

## CAUSES D'INÈRCIA CLÍNICA. COM MILLORAR-LA

No tots els problemes associats a un mal control de l'HTA poden ser atribuïts al pacient, i una pobra adherència als canvis d'estil de vida i de la medicació antihipertensiva. La inèrcia clínica, definida com la falta d'inici del tractament o la no intensificació, representa una barrera en el maneig de l'HTA, sent la seva prevalença molt elevada, fins a més del 50% en la majoria dels estudis. A la taula 6 podem veure les possibles causes d'inèrcia clínica.

Taula 6. Possibles causes d'inèrcia clínica.

• Manca de confiança en les mesures realitzades de la PA
• No pensar específicament en l'HTA si la visita es deu a una altra situació
• Temps insuficient per a la visita
• Retardar o diferir el tractament de l'elevació de la PA sistòlica perquè la PA diastòlica és normal.
• Resistència del pacient a causa del cost, por dels efectes adversos, o per evitar més visites i proves de laboratori.
• Satisfacció perquè la PA sistòlica "no està malament" o "perquè està només una mica elevada".
• Fenomen de l'HTA de bata blanca.

Algunes de les causes poden millorar mitjançant programes de formació i l'edició de guies amb recomanacions clares i esquemes simplificats de tractament, però altres raons detectades, com la falta de temps per part del metge o el tipus d'organització dels sistemes sanitaris de cada zona o país, són de més complexa solució.

## MALALTIA VASCULAR AVANÇADA. IMPORTÀNCIA DE L'INICI PRECOÇ DEL TRACTAMENT

És ben conegut que en els subjectes hipertensos lliures de malaltia cardiovascular, el desenvolupament o persistència de lesió d'òrgans diana comporta un pitjor pronòstic respecte a aquells que no la desenvolupen o que n'aconsegueixen la regressió de la mateixa. D'altra banda un retard en l'inici del tractament antihipertensiu i en el control dels factors de risc cardiovascular associats a l'elevació de la PA, comporten una major afectació vascular i un empitjorament dels nivells de la PA i de les complicacions clíniques associades. Un percentatge elevat de pacients amb HTA resistent presenten una història llarga de mal control de l'HTA.

## TRACTAMENT COMBINAT. GRUPS FARMACOLÒGICS QUE ACTUEN SOBRE ELS PRINCIPALS MECANISMES DE LA PRESSIÓ I LA SEVA COMPLEMENTARIETAT. ESQUEMES TERAPÈUTICS ÒPTIMS

És ben conegut que només un 30% dels hipertensos poden ser controlats amb monoteràpia, mentre que la resta requereix de l'ús de 2 o més fàrmacs antihipertensius. L'elevació de la PA és multifactorial, i els factors que intervenen són de 3 tipus: l'excresció renal de sodi i excés de volum, la funció cardíaca i el to vascular, amb la implicació de dos importants sistemes: el sistema renina-angiotensina-aldosterona i el sistema nerviós simpàtic. És per això que l'ús de combinacions d'antihipertensius és una necessitat clínica en almenys un 70% dels hipertensos. S'ha d'usar el tractament combinat ja des de l'inici, si la reducció de la PA requerida per arribar a la meta terapèutica és  $\geq 20/10$  mm Hg, o en pacients amb xifres inferiors amb risc cardiovascular elevat, ja que millora la taxa de pacients que arriben a la meta terapèutica així com el pronòstic cardiovascular. L'efectivitat d'una combinació de dos fàrmacs antihipertensius a dosis baixes és més gran que l'augment de la dosi d'un de sol millora l'adherència i augmenta la taxa de control (Taula 7).

Taula 7. Avantatges del tractament combinat respecte a la monoteràpia

• Major eficàcia antihipertensiva
• Millora del compliment si s'utilitzen en un sol comprimit a dosis fixes
• Millora en la taxa de control de l'HTA
• Reducció del risc cardiovascular
• Reducció d'alguns efectes adversos

A la figura 3 s'observen les diferents combinacions terapèutiques recomanades per les Societats Europees d'Hipertensió i de Cardiologia, i a la figura 4 els esquemes terapèutics òptims i els fàrmacs de segona línia en casos d'HTA resistent en pacients amb HTA essencial i bona adherència al tractament, un cop confirmat mitjançant monitorització ambulatoria de la PA-24h que es tracta de subjectes amb HTA resistent veritable.

