.

ESC 2024 Artmış Kan Basıncı ve Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu: Genel Bakış

Dr. Servet ALTAY

ESC 2024 Artmış Kan Basıncı ve Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu: Genel Bakış

Dr. Servet ALTAY
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Hipertansiyon, dünya çapında kardiyovasküler, serebrovasküler ve böbrek hastalıkları için önlenebilir en önemli risk faktörlerinden biri olup ve kardiyoloji kliniklerinin iş yüklerinden birini oluşturmaktadır. Organizasyonu Londra'da düzenlenen Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kongresi'nde açıklanan önemli kılavuzlardan biri Hipertansiyon kılavuzuydu. Kılavuz, tanı, tedavi ve iş yükü açısından klinisyenler için önemli yenilikler içermektedir. Bu önerilerin çoğu artık ESC kılavuzunu hipertansiyon yönetimine ilişkin ACC/AHA kılavuzuyla da uyumlu hale getirmektedir. 2018 yılında kılavuz Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ile birlikte hazırlanmışken bu kılavuzda ESH'ın katılımı olmamıştır. Ayrıca bu kılavuz 2023 yılında yayınlanan ESH Hipertansiyon kılavuzundan da oldukça farklılıklar içermektedir.
Bu kılavuz yeni kanıtlar ışığında alınarak 2018 ESC/ESH kılavuzunun güncellenmiş halidir. Bu kılavuzda önemli güncellenmeler ve yenilikler yapılmıştır.

1. Başlık, 'Arteriyel hipertansiyonun yönetimine ilişkin kılavuzlar'dan 'Yüksek kan basıncı ve hipertansiyonun yönetimine ilişkin kılavuzlar' olarak değiştirildi. Bu, kan basıncına (KB) atfedilebilen kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin, normotansiyon ve hipertansiyon şeklinde ikili bir skalada değil, sürekli bir maruz kalma skalasında olduğuna dair kanıtlara dayanmaktadır. Güncellenmiş kanıtlar ayrıca, yüksek KVH riski olup KB düzeyleri yüksek olan ancak hipertansiyon için geleneksel eşikleri karşılamayan kişiler arasında KB düşürücü ilaçların KVH sonuçları üzerindeki faydasını giderek daha fazla göstermektedir. Arteriyel hipertansiyon pulmoner arterlerde de oluşabileceğinden, burada odak noktası olmayan 'arteriyel' terimi 2024 Kılavuzunun başlığından çıkarılmıştır.
2. Bu kılavuz hipertansiyonu, ofis sistolik KB ≥140 mmHg veya diyastolik KB ≥90 mmHg olması olarak tanımlamaya devam ediyor. Ancak 'Yükselmiş KB' adı verilen yeni bir KB kategorisi eklenilmiştir. Yüksek KB, ofis sistolik KB'sinin 120-139 mmHg veya diyastolik KB'nin 70-89 mmHg olması olarak tanımlanır.
3. 2024 Kılavuzundaki kanıta dayalı önemli bir değişiklik, KB düşürücü ilaç alan yetişkinlerde sistolik KB'nin 120-129 mmHg olması yönündeki öneridir. Bu tavsiyeye ilişkin birkaç önemli uyarı vardır: (i) KB hedefine yönelik tedavinin hasta tarafından iyi tolere edilmesi gerekliliği, (ii) semptomatik ortostatik hipotansiyonu olan, 85 yaş ve üzeri veya orta-şiddetli kırılganlığa veya sınırlı yaşam beklentisine sahip olan kişilerde daha yumuşak KB hedeflerinin düşünülebileceği (iii) 120-129 mmHg sistolik KB hedefine ulaşıldığını doğrulamak için ofis dışında KB ölçümüne güçlü bir vurgu. İntolerans veya daha yumuşak bir KB hedefini tercih edilecek koşullar varsa 120-129 mmHg sistolik KB hedefine ulaşılamayan seçilmiş bireysel vakalar için, makul düzeyde ulaşılabilir bir KB hedefini hedeflemenizi önerilmiştir. Kişiselleştirilmiş klinik karar verme ve hastayla paylaşılan kararlar da vurgulanmaktadır.
4. Diğer önemli değişiklik, tek başına KB'nin düşürülmesi gibi görünürdeki sonuçlar yerine, ölümcül ve ölümcül olmayan KVH sonuçlarıyla ilgili kanıtlara daha fazla odaklanılmasıdır. Mevcut kılavuz bir ilaç veya işlemin Sınıf I öneride bulunulması için kanıtların yalnızca KB düşürmede değil, KVH sonuçlarında da fayda sağladığını göstermesi gerektiğini vurgulamaktadır.
5. Kılavuz komitesi erkek ve kadınların dengeli bir temsilinden oluşmuştur.
6. Bu kılavuz, biyolojik cinsiyet (sex-eşey) ve toplumsal cinsiyeti (gender), belgenin sonunda ayrı bir bölüm olarak görmek yerine, belgenin tamamında ayrılmaz bir bileşen olarak ele almaktadır. Bu belgede biyolojik cinsiyet, genlere dayalı olarak konsepsiyondan itibaren kadın veya erkek olmanın biyolojik durumunu, toplumsal cinsiyet ise belirli bir toplumda cinsiyet rollerini, kadın veya erkek olmanın sosyo-kültürel boyutunu ifade eder.
7. 2024 kılavuzunda, pratisyen hekimlerden (GP'ler) görüş alınmıştır ve görev gücü üyelerinden biri de pratisyen hekimdir. Tedaviyi kırılganlık ve ileri yaşlara göre uyarlamaya da odaklanılmıştır. Önerilerle ilgili daha fazla şeffaflık sağlamak için artık Ekler bölümüne kanıt tablolarını da dahil edilmiştir.
8. Uygulamaya ilişkin özel bir bölüm, Online Ekler kısmına dahil edilmiştir.

