

Adherencia al tratamiento hipotensor y presencia de disfunción sexual

Lic. Sady R. Cortés Pérez^a, Dra. Liset Jiménez Fernández^b, Dra. Yudileidy Brito Ferrer^b, Dr. Juan M. Chala Tandrón^c, Lic. Zoila Armada Esmores^b, Lic. Yossy González Caballero^b, Lic. Namiris González Sánchez^b

^a Departamento Provincial de Medicamentos y Tecnologías Médicas. Villa Clara, Cuba.

^b Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Villa Clara, Cuba.

^c Hospital Universitario Celestino Hernández Robau. Villa Clara, Cuba.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 04 de octubre de 2015

Aceptado: 19 de noviembre de 2015

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Abreviaturas

HTA: hipertensión arterial

DM: diabetes mellitus

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

BB: betabloqueadores

ACC: antagonistas de los canales de calcio

ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II

Versiones On-Line:

Español - Inglés

✉ JM Chala Tandrón

Hospital CHR. Calle Cuba 610 s/n,
e/ Barcelona y Hospital. Santa Clara
CP 50200. Villa Clara, Cuba.

Correo electrónico:

chala@hchr.vcl.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La no adherencia al tratamiento hipotensor es un problema reconocido y estudiado. La aparición de reacciones adversas es causa frecuente, pero el papel de las disfunciones sexuales no está bien investigado.

Objetivo: Describir el comportamiento de la adherencia al tratamiento hipotensor y su relación con la aparición de trastornos sexuales.

Método: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con 102 pacientes de 2 consultorios del Policlínico XX Aniversario de Santa Clara. Se les aplicó una encuesta donde se definieron las variables sociodemográficas, las enfermedades concomitantes, la lesión de órganos diana y el tratamiento hipotensor. Se empleó la prueba de Morisky-Green-Levine enriquecida, para evaluar la adherencia al tratamiento. Se ahondó en las reacciones adversas y especialmente en los trastornos sexuales.

Resultados: Se encontró que un 45,1 % (46 de los 102 pacientes) no se adhería a la terapéutica prescrita. El abandono por reacciones adversas 45 (97,8 %) fue la principal causa. No hubo diferencias en la adherencia al tratamiento entre sexos, ni entre grupos de edad. Las reacciones adversas más detectadas fueron decaimiento (49 %), disfunciones sexuales (39,2 %), cefalea (39,2 %) e hipotensión (39,2 %).

Conclusiones: La cifra de pacientes hipertensos sin adherencia al tratamiento farmacológico es muy alta, sin relación con el sexo o la edad. La aparición de trastornos sexuales es una de las reacciones adversas que la causan.

Palabras clave: Terapéutica, Cumplimiento de la medicación, Antihipertensivos, Hipertensión

Adherence to antihypertensive therapy and sexual dysfunction incidence

ABSTRACT

Introduction: Non-adherence to antihypertensive treatment is a problem that has been identified and studied. The occurrence of adverse reactions is a common cause

of it, but the role of sexual dysfunction has not been well studied.

Objective: To describe the behavior of the adherence to antihypertensive treatment and its relation to the onset of sexual disorders.

Method: A prospective descriptive study was conducted with 102 patients from 2 doctor's offices of the XX Aniversario Polyclinic in Santa Clara. A survey was performed in order to define sociodemographic variables, concomitant diseases, organ damage and antihypertensive treatment. The improved Morisky-Green-Levine test was used to evaluate adherence to treatment. Adverse reactions were considered in depth, especially sexual disfunctions.

Results: It was found that 45.1% (46 out of 102 patients) did not adhere to the prescribed therapy. Abandonment of treatment due to adverse reactions (45, 97.8%) was the main cause. There was no difference in the adherence to treatment between sexes or between age groups. The most common adverse reactions included fatigue (49%), sexual dysfunction (39.2%), headache (39.2%) and hypotension (39.2%).

Conclusions: The number of hypertensive patients without adherence to drug therapy is very high, without regard to sex or age. The onset of sexual disorders is one of the adverse reactions that lead to this situation.

Key words: Therapeutics, Medication adherence, Antihypertensive agents, Hypertension

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles producen afectaciones en prácticamente todos los aspectos biopsicosociales del individuo enfermo con trascendencia también sobre la pareja, la familia y la sociedad en general. La calidad de vida de estos pacientes se va afectando progresivamente desde el inicio de la enfermedad. En general, estas afecciones, sobre todo las crónicas y su tratamiento o sus secuelas, modifican metas, expectativas y esperanzas¹.

