

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA FASE AGUDA DO INFARTO CEREBRAL

INQUÉRITO SOBRE A PRÁTICA CORRENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CHARLES ANDRÉ*

RESUMO - OBJETIVO: Avaliar a conduta médica corrente diante de níveis tensionais elevados na fase hiperaguda do infarto cerebral (IC) em um ambiente universitário. **MÉTODOS:** Foi aplicado questionário para preenchimento imediato a professores/médicos do staff e a residentes das áreas clínica e cirúrgica (serviços de neurologia e neurocirurgia excluídos). Foi apresentado o caso clínico de paciente hipertenso, lúcido, admitido nas primeiras 8 horas do IC (TC normal) com hipertensão não complicada (TA=186/110 mm Hg). Os médicos deveriam deliberar sobre a conduta médica adequada: elevação vs. redução da TA vs. expectante. **RESULTADOS:** 44 médicos responderam à pergunta formulada. 27 (61%) indicaram a redução da TA como a melhor conduta. Os resultados foram semelhantes quando analisados diferentes subgrupos: staff, 11/17 (65%); residentes 16/27 (60%); especialidades clínicas 20/30 (67%); cirúrgicas 6/12 (50%). **COMENTÁRIOS e CONCLUSÕES:** Na fase hiperaguda do IC deve-se, em primeiro lugar, evitar dano adicional área de penumbra isquêmica - por hipóxia, hipoglicemia e especialmente redução adicional do fluxo sanguíneo cerebral. Deve-se assim reconhecer precocemente e tratar a falência cardíaca e, principalmente, evitar redução deletéria da TA. Este estudo sugere que conceitos básicos de fisiopatologia da lesão isquêmica e de manejo na fase aguda do IC não são conhecidos por nossa comunidade universitária. A constatação de que residentes compartilham desta ignorância indica a necessidade urgente de difusão eficaz destes conceitos durante o período de graduação. O ambiente das 'stroke units' é provavelmente ideal para simultaneamente otimizar o cuidado aos pacientes e ensinar os princípios que regem este tratamento a número crescente de médicos em formação.

PALAVRAS-CHAVE: educação médica, graduação, hipertensão arterial, infarto cerebral.

Hypertension in the acute phase of ischemic stroke: a survey of current practice in a university hospital

SUMMARY - PURPOSE: Evaluate current practice in a university hospital on management of high blood-pressure in patients in the acute phase of brain infarction (BI). **METHODS:** A case report of a lucid patient admitted 8 hours after onset of a BI with normal CT and high blood pressure (BP= 186/110 mmHg) was presented to staff members and resident physicians (departments of neurology and neurosurgery excluded). Responders were asked to decide as to the best therapeutic option: no treatment/ reduction/ elevation of BP. **RESULTS:** 27 of 44 responders (61%) considered BP reduction as the best treatment option. The same trend was observed among residents (16/27: 60%) and staff members (11/17: 65%); among surgeons (6/12: 50%) and clinicians (20/30: 67%). **CONCLUSIONS:** BP reduction in the hyperacute phase of BI may be harmful. This basic concept of BI management has not been adequately assimilated by physicians of our university hospital, including those recently graduated. The results of this study signal to the urgent need of a wide diffusion of current concepts on pathophysiology and treatment of BI. Organization of stroke units may contribute to better patient management, medical education and research.

KEY WORDS: cerebral infarction, arterial hypertension, education, medical, internship and medical residence.

Estudo realizado no Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Chefia: Prof. Sérgio Novis). *Médico Neurologista do HUCFF-UFRJ. Aceite: 6-março-1994.

Dr. Charles André - Serviço de Neurologia, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ - Av. Brigadeiro Trompowsky s/nº, 10º andar, Ilha do Fundão - 21941-590 - Rio de Janeiro RJ - Brasil.

A redução da tensão arterial (TA) na fase aguda do infarto cerebral (IC) pode ser deletéria. Este estudo foi elaborado para avaliar a prática corrente dos médicos não-neurológos do HUCFF-UFRJ nesta circunstância.

MÉTODOS

O autor entrevistou pessoalmente médicos do HUCFF-UFRJ no dia 22-março-1993. Os entrevistados eram identificados como professores/médicos do staff ou médicos residentes; e como membros de serviços cirúrgicos (incluindo anestesiologia) ou clínicos do hospital. Neurologistas e neurocirurgiões foram excluídos. A adesão ao estudo foi voluntária e a resposta ao questionário feita de modo individual, imediato e sem recurso a consulta bibliográfica. O seguinte caso clínico foi apresentado:

“Um homem de 69 anos, hipertenso leve e diabético, é admitido às 18 horas ao serviço de emergência, com afasia e hemiparesia direita. O quadro iniciou-se às 10 horas e houve agravamento da fraqueza ao longo das 6 horas seguintes. O exame neurológico revelou afasia motora, fraqueza e diminuição da sensibilidade na face, braço e perna direita. No fundo de olho há arteríolas em fio de cobre. A tensão arterial (TA) é de 186/110 mmHg e o ritmo cardíaco é regular em 3 tempos (B4); pulmões limpos. A tomografia de crânio foi normal (sem hemorragia)”. RESPONDA: Qual a sua conduta diante destes níveis tensionais? Manutenção ___ Redução ___ Elevação ___”.