Bu kılavuzda yeni olarak sunulan 57 öneri aşağıda belirtilmiştir.

Kan Basıncı Ölçümü

Öneriler	Sınıf	Seviye

Kan basıncının doğrulanmış ve kalibre edilmiş bir cihaz kullanılarak, doğru ölçüm tekniğinin uygulanması ve her hasta için kan basıncı ölçümüne tutarlı bir yaklaşım uygulanması önerilir	I	B
Özellikle beyaz önlük ve maskelenmiş hipertansiyonu tespit edebildiğinden, ofis dışında KB ölçümü önerilir. Ofis dışında ölçümlerinin mümkün olmadığı durumlarda, standartlaştırılmış ölçüm tekniği kullanılarak tekrarlanan ofis KB ölçümüyle doğrulanma önerilir.	I	B
Otomatik osilometrik monitörlerin çoğu AF'de KB ölçümü için doğrulanmamıştır; mümkünse manuel oskültasyon yöntemi kullanılarak KB ölçümü düşünülmelidir	IIa	C
Ortostatik hipotansiyon (ayakta durduktan 1 ve/veya 3 dakika sonra ≥20 sistolik KB ve/veya≥10 diyastolik KB mmHg düşüş) değerlendirmesi en azından yüksek KB veya hipertansiyonun ilk tanısında ve daha sonra semptomların ortaya çıkması durumunda düşünülmelidir. Hasta ilk kez yattıktan veya 5 dakika oturduktan sonra yapılmalıdır.	IIa	C

Yüksek kan basıncı ve hipertansiyonun tanımı ve sınıflandırılması ile kardiyovasküler hastalık risk değerlendirmesi

