



ESC

European Society
of Cardiology

PRINCIPAIS MENSAGENS DOS **NOVOS GUIDELINES**

da sociedade europeia de cardiologia 2024

Med.IQ
connecting intelligence


CardioRReview

Coordenadores



Dr. Pedro Barros



Dr. Renato Lopes



Dr. Remo Furtado



Dr. Raphael Boesche



Dr. Ricardo Holthausen

Índice

Guideline de pressão arterial elevada e hipertensão	2
Guideline de síndrome coronária crônica	4
Guideline de fibrilação atrial	7
Guideline de aortopatias e doença arterial periférica	9

Guideline de pressão arterial elevada e hipertensão

Mensagens principais

A grande mudança desta diretriz foi o destaque para o grupo chamado pressão arterial elevada (PA 120-139 x 70-89 mmHg).

Medição da Pressão Arterial

Medição Fora do Consultório: Recomendada para diagnóstico, especialmente para detectar hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada. (Classe I, Nível B)

Triagem oportunística (screening) é considerada para detectar PA elevada e hipertensão, com intervalos específicos dependendo da idade (Classe IIa, Nível C):

- Pelo menos a cada 3 anos se < 40 anos
- Pelo menos anualmente se ≥ 40 anos

Nível da pressão arterial no consultório	O que fazer?
140–159/90–99 mmHg durante avaliação de screening	Recomenda-se que o diagnóstico seja baseado na medição da PA fora do consultório com MAPA e/ou MRPA. Se essas medições não forem logisticamente ou economicamente viáveis, o diagnóstico poderá ser feito em medições repetidas da PA no consultório em mais de uma consulta.
160–179/100–109 mmHg durante avaliação de screening	Confirmar diagnóstico de hipertensão o quanto antes (< 1 mês) preferencialmente por medições de PA domiciliar ou ambulatorial
≥180/110 mmHg	Afastar emergência hipertensiva

Definição e Classificação da Hipertensão

Classificação	Critério	O que fazer?
Pressão arterial não elevada	< 120 x 70 mmHg	Prevenção
Pressão arterial elevada	120-139 x 70-89 mmHg	Intensificar mudança do estilo de vida e estratificar risco*
Hipertensão arterial sistêmica	≥ 140 x 90 mmHg	Intensificar mudança do estilo de vida e iniciar terapia farmacológica**

* SCORE2: Recomendado para avaliar o risco de 10 anos de DCV em pessoas de 40-69 anos com PA elevada e se idade ≥ 70 anos, usar o SCORE2-OP (Classe I, Nível B). Se alto risco e mantiver PA ≥130/80 mmHg até 3 meses de intervenção no estilo de vida, iniciar tratamento Farmacológico (Classe I, Nível A)

Mudanças do estilo de vida

Várias ações recomendadas incluindo medidas clássicas como exercício aeróbico moderado ≥ 150 min/semana para reduzir PA e risco de DCV. (Classe I, Nível A) e dieta mediterrânea ou DASH para ajudar a reduzir PA e risco de DCV. (Classe I, Nível A).

Uma novidade foi que deve ser considerado aumento na ingestão de **potássio** em 0,5–1,0 g/dia (por exemplo, através da substituição de sódio por sal enriquecido com potássio ou através da dieta) em pacientes com hipertensão sem DRC moderada a avançada e com alta ingestão diária de sódio (IIa NE A).

Tratamento farmacológico

Tratamento farmacológico habitualmente iniciado com combinação em dose baixa de dois dos seguintes: IECA ou BRA/ Antagonista do cálcio/ Diurético

Tratamento farmacológico começa com monoterapia em casos como: ausência de hipertensão (ou seja categoria PA elevada), fragilidade moderada a importante, hipotensão ortostática sintomática, idade ≥ 85 anos.

Grupos Específicos de Pacientes

Gestantes: Tratamento medicamentoso recomendado para hipertensão gestacional com PA $\geq 140/90$ mmHg. (Classe I, Nível B)

Diabetes: Tratamento antihipertensivo recomendado para PA $\geq 140/90$ mmHg. (Classe I, Nível A)

Doença Renal Crônica: Tratamento recomendado para PA $\geq 130/80$ mmHg em DRC moderada a severa. (Classe I, Nível A)

Monitoramento Domiciliar da PA: Recomendado para melhor controle da PA. (Classe I, Nível B)

Metas

Independentemente do limiar de PA acima do qual o tratamento para redução da PA seja recomendado, a meta habitual de PA durante o tratamento é 120–129/70–79 mmHg, desde que este tratamento seja bem tolerado (existem exceções a estas metas e a tomada de decisão individualizada é sempre a prioridade mais importante). Classe I A

Nos casos em que o tratamento de redução da PA é mal tolerado e não é possível atingir um alvo sistólico de 120–129 mmHg, recomenda-se atingir um nível de PA sistólica que seja “tão baixo quanto razoavelmente alcançável” (princípio “ALARA”^{*}). Classe I A

^{*} ALARA = as low as reasonably achievable

Guideline de síndrome coronária crônica

Mensagens principais

A grande mudança desta diretriz foi o enfoque no conceito de que síndrome coronária crônica (SCC) é anatômica e funcional (micro e macrovascular), tendo contemplado com frequência situações de ANOCA/INOCA (embora as evidências para o tratamento da doença não obstrutiva, ainda sejam muito limitadas).

