



TEXTO_Dr. Manuel Correia

RISCO GLOBAL E RISCO TERRITORIAL NA DOENÇA ATEROSCLERÓTICA

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DOENÇA VASCULAR CEREBRAL: A VISÃO DO NEUROLOGISTA

Revista Factores de Risco 2007, Nº6, (Jul-Set), pág. 58-62

Manuel Correia

Resumo do artigo

As doenças cerebrovasculares são a primeira causa de morte em Portugal, e a correspondente taxa de mortalidade é das mais levedadas entre os países europeus; a incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocupa também um lugar cimeiro, e de entre os doentes sobreviventes de AVC cerca de 50% deles encontram-se dependentes. Embora a doença vascular cerebral seja heterogénea (enfartes cerebrais, hemorragias intracerebrais primárias, hemorragias subaracnoideias, demência vascular) a hipertensão arterial tem um papel da maior importância como factor de risco, como causa, e também na prevenção secundária, em todos os tipos de AVC. Já no que se refere ao AVC agudo o benefício (ou o risco) da mudança dos valores da tensão arterial nesta fase da doença não está determinado.

Introdução

A doença vascular cerebral pode ser referida como a tradução clínica das lesões ocorridas no tecido cerebral em consequência de 1) um défice de irrigação, resultado de uma baixa perfusão sanguínea, trombose arterial ou embolismo, associada a doença arterial, cardíaca ou do sangue, ou então de 2) uma rotura vascular levando a uma hemorragia. As características do tecido cerebral e dos vasos sanguíneos cerebrais determinam as particularidades fisiopatológicas da doença vascular cerebral.

O tema Hipertensão Arterial (HTA) e Doença Vascular Cerebral (DVC) será abordado nos seguintes aspectos: I) a importância da DVC, II) DVC como entidade heterogénea; III) HTA como causa de Acidente Vascular Cerebral (AVC), IV) tensão arterial e AVC agudo, V) Hipertensão (Tensão) Arterial e prevenção secundária, VI) Hipertensão (Tensão) Arterial, AVC, e demência.

I. A importância da Doença Vascular Cerebral

As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares ocupam globalmente o segundo lugar entre todas as causas de morte; apresentam diferenças muito grandes entre países, como por exemplo na Europa em 1999, com taxas de 37/100000 para homens e de 30/100000 para mulheres em França, até taxas de 294/100000 e de 200/100000, respectivamente para homens e mulheres na Rússia. Portugal é de entre os países

Quadro I

Incidência de AVC e AIT por 1000 habitantes no Norte de Portugal (1999-2000)

		Rural	Urbana	Ambos
AVC		3,05 (2,65-3,44)	2,69 (2,44-2,93)	2,79 (2,59-3,00)
	PPE	2,02 (1,69-2,34)	1,73 (1,53-1,92)	1,81 (1,64-1,97)
AIT		0,96 (0,43-2,33)	0,61 (0,45-1,04)	0,67 (0,45-1,04)
	PPE	0,67 (0,45-1,04)	0,40 (0,23-0,69)	0,44 (0,26-0,73)

AVC: Acidente Vascular Cerebral; AIT: Acidente Isquémico Transitório; PPE: População Padrão Europeia

mediterrâneos aquele com taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares mais elevadas, 129/100000 para homens e 107/100000 para mulheres, aproximando-se dos valores que ocorrem nos países anteriormente designados do leste Europeu. As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares na Austrália, Estados Unidos e Nova Zelândia são semelhantes às que ocorrem nos restantes países ocidentais da Europa; no Japão a taxa de mortalidade é mais elevada, mas inferior às verificadas nos países do leste Europeu.⁽¹⁾ Em Portugal continental as taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares em 1999 não foram uniformes, para homens variaram entre 133,8/100000 em Évora e

223,9/100000 em Beja e para mulheres entre 115,6/100000 em Coimbra e 179,9/100000 em Viana do Castelo.⁽²⁾

Quando se comparam as taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares com as taxas de mortalidade por doença cardíaca isquémica verifica-se que a primeira é mais do dobro que a segunda e que a expressão mais clara desta diferença é nas idades mais avançadas (≥75 anos).⁽²⁾