En el análisis de las escalas de calidad de vida aplicada en los estudios de estos pacientes, la sexualidad no es un tema profundamente estudiado, ya que no se recoge como un aspecto importante a tener en cuenta, tampoco se asume la alta frecuencia de disfunciones sexuales, malestares y problemáticas de pareja.

Las enfermedades crónicas no transmisibles están en aumento en todo el mundo, principalmente la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus (DM) y la enfermedad renal crónica; sin embargo, la expectativa de vida aumenta, se incluyen más medicamentos en los tratamientos, todo lo cual tendrá su repercusión en mayor o menor medida en la esfera sexual. Por lo tanto, si queremos incrementar la calidad de vida a la par del aumento de su expectativa, no podemos soslayar los aspectos sexuales¹⁻³.

La HTA está asociada a múltiples complicaciones degenerativas y es responsable directamente de un al-

to porcentaje de muertes. En la I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Cuba realizada en 1995, se registró una prevalencia de 30,6 % para zonas urbanas^{4,5}. Actualmente, se informa una cifra de 2.190.080 pacientes dispensarizados por HTA⁵, no obstante, se reconoce que una gran parte de ellos no están detectados, muchos no tratados y otros no controlados. Casi el 70 % de los hipertensos están mal controlados y una de las principales causas es el incumplimiento de los tratamientos prescriptos⁶⁻⁸.

El tema del cumplimiento de las prescripciones médicas, así como el comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de constante atención por la Psicología de la Salud y se considera una de sus líneas actuales de investigación^{4,9}. En Cuba, han existido proyecciones sobre el tema. La "Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA", en su versión del 2008, recomienda la realización de formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia terapéutica⁸.

Los objetivos de esta investigación fueron describir el comportamiento de la adherencia al tratamiento hipotensor y su relación con la aparición de trastornos sexuales; además, determinar la relación entre las variables sociodemográficas, la HTA y la no adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en los consultorios 20-21 y 21-22 del Médico de la Familia del Policlínico Universitario "XX Aniversario" de la ciudad de Santa Clara, de enero a diciembre de 2013. El universo de estudio estuvo integrado por los 515 hipertensos entre 15 y 60 años con tratamiento farmacológico hipotensor. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional y se tomó una muestra de 102 pacientes ($n_1=102$) que representó el 20 % del total.

Recolección de la información

Para la obtención de la información se elaboró un instrumento de recolección de datos donde se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, tratamiento hipotensor, número de medicamentos, tiempo de tratamiento, adherencia al tratamiento, lesión de órgano diana, enfermedades crónicas asociadas, causas de no adherencia, reacciones adversas y disfunción sexual.

Para evaluar la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico se utilizó la prueba de Morisky-Green-Levine, validada internacionalmente, enriquecida y puesta a consideración de especialistas de farmacología. Esta prueba considera cumplidor a aquel hipertenso que responde de forma correcta a las siguientes 4 preguntas: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su hipertensión? ¿Los toma a la hora indicada? ¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien? ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal?

Las preguntas que se le agregaron fueron: ¿Se to-

ma la cantidad que tiene indicada? ¿Tiene siempre acceso a los medicamentos?

Procesamiento y análisis de la información

Para organizar, resumir, analizar y presentar los resultados a partir de los datos fue utilizado el procesador estadístico SPSS en su versión 15.0, con el propósito de obtener, a partir de las pruebas requeridas, un nivel de confiabilidad aceptable sobre rigor científico-matemático. Se aplicaron pruebas estadísticas donde se analizaron las medidas de asociación entre las variables. Desde el punto de vista inferencial se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) para probar la independencia entre variables.

Aspectos bioéticos

Los pacientes fueron visitados en el hogar, se solicitó su colaboración bajo el compromiso de utilización de la información solo en el contexto de la investigación.

RESULTADOS

En el **gráfico** se muestra la frecuencia con que se presentó la adherencia al tratamiento farmacológico en el grupo de hipertensos seleccionados: 46 de los 102 pacientes (45,1 %) no se adhirió a la terapéutica prescrita.

La principal causa de abandono del tratamiento (**Tabla 1**) fue la aparición de reacciones adversas, encontrada en 45 pacientes (97,8%), seguido por 32 (69,5 %) que plantearon por igual no tomarse la cantidad prescrita y que no siempre existían los medicamentos en la farmacia; 29 (63,0 %) refirieron incumplir del tratamiento por olvido y 28 (60,8 %) confesaron abandonarlo cuando sentían mejoría.

