

**FATORES ASSOCIADOS AO PROGNÓSTICO NO INFARTO AGUDO DO  
MIOCARDIO COM SUPRA DESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST EM UM  
HOSPITAL TERCIÁRIO**

Luiz Fernando de Oliveira Cordioli<sup>1</sup>, João Francisco Maccari de Oliveira<sup>1\*\*</sup>,  
Péricles Pretto<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária,  
1105 – Bairro Universitário CEP: 88806-000 – Criciúma – SC.

<sup>2</sup>Hospital São José, R. Cel. Pedro Benedet, 630 - Centro, Criciúma - SC, 88801-  
250

\*Autor Correspondente: Péricles Pretto: Departamento de Cardiologia-  
Hemodinâmica-Intervencionista, Hospital São José, R. Cel. Pedro Benedet, 630 -  
Centro, Criciúma - SC, 88801-250. E-mail: periclespretto@hotmail.com.

\*\*O 2º autor contribuiu de maneira igual para a elaboração do trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, as doenças cardiovasculares, principalmente o infarto agudo do miocárdio, têm alta taxa de mortalidade. Nos casos em que há supradesnivelamento do segmento ST ao eletrocardiograma, a coronária fica completamente ocluída. Nesse sentido, cada segundo conta para mudar o prognóstico. Portanto, se faz crucial entender os fatores que influenciam a relação entre tempo e ações tomadas para tratar cada caso. **Objetivo:** Avaliar fatores que influenciam o prognóstico de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. **Métodos:** O desenho do estudo foi observacional, retrospectivo, censitário, de natureza quantitativa. A base de dados utilizada foram Prontuários de pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST atendidos no Hospital São José, localizado em Criciúma - SC. **Resultados:** a média de idade dos pacientes foi de  $60,17 \pm 11,57$  anos, sendo 76,2% masculinos. Os principais fatores de risco encontrados foram hipertensão arterial sistêmica (60,1%) e tabagismo (51,7%). A mediana do tempo de evolução do infarto foi de 5 horas. A intervenção coronariana percutânea foi a terapia mais comum (92,7%). A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 10,5%. A artéria mais acometida foi a coronária direita (44,4%), embora a que teve maior mortalidade tenha sido a descendente anterior (76,9%). Pacientes femininas tiveram prognóstico pior quando comparadas aos masculinos, com mortalidade de 20,6% contra 7,3%. Ao ecocardiograma, 13,5% tiveram disfunção ventricular esquerda grave. **Conclusão:** fatores que influenciaram negativamente o prognóstico foram sexo feminino, acometimento de artéria descendente anterior e falha na terapia. Não foi encontrada relação significativa com o tempo.

**Palavras-chave:** infarto agudo do miocárdio, eletrocardiograma, necrose, prognóstico, tempo, *acute myocardial infarction, electrocardiography, necrosis, prognosis, time.*

## **INTRODUÇÃO**

O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSSST) é um subtipo da síndrome coronariana aguda (SCA), que é uma manifestação clínica da aterosclerose.<sup>1</sup> No Brasil, as doenças cardiovasculares, incluído o infarto agudo do miocárdio, tem uma mortalidade de 183,3/100.000, sendo semelhante às taxas de países como a China.<sup>2</sup> De acordo com a Organização Mundial da Saúde, países em desenvolvimento, como o Brasil, ou países subdesenvolvidos, concentram 75% das mortes por doenças cardiovasculares.<sup>3</sup> O IAMCSSST, é responsável por 48% a 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio. Nesses casos onde há oclusão coronária total, a cada 10 minutos de atraso no tratamento, cerca de 4 meses de vida são perdidos.<sup>4</sup>

O prognóstico inclui os fatores que alteram o desfecho do paciente, tanto na mortalidade quanto na morbidade. O atraso na procura de atendimento médico, influencia o prognóstico, dentre os fatores que acarretam nesse atraso podemos citar: estado civil, procedência, meio de transporte e escolaridade.<sup>5</sup> Além do atraso na procura, localização anatômica do infarto, sexo, idade, fatores de risco e outras comorbidades podem contribuir positivamente ou negativamente para o desfecho.<sup>6</sup>

Tendo em vista o exposto, o presente trabalho busca compreender quais os principais fatores associados a um pior prognóstico nos pacientes atendidos em um hospital da rede pública em Criciúma, Santa Catarina.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é do tipo observacional, transversal, retrospectivo, de natureza quantitativa.