RESULTADOS

Aceitaram responder ao questionário 44 médicos. Suas respostas são apresentadas na Tabela 1. Ali se percebe um excesso de respostas indicando a redução da TA como conduta adequada. Este excesso ocorreu em todos os subgrupos analisados. Os números algo menores detectados entre cirurgiões não diferem significativamente daqueles entre especialistas clínicos.

COMENTÁRIOS

O que acontece à área não-funcionante adjacente à área central de infarto - chamada área de penumbra isquêmica⁶ - é de grande importância na determinação da extensão final da lesão isquêmica. Diversas medidas que visam salvar esta região são objeto atual de extensa investigação. Entre elas podemos citar o controle da hiperglicemia e consequentes alterações hemorreológicas³; a hemodiluição com flebotomia e expansores plasmáticos como o Dextran^{10,13}; o uso de drogas que otimizem a microcirculação, seja por aumento da deformabilidade dos eritrócitos⁸ ou por redução do edema perilesional⁷. A eficácia de cada um destes procedimentos é, porém, ainda amplamente debatida.

Medidas relativamente simples, por sua vez, podem ter grande importância na preservação da área isquêmica sob risco. A autoregulação cerebral é perdida na fase aguda do IC. Uma pressão de

Tabela 1. Respostas ao questionário sobre conduta diante da hipertensão na fase aguda do infarto cerebral.

Grupo estudado	Conduta % (N)	
	Redução	Expectante
staff [17]	65 [11]	35 [6]
residentes [27]	60 [16]	40 [11]
clínicos * [30]	67 [20]	33 [10]
cirurgiões * [12]	50 [6]	50 [6]
TOTAL [44]	61 [27]	39 [17]

* 2 médicos não identificaram sua especialidade.

perfusão cerebral (PPC= pressão arterial média - pressão intracraniana) mínima de 50-60 mmHg é necessária nestas circunstâncias. Segue-se que hipotensão arterial, por exemplo por hipovolemia ou falência cardíaca, pode agravar o dano isquêmico. Esta tese foi confirmada por nós^{1, 4}: hipotensão arterial e falência cardíaca ao exame de admissão são fatores prognósticos adversos independentes. Além disso, mostramos⁴ que a presença de insuficiência cardíaca, detectada na história ou ao exame físico, é o maior determinante clínico de letalidade aumentada na fase aguda do IC em pacientes que são admitidos lúcidos ao hospital.

Não ocorre, por outro lado, aumento do risco de vida na presença de hipertensão arterial à admissão, mesmo em níveis extremos¹. Em parte, a elevação pressórica inicial após o IC é fenômeno transitório e pode ter natureza compensatória¹⁶. Na ausência de complicações agudas da hipertensão arterial - dissecação aórtica, insuficiência coronariana, encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca - não está indicada a redução imediata de níveis tensionais elevados, ao menos níveis diastólicos inferiores a 120-130 mmHg^{11,14,16}. O acompanhamento rigoroso dos casos restantes irá detectar redução espontânea da TA em grande número de pacientes, ao longo dos primeiros dias após o icto. Se esta redução espontânea não ocorrer, o tratamento da hipertensão deve então ser feito cuidadosamente, apenas trazendo a TA a níveis de "segurança": por exemplo, abaixo de 180/110 mmHg. Esta recomendação é particularmente importante em pacientes previamente hipertensos, nos quais a autoregulação é normalmente mantida em níveis superiores ao normal.

O caso clínico oferecido para apreciação dos médicos do HUCFF-UFRJ exibiu as manifestações clássicas de IC relativamente extenso no território da artéria cerebral média do hemisfério dominante, sem efeito de massa. Alternativas diagnósticas foram excluídas pela TC, especificamente hemorragia cerebral hipertensiva. Não havia sinais de descompensação cardíaca e era evidente a presença de hipertensão arterial crônica (história, alteração fundoscópica). O paciente não exibia portanto, qualquer das indicações precisas para uma redução urgente da TA. Médicos de todo o hospital, incluindo os recém-formados, entretanto, indicaram a redução imediata da TA na situação proposta. Porquê?

Obviamente, os conceitos fisiopatológicos básicos aqui sumariados não foram absorvidos pela comunidade acadêmica de nosso hospital. Isto se dá apesar da excelente reputação do curso regular de neurologia entre alunos de graduação, em avaliações regulares por questionário (Sérgio Novis, comunicação pessoal).

A estrutura do HUCFF-UFRJ inclui grande proporção de leitos de clínica médica. A maioria dos pacientes com IC é ali internada, após breve passagem pelo serviço de emergência. O acompanhamento neurológico, nestes casos, é feito sob a forma de parceria regular. É provável que o contacto apenas esporádico de jovens médicos e estudantes com a equipe neurológica seja insuficiente para a difusão dos conceitos fisiopatológicos e terapêuticos atuais no IC. Corrobora esta impressão a detecção de número elevado de mortes por causas preveníveis - infecção sistêmica, complicações cardiovasculares - em casos de IC internados em nosso hospital².