Figura 3: Possibles combinacions de fàrmacs antihipertensius proposats per les Societats Europees d'Hipertensió Arterial i de Cardiologia (Recomanacions 2013)

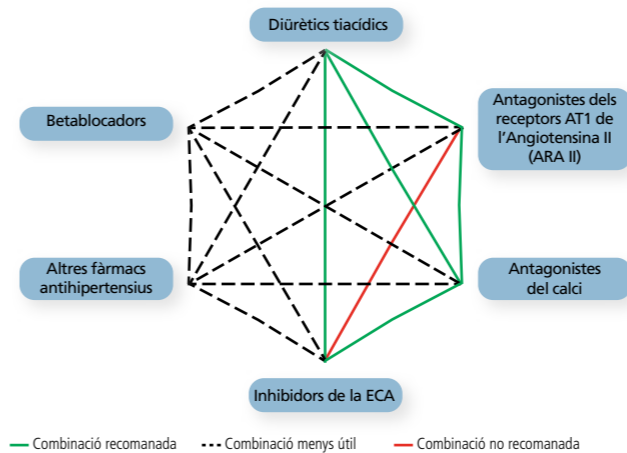


Figura 4: Tractament de la hipertensió arterial (HTA) de difícil control.

<b>Combinacions adients a dosis plenes:</b>
IECA o ARA-II + antagonista del calci + diürètic tiacídic
<b>Tractament diürètic efectiu:</b>
Els pacients amb bona adherència al tractament han de rebre diürètics a dosis plenes per ser etiquetats d'HTA resistent (25 mg de hidroclorotiacida o dosis equivalents de indapamida). La resposta a la clortalidona pot ser major que la resposta a la hidroclorotiacida.
En pacients amb filtrat glomerular estimat $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> o insuficiència cardíaca congestiva s'aconseja la utilització de diürètic de nansa.
<b>Fàrmacs de segona línia en l'HTA resistent:</b>
Els antagonistes dels receptors mineralocorticoide, que produeixen una reducció addicional significativa de la pressió arterial (independent dels nivells d'Aldosterona/ Activitat Renina plasmàtica) i la doxazosina (antagonista alfaadrenèrgic) són fàrmacs aconsellats en els pacients amb HTA resistent, confirmada per MAPA, i que no presentin contraindicacions a aquests fàrmacs.



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autor, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor. La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

2015

GUIA PRÀCTICA

## ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT ANTIHIPERTENSIU

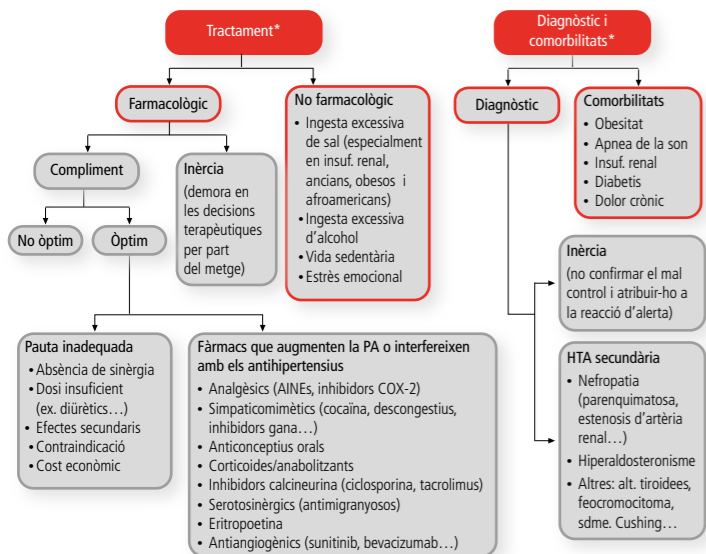
**AUTORS**  
Pedro Armario,  
Patricia Fernández-Llama,  
Gabriel Coll de Tuero

## ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT ANTIHIPERTENSIU. COM MILLORAR EL CONTROL DE LA HIPERTENSIO ARTERIAL (HTA)

Múltiples assaigs clínics han mostrat el benefici de la reducció de la pressió arterial (PA) en la prevenció de la morbiditat i mortalitat cardiovascular, benefici directament proporcional al descens aconseguit. Tot i això, el grau de control en la majoria de països segueix sent molt baix (23-38% als països europeus), fins i tot en unitats de referència (43%). La taxa de control és encara pitjor en hipertensos d'elevat risc com són els subjectes diabètics, pacients amb malaltia renal crònica o malaltia coronària prèvia.

Els factors relacionats amb la dificultat de control de l'HTA són de diversa índole: alguns estan relacionats amb el tractament i altres amb el diagnòstic i comorbiditat associada (Figura 1).

Figura 1: Factors relacionats amb la dificultat de control de la pressió arterial (PA)



\* De vegades no hi ha un factor únic implicat sinó que se n'associen diversos

S'han proposat diverses mesures generals (Taula 1) i específiques (Taula 2) per millorar el control de l'HTA.