Esse trabalho foi apreciado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Criciúma, sob o parecer número 3.636.414.

A amostra foi composta por pacientes diagnosticados com IAMCSSST atendidos no Hospital São José. A avaliação foi feita através de prontuários eletrônicos dos pacientes. O estudo foi do tipo censitário, já que foram avaliados todos os pacientes com este diagnóstico, de janeiro de 2018 a dezembro de 2018.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, procedência, tempo de evolução do infarto, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), histórico familiar, tabagismo, dislipidemia (DLP), terapia de reperfusão, sucesso da terapia, prognóstico intra-hospitalar, avaliação subjetiva da função do ventrículo esquerdo pós IAMCSSST, tempo de internação intra-hospitalar e tempo de internação em UTI.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de mediana e amplitude interquartil (com correção de Tukey) quando não apresentaram distribuição Normal e por média e desvio padrão quando seguiram esse tipo de distribuição. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e, portanto, confiança de 95%. A distribuição dos dados quanto à

normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov.

A comparação da média das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas dicotômicas foi realizada por meio da aplicação do teste U de Mann-Whitney, pois a variável não seguiu distribuição Normal.

A comparação da média das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas politômicas em que a variável quantitativa não apresentou distribuição Normal, foi empregado o teste H de Kruskal-Wallis seguido do post hoc teste de Dunn quando observada significância estatística.

A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos testes Razão de Verossimilhança e Exato de Fisher, seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística.

## **RESULTADOS**

A amostra total do estudo foi de 167 pacientes atendidos de janeiro a dezembro de 2018, sendo que foram incluídos no estudo 143 (Figura 1).

Quanto ao sexo, 76,2% eram masculinos e a idade média da amostra foi  $60,17 \pm 11,57$  anos. Destes, 63,6% eram casados e 73% possuíam ensino fundamental ou grau de instrução inferior a este. A cidade de origem com o maior número de pacientes atendido foi Criciúma, com 40,6%. Dos fatores de risco estudados, o mais comum encontrado foi hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 60,1%, seguida por tabagismo com 51,7%. (Tabela 1).

A mediana do tempo em internação hospitalar foi de 6 dias e de permanência em UTI foi de 2 dias. A mediana entre o tempo de início dos sintomas até o atendimento médico foi de 5 horas (Tabela 2).

Dos pacientes analisados, 124 receberam algum tipo de tratamento de reperfusão e o sucesso foi obtivo em 92,7% dos casos. A intervenção coronariana percutânea primária foi o método terapêutico preferencial, 94,4% das vezes. A mortalidade intra-hospitalar foi de 10,5% e a coronária direita foi a artéria mais acometida, com 44,4% dos IAMCSSST.

Dos 143 pacientes admitidos, 81 realizaram ecocardiograma durante sua internação. À avaliação subjetiva da função ventricular esquerda, foi encontrado que o grau disfunção ventricular esquerda leve foi o mais comum, correspondendo a 44,4%, seguido pelo moderado, 23,5% e o grave com 13,5% (Tabela 3).

A análise das coronárias responsáveis pelo IAMCSSST demonstrou que a maioria dos que não sobreviveram (76,9%), sofreram acometimento da artéria descendente anterior, enquanto a maior parte dos que sobreviveram, sofreram infarto de artéria coronária direita (47,5%) ( $p = 0,025$ ). Dentre os pacientes que realizaram ecocardiograma no curso de sua internação, o acometimento da artéria descendente anterior cursou com maiores disfunções do ventrículo esquerdo, porém não significativas ( $p=0,069$ ) (Tabela 4).

