pacientes da amostra. Observa-se uma alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica, presente em 85,71% dos casos. Em seguida, destaca-se o histórico de tabagismo (47,62%) e de etilismo (38,10%).

Outras comorbidades identificadas incluem aneurisma prévio (23,81%), dissecção aórtica prévia (9,52%) e histórico de cirurgia cardíaca (9,52%). Condições menos frequentes, como aterosclerose, síndrome de Marfan e histórico familiar de doença arterial coronariana (HF DAC), foram observadas em 4,76% dos pacientes.

Gráfico 1. Distribuição das comorbidades entre pacientes com Dissecção Aguda de Aorta internados em um Hospital Filantrópico do sul do Espírito Santo, 2024.



Fonte: A autora, 2025.

Na tabela 3 estão representadas as complicações clínicas observadas na amostra estudada. A complicação mais prevalente foi o sangramento aumentado no intraoperatório, presente em 23,81% dos pacientes. Em seguida, destacaram-se a insuficiência renal aguda (19,05%), fibrilação atrial (14,29%) e infecção (14,29%).

Outras intercorrências clínicas incluíram trombocitopenia (9,52%), acidente vascular cerebral (AVC) (9,52%), insuficiência aórtica (9,52%), pneumotórax (9,52%) e parada cardiorrespiratória no intraoperatório (9,52%).

Também foram observadas complicações com menor frequência, todas com 4,76% de ocorrência, sendo elas: infarto agudo do miocárdio, choque cardiogênico, tamponamento cardíaco, disfunção ventricular, síndrome do baixo débito cardíaco, hipertensão arterial pulmonar, oclusão da artéria subclávia, encefalopatia, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, taquicardia ventricular com pulso, reabordagem cirúrgica e congestão pulmonar.

Em relação aos desfechos, o estudo registrou cinco óbitos (23,81%) entre os 21 pacientes analisados. As principais causas de óbito foram choque circulatório refratário (80% dos casos) e choque hemorrágico (20% dos casos).

Tabela 3. Distribuição de complicações clínicas, óbitos e causa do óbito de pacientes com Dissecção Aguda de Aorta internados em um Hospital Filantrópico do sul do Espírito Santo, 2024.

Variáveis	N (21)	%

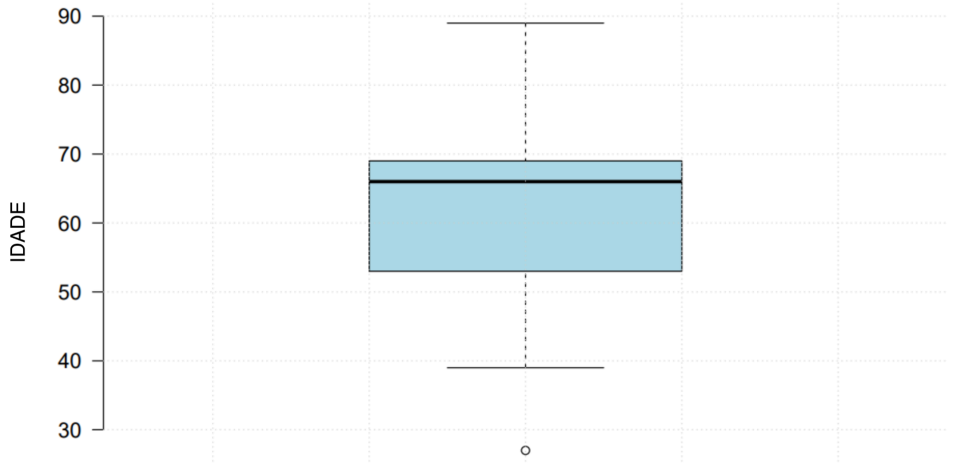
SANGRAMENTO AUMENTADO NO INTRAOPERATÓRIO	05	23,81
Sim	16	76,19
Não		
INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA		
Sim	04	19,05
Não	17	80,95
FIBRILAÇÃO ATRIAL	03	14,29
Sim	18	85,71
Não		
INFECÇÃO		
Sim	03	14,29
Não	18	85,71
TROMBOCITOPENIA		
Sim	02	09,52
Não	19	90,48
AVC		
Sim	02	09,52
Não	19	90,48
INSUFICIÊNCIA AÓRTICA		
Sim	02	09,52
Não	19	90,48
PCR NO INTRAOPERATÓRIO		
Sim	02	09,52
Não	19	90,48
PNEUMOTÓRAX		
Sim	02	09,52
Não	19	90,48
ÓBITO		
Sim	05	23,81
Não	16	76,19
CAUSA DO ÓBITO (N=05)		
Choque circulatório refratário	04	80,00
Choque hemorrágico	01	20,00

Fonte: A autora, 2025.