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Yüksek KB tedavisinde risk temelli bir yaklaşımın kullanılması tavsiye edilir. Orta veya şiddetli KBH, kanıtlanmış KVH, HMOD, diyabet veya ailesel hiperkolesterolemisi olan bireylerin KVH olayları açısından yüksek risk altında olduğu kabul edilir.	I	B
Yüksek kan basıncına sahip ve SCORE2 veya SCORE2-OP CVD riski ≥%10 olan bireylerin, yaşlarına bakılmaksızın, yüksek KVH riskine sahip olarak değerlendirilmesi önerilir.	I	B
SCORE2-Diyabet, yüksek kan basıncına sahip tip 2 diyabet hastalarında (özellikle de 60 yaş altında) KVH riskini tahmin etmek için dikkate alınmalıdır.	IIa	B
Gebelik komplikasyon geçmişi (gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, erken doğum, preeklampsi, bir veya daha fazla ölü doğum ve tekrarlayan düşük), yüksek kan basıncına sahip ve sınırda artmış 10 yıllık KVH riski (%5 ila <%10 risk) olan bireylerin riskini yukarı sınıflandırmak için dikkate alınması gereken cinsiyete özgü risk değiştiricilerdir.	IIa	B
Yüksek riskli etnik köken (örn. Güney Asyalı), ailede erken başlangıçlı aterosklerotik KVH öyküsü, düşük sosyo-ekonomik durum, otoimmün inflamatuar bozukluklar, HIV ve ciddi akıl hastalıkları, her iki cinsiyet tarafından paylaşılan, yüksek kan basıncına sahip ve sınırda artan 10 yıllık KVH riski (%5 ila <%10 risk) olan bireyleri yukarı sınıflandırmak için dikkate alınması gereken risk değiştiricilerdir.	IIa	B
10 yıllık tahmini KVH riski ve geleneksel olmayan KVH risk değiştiricileri değerlendirildikten sonra, KB'si yüksek olanlarda riske dayalı tedavi kararı belirsiz kalırsa, koroner arter kalsiyum skoru, ultrasonda karotis veya femoral plak ölçümü, yüksek hassasiyetli kardiyak troponin veya BNP biyobelirteçleri veya nabız dalga hızını kullanan arteriyel sertliğin değerlendirilmesi maliyetler dikkate alındıktan sonra 10 yıllık KVH riski sınırda artmış (%5 ila <%10 risk) hastalar arasında risk sınıflandırmasını geliştirmek için düşünülebilir.	IIb	B

Hipertansiyon tanısı ve altta yatan nedenlerin araştırılması

Öneriler	Sınıf	Seviye
Yüksek KB ve hipertansiyon için tarama düşünülmelidir: • 40 yaşın altındaki yetişkinler için en az 3 yılda bir. • ≥40 yaş arası yetişkinler için en az yılda bir kez.	IIa	C
Kan basıncı düşürücü tedavi için risk eşiklerini karşılayamayan yüksek KB sahip bireylerde, 1 yıl içinde tekrar kan basıncı ölçümü ve risk değerlendirmesi düşünülmelidir.	IIa	C
Hipertansiyona yönelik diğer tarama biçimleri (örn. sistematik tarama, kendi kendine tarama ve doktor dışı tarama), farklı ülkelerdeki ve sağlık sistemlerindeki fizibilitelerine bağlı olarak düşünülebilir	IIb	B
Tarama muayenehanesinde kan basıncının 120–139/70–89 mmHg olduğu, KVH riski yüksek olan bireylerde, kan basıncının ofis dışında ABPM ve/veya HBPM kullanılarak ölçülmesi veya lojistik açıdan mümkün değilse ofis kan basıncı ölçümlerinin tekrarlanması önerilir	I	B
Kaynaklar izin veriyorsa, belirgin dirençli hipertansiyonu olan hastaların klinik incelemesinde uyumun objektif değerlendirmesi (doğrudan gözlenen tedavi veya kan veya idrar örneklerinde reçeteli ilaçların saptanması) dikkate alınmalıdır.	IIa	B
Orta ila şiddetli KBH hastalarında serum kreatinin, eGFR ve idrar ACR ölçümlerinin en az yılda bir kez tekrarlanması önerilir.	I	C
Yüksek kan basıncı veya hipertansiyonu olan hastalarda hasta yönetimini değiştirme olasılığı varsa koroner arter kalsiyum skorlaması düşünülebilir.	IIb	B
Dirençli hipertansiyonu olan hastaların ileri testler için hipertansiyon yönetiminde uzman klinik merkezlere sevk edilmesi düşünülmelidir	IIa	B
Sekonder hipertansiyonu düşündüren belirti, semptom veya tıbbi geçmişi olan hipertansiyonlu hastaların uygun şekilde taranması önerilir.	I	B
Hipertansiyonu doğrulanmış (KB ≥ 140/90 mmHg) tüm yetişkinlerde renin ve aldosteron ölçümleriyle primer aldosteronizm taraması yapılması düşünülmelidir.	IIa	B