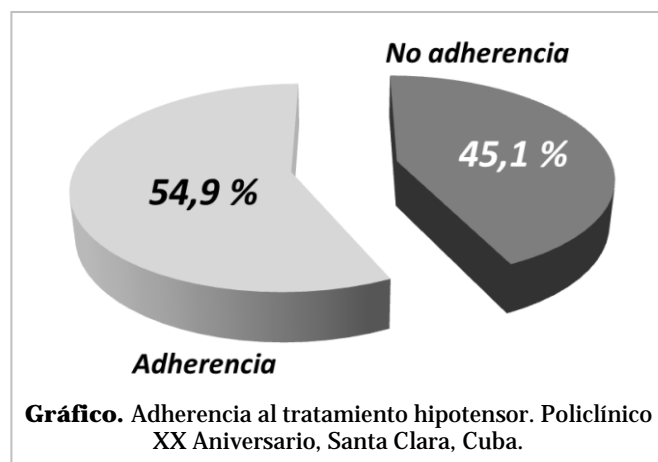


Tabla 1. Causas de no adherencia al tratamiento (n=46).

Causas de no adherencia	Nº	%
Abandono por reacciones adversas	45	97,8
No se toma la cantidad prescrita	32	69,5
No siempre hay en la farmacia	32	69,5
Olvido	29	63,0
Abandono por mejoría	28	60,8
No respeta el horario	13	28,2
Son costosos, no siempre los compro	3	6,5

Tabla 2. Relación entre edad y adherencia al tratamiento.

Grupos de edad (años)	Adherencia terapéutica				Total	
	Sí		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
15 – 30	21	55,2	17	44,7	38	37,2
31 – 60	35	54,6	29	45,3	64	62,8
Total	56	54,9	46	45,1	102	100

p > 0.05

Tabla 3. Relación entre sexo y adherencia al tratamiento.

Sexo	Adherencia terapéutica				Total	
	Sí		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Femenino	34	53,9	29	46,0	63	61,7
Masculino	22	56,4	17	43,5	39	38,2
Total	56	54,9	46	45,1	102	100

p > 0.05

Tabla 4. Relación entre los medicamentos hipotensores y su adherencia terapéutica.

Sexo	Adherencia terapéutica				Total	
	Sí		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
IECA	38	51,3	36	48,6	74	72,5
Diuréticos*	22	36,0	39	63,9	61	59,8
β-bloqueadores	15	26,9	11	23,9	26	25,4
ACC	10	17,8	10	21,7	20	19,6

* p = 0.041

Las **tablas 2 y 3** muestran la relación de la adherencia terapéutica con la edad y el sexo; ambas asociaciones demostraron no ser factores influyentes, pues no se encontró diferencia estadística significativa (p > 0.05).

Los grupos farmacológicos más prescritos (**Tabla 4**) fueron, por orden de frecuencia, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en 74 pacientes (72,5 %), los diuréticos en 61 (59,8 %), los betabloqueadores (BB) en 26 (25,4 %), y en último lugar los antagonistas de los canales de calcio (ACC) en 20

(19,6%).

La cifra de individuos no adherentes fue mucho mayor entre los pacientes que recibían diuréticos (63,9 %), con diferencia estadísticamente significativa (p=0.041). Dicha situación es sumamente preocupante si se tiene en cuenta que más del 90 % de los hipertensos reciben este tipo de tratamiento.

Las combinaciones de fármacos en el tratamiento de la HTA son muy frecuentes. Aunque no se muestra en las tablas, 65 pacientes recibieron dos medicamentos (63,7 %), el mayor porcentaje de ellos IECA más diurético y el resto un BB más diurético. Entre los 35 pacientes que utilizaban tres medicamentos (34,3 %), la combinación más frecuente fue: BB, IECA y diurético, y todos utilizaban algún diurético; mientras que solo 10 pacientes (9,8 %) utilizaban cuatro.

Las reacciones adversas más implicadas en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo (**Tabla 5**) fueron: decaimiento (49,0 %), disfunciones sexuales, cefalea e hipotensión, todas con 36,2 %; y el aumento de la frecuencia de la micción (34,3 %).

El deseo sexual estuvo disminuido en ambos sexos (**Tabla 6**), descrito por un 36,5 % de las mujeres y 35,9 % de los hombres. Le siguen en orden de frecuencia los trastornos de la lubricación de la vagina (15,9 %), alteraciones de la eyaculación (12,8 %) y disfunción eréctil (10,2 %). La parte derecha de la tabla relaciona los fármacos utilizados y su adherencia por cada reacción adversa descrita.