A incidência anual de AVC foi também já estudada em diversas regiões de Portugal Continental; na cidade do Porto é de 2,69 (IC 95%, 2,44 a 2,93) por 1000 habitantes e em Trás-os-Montes de 3,05 (IC 95%, 2,65 a 3,44)³

(Tabela 1). A letalidade (aqueles em que o AVC leva à morte) aos 28 dias, nos estudos realizados em cada um dos locais, foi respectivamente de 27,6%, 16,9% e 14,6%.⁽³⁾ Para além da letalidade uma das consequências principais do AVC é a incapacidade que estes acarretam para os sobreviventes, estando 41,2% destes, aos doze meses após o AVC, dependentes de outrem para actividades da vida diária.⁽⁴⁾ É possível comparar os valores de incidência anual de AVC em Portugal com os de outros países; imagina-se que em cada um deles a população, na sua estrutura etária e sexo, é a mesma, usando-se para isso populações

“EXISTE UMA RELAÇÃO CONTÍNUA ENTRE A TENSÃO ARTERIAL E O AVC, QUANTO MENOR O VALOR DA TENSÃO ARTERIAL MENOR É O RISCO DE AVC, MESMO PARA OS VALORES USUALMENTE CONSIDERADOS “NORMAIS”...”

fictícias, como a “População Padrão Europeia” (método a que se dá o nome de padronização). Considerando esta população padrão, a incidência anual de AVC por 1000 habitantes na cidade do Porto é de 1,73 e em Trás-os-Montes de 2,02, valores dos mais elevados entre os países Europeus; como exemplos, na Alemanha a incidência é de 1,34 e em Itália 1,36.³ Os Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT) são uma outra forma de manifestação de acidentes vasculares em que os sintomas perduram pouco tempo (segundos, minutos ou horas). No entanto, os doentes que os experimentam têm um risco muito elevado de sofrerem um AVC grave nas primeiras horas ou dias. A incidência anual de AITs é também muito elevada em Portugal com valores de 0,67 (IC 95%, 0,45 a 1,04) por 1000 habitantes⁽⁵⁾ (Quadro 1).

II. A Doença Vascular Cerebral é heterogénea

A DVC é heterogénea. Assim os AVC podem ser isquémicos (enfartes cerebrais) ou hemorrágicos (hemorragias intracerebrais primárias, hemorragias subaracnoideis). Em cada um destes grupos as características clínicas, os mecanismos, e o prognóstico são diferentes, assim como também pode ser diferente a relação de cada um destes grupos com a HTA (ou tensão arterial). Esta heterogeneidade é representada também pela diferente incidência; como exemplo em Portugal a incidência anual de enfarte cerebral é de 2,13 (IC 95%, 1,95 a 2,31) por 1000 habitantes e de hemorragia intracerebral primária de 0,45 (IC 95%, 0,37 a 0,53).⁽⁶⁾ A DVC não se limita ao Acidente Vascular Cerebral, mas existem também outras formas de doença como a demência vascular ou até outras síndromes de défices cognitivos ou motores.

III) A Hipertensão Arterial Como causa de Acidente Vascular Cerebral

Um Factor de Risco Vascular (FRV) não é causa de AVC. Para se determinar que um factor de risco associado a uma doença é a causa desta tem de se verificar a) consistência da associação em vários estudos, b) se a prevalência do factor de risco aumenta também a incidência da doença aumenta, c) independência do factor de risco de variáveis confundidoras, d) a exposição ao factor de risco ser prévio à doença, e) possibilidade biológica e epidemiológica e por fim f) se diminuir a intensidade do factor de risco diminui a incidência.

A HTA (ou tensão arterial) é causa de AVC. Existe uma relação contínua entre a tensão arterial e o AVC, quanto menor o valor da tensão arterial menor é o risco de AVC, mesmo para os valores usualmente considerados “normais”,⁽⁷⁾ o que não existe mais “tensão arterial normal”, quanto mais baixa melhor.