Avaliação Inicial

Sintomas como dor torácica induzida por estresse emocional e dispneia aos esforços devem ser considerados como equivalentes anginosos. Classe IIa, Nível B

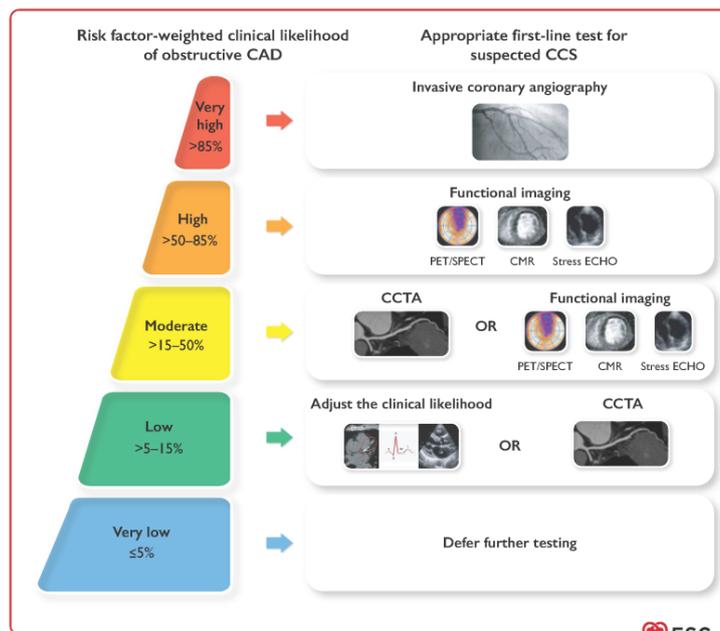
Estimativa de Probabilidade Pré-teste

É recomendada a estimativa da probabilidade pré-teste de doença arterial coronariana obstrutiva utilizando modelos clínicos ponderados por fatores de risco. Classe I, Nível B

Uma vez que estimei a probabilidade pré-teste utilizando modelo ponderado pelos fatores de risco, quais testes diagnósticos seriam preferenciais?

Figure 6

Appropriate first-line testing in symptomatic patients with suspected CCS



Risco Cardiovascular, Mudanças no Estilo de Vida e Exercícios

Risco cardiovascular e benefícios do tratamento devem ser personalizadas (Classe I, Nível C).

Abordagens comportamentais multidisciplinares são recomendadas para promover estilos de vida saudáveis (Classe I, Nível A).

Atividade Física

Recomenda-se atividade física aeróbica regular de 150–300 minutos por semana de intensidade moderada ou 75–150 minutos de intensidade vigorosa, além da redução do tempo sedentário. Classe I, Nível B

Reabilitação cardíaca domiciliar e intervenções móveis são consideradas para aumentar a adesão a comportamentos saudáveis (Classe IIa, Nível B).

Terapias Farmacológicas

Terapia Antitrombótica

DAPT com aspirina e clopidogrel por até 6 meses é a estratégia padrão após ICP para pacientes sem indicação de anticoagulação oral. A duração do clopidogrel pode variar conforme o risco de sangramento (Classe I, Nível A).

Clopidogrel é recomendado como alternativa segura à monoterapia com aspirina em pacientes com histórico de IAM ou ICP (Classe I, Nível A).

Em paciente sem histórico de IAM ou ICP mas com evidência significativa de obstrução coronária, recomenda-se AAS 75-100 mg (Classe I, Nível B)

Após cirurgia de revascularização miocárdica, aspirina é recomendada para uso vitalício (Classe I, Nível A).

Fármacos Redutores de Lipídios

Tratamento com meta de LDL-C < 55 mg/dL e redução $\geq 50\%$ em relação ao baseline é recomendado (Classe I, Nível A).

Para pacientes intolerantes a estatinas, combinação com ácido bempedóico é recomendada (Classe I, Nível B).

Inibidores de SGLT2

Recomendados para pacientes com diabetes tipo 2 e SCC para redução de eventos cardiovasculares, independentemente do HbA1c basal ou alvo. Classe I, Nível A

Agonistas GLP-1

Semaglutida é considerada para pacientes sem diabetes, mas com sobrepeso ou obesidade, para reduzir mortalidade cardiovascular (Classe IIa, Nível B).

