

ESPAÇO PATROCINADO

Este material científico não reflete, necessariamente, a opinião da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Publicação realizada com apoio dos Laboratórios Servier do Brasil.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION GUIDELINES 2023: HIPERTENSÃO ARTERIAL - ESTAMOS INDO EM QUAL DIREÇÃO?

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION GUIDELINES 2023: ARTERIAL HYPERTENSION - IN WHICH DIRECTION ARE WE HEADING?

Emilton Lima Júnior^{1,2}

RESUMO

A cada nova edição de diretrizes, algumas recomendações se consolidam e outras surgem, à luz de novas evidências, mudando comportamentos, entendimentos e trazendo novas possibilidades e desafios. A nova Diretriz da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH) de 2023 apresenta-se coerente com outras que foram publicados na última década. Ao mesmo tempo em que se mostra conservadora em alguns tópicos, avança de maneira inovadora em outros pontos sensíveis. Embora ampla e abrangente, percebe-se que o foco principal converge para alguns poucos e importantes objetivos. A Diretriz da ESH 2023 propõe como objetivos centrais: 1. Determinação incansável para que se atinja a meta pressórica recomendada; 2. Atenção máxima contra a inércia terapêutica; 3. Usar de múltiplas estratégias para o melhor engajamento do paciente ao tratamento. Além disso, traz recomendações importantes nas áreas de mecanismos fisiopatológicos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e destaques em situações especiais. Logo abaixo, destaco alguns aspectos que considero relevante.

Descritores: Hipertensão Arterial; Diretrizes; Hipertensão, Tratamento; Hipertensão, Diagnóstico.

ABSTRACT

With each new edition of guidelines, some recommendations are consolidated, and others emerge in the light of new evidence, changing behaviors and understandings and bringing new possibilities and challenges. The new 2023 European Society of Hypertension (ESH) Guidelines are consistent with others published in the last decade. While being conservative on some topics, it advances in an innovative way on other sensitive points. Although broad and comprehensive, the focus converges on a few important objectives. The ESH 2023 Guideline proposes as central objectives: 1. Tireless determination to reach the recommended blood pressure goal. 2. Maximum attention against therapeutic inertia. 3. Using multiple strategies for better patient engagement with treatment. In addition, it brings important recommendations in the areas of pathophysiological mechanisms, diagnosis, treatment, follow-up, and highlights in special situations. Below, I highlight some aspects that I consider relevant.

Keywords: Arterial Hypertension; Guidelines; Arterial Hypertension Treatment; Arterial Hypertension Diagnosis.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Novos elementos vêm se somando aos tradicionais mecanismos de regulação da pressão arterial (PA) e demandam mais atenção e cuidado. Qualidade do sono, poluição do ar, poluição sonora, temperatura ambiental, mecanismos inflamatórios crônicos que podem estar associados a outras doenças, microbiota intestinal e fatores epigenéticos. O reconhecimento destes fatores nos leva à percepção de que a hipertensão arterial (HA) é uma complexa doença de adaptação e que há vários possíveis fenótipos nela envolvidos.

DIAGNÓSTICO

- Os valores para o diagnóstico da hipertensão arterial permanecem os mesmos, ou seja, $\geq 140/90$ mmHg. No entanto, se reconhece que a partir de $115/75$ mmHg há risco cardiovascular. É algo para reflexão...
- Uma nova abordagem de classificação é proposta, levando em consideração não apenas os valores pressóricos, isto é, o grau de hipertensão, mas também a presença de lesão de órgão alvo e/ou fatores de risco associados, chamada de estágio da hipertensão. Um exemplo seria a hipertensão grau

1. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

2. Ambulatório de Cardiometabolismo e Hipertensão Resistente – HC/UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência: Emilton Lima Júnior. Av. Visconde de Guarapuava 5509/92 – CEP: 80240-010. Curitiba, PR, Brasil. doc.emilton@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/2023300364-6>

Este material científico não reflete, necessariamente, a opinião da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Publicação realizada com apoio dos Laboratórios Servier do Brasil.