Yüksek Kan Basıncının önlenmesi ve tedavisi

Öneriler	Sınıf	Seviye
Özellikle ebeveynlerden birinde veya her ikisinde de hipertansiyon varsa, geç çocukluk ve ergenlik döneminde kan basıncı gelişimini izlemek için ofis kan basıncı ölçümleri ile taramanın, yetişkin hipertansiyonunun gelişimini ve ilişkili KVH riskini daha iyi tahmin etmek için dikkate alınması gerekir.	IIa	B

Şeker tüketiminin, özellikle şekerle tatlandırılmış içeceklerin, enerji alımının maksimum %10'u ile sınırlandırılması tavsiye edilir. Ayrıca alkolsüz içecekler ve meyve suları gibi şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketiminin genç yaşlardan itibaren engellenmesi önerilir	**I**	**B**
Orta-ileri derecede KBH olmayan ve günlük sodyum alımı yüksek olan hipertansiyon hastalarında, potasyum alımının günde 0,5-1,0 g kadar arttırılması; örneğin sodyumun potasyumla zenginleştirilmiş tuzla değiştirilmesi (%75 sodyum klorür ve %25 potasyum klorür) veya meyve ve sebzeler açısından zengin diyet düşünülmelidir.	**IIa**	**A**
Kronik böbrek hastalığı olan veya bazı diüretikler, ACE inhibitörleri, ARB'ler veya spironolakton gibi potasyum tutucu ilaçlar alan hastalarda, diyette potasyum artırılıyorsa serum potasyum düzeylerinin izlenmesi düşünülmelidir.	**IIa**	**C**
Uyumu artırmak amacıyla ilaç alma alışkanlığını oluşturmak için, ilaçları hasta için günün en uygun saatinde alması önerilir.	**I**	**B**
Kan basıncı yüksek ve düşük/orta düzeyde KVH riski olan (10 yılda <%10) yetişkinlerde, yaşam tarzı önlemleriyle kan basıncının düşürülmesi önerilir	**I**	**B**
Kan basıncı yüksek ve KVH riski yeterince yüksek olan erişkinlerde, 3 aylık yaşam tarzı müdahalesinden sonra, KB ≥130/80 mmHg olduğu doğrulanan kişilerde KVH riskini azaltmak için farmakolojik tedavi ile KB'nin düşürülmesi önerilir.	**I**	**A**
Kan basıncı ≥140/90 mmHg olduğu doğrulanan hipertansif hastalarda, KVH riskine bakılmaksızın, KVH riskini azaltmak için yaşam tarzı önlemlerinin ve farmakolojik KB düşürücü tedavinin derhal başlatılması önerilir.	**I**	**A**
Kan basıncını düşürücü ilaç tedavisinin, iyi tolere edildiği takdirde, 85 yaş sonrasında bile ömür boyu sürdürülmesi önerilir.	**I**	**A**
Bu ortamlarda KVH sonuçlarını azaltmanın faydası belirsiz olduğundan ve tedavi toleransının yakından izlenmesi tavsiye edildiğine dikkat çekildiğinde, aşağıdaki kriterleri karşılayan kişiler arasında KB düşürücü tedavi yalnızca ≥140/90 mmHg (ofis) değerinden itibaren düşünülmelidir: • Tedavi öncesi semptomatik ortostatik hipotansiyon; • Yaş ≥85; • Klinik olarak anlamlı orta-şiddetli kırılganlık; • ve/veya sınırlı tahmini yaşam süresi (<3 yıl).	**IIa**	**B**
Kan basıncı düşürücü tedavinin kötü tolere edildiği ve 120-129 mmHg sistolik hedefine ulaşmanın mümkün olmadığı durumlarda, 'makul olarak ulaşılabilecek kadar düşük' (as low as reasonably achievable-ALARA prensibi) bir sistolik kan basıncı seviyesinin hedeflenmesi önerilir.	**I**	**A**

Kan basıncı düşürücü tedavi altında kan basıncı kontrol altına alınıp stabil hale getirildikten sonra, kan basıncı ve diğer KVH risk faktörleri açısından en az yıllık takip düşünülmelidir.	IIa	**C**	