A distribuição da idade dos pacientes com DAA (n = 21), analisada pelo método de Tukey, revelou mediana de 66 anos (DP ± 14,77), indicando que metade dos pacientes tinha até essa idade. O primeiro quartil (Q1) foi de 53 anos, e o terceiro quartil (Q3), de 69 anos, demonstrando que 75% da amostra possuía idade igual ou inferior a essa faixa.

O limite inferior da distribuição foi de 39 anos, e o superior, de 89 anos, maior valor dentro do intervalo interquartil expandido. A idade mínima foi de 27 anos e a máxima, de 89, evidenciando uma distribuição assimétrica, com discreta dispersão e presença de um outlier inferior (idade < 39 anos). Esses dados estão representados na Figura 1 (boxplot).

Figura 1. Distribuição das idades dos pacientes com diagnóstico de Dissecção Aguda de Aorta internados em um Hospital Filantrópico do sul do Espírito Santo, conforme método de Tukey, 2024.

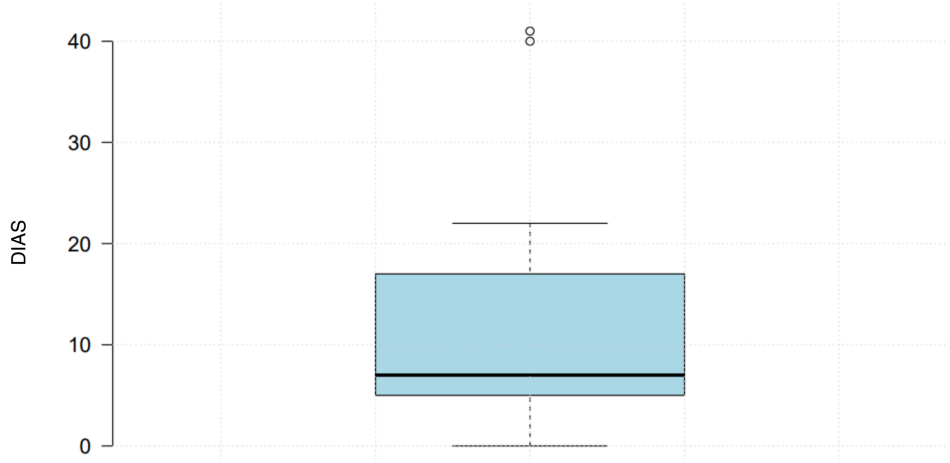


Fonte: A autora, 2025.

A análise do número de dias de internação dos pacientes com DAA (n = 21), utilizando o método de Tukey para construção do boxplot, revelou uma mediana de 7 dias (DP ± 11,69), indicando que metade dos pacientes permaneceu internada por até uma semana. O primeiro quartil (Q1) foi de 5 dias, ou seja, 25% da amostra teve internação igual ou inferior a esse valor, enquanto o terceiro quartil (Q3) foi de 17 dias, demonstrando que 75% dos pacientes ficaram hospitalizados por até 17 dias.

O limite inferior foi de 0 dias, correspondendo ao menor tempo de internação registrado, e o limite superior foi de 22 dias, valor máximo dentro do intervalo interquartil expandido. Houve um outlier, com internação superior a 40 dias, considerado atípico segundo os critérios de Tukey. A dispersão desses dados é ilustrada na Figura 2, por meio de boxplot.

Figura 2. Distribuição dos dias de internação dos pacientes com diagnóstico de Dissecção Aguda de Aorta internados em um Hospital Filantrópico do sul do Espírito Santo, conforme método de Tukey, 2024.



Fonte: A autora, 2025.

Em relação ao tempo médio de internação hospitalar, o teste t revelou que pacientes submetidos a tratamento cirúrgico permaneceram internados por um período significativamente maior (média de 16,54 dias; DP ± 13,80) em comparação aos que receberam tratamento clínico (média de 6,00 dias; DP ± 5,24), com p = 0,03, indicando significância estatística (p < 0,05).

