

# Comparação entre as Diretrizes de Hipertensão ACC/AHA e ESC/ESH

Fernanda Belém Silva<sup>2</sup>, Thiago Nunes Pereira Leite<sup>2</sup> e Carlos Eduardo Batista de Lima<sup>1,2</sup>

Universidade Federal do Piauí<sup>1</sup>;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí<sup>2</sup>

ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines<sup>1</sup>.

As orientações mais recentes em relação à abordagem e ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) são representadas pelas diretrizes americana (*American College of Cardiology /American Heart Association – ACC/AHA*) e europeia (*European Society of Cardiology/European Society of Hypertension – ESC/ESH*) publicadas respectivamente em 2017 e 2018. Em março de 2019, foi publicado no *Journal of the American College of Cardiology* (JACC) um artigo de comparação entre as mesmas<sup>1</sup>, seguem algumas considerações:

A diretriz americana traz como nova definição de HAS valores maiores que 130/80 mmHg. Enquanto a diretriz europeia mantém os valores habituais para diagnóstico de hipertensão acima de 140/90 mmHg.

Ambas enfatizam a importância da aferição da pressão arterial (PA) fora do consultório para melhor controle, possibilidade de detectar e controlar a hipertensão do avental branco e a hipertensão mascarada. Recomendam que os pacientes devem ser ensinados a aferir a PA em casa e quando fazê-lo, de preferência 2 vezes pela manhã e 2 vezes à noite na semana anterior à consulta. Além disso, os pacientes devem ser lembrados de trazer seus aparelhos anualmente para validação. Quanto a melhor forma de aferição, a preferência é por medições automatizadas desde que o tamanho adequado do manguito seja previamente avaliado.

A diretriz americana não traz discussão específica em relação a hipertensão sistólica isolada, não menciona os efeitos ambientais e da altitude nos níveis de pressão arterial e traz de forma concisa informações sobre as lesões de órgãos alvo mediadas pela hipertensão, pontos esses amplamente discutidos na diretriz europeia.

Quanto à avaliação de risco cardiovascular, encontram-se algumas diferenças no comparativo: a diretriz americana enfatiza a avaliação individualizada do risco cardiovascular usando a calculadora ASCVD (*Atherosclerotic Cardiovascular Disease*) antes de definir metas e opções de tratamento; já a diretriz europeia recomenda o uso do sistema SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation System*); esta recomenda ainda que a estimativa de risco seja complementada por

avaliação de lesões de órgãos alvo, o que pode elevar a categoria do risco para o patamar superior, mesmo quando o paciente for assintomático. Para pacientes com risco cardiovascular em 10 anos acima de 10%, ambas recomendam tratamento mais intensivo.

Um dos principais tópicos que as diretrizes enfatizam são as modificações no estilo de vida (MEV) como parte da educação e tratamento anti-hipertensivo inicial. As MEV constituem a pedra angular de toda a redução do risco cardiovascular e tratamento e incluem atividade física, dieta saudável, perda de peso, redução da ingestão de sódio, adequada ingestão de potássio e uso moderado de álcool.

Um ponto importante e similar entre ambas é a recomendação do uso de terapia combinada de medicações em uma pílula única como tratamento inicial. A diretriz europeia recomenda fortemente e indiscriminadamente o uso da terapia combinada inicial (bloqueador do sistema renina-angiotensina + diurético tiazídico ou um antagonista de cálcio) em um único comprimido. Essa orientação é consistente com a diretriz americana, porém com a ressalva da terapia combinada inicial reservar-se a pacientes que estão 20/10 mmHg acima de suas metas de PA.

Seguindo a tendência dos últimos anos, ambas mantêm a restrição ao uso de betabloqueadores no tratamento da HAS, exceto para pacientes com comorbidades ou indicações concisas de uso dos mesmos, tais como coronariopatas ou portadores de insuficiência cardíaca.

As diretrizes diferem em suas definições de metas a serem alcançadas. Ambas concordam que em pessoas com alto risco cardiovascular a meta deve ser < 130/80 mmHg, mas a diretriz europeia orienta que a meta inicial de todos os pacientes deve ser <140/90 mmHg inicialmente, e só após este alvo alcançado, discutam-se os riscos e benefícios de ser mais rigoroso e buscar um menor valor de PA, sugerindo uma abordagem individualizada.

De forma sutil, as diretrizes passam a inserir também o uso da telemedicina na vida do paciente hipertenso. Orientam que sejam buscadas soluções digitais de saúde que possam

## Artigo Comentado

ser úteis no seguimento do mesmo, através de internet, sites e redes sociais.

### Comentários:

Ambas as diretrizes abordam uma variedade de tópicos relacionados ao diagnóstico e tratamento da hipertensão. A este respeito, existe uma concordância de mais de 90% dos conceitos entre as mesmas e um acordo geral sobre a

abordagem para reduzir a pressão arterial. Porém, discordam em pontos importantes como no próprio conceito de hipertensão arterial.<sup>1</sup>

A diretriz americana traz uma nova definição de HAS: valores maiores que 130/80 mmHg.<sup>2</sup> Uma consequência dessa definição mais rigorosa é a identificação de aproximadamente 31 milhões de adultos a mais nos Estados Unidos (14%) com diagnóstico de hipertensão; e mais de 4,2 milhões de adultos