A prevalência de HTA difere segundo o tipo de AVC: Num estudo epidemiológico no Norte de Portugal (estudo ACINrpc) a prevalência de HTA nos doentes com enfarte cerebral foi de 63,9% e nos doentes hemorragia intracerebral primária de 78,1%;⁸ num outro estudo, de base hospital em doentes com menos de 65 anos os valores encontrados foram de 57,7% e 81,8%, respectivamente para os doentes com enfarte cerebral e para os doentes com hemorragia intracerebral primária.⁽⁹⁾

No que se refere aos diferentes subtipos de enfarte cerebral a prevalência de HTA é também diferente, sendo superior nos enfartes cerebrais por doença aterosclerótica das grandes artérias.⁽¹⁰⁾

“OS ACIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITÓRIOS (AIT) SÃO UMA OUTRA FORMA DE MANIFESTAÇÃO DE ACIDENTES VASCULARES EM QUE OS SINTOMAS PERDURAM POUCO TEMPO (SEGUNDOS, MINUTOS OU HORAS).”

IV. Tensão arterial e Acidente Vascular Cerebral agudo

Não existe evidência suficiente para determinar o efeito do benefício (ou risco) de intervenções sobre a tensão arterial na fase aguda do AVC, pelo que são necessários ensaios clínicos que envolvam um grande número de doentes de forma a se responder a diferentes questões como: 1) a tensão arterial deve ser diminuída ou elevada? 2) que tipo de tratamento deve ser instituído? 3) quando deve ser iniciado o

tratamento e por quanto tempo? 4) como devem ser tratados diferentes grupos de doentes, por exemplo enfarte cerebral, hemorragia cerebral?⁽¹¹⁾ No ensaio clínico International Stroke Trial (IST) em que se estudou a administração de Aspirina ou heparina nas primeiras 48 horas após o enfarte cerebral em 19435 doentes que a letalidade e os sobreviventes dependentes aos 14 dias foi superior naqueles com valores de tensão arterial sistólica inferior a 120 mmHg ou superior 190 mmHg, assim como foi superior a recorrência de enfarte cerebral para os memos valores indicados de tensão arterial.⁽¹²⁾

V. A Hipertensão (tensão) Arterial e a prevenção secundária

Da mesma forma que para primeiro AVC ao longa da vida, em que existe uma estreita relação contínua entre a tensão arterial e a ocorrência de AVC, após um AVC ou um Acidente Isquémico Transitório (AIT), quanto mais baixa for a Tensão arterial menor é o risco de um AVC recorrente, como verificado no “UK TIA trial”. Em estudos de intervenção verifica-se uma redução de 43% (0 a 54) do risco de um VC recorrente¹³ independentemente do tipo de AVC ou subtipo de enfarte cerebral.¹⁴ Assim baixar a tensão arterial beneficia os doente após um AVC/AIT de forma independente do tipo de AVC ou AIT, do valor inicial da tensão arterial (isto é, se hipertensos ou normotensos), de outros medicamentos ou tratamentos, da região ou etnia, e da idade ou sexo. O número de doentes necessário tratar (com inibidor da enzima

conversora da angiotensina junto com diurético) durante 5 anos para prevenir um AVC é de 12.

VI. Hipertensão (tensão) Arterial e Acidente Vascular Cerebral e Demência

Após um AVC o risco de deterioração cognitiva é menor nos doentes com tratamento para a HTA.⁽¹⁵⁾ A consequência prática do controlo da Tensão Arterial na população é demonstrada nos estudos epidemiológicos de incidência de AVC em Oxford Reino Unido; em 1981-84 (OCSP) a incidência de AVC foi de 2,27 (2,06-2,49) por 1000 habitantes, a proporção de HTA tratada de 19,8%, a Tensão Arterial sistólica (mmHg, média) de 156,3 (153,6-159,0) e a Tensão Arterial diastólica (mmHg, média) de 88,0 (86,7-89,3) e em 2002-04 (OXVASC) a incidência de AVC foi de 1,62 (1,43-1,82) por 1000 habitantes, a proporção de HTA tratada de 47,3%, a Tensão Arterial sistólica (mmHg, média) de 147,6 (144,9-150,4) e a Tensão Arterial diastólica (mmHg, média) de 82,0 (80,5-83,5).⁽¹⁶⁾ A relação causal da tensão arterial e a ocorrência do Acidente Vascular Cerebral está hoje estabelecida; são necessários agora estudos epidemiológicos amplos para definir a relação desta como outros factores de risco vascular, nomeadamente nos diferentes tipos e subtipos de AVC, assim como em outras manifestações da doença Vascular Cerebral como a deterioração cognitiva e a demência.