Pacientes que evoluíram para óbito apresentaram média de 12,60 dias (DP ± 18,22), enquanto os sobreviventes, 11,18 dias (DP ± 9,65) (p = 0,87). Quanto ao sexo, mulheres tiveram média de 12,50 dias (DP ± 4,72) e homens, 11,13 dias (DP ± 13,66) (p = 0,21), sem diferença estatisticamente significativa (p > 0,05).

Na faixa etária, indivíduos com menos de 60 anos apresentaram média de 15,30 dias (DP ± 14,38), enquanto os com mais de 60 anos tiveram 8,09 dias (DP ± 8,09) (p = 0,18).

Por fim, quanto ao tipo de dissecção, pacientes com tipo A/I ou II tiveram média de 14,12 dias (DP ± 13,54), e os com tipo B/III, 9,92 dias (DP ± 10,65) (p = 0,46). Nessas comparações, não houve significância estatística (p > 0,05). Os dados estão representados na Tabela 4.

Tabela 4. Média de dias de internação conforme tipo de tratamento, desfecho, sexo, idade e classificação de pacientes com Dissecção Aguda de Aorta internados em um Hospital Filantrópico do sul do Espírito Santo, 2024.

Variáveis	Média de tempo de internação (dias)	Desvio padrão	p-valor
TRATAMENTO			
Cirúrgico	16,54	± 13,80	0,03
Clínico	06,00	± 05,24	
ÓBITO			
Sim	12,60	± 18,22	0,87
Não	11,18	± 09,65	
SEXO			
Feminino	12,50	± 04,72	0,21
Masculino	11,13	± 13,66	
FAIXA ETÁRIA			
< 60 anos	15,30	± 14,38	0,18
> 60 anos	08,09	± 08,09	
TIPO DE DISSECÇÃO			
Tipo A / I ou II	14,12	± 13,54	0,46
Tipo B / III	09,92	± 10,65	

Fonte: A autora, 2025.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se predominância do sexo masculino e idade superior a 60 anos entre os pacientes com dissecção aguda de aorta, com mediana de 66 anos, achado que corrobora a literatura internacional. O *International Registry of Acute Aortic Dissection* (IRAD) descreve que cerca de 65% dos casos ocorrem em homens, com média de idade de 63 anos (Hagan *et al*., 2000). Essa predominância masculina também foi reforçada por Nienaber *et al*. (2004), que identificaram diferenças na apresentação clínica entre os gêneros, como maior idade no diagnóstico em mulheres e sintomas menos típicos.

Diversos fatores podem explicar a maior incidência de dissecção em homens. O estrogênio exerce efeito protetor na parede aórtica, reduzindo estresse oxidativo e preservando a matriz extracelular, o que pode justificar a menor ocorrência em mulheres pré-menopáusicas (Saddic et al., 2023). Além disso, homens tendem a apresentar diâmetros aórticos maiores, aumentando a tensão parietal (Harik et al., 2024), e maior prevalência de hipertensão em determinadas faixas etárias (Hibino et al., 2021).

A autodeclaração de cor parda foi predominante, dado relevante frente à

literatura que aponta disparidades raciais na ocorrência e internação por DAA. Estudo de Harris *et al*. (2016) identificou a raça não branca como fator de risco independente, possivelmente associado à desigualdade no acesso à saúde e maior prevalência de comorbidades. No Brasil, esse dado pode refletir tanto a composição populacional quanto desigualdades estruturais (IBGE, 2019).

Quanto ao estado civil, embora a literatura não relacione diretamente essa variável à DAA, estudos cardiovasculares indicam menor risco entre indivíduos casados (Murphy; Grundy; Kalogeropolou, 2007; Ikeda *et al*., 2022), o que contrasta com os resultados encontrados no presente estudo, nos quais a maioria dos pacientes com DAA eram casados.

Observou-se também baixa escolaridade entre os pacientes, compatível com estudos que identificam esse fator como frequente em síndromes aórticas agudas (Silva *et al*., 2023). A menor escolaridade está associada ao controle inadequado da hipertensão arterial, principal fator de risco para DAA (Moreira, 2008).

A maioria dos pacientes era pensionista. Embora não haja estudos que relacionem diretamente essa condição à dissecção aórtica, o termo abrange diversos vínculos com a Previdência Social (INSS, 2024) e pode indicar vulnerabilidades sociais e econômicas, sem permitir inferências clínicas diretas sobre etiologia ou prognóstico.