Fármacos Anti-inflamatórios

Colchicina em baixa dose é considerada para reduzir IAM, AVC e necessidade de revascularização em pacientes com CAD aterosclerótica (Classe IIa, Nível A).

Fármacos Antianginosos

A seleção de fármacos antianginosos deve ser adaptada às características do paciente e comorbidades (Classe I, Nível C).

Ivabradina é considerada para pacientes com disfunção sistólica ventricular esquerda e controle inadequado dos sintomas (Classe IIa, Nível B).

Nitratos de longa ação ou ranolazina são recomendados como terapia adicional em pacientes com controle inadequado dos sintomas, ou como parte do tratamento inicial em pacientes selecionados (Classe IIa, Nível B).

Revascularização Miocárdica na SCC:

Discussão em equipe multidisciplinar é recomendada para definir a melhor estratégia de tratamento em casos complexos (Classe I, Nível C). A decisão de revascularização deve ser centrada no paciente, considerando preferências e suporte social (Classe I, Nível C).

Modalidade de Revascularização

Em pacientes com estenose significativa do tronco de coronária esquerda e risco cirúrgico baixo, CABG é recomendada sobre terapia médica isolada para melhorar a sobrevivência (Classe I, Nível A).

Manejo de Pacientes com Insuficiência Cardíaca e SCC

Em pacientes com IC e LVEF $\leq 35\%$, ICA é recomendada para melhorar o prognóstico via CABG (Classe I, Nível B). Para pacientes com IC e LVEF $>35\%$ e suspeita de SCC, CCTA ou imagem funcional é recomendada (Classe I, Nível C).

Revascularização e Gestão de Risco / Discussão Multidisciplinar para Revascularização

Discussões em equipe multidisciplinar são recomendadas para definir a estratégia de tratamento ideal em casos clínicos complexos. Classe I, Nível C



Guideline de fibrilação atrial

Mensagens principais

C A R E

A grande mensagem foi de seguir o modelo AF-CARE:

C- Comorbidades (Manejo das Comorbidades e dos Fatores de Risco)

A- AVC e embolia sistêmica (prevenir)

R- Reduzir sintomas (controle de FC e ritmo)

E- "Evaluate" (acompanhar e reavaliar de forma dinâmica)

Prevenção Primária de FA: Manutenção da pressão arterial, peso normal e estilo de vida ativo são recomendados. (Classe I, Nível B)

Triagem: Triagem populacional deve ser considerada em grupos de risco. (Classe I, Nível B; Classe IIa, Nível B)

Diagnóstico: FA clínica necessita confirmação com a realização de um ECG, para iniciar a estratificação de risco e o manejo da FA.

Estratificação de risco tromboembólico: Excluiu-se sexo do escore CHA2DS2VASc que se tornou CHA2DS2VA (tendo como opção, outro escore localmente validado).

Recomendações de Anticoagulação Oral: Pacientes com FA e miocardiopatia hipertrofica ou amiloidose cardíaca, independente do escore CHA2DS2-VA. (Classe I, Nível B)

CHA2DS2-VA score ≥ 2 é indicação de anticoagulante oral (Classe I, Nível C).

Se CHA2DS2-VA score = 1, deve-se considerar indicação de anticoagulante oral (Classe I, Nível C)

Não é recomendado usar o padrão temporal da FA clínica (paroxística, persistente ou permanente) para determinar a necessidade de anticoagulação oral (Classe III NE B).

A cardioversão não é recomendada em paciente estável se a duração da FA for maior que 24 horas, a menos que o paciente já tenha recebido pelo menos 3 semanas de anticoagulação terapêutica ou uma ETE seja realizada para excluir trombo intracardíaco.

Cardioversão e Terapia Anticoagulante: Anticoagulantes orais diretos são preferidos em cardioversão de FA. (Classe I, Nível A)

A anticoagulação oral terapêutica por pelo menos 3 semanas (adesão aos DOACs ou INR $\geq 2,0$ para AVKs) é recomendada antes da cardioversão programada de FA e flutter atrial para prevenir tromboembolismo relacionado ao procedimento.

A terapia anticoagulante oral direta pode ser considerada em pacientes com FA subclínica detectada por dispositivo assintomático e risco tromboembólico elevado para prevenir acidente vascular cerebral isquêmico e tromboembolismo, excluindo pacientes com alto risco de sangramento (classe IIb NE B)

O que fazer se ETE apresentar trombo?