Pacientes com infarto da artéria coronária descendente anterior ficaram internados em UTI por mais tempo. Nesta mesma linha, os pacientes com maiores disfunções ventricular esquerda estiveram na UTI por períodos maiores, sendo esta análise significativa ( $p=0,044$ ) (Tabela 5).

O sucesso no tratamento influenciou positivamente o prognóstico dos pacientes, destes, 93,9% sobreviveram ( $p < 0,001$ ). O sexo também influenciou o prognóstico, visto que 92,7% dos homens sobreviveram, já nas mulheres, esse número foi de 79,4% ( $p = 0,049$ ) (Tabela 6).

O estudo apontou uma relação inversa entre o tempo de atendimento e o prognóstico ( $p = 0,044$ ). Quanto ao ecocardiograma, observamos que um maior tempo de evolução cursou com maiores graus de disfunção ventricular esquerda, porém, não significativo (Tabela 7). Os pacientes que tiveram internação mais longa (mediana de 7 dias), realizaram mais exames ecocardiográficos, em relação aos que tiveram internações mais breves (mediana de 5 dias).

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo identificou que o perfil mais encontrado para o paciente com IAMCSSST foi o de masculinos (76,2%) com média de idade da amostra 60,17 anos. Um estudo descritivo do BMC Cardiovascular Disorders corrobora este perfil, mostrando que os pacientes analisados eram maioria masculinos (83,1%), com idade média de 59,2 anos.<sup>7</sup>

Além disso, os pacientes analisados também tiveram fatores de risco semelhantes aos encontrados na literatura, sendo os principais hipertensão e tabagismo. O estudo observacional e descritivo de Arora e colaboradores, mostrou que os principais fatores de risco na população estudada eram tabagismo e HAS.<sup>8</sup>

A artéria descendente anterior foi associada ao desfecho intra-hospitalar negativo, o que é reforçado no artigo do jornal *Kardiologia Polska* que mostra que o IAMCSSST dessa artéria está relacionado ao aumento de risco de



mortalidade deste paciente.<sup>9</sup> Nesse mesmo artigo o autor relata uma mortalidade global entre 6 e 14% e observamos um valor dentro dessa faixa percentual.

Já a artéria coronária direita foi a mais acometida e relacionada com um menor índice de mortalidade. O estudo de Warner e Tivakaran (2019) concorda com esse resultado mostrando que mais de 40% dos infartos são de parede inferior e a mortalidade está abaixo de 10% sobre todos os casos.<sup>10</sup>

Observou-se também que o sucesso do tratamento invasivo está relacionado com o desfecho intra-hospitalar positivo. O estudo de Polańska-Skrzypczyk e colaboradores, mostrou durante toda a observação, a falha no procedimento de reperfusão foi um preditor independente de mortalidade de curto e longo prazo para todas as causas.<sup>11</sup>

O grau de disfunção do ecocardiograma também está correlacionada à artéria acometida, mostrando que a coronária direita foi responsável por mais da metade de todos os pacientes com normo-função ou grau de disfunção leve. Já a descendente anterior foi responsável pela maioria das disfunções graves. O estudo de Dönmez e Acele<sup>12</sup>, mostra resultados semelhantes ao comparar as duas artérias em pacientes após IAMCSSST, tendo como média de FEV de  $53.7 \pm 9.9$  para a coronária direita e  $42.6 \pm 9.4$  para a descendente anterior.

O artigo de Roque e colaboradores, que contou com uma população com idade média de 60,2 anos, indicou que quanto maior o tempo de internação de um determinado paciente e quanto maior o número de medicações em uso durante a internação, maior risco de efeitos adversos e maior mortalidade.<sup>13</sup> Nosso estudo, mostra que pacientes que ficaram mais tempo em UTI, foram os que tiveram acometimento cardiovascular mais grave.