O estudo de Dias *et al*. (2013), que analisou 9.465 óbitos por doenças da aorta torácica, identificou que 71% estavam relacionados à dissecção da aorta torácica, enquanto os 29% restantes se referiam a outros tipos de aneurismas. Esses dados reforçam a predominância do código I71.0 nos registros da patologia, corroborando os achados do presente estudo, em que a maioria dos pacientes foi admitida com esse diagnóstico.

Bossone, Carbone e Eagle (2022) destacam que, segundo dados do IRAD, cerca de dois terços das DAA são do tipo A, enquanto um terço corresponde ao tipo B, conforme a Classificação de *Stanford*. Essa distribuição também foi observada por Yuan, Mitsis e Nienaber (2022), reforçando a prevalência do tipo A. No presente estudo, porém, predominou a dissecção tipo B/III (61,90%), enquanto o tipo A/I ou II representou 38,10%. Essa discrepância pode estar relacionada ao perfil populacional da amostra, critérios de inclusão ou características regionais do

serviço.

Quanto ao tratamento, observou-se distribuição equilibrada: 52,38% dos pacientes foram submetidos à abordagem cirúrgica, enquanto 47,62% receberam tratamento clínico. De acordo com o IRAD, 86% dos casos de dissecção tipo A requerem cirurgia, enquanto apenas 14% são tratados clinicamente (Hagan *et al*., 2000). Já na dissecção tipo B, a maioria (80%) é tratada clinicamente, sendo a cirurgia reservada a casos específicos (Suzuki *et al*., 2003).

A hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais prevalente, reforçando seu papel como principal fator predisponente à DAA, conforme apontado pelo IRAD (Hagan *et al*., 2000). Tabagismo e etilismo também foram frequentes, sendo o primeiro associado a um risco até 2,5 vezes maior de dissecção entre fumantes ativos (Khan *et al*., 2023). Embora o álcool ainda não seja reconhecido como fator de risco estabelecido, estudos indicam possível correlação entre etilismo intenso e maior risco de DAA (Zhang; Jin; Yang, 2009).

Outras comorbidades identificadas incluíram aneurisma prévio (23,81%), cuja presença está diretamente relacionada ao risco aumentado de dissecção, especialmente em casos de dilatação significativa da aorta (Coady *et al*., 1997). Além disso, histórico de cirurgia cardíaca e dissecção aórtica anterior também esteve presente, sendo fatores que podem fragilizar a parede aórtica e predispor a novos eventos (Dinato; Dias; Hajjar, 2018; Isselbacher *et al*., 2016).

Condições menos frequentes, porém relevantes, como aterosclerose, síndrome de Marfan e histórico familiar de doença arterial coronariana, foram observadas em 4,76% dos casos. A hipertensão contribui para a degeneração aterosclerótica da aorta por ativação de metaloproteinases e citocinas inflamatórias (Sayed; Munir; Bahbah, 2021). Doenças do tecido conjuntivo, como as síndromes de Marfan, Loeys-Dietz e Ehlers-Danlos, são causas genéticas de fragilidade aórtica, e o histórico familiar também é reconhecido como fator predisponente, mesmo sem síndromes específicas identificadas (Januzzi et al., 2004).

A complicação mais frequente neste estudo foi o sangramento intraoperatório (23,81%), achado compatível com coortes multicêntricas. Zindovic *et al*. (2024) relataram sangramento volumoso em 40,4% dos casos de dissecção tipo A, associado a piores desfechos. A insuficiência renal aguda ocorreu em 19,05% dos

pacientes, taxa semelhante à observada por Arnaoutakis *et al*. (2023), que associaram a IRA à maior mortalidade hospitalar e complicações neurológicas.

Fibrilação atrial e infecções pós-operatórias foram identificadas em 14,29% dos pacientes analisados. A fibrilação atrial é uma complicação comum após cirurgias cardíacas, associando-se a maior tempo de internação e risco elevado de eventos embólicos (Woldendorp *et al.*, 2020). Corroborando esses achados, Yang et al. (2024) relataram incidência de 17,4% de FA em pacientes submetidos à correção cirúrgica da dissecção tipo A. As infecções pós-operatórias também se destacam como importante complicação hospitalar, impactando negativamente os desfechos clínicos. Li *et al.* (2021) identificaram uma taxa de infecção de 37,6% em pacientes submetidos à correção cirúrgica da DAA tipo A, associada principalmente à ventilação mecânica prolongada, à permanência estendida de drenos e ao maior tempo de UTI.