A repetição da ecocardiografia transesofágica deve ser considerada antes da cardioversão se o trombo tiver sido identificado na imagem inicial para garantir a resolução do trombo e prevenir tromboembolismo periprocedimental. IIa NE C

Controle do ritmo e frequência

A diretriz coloca fluxos específicos sobre controle do ritmo e da frequência para FA paroxística e para FA persistente (já que no caso da FA permanente o fluxo seria só para controle de FC). Nos 2 casos (FA paroxística e persistente), a decisão sobre o controle do ritmo deve ser compartilhada (classe I). Abaixo algumas regras gerais:

Controle da Frequência Cardíaca: Beta-bloqueadores, diltiazem, verapamil ou digoxina são recomendados para controlar a frequência em pacientes com LVEF >40% (Classe I, Nível B) e se $\leq 40\%$, opções são beta-bloqueador e digoxina (classe I).

Ablação de FA: A anticoagulação oral ininterrupta é recomendada em pacientes submetidos à ablação por cateter de FA para prevenir acidente vascular cerebral isquêmico periprocedimento e tromboembolismo (Classe IA)

A repetição da ablação por cateter de FA deve ser considerada em pacientes com recorrência de FA após a ablação inicial por cateter, desde que os sintomas do paciente tenham melhorado após o isolamento de veias pulmonares inicial ou após falha do isolamento das veias pulmonares inicial (Classe IIa NE B)

A ablação por cateter é recomendada como opção de primeira linha dentro de uma estratégia compartilhada de controle do ritmo de tomada de decisão em pacientes com FA paroxística, para reduzir os sintomas, a recorrência e a progressão da FA (Classe I NE A)



Guideline de aortopatias e doença arterial periférica

Mensagens principais

A grande mensagem foi de gerenciar a doença arterial periférica e aórtica considerando toda a circulação arterial.

Triagem de Aneurismas:

Considerar triagem de aneurismas femoro-poplíteos em pacientes com AAA. (Classe IIa, Nível C)

Recomendação mantida para homens ≥ 65 anos com histórico de tabagismo. Triagem em mulheres ≥ 75 anos que fumam ou são hipertensas agora é considerada. (Classe I, Nível A; Classe IIb, Nível C)

Vigilância anual para mulheres com AAA de 40–45 mm e homens com AAA de 40–49 mm. (Classe IIa, Nível B)

Exercícios para Doença Arterial Periférica (DAP):

Recomenda-se terapia de exercícios supervisionada (SET) para melhorar a capacidade funcional. (Classe I, Nível A)

Terapia Farmacológica:

Assim como na síndrome coronária crônica, a meta de LDL-C < 55 mg/dL e redução $> 50\%$ em relação ao baseline é recomendação Classe I, Nível A também para doença aterosclerótica de aorta e arterial periférica.

Também em relação à meta de pressão arterial sistólica que deve ser entre 120–129 mmHg para pacientes com DAP e hipertensão, se tolerada. (Classe I, Nível A)

Considerar a combinação de rivaroxabana e aspirina em pacientes com DAP de alto risco isquêmico e baixo risco de sangramento. (Classe IIa, Nível A)

Revascularização:

Realizar revascularização rapidamente em pacientes com isquemia crônica ameaçadora do membro. (Classe I, Nível B)

Revascularização endovascular recomendada para isquemia mesentérica aguda. (Classe I, Nível B)

Correção de Aneurisma:

Recomendação para cirurgia em diâmetros ≥ 55 mm, com considerações adicionais para intervenções em diâmetros ≥ 50 mm em casos específicos. (Classe I, Nível B; Classe IIb, Nível B)

Síndrome aórtica aguda (SAA)

Em pacientes que apresentam características clínicas compatíveis com possível SAA, recomenda-se um algoritmo multiparamétrico para descartar AAS usando o ADD-RS. (Classe I, Nível B). Se $ADD-RS < 2$, avaliar D-dímero, radiografia de tórax e POCUS (se qualquer um destes for positivo ou $ADD-RS \geq 2$ = angiotomografia).

Se diagnóstico de dissecção de aorta confirmado, usar classificação “**TEM**”:

Tipo: tipo de dissecção por Stanford

Entrada: Localização do ponto de entrada

Má-perfusão: Sítio de má perfusão e presença ou não de sintomas

Intervenção de emergência recomendada para dissecção aguda complicada tipo B.

Tratamento endovascular continua sendo a primeira linha de terapia. (Classe I, Nível B)

Gestão de Úlcera Aterosclerótica Penetrante

Tratamento endovascular recomendado para tipo B complicado. (Classe I, Nível C)





ESC

European Society
of Cardiology

**QUER CONHECER MAIS SOBRE AS
RECOMENDAÇÕES DE TODAS AS DIRETRIZES?
Conheça o nosso programa guidelines Academy**



Você também pode acessar clicando aqui

Med.IQ
connecting intelligence

@mediq.oficial



CardioRReview

@cardionreview