O trabalho de Jneid e colaboradores, aponta que as mulheres vítimas de infarto agudo do miocárdio têm menor incidência de supradesnivelamento do segmento ST e uma maior taxa de mortalidade intra-hospitalar em comparação aos homens.<sup>14</sup> Assim como Jneid, observamos que mulheres têm maior mortalidade intra-hospitalar e são minoria dos casos.

O nosso estudo não apontou uma relação da duração da isquemia com o desfecho negativo nessa população. Esse resultado difere de uma meta-análise, que indicou que pacientes com tempo porta balão maior que 90 minutos, tiveram uma maior taxa de mortalidade intra-hospitalar comparado com aqueles que tiveram o tempo menor que 90 minutos.<sup>15</sup> A mesma meta-análise demonstrou que dos vinte artigos analisados, dezoito eram favoráveis e sete significativos em relação ao tempo de atendimento tardio e pior prognóstico, mas dois apontavam que essa relação era inversa, porém não significativa. Além disso, pode se justificar os dados divergentes em nosso estudo, porque a amostra dos pacientes que morreram foi muito pequena.

A idade está diretamente relacionada ao prognóstico, tendo o nosso estudo mostrado que a média dos que não sobreviveram foi de 64 anos. Um estudo publicado na Revista Espanhola de Cardiologia mostra que a idade média dos pacientes que tiveram o desfecho morte, foi de 68 anos.<sup>16</sup>

## **CONCLUSÃO**

Influenciando negativamente o desfecho dos pacientes atendidos com IAMCSSST no Hospital São José de forma significativa, observamos o sexo feminino, pacientes com acometimento de artéria descendente anterior e a falha no procedimento de reperfusão.

O estudo não concordou com os achados da literatura no que tange a relação do tempo de evolução do IAMCSSST com o prognóstico.

## **FONTE DE FINANCIAMENTO**

Não houve financiamento de qualquer parte que não dos autores para o presente estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Gitt AK, Rieber J, Hambrecht R, Brachmann J, Graf K, Horack M, et al. Do acute coronary events affect lipid management and cholesterol goal attainment in Germany? *Wiener Klinische Wochenschrift* 2018 Dez;130 (23-24):707-15.
2. Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Murray CJ, et al. Temporal Trends in Ischemic Heart Disease Mortality in 21 World Regions, 1980 to 2010 (The Global Burden of Disease 2010 Study). *Circulation* 2014 Abr;129(14):1483-92.
3. Organização Pan-Americana de Saúde [<https://www.paho.org/bra/>]. Doenças cardiovasculares [acesso em: 24 nov 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096)
4. Rowiss, JM. GREAT study. *Journal of the American College of Cardiology* 1997;30:1181-86.
5. Franco B; Rabelo ER; Goldemeyer S; Souza EN. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 mai-jun;16(3):414-8.
6. Xiaofang T, Ying S, Jingjing X, Huanhuan W, Lin J, Ping J, et al. Clinical characteristics and prognosis between male and female patients with premature coronary artery disease after intervention. *Chin J Cardiol*, 2019,47(10):798-805.
7. Ralapanawa U, Kumarasiri PVR, Jayawickreme KP, Kumarihamy P, Wijeratne Y, Ekanayake M, et al. Epidemiology and risk factors of patients with types of acute coronary syndrome presenting to a tertiary care hospital in Sri Lanka. *BMC Cardiovasc Disord*. 2019;19(1):229.
8. Arora S, Qamar A, Gupta P, Vaduganathan M, Chauhan I, Tripathi AK, et al. Design and rationale of the North Indian ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Registry: A prospective cohort study. *Clin Cardiol*. 2019;
9. Dębiński M, Kondys M, Buszman PE. Risk assessment in patients with ST elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary angioplasty. Does reduced duration of hospital stay affect the prognosis? *Kardiologia i Pol.* 2017;75(7):635–40.
10. Warner J, Tivakaran V. Inferior Myocardial Infarction. StatPearls Publishing [Internet]. 2019 [cited 2019 out 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470572/>