Duas linhas de atuação parecem impor-se para tentar reverter este quadro de desinformação. Em primeiro lugar, deve-se estimular a divulgação de pesquisas como a atual, em documentos de circulação interna e em publicações em revistas médicas de grande circulação. Há necessidade urgente de formação de médicos generalistas verdadeiramente interessados no cuidado de pacientes com diversos tipos de acidente vascular encefálico. A importância epidemiológica do problema - incidência, mortalidade e taxas de invalidez - não pode mais ser subestimada.

Por outro lado, devemos lutar pela criação, entre nós, de unidades especializadas para tratamento multidisciplinar destes pacientes. As 'stroke units', necessariamente compostas por médicos e outros profissionais devotados ao paciente com acidente vascular encefálico¹², constituem o ambiente ideal para seu atendimento. Neste ambiente reduzem-se significativamente a taxa de letalidade e o tempo de internação de pacientes com acidente vascular encefálico, e aumenta-se o seu nível de recuperação funcional^{9,12,15}. Mais importante no contexto da atual discussão, porém,

seria a possibilidade de ensinar a grande número de estudantes de medicina as necessidades peculiares destes pacientes na fase aguda da doença⁵.

CONCLUSÕES. Aproxima-se rapidamente uma era de manejo agressivo e urgente do paciente com IC, em muitos aspectos semelhante ao do paciente com insuficiência coronariana aguda. Um número maior de médicos devotados a estes pacientes deve estar familiarizado com suas particulares necessidades terapêuticas. Este estudo demonstra que os médicos não neuriatras do HUCFF-UFRJ, inclusive jovens residentes, não estão a par da conduta recomendável em relação ao problema da hipertensão arterial em pacientes com infarto cerebral agudo. Estudos semelhantes poderão mostrar que esta situação se repete em outros ambientes universitários. O impacto potencial da instalação de 'stroke units' sobre a difusão dos conceitos básicos de manejo dos pacientes com IC deve ser investigado.

REFERÊNCIAS

1. André C, Novis SAP. A morte na fase aguda do infarto cerebral: importância da detecção da cardiopatia congestiva e de arritmias ventriculares. Arq Neuropsiquiatr 1990, 48 (Supl): abstr 102.
2. André C, Novis SAP. A morte na fase aguda do infarto cerebral: cronologia e causas imediatas de óbito em 34 casos. Arq Neuropsiquiatr 1990, 48 (Supl): abstr 374.
3. André C, Novis SAP. Influência prognóstica adversa do diabetes mellitus e da hiperglicemia sobre a evolução do infarto cerebral: uma revisão de suas causas com menção aos mecanismos de gênese da hiperglicemia na fase aguda do acidente vascular encefálico. Arq Neuropsiquiatr 1992, 50: 151-155.
4. André C, Novis SAP. Clinical factors adversely affecting early outcome after brain infarction. Arq Neuropsiquiatr 1994, 52: 153-160.
5. von Arbin M, Britton M, de Faire U, Helmers C, Miah K, Murray V, Wester PO. A stroke unit in a medical department: organization and the first 100 patients. Acta Med Scand 1979, 205: 231-235.
6. Astrup J, Siesjö BK, Symon L. Thresholds in cerebral ischemia: the ischemic penumbra. Stroke 1981, 12: 723-725.
7. Bayer AJ, Pathy MSJ, Newcombe R. Double-blind randomized trial of intravenous glycerol in acute stroke. Lancet 1987, 1: 405-408.
8. Hsu CY, Norris JW, Hogan EL, Bladin P, Dinsdale HB, Yatsu FM, Earnest MP, Scheinberg P, Caplan LR, Karp HR, Swanson PD, Feldman RG, Cohen MM, Mayman CI, Cobert B, Savitsky JP. Pentoxifylline in acute nonhemorrhagic stroke: a randomized, placebo-controlled double-blind trial. Stroke 1988, 19: 716-722.
9. Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. Stroke 1991, 22: 1026-1031.
10. Italian Acute Stroke Study Group. Haemodilution in acute stroke: results of the italian haemodilution trial. Lancet 1988, 1: 318-321.
11. Lavin P. Management of hypertension in patients with acute stroke. Arch Intern Med 1986, 146:66-68.
12. Norris JW, Hachinski VC. Stroke units or stroke centers? Stroke 1986, 17: 360-362.
13. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in acute ischemic stroke: I. Results in the total patient population. Stroke 1987, 18: 691-699.
14. Spence JD, Del Maestro RF. Hypertension in acute ischemic strokes. Arch Neurol 1985, 42: 1000-1002.
15. Strand T, Asplund K, Eriksson S, Hdgg E, Littner F, Wester PO. Stroke unit care - who benefits? comparisons with general medical care in relation to prognostic indicators on admission. Stroke 1986, 17: 377-381.
16. Yatsu FM, Zivin J. Hypertension in acute ischemic strokes: not to treat. Arch Neurol 1985, 42:999-1000.