Trombocitopenia, AVC, insuficiência aórtica, pneumotórax e parada cardiorrespiratória intraoperatória apareceram em 9,52% dos pacientes. A trombocitopenia foi associada a pior prognóstico (Tang; Shao, 2023). O AVC, presente em até 16% dos casos de dissecção tipo A, é uma complicação neurológica grave (Arima *et al*., 2024).

A insuficiência aórtica é um achado comum na dissecção aguda de aorta tipo A, resultante de mecanismos como dilatação da raiz ou interferência do flap intimal, conforme descrito por Patel *et al.* (2018). A busca na literatura não identificou pesquisas com desenho robusto que relacionassem pneumotórax ao quadro de dissecção aguda de aorta. As publicações disponíveis restringem-se a relatos de caso, o que indica tratar-se de evento incomum e sem evidência suficiente para estabelecer relação causal. A parada cardiorrespiratória intraoperatória foi identificada em 9,52%, embora a literatura não traga dados específicos sobre sua incidência nesse contexto.

A taxa de mortalidade hospitalar encontrada neste estudo foi de 23,81%, valor semelhante ao relatado pelo IRAD, que varia entre 25% e 30% nos casos agudos, mesmo com os avanços diagnósticos e terapêuticos (Hagan *et al*., 2000).

As principais causas de óbito foram choque circulatório refratário e choque hemorrágico, condizentes com a literatura, que aponta o choque e a falência

cardíaca como principais causas de mortalidade na dissecção tipo A. Em uma coorte canadense, cerca de 70% dos óbitos foram atribuídos à falência cardíaca, AVC ou hemorragia intraoperatória (McClure *et al*., 2017).

A mediana de internação hospitalar foi de 7 dias, com variação de 0 a 22 dias dentro dos limites interquartis e um outlier acima de 40 dias. Esse achado está alinhado à literatura, que demonstra tempos de internação distintos conforme o tipo de dissecção e a complexidade do tratamento. Em dissecções tipo B tratadas clinicamente, Khan *et al*. (2022) observaram mediana de 3,95 a 4,23 dias. Já em dissecções tipo A submetidas à cirurgia, Zhao *et al*. (2022) relataram mediana de 14 dias (IQR 10–20). Esses dados reforçam a relação direta entre o tipo de dissecção, a conduta terapêutica e a duração da hospitalização.

As cirurgias impõem múltiplas agressões ao organismo ao longo do período perioperatório, como jejum, punções, intubação, monitorização invasiva, incisões e perdas sanguíneas, além de imobilidade e uso de dispositivos no pós-operatório, aumentando o estresse fisiológico (Dobson, 2020). No presente estudo, os pacientes submetidos à intervenção cirúrgica apresentaram tempo médio de internação maior do que aqueles tratados clinicamente, achado compatível com a meta-análise de Motawea *et al.* (2024), que, apesar de demonstrar redução da mortalidade em 30 dias com o reparo endovascular da dissecção tipo B, identificou aumento de 3,4 dias na internação e maior permanência em UTI. Isso reforça que, mesmo em técnicas menos invasivas, a hospitalização tende a ser mais prolongada que no tratamento clínico.

CONCLUSÃO

Este estudo delineou o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com diagnóstico confirmado de DAA em um hospital público do sul do Espírito Santo, com predomínio do sexo masculino, idade acima de 60 anos, baixa escolaridade e alta prevalência de hipertensão arterial. O subtipo B/III foi o mais frequente.

Houve distribuição equilibrada entre os tratamentos clínico e cirúrgico, sendo que o grupo cirúrgico apresentou tempo médio de internação significativamente maior, refletindo o impacto do trauma operatório e suas complicações.

A presença de comorbidades como hipertensão, tabagismo, aneurismas prévios e histórico de cirurgia cardíaca reforça a importância do controle rigoroso dos fatores de risco. Complicações como sangramento intra operatório, insuficiência renal aguda, fibrilação atrial e infecções evidenciam a complexidade do manejo e o risco de desfechos desfavoráveis.

A taxa de mortalidade hospitalar confirma a gravidade da DAA e destaca a relevância do diagnóstico precoce, da estrutura hospitalar adequada e da atuação de equipes multiprofissionais. Entre as limitações do estudo, destacam-se falhas nos registros dos prontuários e o tamanho reduzido da amostra, decorrente da baixa incidência da doença.