11. Polańska-Skrzypczyk M, Karcz M, Rużyłło W, Witkowski A. Successful primary percutaneous coronary intervention determines the very long-term prognosis in ST-segment elevation myocardial infarction even in survivors of the acute phase. The ANIN Myocardial Infarction Registry. *Adv Interv Cardiol.* 2019;15(3):283–91.
12. Dönmez Y, Acele A. Increased Elabela levels in the acute ST segment elevation myocardial infarction patients. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(43):e17645.
13. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cad Saude Publica.* 2016;32(10):1–15.
14. Jneid H, Fonarow GC, Cannon CP, Hernandez AF, Palacios IF, Marea AO, et al. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction. *Circulation.* 2008;118(25):2803–10.
15. Cequier Á, Bueno H, Augé JM, Bardají A, Fernández-Ortiz A, Heras M. Characteristics and Mortality Following Primary Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction in Spain. Results From the TRIANA 1 (TRatamiento del Infarto Agudo de miocardio eN Ancianos) Registry. *Rev Española Cardiol (English Ed.* 2005;58(4):341–50.
16. Foo CY, Bonsu KO, Nallamothu BK, Reid CM, Dhippayom T, Reidpath DD. Coronary intervention door-to-balloon time and outcomes in ST-elevation myocardial infarction: a meta-analysis. 2018;(December 2016):1362-1369. doi:10.1136/heartjnl-2017-312517