Belirli hasta gruplarını veya durumlarını yönetmek
Genç yetişkinler

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Obstrüktif uyku apnesi değerlendirmesiyle başlanması önerilen obez genç yetişkinler hariç, 40 yaşından önce hipertansiyon tanısı alan erişkinlerde sekonder hipertansiyonun ana nedenleri için kapsamlı tarama önerilmektedir**.**	**I**	**B**
SCORE2, 40 yaşın altındaki bireyler için doğrulanmadığından, olası tıbbi tedavi için ek bireyleri belirlemek amacıyla, diğer artmış KVH risk koşulları olmaksızın yüksek kan basıncına sahip bu tür genç bireylerde HMOD taraması düşünülebilir.	**IIb**	**B**

Gebelikte Hipertansiyon

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Kadın doğum uzmanına danışılarak, gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi riskini azaltmak için kontrendikasyonu olmayan tüm hamile kadınlara düşük ila orta şiddette egzersiz önerilir.	**I**	**B**
HBPM ve AKBM, gebelikte daha sık görülen beyaz önlük ve maskeli hipertansiyonu dışlamak için düşünülmelidir.	**IIa**	**C**

Yaşlı ve Kırılgan hastalar

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
KB düşürücü tedavinin iyi tolere edilmesi koşuluyla, orta ila şiddetli derecede zayıf olmayan, 85 yaş altı yaşlı hastalarda yüksek KB ve hipertansiyon tedavisinin, gençlerle aynı kılavuzları izlemesi önerilir.	**I**	**A**
≥85 yaş ve/veya orta-şiddetli kırılganlığı (herhangi bir yaşta) olan hastalarda KB düşürücü tedavi başlatılırken, uzun etkili dihidropiridin KKB'ler veya RAS inhibitörleri düşünülmeli ve gerekirse tolere ediliyorsa düşük doz diüretiği eklenilebilir, ancak bir beta bloker (zorlayıcı endikasyonlar olmadığı sürece) veya bir alfa bloker tercih edilmemelidir	**IIa**	**B**
Orta veya şiddetli kırılganlığı olan bireylerde KB tedavisinin güvenliği ve etkinliği daha az kesin olduğundan, klinisyenler geçerliliği kanıtlanmış klinik testler kullanarak yaşlı yetişkinleri kırılganlık açısından taramayı düşünmelidir; KB tedavilerine ve hedeflerine karar verirken zayıf hastaların sağlık öncelikleri ve ortak karar yaklaşımı dikkate alınmalıdır.	**IIa**	**C**

Kırılganlığın ilerlemesiyle birlikte KB düşerse, KB düşürücü ilaçların (ve sedatifler ve prostata özgü alfa blokerler gibi KB'yi azaltabilen diğer ilaçların) reçetesinin kesilmesi düşünülebilir.	**IIb**	**C**

Hipertansiyon ve ortostatik hipotansiyon

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Kan basıncını düşürücü tedaviye başlamadan veya yoğunlaştırmadan önce, hastanın ilk olarak 5 dakika boyunca oturması veya uzanması ve ardından ayakta durduktan 1 ve/veya 3 dakika sonra kan basıncının ölçülmesiyle ortostatik hipotansiyonun test edilmesi önerilir.	**I**	**B**
Supin hipertansiyonu olan kişilerde ortostatik hipotansiyonun birinci basamak tedavisinde farmakolojik olmayan yaklaşımların izlenmesi önerilir. Bu tür hastalar için, yalnızca tedavinin yoğunluğunun azaltılması değil ortostatik hipotansiyonu kötüleştiren KB düşürücü ilaçların alternatif bir KB düşürücü tedaviye değiştirilmesi tavsiye edilir.	**I**	**A**

Kronik böbrek yetersizliği

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
KBH ve eGFR >20 mL/dak/1,73 m2 olan hipertansif hastalarda, SGLT2 inhibitörlerinin orta düzeyde kan basıncı düşürücü özellikleri bağlamında sonuçları iyileştirmesi önerilmektedir	**I**	**A**