1/estágio 2, clinicamente valores de pressão arterial de 150/98 mmHg em um paciente com diabetes;

- Os fenótipos de hipertensão sistólica isolada e hipertensão diastólica isolada, levando em consideração o grau e estágio hipertensivos encontrados, deverão receber a mesma estratégia de tratamento e acompanhamento que o fenótipo de hipertensão sistólico-diastólica;
- Novos equipamentos para aferição da pressão arterial dos pacientes estão validados. A recomendação é que, sempre que disponível, seja utilizado um equipamento automático ou semiautomático para as medidas de consultório. Medidas fora do consultório devem ser estimuladas, desde que sejam bem orientadas. Quando necessário, pode-se utilizar equipamentos para medidas no pulso, desde que eles sejam equipamentos validados pelas agências AAMI/ESH/ISSO;
- Medidas fora do consultório são extremamente importantes, em especial para o acompanhamento dos pacientes depois de seu diagnóstico;
- Medidas sistemáticas fora do consultório como Monitorização residencial de pressão arterial (MRPA) e Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) quando bem indicadas, devem ser estimuladas. A MAPA fornece informações mais completas e a MRPA deverá ser utilizada para aqueles pacientes que não se sintam confortáveis com o exame de 24h;
- Há muitos pacientes hipertensos sem diagnóstico. Para tanto, estratégias de medidas oportunísticas devem ser incentivadas, particularmente em populações vulneráveis, se aproveitando para isso as campanhas de vacinação, consultas com outros especialistas e visitas às Unidades de Saúde;
- Novos exames laboratoriais devem ser considerados em alguns pacientes, tais como LP(a), NT-próBNP, troponina e Cistatina C, na investigação de fatores de risco ou lesões em órgãos-alvo.

TRATAMENTO

- Após três meses de mudanças de estilo de vida, caso os pacientes permaneçam com níveis de pressóricos de pré-hipertensão, devem ser tratados farmacologicamente com monoterapia inicial. Para os hipertensos grau 1/estágios 2-3 recomenda-se terapia dupla, em um único comprimido.
- Associações de drogas em um único comprimido são fortemente recomendadas em todas as diretrizes. Inúmeras evidências reforçam que essa estratégia contribui para a redução da inércia terapêutica e melhora o engajamento dos pacientes.
- A combinação de diferentes fármacos anti-hipertensivos contribui para que o paciente atinja mais rapidamente a meta pressórica desejada, reduzindo os desfechos cardiovasculares. Atuar em diferentes mecanismos reguladores da pressão arterial, com doses mais baixas dessas classes de drogas, reduz ainda o risco de efeitos colaterais.
- Os inibidores do sistema renina-angiotensina (iSRA), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e diuréticos tiazídicos /tipo-tiazídicos (DTz/DTTz) e beta-bloqueadores (BB), estão no mesmo nível de recomendação. A indicação preferencial no uso de BB, como primeira linha de tratamento dos pacientes portadores de hipertensão, será nos portadores

de insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração e arritmias cardíacas.

- Quando indicado o uso de BB para o tratamento do paciente portador de hipertensão arterial, recomenda-se os de terceira geração, como o Bisoprolol e o Nebivolol.
- Diuréticos sempre foram primeira linha de tratamento, desde as primeiras diretrizes. Os DTTz, como a Clortalidona e Indapamida, são mais potentes e com duração de efeito maior quando comparados com o DTz, a Hidroclorotiazida. Alguns estudos demonstraram a incidência de efeitos colaterais relacionados a ações metabólicas lipídicas e resistência à insulina indesejáveis com Hidroclorotiazida e Clortalidona.
- Os diuréticos de alça estão melhor indicados para pacientes hipertensos com sinais clínicos de congestão e/ou função renal com TFGe < 30 mL/min/1.73m².
- Embora apresentem uma equivalência de efeito anti-hipertensivo, um robusto conjunto de evidências vem reforçando que as diferentes classes de iSRA (Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina - iECA - e os Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina - BRA) não apresentam a mesma proteção de desfechos.
- Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente com iECAs, por reduzirem desfechos cardiovasculares em alguns perfis de pacientes, tais como os portadores de insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, pós acidente vascular encefálico e os com alto risco cardiovascular, particularmente os portadores de diabetes *mellitus*. Para estes pacientes, o uso de BRAs deverá ser considerado somente quando houver efeitos adversos com o uso inicial com os iECAs.
- Para pacientes com Insuficiência Cardíaca de Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) e hipertensão, recomenda-se a associação de iECAs. Em caso de intolerância, pode-se utilizar os BRAs ou os ARNI como Sarcubitril/Valsartana, pois apresentam significativo impacto na redução dos valores pressóricos. A utilização de BB, Antagonista do Receptor de mineralocorticoide (MRAs) e inibidores de SGLT2 também apresenta efeitos anti-hipertensivos nesses pacientes.
- O uso de ácido acetilsalicílico está recomendado apenas nos pacientes hipertensos em prevenção secundária.