## FIGURAS

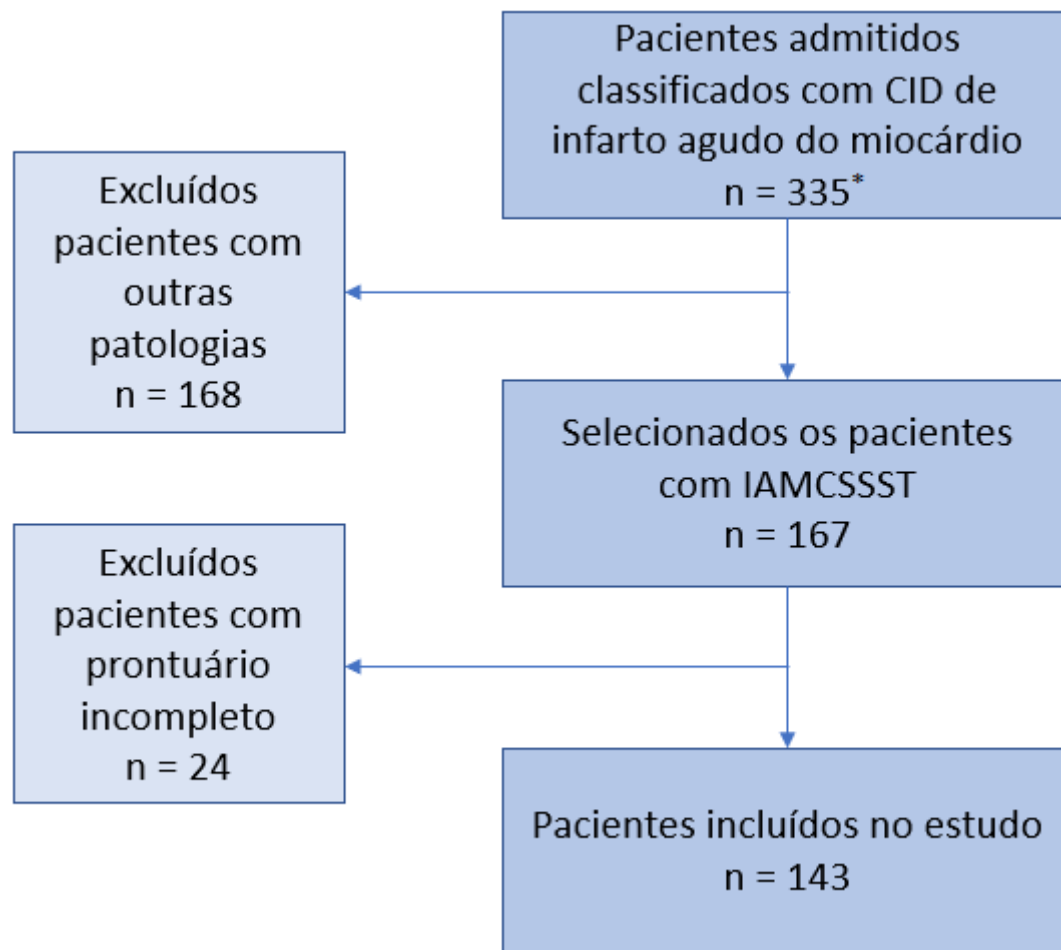


Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão dos pacientes do estudo.

\*Pacientes admitidos de janeiro a dezembro de 2018.

## TABELAS

Tabela 1. Perfil sociocultural e comorbidades dos pacientes.

	n (%), Média $\pm$ DP* n = 143
Sexo	
Masculino	109 (76,2)
Feminino	34 (23,8)
Idade (anos)	60,17 $\pm$ 11,57
Estado Civil	
Casado	91 (63,6)
Solteiro	18 (12,6)
Divorciado	16 (11,2)
Viúvo	11 (7,7)
União Estável	7 (4,9)
Escolaridade	
Ensino primário	31 (21,7)
Ensino fundamental	74 (51,8)
Ensino médio	36 (25,2)
Ensino superior completo	2 (1,4)
Comorbidades	
Tabagismo	74 (51,7)
HAS <sup>†</sup>	86 (60,1)
Diabetes	39 (27,3)
História familiar	30 (21,0)
Dislipidemia	32 (22,4)
Cidade de Origem	
Criciúma	58 (40,6)
Outras	85 (59,4)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

\*DP: Desvio Padrão.

<sup>†</sup>HAS – Hipertensão arterial sistêmica.



Tabela 2. Perfil clínico dos pacientes.

	Mediana (AIQ) <sup>†</sup> , n (%) n = 143
Tempo de internação (dias)	6,00 (5,00 – 9,00)
Tempo de evolução (horas)	5,00 (3,00 – 7,00)
Tempo de UTI <sup>‡</sup> (dias)*	2,00 (2,00 – 3,00)

\*no total n=106 pacientes foram internados na UTI.

<sup>†</sup>AIQ – Amplitude Interquartil.

<sup>‡</sup>UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3. Tratamento e prognóstico dos pacientes.

	n (%), Média $\pm$ DP*
	n = 124
Recebeu terapia de reperfusão	124 (86,7)
Sucesso do tratamento (n = 124)	
Sim	115 (92,7)
Não	9 (7,3)
Qual Tratamento (n =124)	
Intervenção coronária percutânea	117 (94,4)
Ambos	4 (3,2)
Fibrinolítico	3 (2,4)
Prognóstico	
Sobreviveu	128 (89,5)
Não sobreviveu	15 (10,5)
Localização do Infarto	
Coronária Direita	60 (44,4)
Descendente Anterior	51 (37,8)
Circunflexa	23 (17,0)
Ramo Marginal Esquerdo	1 (0,7)
Grau de disfunção ventricular esquerda	
Leve	36 (44,4)
Normal	15 (18,5)
Moderado	19 (23,5)
Grave	11 (13,5)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

\*DP: Desvio Padrão.

Tabela 4. Relação do acometimento coronário com prognóstico e função ventricular esquerda.