Compreender esse perfil clínico contribui para decisões mais assertivas e estratégias terapêuticas eficazes. No entanto, fatores regionais e estruturais podem limitar a generalização dos resultados. Estudos multicêntricos com maior número de pacientes são recomendados para fortalecer a validade externa dos achados.

REFERÊNCIAS

ARIMA, D. et al. **Use of coagulation-fibrinolysis markers for prognostication of Stanford type A acute aortic dissection.** *JRSM Cardiovascular Disease*, v. 10, p. 1–7, 2021.

ARNAOUTAKIS G. J. *et al*. **Acute kidney injury in patients undergoing surgery for type A acute aortic dissection.** *The Annals of Thoracic Surgery*, 115(4), 879–885, 2023.

BOSSONE, E.; CARBONE, S.; EAGLE, K. **Acute Aortic Syndromes: Diagnostic and Therapeutic Update.** *Journal of Personalized Medicine*, v. 12, n. 7, p. 1148, 2022.

COADY, M. A. *et al*. **What is the appropriate size criterion for resection of thoracic aortic aneurysms?** *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, v. 113, n. 3, p. 476–491, 1997.

DIAS, R. R. *et al*. **Impacto da mortalidade da doença da aorta torácica no estado de São Paulo no período de 1998 a 2007**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, n. 6, p. 528–535, dez. 2013.

DINATO, F. J.; DIAS, R. R.; HAJJAR, L. A. **Dissecção da aorta: manejo clínico e cirúrgico.** *Rev. Soc. Cardiol.* Estado de São Paulo, v. 28, n. 3, p. 260-266, 2018.

DOBSON, G. P. **Trauma of major surgery: a global problem that is not going away.** *International Journal of Surgery*, v. 81, p. 47–54, 2020.

GAWINECKA, J.; SCHNRATH, F.; VON ECKARDSTEIN, A. **Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis.** *Swiss Medical Weekly*, 25 ago. 2017.

HAGAN, P. G. *et al*. **The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease.** *JAMA*, v. 283, n. 7, p. 897–903, 2000.

HARIK, L. *et al.* **The relationship of sex and aortic diameter at the time of acute type A aortic dissection.** *JTCVS Open*, v. 22, p. 114–122, 2024.

HARRIS, D. *et al.* **Non-White race is an independent risk factor for hospitalization for aortic dissection.** *Ethnicity & Disease*, v. 26, n. 3, p. 363–368, 2016.

HIBINO, M. *et al*. **Blood Pressure, Hypertension, and the Risk of Aortic Dissection Incidence and Mortality: Results From the J-SCH Study, the UK Biobank Study, and a Meta-Analysis of Cohort Studies.** *Circulation*, v. 145, n. 9, p. 633–644, 2022.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

IKEDA *et al.* **Impact of marital status on early mortality in patients hospitalized for acute myocardial infarction: a retrospective cohort study.** *Journal of Cardiothoracic Surgery*, v. 17, n. 1, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS). **Pensão por morte: quem tem direito, valor e duração do benefício**. Brasília: INSS, 2024.

ISSELBACHER, E. M. *et al.* **Recurrent aortic dissection: observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection**. *Circulation*, v. 134, n. 24, p. 1881–1886, 2016.

JANUZZI, J. L. *et al*. **Characterizing the young patient with aortic dissection: results from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD).** J*ournal of the American College of Cardiology*, v. 43, n. 4, p. 665–669, 2004.

KHAN, J. M. *et al.* **Outcomes and cost analysis of patients with uncomplicated type B aortic dissection: a nationwide study.** *Journal of Vascular Surgery*, v. 75, n. 5, p. 1460–1468, 2022.

KHAN, M. Y. I. *et al.* **Tobacco smoking and the risk of aortic dissection in the UK Biobank and a meta-analysis of prospective studies.** *Scientific Reports*, v. 13, n. 1, p. 15499, 2023.

KHAYAT, M. *et al*. **Endovascular management of acute aortic dissection.** *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, v. 8, n. S1, p. S97–S107, abr. 2018.

LI, W.-F. *et al.* **Risk factors and prevention strategies for postoperative infection in patients with acute Stanford type A aortic dissection.** *Journal of Huazhong University of Science and Technology (Health Sciences)*, 2021.

LOPES, A. C. **Clínica médica: diagnóstico e tratamento.** 1. ed. São Paulo: Ateneu, 2013. v. 1.