<b>CENTRAL ILLUSTRATION</b> Comparison of American and European Society Definitions and Management of Hypertension						
Guideline Differences	 American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA)			 European Society of Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH)		
	Systolic (mm Hg)	and/or	Diastolic (mm Hg)	Systolic (mm Hg)	and/or	Diastolic (mm Hg)
Level of blood pressure (BP) defining hypertension						
Office/Clinic BP	≥ 130		≥ 80	≥ 140		≥ 90
Daytime mean	≥ 130		≥ 80	≥ 135		≥ 85
Nighttime mean	≥ 110		≥ 65	≥ 120		≥ 70
24-hour mean	≥ 125		≥ 75	≥ 130		≥ 80
Home BP mean	≥ 130		≥ 80	≥ 135		≥ 85
BP targets for treatment	< 130/80 mm Hg			Systolic targets < 140 mm Hg and close to 130 mm Hg		
Initial Combination Therapy	Initial single-pill combination therapy in patients > 20/10 mm Hg above BP goal			Initial single-pill combination therapy in patients ≥ 140/90 mm Hg		
Hypertensive requiring intervention	> 130/80 mm Hg			≥ 140/90 mm Hg		
Guideline Similarities	 ACC/AHA			 ESC/ESH		
Importance of home BP monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Take BP at home, twice in the morning and twice in the evening, in the week before clinic</li> <li>• Bring the BP machine in annually for validation</li> </ul>					
Therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restrict beta blockers to patients with comorbidities or other indications</li> <li>• Initial single pill combination as initial therapy</li> </ul>					
Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detect poor adherence and focus on improvement</li> <li>• BP telemonitoring and digital health solutions recommended</li> </ul>					

Bakris, G. et al. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(23):3018-26.

Figura 1 - Comparação entre as sociedades americana e europeia quanto às definições e manejo da hipertensão arterial sistêmica.

## Artigo Comentado

nos EUA (2%) serão recomendados para tratamento imediato com medicamentos.<sup>3,4</sup> Isso se traduz em maiores custos. Em contrapartida, os autores da ACC/AHA argumentam que a maioria dos pacientes recém diagnosticados com hipertensão usando os novos critérios pode ser gerenciado apenas com modificações de estilo de vida.

A diretriz da ACC / AHA diminuiu a meta da PA para todos, reforçando que jovens e idosos, devem ter o mesmo objetivo de PA (ou seja, <130/80 mm Hg); eles apontam para dados do estudo SPRINT para suportar essa afirmação, o qual evidenciou que níveis de PA sistólica < 120 mmHg quando comparado com PA sistólica < 140 mmHg resultou em menores taxas de eventos cardiovasculares fatais e não fatais e morte por qualquer causa em pacientes com alto risco para eventos cardiovasculares e não diabéticos.<sup>5</sup> Embora este objetivo seja possível para algumas pessoas mais velhas, não é para outras, como enfatizado pela diretriz europeia, especialmente em pacientes com redução da complacência vascular, altas pressões de pulso e episódios de hipotensão ortostática.<sup>6</sup>

É enfatizado por ambas a importância da aferição da PA fora do consultório, feita pelo paciente, o que traz benefícios na prática diária pois incentiva a autonomia e participação do mesmo em relação ao seu controle e tratamento.

Um avanço em relação ao tratamento, consiste na indicação inicial de terapia combinada em pílula única.<sup>7</sup> De fato, sabe-se que uma pílula combinada reduz o número de tomadas diárias da medicação e melhora a aderência do paciente, ponto crucial em qualquer tratamento.

Embora haja diferenças em relação a estratificação de risco cardiovascular, ambas concordam que os dados das calculadoras de risco ASCVD ou SCORE devem ser mostrados aos pacientes para que eles estejam cientes de seu risco atual e como eles serão reduzidos seguindo as sugestões de tratamento, tornando assim o paciente mais envolvido no seu processo de tratamento.

As MEV são essenciais a todos os hipertensos para redução do risco cardiovascular e tratamento. Infelizmente, muitos médicos não usam o tempo que dispõe nas consultas com essa finalidade. Essas recomendações devem sempre ser fornecidas a todos os pacientes, com uma breve explicação por um médico, enfermeiro, nutricionista ou outro profissional de saúde.

Por fim, ressalta-se que as diretrizes são recomendações e não obrigações. Elas orientam a tomada de decisão pelos profissionais de saúde em sua prática diária, sem impor nenhuma escolha, ficando a cargo do profissional, paciente e/ou cuidadores a discussão e escolha sobre a melhor abordagem.

## Referências

1. Bakris G, Ali W, Parati G. ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, Jun 2019, 73 (23) 3018-3026.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018 May 15;71(19):2199-2269. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.005. Epub 2017 Nov 13.
3. Bell, K. J. L., Doust, J., & Glasziou, P. (2018). Incremental Benefits and Harms of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline. *JAMA Internal Medicine*, 178(6), 755. doi:10.1001/jamainternmed.2018.0310.
4. Muntner P, Carey RM, Gidding S, et al. Potential US population impact of the 2017 ACC/AHA high blood pressure guideline. *Circulation* 2018;137:109-18.
5. Berlowitz, D. R., Foy, C. G., Kazis, L. E., Bolin, L. P., Conroy, M. B., Fitzpatrick, P., Whittle, J. (2017). Effect of Intensive Blood-Pressure Treatment on Patient-Reported Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 377(8), 733–744; doi:10.1056/nejmoa1611179.
6. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39 (33):3021-3104.
7. Whelton PK, Williams B. The 2018 European Society of Cardiology / European Society of Hypertension and 2017 American College of Cardiology / American Heart Association blood pressure guidelines: more similar than different. *JAMA* 2018. Nov 6; 320 (17):1749-1750; doi: 10.1001/jama.2018.16755.