Diğer durumlar

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Pre-diyabet veya obezitesi olan kişiler için; ofiste kan basıncının ≥140/90 mmHg olduğu veya ofis kan basıncının 130–139/80–89 mmHg olduğu ve hastanın tahmini 10 yıllık KVH riski≥%10 veya maksimum 3 aylık yaşam tarzı terapisine rağmen yüksek riskli koşullar doğrulandığında, kan basıncı düşürücü ilaç tedavisi önerilir.	**I**	**A**
Aort darlığı ve/veya yetersizliği öyküsü olan ve kan basıncını düşürücü tedavi gerektiren hastalarda, RAS blokerleri bu tedavinin bir parçası olarak düşünülmelidir.	**IIa**	**C**
Orta-şiddetli mitral yetersizliği öyküsü olan ve KB düşürücü tedaviye ihtiyaç duyan hastalarda, RAS blokerleri bu tedavinin bir parçası olarak düşünülmelidir.	**IIa**	**C**

Renovasküler hipertansiyon

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Hipertansiyonu ve fibromüsküler displaziye bağlı hemodinamik olarak anlamlı renal arter stenozu olan hastalarda stentsiz renal arter anjiyoplastisi düşünülmelidir	**IIa**	**C**

Hemodinamik olarak anlamlı, aterosklerotik, renal arter stenozu (%70-99 darlığı veya stenotik sonrası dilatasyon ve/veya anlamlı trans-stenotik basınç gradyanı ile birlikte %50-%69 darlığı) olan hastalarda aşağıda belirtilen durumlar varlığında renal arter anjiyoplastisi ve stentleme düşünülebilir: • Maksimum tolere edilen tıbbi tedaviye rağmen tekrarlayan kalp yetersizliği, kararsız anjina veya ani başlangıçlı akut akciğer ödemi; • Dirençli hipertansiyon; • Açıklanamayan tek taraflı küçük böbrek veya KBH ile birlikte hipertansiyon; • İki taraflı renal arter stenozu veya tek canlı böbrekte tek taraflı renal arter stenozu.	**IIb**	**C**
Hemodinamik olarak anlamlı renal arter stenozu doğrulanmamış hastalarda renal arter anjiyoplastisi önerilmez.	**III**	**A**

Kan basıncının akut ve kısa süreli düşürülmesi

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Sistolik kan basıncı ≥220 mmHg olan intraserebral kanamalı hastalarda, tedaviye başladıktan sonraki 1 saat içinde sistolik kan basıncının >70 mmHg'nin başlangıç düzeylerinden akut olarak düşürülmesi önerilmez.	**III**	**B**

Hipertansiyonda hasta merkezli bakım

Öneriler	**Sınıf**	**Seviye**
Hipertansiyon yönetiminin bir parçası olarak KVH riski ve hastanın ihtiyaçlarına göre uyarlanmış tedavi yararları hakkında bilgilendirici bir açıklama yapılması önerilir.	**I**	**A**
Hastaların KB'lerini kontrol etmelerine yardımcı olmak ve tedaviye uyumu arttırmak amacıyla hastanelerde ve toplum sağlığı merkezlerinde hipertansiyonu olan hastalar için motivasyonel görüşmeler düşünülmelidir.	**IIa**	**B**
Hekim-hasta web iletişimi, evde KB ölçümlerinin raporlanması da dahil olmak üzere, birinci basamakta dikkate alınması gereken etkili bir araçtır.	**IIa**	**C**
Daha iyi KB kontrolü elde etmek için hipertansiyonu yönetmek için kendi kendine izlenen KB'yi kullanarak evde KB ölçümü yapılması önerilir	**I**	**B**
Kendi kendine ölçüm, uygun şekilde yapıldığında, hipertansiyon tanısının kabul edilmesi, hastanın güçlendirilmesi ve tedaviye uyum üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle önerilmektedir.	**I**	**C**
Bağlı bir akıllı telefon uygulamasıyla eşleştirilmiş bir cihaz kullanılarak KB'nin kendi kendine izlenmesi düşünülebilir, ancak bugüne kadarki kanıtlar bunun standart kendi kendine izlemeden daha etkili olmayabileceğini göstermektedir.	**IIb**	**B**

Yüksek kan basıncı ve hipertansiyonu olan hastaların tedavisinde, kan basıncı kontrolünü iyileştirmek için uygun ve güvenli bir şekilde görevin doktorlardan başkasına devredilmesini de içeren multidisipliner yaklaşımlar önerilmektedir	**I**	**A**