McCLURE, R. S. *et al*. **Cause of death following surgery for acute type A dissection: evidence from the Canadian Thoracic Aortic Collaborative.** *Aorta (Stanford)*, v. 5, n. 2, p. 33-41, abr. 2017.

MOREIRA, G. C. **Prevalência do conhecimento, tratamento, controle e custo-efetividade da hipertensão arterial sistêmica em São José do Rio Preto: estudo populacional.** 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2008.

MOTAWEA, K. R. et al. **Efficacy of thoracic endovascular aortic repair versus medical therapy for treatment of type B aortic dissection: a systematic review and meta-analysis.** *BMC Surgery*, v. 24, p. 259, 2024.

MURPHY, M.; GRUNDY, E.; KALOGEROPOULOU, V. **The increasing effect of marital status on survival: a longitudinal study of England and Wales 1971–2001.** *Population Trends*, n. 132, p. 28–36, 2007.

NIENABER, C. A. *et al.* **Gender-related differences in acute aortic dissection.** *Circulation*, v. 109, n. 24, p. 3014–3021, 2004.

PATEL, P. A. *et al*. **Regurgitação aórtica na dissecção aórtica aguda tipo A: uma classificação clínica para o ecocardiografista perioperatório na era do anel funcional da aorta.** *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, v. 32, n. 1, p. 586-597, fev. 2018.

SADDIC, L. *et al.* **17 β-Estradiol impedes aortic root dilation and rupture in male Marfan mice.** *International Journal of Molecular Sciences*, v. 24, n. 17, p. 13571, 2023.

SAYED, A.; MUNIR, M.; BAHBAH, E. I. **Aortic dissection: a review of the pathophysiology, management & prospective advances**. *Current Cardiology Reviews*, v. 16, p. 1–9, 14 out. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (SESA). **Perfil de referência hospitalar da região sul de saúde do estado do espírito santo**. Jun 2022.

SHEN, Yu-Han *et al.* **Aortic aneurysms and dissections series.** *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, v. 40, n. 3, mar. 2020.

SILVA, A. C. C. *et al*. **Análise do perfil clínico-epidemiológico de pacientes com síndrome aórtica aguda.** *Research, Society and Development*, v. 13, n. 2, p. e45043, 2023.

SUZUKI, T. *et al.* **Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD).** *Circulation*, v. 108, supl. 1, p. II312–II317, 2003.

TANG, Z.; SHAO, Y. **Postoperative thrombocytopenia and subsequent consequences in acute type A aortic dissection.** *Annals of Medicine*, 55(2), 2281653, 2023.

WANG, X. *et al.* **The role of macrophages in aortic dissection.** *Frontiers in Physiology*, v. 11, 5 fev. 2020.

WOLDENDORP, K. et al. **Postoperative atrial fibrillation after cardiac surgery: a meta-analysis.** *Annals of Thoracic Surgery*, v. 112, n. 6, p. 2084–2093, 2020.

WEI, L. *et al*. **Endovascular repair of the thoracic aorta combined with drug therapy in acute uncomplicated type B aortic dissection.** *Disease Markers*, v. 2022, p. 3021599, 22 set. 2022.

YANG, Z. et al. **A nomogram for individualized prediction of new-onset postoperative atrial fibrillation in acute type A aortic dissection patients: a retrospective study.** *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, v. 11, 1429680, 2024.

YAO, J. *et al.* **The diagnostic value of D-dimer in acute aortic dissection: a meta-analysis.** *Journal of Cardiothoracic Surgery*, v. 16, n. 1, 27 nov. 2021.

YUAN, X.; MITSIS, A.; NIENABER, C. A. **Current Understanding of Aortic Dissection.** *Life*, v. 12, n. 10, p. 1606, 14 out. 2022.

ZHANG, L.; JIN, M.; YANG, L. **Excessive alcohol consumption and aortic dissection: probable but unexplored relation.** *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 27, n. 9, p. 1163–1165, nov. 2009.

ZHAO, R. *et al.* **Current surgical management of acute type A aortic dissection in China: a multicenter registry study**. *JACC: Asia*, v. 2, n. 7, p. 869–878, nov. 2022.

ZINDOVIC, I. et al. **Massive bleeding is associated with severely impaired outcomes after surgery for acute type A aortic dissection: a retrospective multicenter analysis of 997 patients from the NORCAAD consortium (2005–2014).** *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2024.