ACOMPANHAMENTO

- Feito o diagnóstico, o acompanhamento deverá ser a cada quatro semanas até que a meta pressórica seja atingida. Após o início do tratamento, no paciente hipertenso, o objetivo é que em quatro semanas a PA esteja < que 140/90 mmHg. A PA deverá estar dentro da meta desejada em até 12 semanas.
- Para a maioria dos pacientes, deve-se buscar atingir a meta de PA < 130/80 mmHg, mas não inferior a 120/70 mmHg. Devemos considerar de forma individualizada a meta pressórica para pacientes muito idosos (>80 anos) e/ou frágeis.
- O tratamento de outros fatores de risco associados no paciente hipertenso como diabetes, dislipidemia, obesidade, doença hepática gordurosa metabólica, síndrome de apneia do sono, deve ser intensivo e instituído o mais precoce possível.

ESPAÇO PATROCINADO

Este material científico não reflete, necessariamente, a opinião da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Publicação realizada com apoio dos Laboratórios Servier do Brasil.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Atenção especial deverá receber o paciente hipertenso portador de doenças imunomediadas, glaucoma e câncer pois podem apresentar um risco maior de interações medicamentosas, agravamento do seu quadro clínico, de uma ou outra doença, em decorrência dos tratamentos.
- Antes de estabelecer o diagnóstico de “hipertensão resistente verdadeira”, deve-se investigar intensamente a falta de adesão ao tratamento ou outra causa que possa contribuir para a falta de controle pressórico, ou seja, “hipertensão arterial resistente aparente”.
- Ainda há necessidade de maiores evidências para que parâmetros como pressão arterial central e velocidade de onda de pulso arterial impactem na definição de estratégias particulares da terapêutica no paciente portador de hipertensão arterial.

INÉRCIA TERAPÊUTICA E ENGAJAMENTO DO PACIENTE

- É fundamental que haja aproximação de entidades científicas médicas, das diferentes áreas da saúde, de agentes

públicos e da comunidade para discutir e estabelecer estratégias de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão.

- A educação dos pacientes e automonitoramento da pressão arterial contribui para diminuir a inércia terapêutica. Pacientes mais esclarecidos cobram do sistema de saúde uma atenção mais efetiva.
- Simplificação do tratamento, combinações em um único comprimido, estratégias de alerta para lembrar o horário da tomada da medicação e alguma forma de monitoramento eletrônico, por meio de plataformas digitais e/ou aplicativos, contribuem para melhorar o engajamento ao tratamento.
- Em torno de um em cada três (1:3) pacientes diagnosticados com hipertensão não retornam para dar seguimento ao seu tratamento após a primeira orientação. Estratégias de busca ativa desses pacientes devem ser implementadas.
- O apoio de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, tecnicamente bem capacitada e atualizada, contribui de forma importante para o melhor controle e acompanhamento destes pacientes.

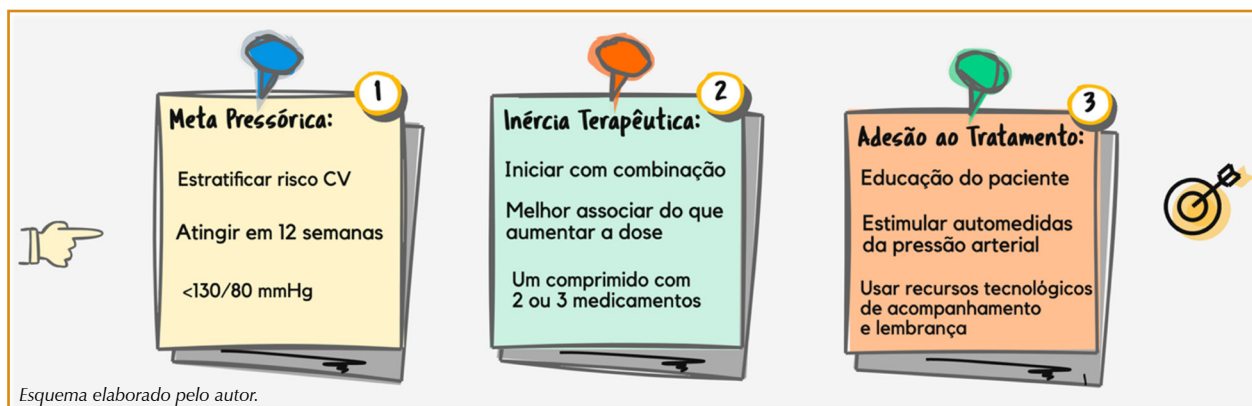


Figura 1. “KEY MESSAGES”.

REFERÊNCIA

1. Mancia Chairperson G, Kreutz Co-Chair R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Task Force Members.: 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). J Hypertens. 2023. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480. Online ahead of print.