	Localização do infarto, n (%)				Valor-p <sup>†</sup>
	Coronária direita	Descendente anterior	Circunflexa	Ramo marginal esquerdo	
<b>Prognóstico</b>	<b>n = 60</b>	<b>n = 51</b>	<b>n = 23</b>	<b>n = 1</b>	
Sobreviveu	58 (47,5) <sup>‡</sup>	41 (33,6)	22 (18,0)	1 (0,8)	0,025
Não sobreviveu	2 (15,4)	10 (76,9) <sup>‡</sup>	1 (7,7)	0 (0,0)	
<b>Grau de disfunção</b>	<b>n = 39</b>	<b>n = 23</b>	<b>n = 15</b>	<b>n = 1</b>	
Normal	8 (53,3)	2 (13,3)	5 (33,3)	0 (0,0)	0,069
Leve	22 (64,7)	7 (20,6)	5 (14,7)	0 (0,0)	
Moderado	7 (38,9)	7 (38,9)	3 (16,7)	1 (5,6)	
Grave	2 (18,2)	7 (63,6)	2 (18,2)	0 (0,0)	

<sup>†</sup>Valores obtidos após aplicação do teste Razão de Verossimilhança.

<sup>‡</sup>Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 5. Relação do acometimento da coronária e grau de disfunção subjetiva ao ecocardiograma com tempo de UTI<sup>‡</sup>.

	Tempo de UTI (dias) Mediana (AIQ) <sup>§</sup>	Valor - p
<b>Localização do infarto</b>	<b>n = 106</b>	
Coronária direita	2,00 (2,00 – 3,00)	0,098*
Descendente anterior	3,00 (2,00 – 4,00)	
Circunflexa	2,00 (1,50 – 3,00)	
<b>Grau de disfunção</b>	<b>n = 60</b>	
Normal	2,00 (1,00 – 2,00)	0,044†
Leve	2,50 (2,00 – 4,50)	
Moderado	2,00 (2,00 – 3,00)	
Grave	4,00 (2,50 – 7,50)	

\*Valor obtido após aplicação do teste U de Mann-Whitney.

†Valores obtidos após aplicação do teste H de Kruskal-Wallis.

‡UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

§AIQ – Amplitude Interquartil.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 6. Relação do sexo e sucesso no tratamento com o prognóstico.

	Prognóstico, n (%)		Valor-p*
	Sobreviveu	Não sobreviveu	
<b>Sucesso no tratamento</b>	<b>n = 112</b>	<b>n = 12</b>	
Sim	108 (93,9) <sup>†</sup>	7 (6,1)	< 0,001
Não	4 (44,4)	5 (55,6) <sup>†</sup>	
<b>Sexo</b>	<b>n = 128</b>	<b>n = 15</b>	
Masculino	101 (92,7) <sup>†</sup>	8 (7,3)	0,049
Feminino	27 (79,4)	7 (20,6) <sup>†</sup>	

\*Valor obtido após aplicação do teste Exato de Fisher.

<sup>†</sup>Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 7. Relação do tempo de evolução com o prognóstico.

	Tempo de evolução (horas)	Valor - p
	Mediana (AIQ) <sup>‡</sup>	
<b>Prognóstico</b>	<b>n = 143</b>	
Sobreviveu	5,00 (3,00 – 7,00)	0,044 <sup>†</sup>
Não sobreviveu	3,00 (2,50 – 5,00)	
<b>Grau de Disfunção</b>	<b>n = 81</b>	
Normal	4,00 (4,00 – 6,00)	0,247 <sup>*</sup>
Leve	4,00 (3,00 – 7,50)	
Moderado	6,00 (4,50 – 9,00)	
Grave	5,00 (3,00 – 9,50)	

\*Valor obtido após aplicação do teste H de Kruskal-Wallis.

†Valor obtido após aplicação do teste U de Mann-Whitney.

‡AIQ – Amplitude Interquartil.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.