Manuel Correia

Bibliografia

1. World Health Organization Mortality Statistics. World Health Organization. 2003. Electronic Citation.
2. Risco de Morrer em Portugal. Direcção Geral da Saúde. 2003. Electronic Citation.
3. Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhães R, Castro Lopes J, Ferro JM, Silva MC. Prospective Community-Based Study of Stroke in Northern Portugal: Incidence and Case Fatality in Rural and Urban Populations. *Stroke*. 2004;35:2048-2053.
4. Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhães R, Silva MC. Letalidade e Incapacidade no ano após o primeiro Acidente Vascular Cerebral, por tipo de Acidente vascular cerebral e subtipo de enfarte cerebral: um estudo de base populacional numa região urbana e rural no Norte de Portugal. *Sinapse* 2006;2:79.
5. Correia M, Silva MR, Magalhães R, Guimarães L, Silva MC. Transient Ischemic Attacks in Rural and Urban Northern Portugal: Incidence and Short-Term Prognosis. *Stroke*. 2006;37:50-55.
6. Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhães R, Silva MC. Incidence and Case-Fatality of Stroke Types and Cerebral Infarction Subtypes in Northern Portugal. A Prospective Community-Based Study in Rural and Urban Populations. *Cerebrovasc Dis*. 2005; 19(Suppl 2):132.
7. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, Abbott R, Godwin J, Dyer A, Stamler T. Blood Pressure, Stroke, and Coronary Heart Disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*. 1990;335:765-774.
8. Correia M. Acidentes Vasculares Cerebrais e Sintomas e Sinais Neurológicos Focais Transitórios: registo prospectivo na comunidade. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto, 2006.
9. Falcão JM, Valente P, Correia M, Freire A, on behalf of the „Stroke before age 65“ Study Group. Stroke before age 65 in Portugal: baseline results. *Cerebrovasc Dis* 1998; 8(Suppl 4):71.
10. Schulz UGR, Rothwell PM. Differences in Vascular Risk Factors Between Etiological Subtypes of ischemic Stroke. Importance of Population-Based Studies. *Stroke*. 2003;34:2050-2059.
11. Blood Pressure in Acute Stroke Collaboration (BASC). Interventions for deliberately altering blood pressure in acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001. Issue 3. Art. No.: CD000039. DOI: 10.1002/14651858.CD000039.
12. Leonardi-Bee J, Bath PMW, Phillips SJ, Sandercock PAG. Blood Pressure and Clinical Outcomes in the International Stroke Trial. *Stroke*. 2002;33:1315-1320.
13. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood pressure lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001;358:1033-1041.
14. Chapman N, Huxley R, Anderson C, Bousser MG, Chalmers J, Colman S, Davis S, Donnan G, MacMahon S, Neal B, Warlow C, Woodward M. Effects of a Perindopril-Based Blood Pressure-Lowering Regimen on the Risk of Recurrent Stroke According to Stroke Subtypes and Medical History. The PROGRESS Trial. *Stroke* 2004;35:116-121.
15. The PROGRESS Collaborative Group. Effects of Blood Pressure Lowering With Perindopril and Indapamide Therapy on Dementia and Cognitive Decline in Patients With Cerebrovascular Disease. *Arch. Intern. Med*. 2003;163:1069-1075.
16. Rothwell P, Coull A, Giles M, Howard S, Silver L, Bull L, Gutnikov S, Edwards P, Mant D, Farmer A, Sandercock P, Dennis M, Warlow C, Bamford J, Anslow P, for the Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *Lancet* 2004; 36:1925-1933.