Taula 1. Recomanacions generals per millorar el control de l'HTA



Taula 2. Recomanacions específiques per millorar la falta de control de la pressió arterial (PA)

FACTORS RELACIONATS	RECOMANACIONS
Tractament farmacològic	Afavorir el compliment del tractament a través de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Empatia en la relació metge-pacient</li> <li>– Educació en el coneixement de la malaltia i les seves conseqüències</li> <li>– Pautar règims terapèutics senzills de complir</li> <li>– Administrar fàrmacs amb acció sinèrgica i la dosi adequada</li> <li>– Actitud activa buscant possibles efectes secundaris</li> </ul> Interrogar sobre la presa de fàrmacs que augmenten la PA o interfereixen amb l'efecte dels antihipertensius
Tractament no farmacològic	Educació en els factors que ajuden a millorar el control de la PA i el risc CV: no abusar de la sal, l'alcohol, evitar la vida sedentària i seguir dieta mediterrània
Diagnòstic d'HTA	Confirmar diagnòstic d'HTA (realitzar MAPA quan sigui necessari), descartar etiologia secundària buscant signes o símptomes suggestius i fer servir proves diagnòstiques adequades
Comorbiditats	Descartar després d'assegurar el compliment d'una pauta farmacològica adequada a cada pacient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecàrrega de volum               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disminuir la ingesta de sal, assegurar dosi i tipus adequat de diürètic quan sigui necessari</li> </ul> </li> <li>• Apnea de la son               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sospendre-la en pacients obesos amb somnolència diürna, recomanar CPAP* i disminució de pes</li> </ul> </li> <li>• Insuficiència cardíaca               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Emprar fórmules del filtrat glomerular perquè la creatinina sola facilita l'infra-diagnòstic</li> <li>– Nombre de fàrmacs adequats, especialment tipus de diürètic i dosi</li> </ul> </li> <li>• Fàrmacs que interfereixen amb el control               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suspensió dels i si no és possible, disminuir la dosi</li> </ul> </li> <li>• Obesitat               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estimular la disminució progressiva del pes</li> </ul> </li> <li>• Alcohol o altres drogues               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Quantificar-ne el consum per conscienciar el pacient. En casos necessaris, consultar especialistes en addiccions</li> </ul> </li> <li>• Dolor crònic               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pauta analgèsica evitant AINEs i consultar amb la Clínica del Dolor si és necessari</li> </ul> </li> <li>• Estrès emocional               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Meditació 30' al dia. En casos necessaris, consulta psicològica</li> </ul> </li> <li>• Sedentarisme               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estimular l'exercici físic regular (almenys 30' al dia)</li> </ul> </li> <li>• Diabetis               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Classe de fàrmacs i nombre</li> </ul> </li> </ul>
	*S(Sensibilitat) E(Especificitat)

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

## ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT DE L'HTA. FACTORS ASSOCIATS AMB UNA POBRA ADHERÈNCIA

Existeix una àmplia evidència sobre la falta d'adherència al tractament antihipertensiu com una de les barreres que dificulten el control de l'HTA. A nivell internacional, la falta d'adherència al tractament antihipertensiu oscil·la entre el 23 i el 58%. En el nostre medi es considera que tenen una mala adherència al tractament entre el 32,5% i el 40% dels pacients. Cal tenir en compte que els mètodes d'avaluació de l'adherència basats en les respostes del pacient sobreestimen aquesta variable en un 15% respecte a mètodes més objectius com els basats en dispositius electrònics (MEMS). En la taula 3 es poden veure els diferents mètodes per avaluar l'adherència al tractament i a la figura 2 l'algorisme proposat per a la detecció de la manca d'adherència en la pràctica clínica.

Taula 3: Mètodes de mesura de l'adherència al tractament

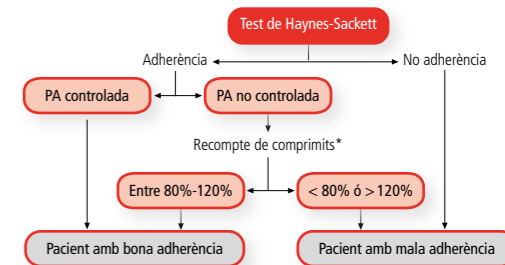


\*S(Sensibilitat) E(Especificitat)

D'altra banda, una millora en l'adherència ha estat associada amb una reducció de la morbiditat i mortalitat cardiovascular i per això cal proposar accions per millorar-la. S'estima que per millorar l'adherència en un pacient són entre 3 i 6 els pacients en els quals cal intervenir.

La taula 4 mostra diferents situacions relacionades amb la mala adherència, i la taula 5 les estratègies per millorar-la.

Figura 2. Algorisme per a la detecció de la manca d'adherència



\*Es pot substituir per la retirada del tractament antihipertensiu a la farmàcia per part del pacient (percentatges idèntics als del recompte de comprimits). Aquesta informació és fàcilment accessible des de la història clínica electrònica i ha mostrat un elevat valor predictiu sobre la morbiditat cardiovascular.

Taula 4. Situacions associades a una mala adherència terapèutica



Taula 5. Accions per millorar l'adherència al tractament antihipertensiu