DISCUSIÓN

El estudio de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas se ha visto impulsado por la elevada incidencia y prevalencia de estas enfermedades. La HTA es una enfermedad crónica con múltiples y serias repercusiones para la salud, genera altos costos económicos y requiere cambios permanentes de conducta y hábitos de vida en los pacientes, así como un compromiso activo una vez diagnosticada^{3,10-20}.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por otros investigadores que indican que cerca del 50 % de los pacientes manifiesta alguna forma de no adherencia terapéutica^{3,10}. En algunos de los estudios

sólo el 32,2 % de los incluidos admitió cumplir sin alteraciones las indicaciones iniciales^{7,12,14} y, de forma general, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es bajo: 27 % en Gambia, 43 % en China y 51 % en Cuba y Estados Unidos^{18,21-25}. En un estudio realizado en Villa Clara en 2007, la frecuencia de adherencia al tratamiento hipotensor fue de 45,7 %¹⁸.

Las causas de no adherencia terapéutica encontradas en nuestra investigación fueron similares a las descritas por otros autores que identifican como tal al desconocimiento de la HTA y sus riesgos, el olvido, los efectos indeseables de los medicamentos, las dificultades en creencias y actitudes sobre el tratamiento, los cambios de estilos de vida y la no explicación clara de las medidas^{12,16}. Otros factores descritos son el bajo nivel sociocultural y económico, poco conocimiento de la enfermedad, el padecimiento de otras afecciones crónicas y realizar más de 2 tomas de medicación al día^{19,20}. Además, la espera de aparición de síntomas para tomar la medicación, la percepción de complejidad del tratamiento, la multiplicidad de roles del paciente en la familia, la profesión y el empleo¹⁸⁻²⁰.

La omisión de tomas, errores en la posología, toma del tratamiento de forma equivocada o a demanda, en lugar de seguir una pauta regular, y el abandono prematuro son los errores más frecuentes²⁰.

Al igual que en nuestro estudio, algunos autores no encontraron relación entre la adherencia al tratamiento con la edad y el género¹⁰; mientras algunos investigadores plantean que los cambios impuestos en el tratamiento se observaron con mayor frecuencia en los hombres¹¹ y otros informan un predominio de la falta de cumplimiento en el sexo femenino^{13,26,27}.

Respecto a la edad, los resultados encontrados en la literatura médica analizada son también contradictorios. Varios estudios han encontrado que la edad superior a 65 años es un factor que favorece el incumplimiento, al ser dos veces superior la no adherencia en este grupo de pacientes¹³. Otros plantean que el grupo de los hipertensos más jóvenes es el más

vulnerable^{11,28}.

Nuestros resultados coinciden los de Sanz Moreno *et al.*²⁹, quienes encontraron que los antihipertensivos más utilizados fueron los diuréticos tiazídicos, los IECA y los anticálcicos; y los índices más elevados de no adherencia se encontraron en los pacientes que tenían diuréticos prescritos. Por otra parte, un estudio realizado en Chile mostró que los esquemas terapéuticos tienen una relación inversa entre el número de fárma-

Tabla 5. Reacciones adversas informadas por los pacientes sin adherencia al tratamiento (n=46).

Reacción adversa	Nº	%
Decaimiento	50	49,0
Disfunciones sexuales	37	36,2
Cefalea	37	36,2
Hipotensión	37	36,2
Micciones frecuentes	35	34,3
Tos	16	15,6
Mareos	16	15,6
Empeoramiento de síntomas vasculares	12	11,7
Insomnio	12	11,7
Somnolencia	6	5,8
Taquicardia	5	4,9

Tabla 6. Reacciones adversas (causas de no adherencia terapéutica) atribuidas por los pacientes al tratamiento hipotensor.

Reacción Adversa	Nº	%	Fármacos más frecuentes	Adherencia	
				Sí	No
Disminución del deseo sexual femenino (n=63)	23	36,5	Atenolol	3	4
			Hidroclorotizida	4	1
			Enalapril	2	2
Disminución del deseo sexual masculino (n=39)	14	35,9	Captopril	2	1
			Enalapril	2	1
			Clortalidona	1	3
Trastornos en la lubricación de la vagina (n=63)	10	15,9	Hidroclorotiazida	1	3
			Atenolol	1	1
			Amlodipino	0	2
Alteraciones de la eyaculación (n=39)	5	12,8	Atenolol	0	2
			Enalapril	0	1
			Hidroclorotiazida	0	1
Disfunción eréctil (n=39)	4	10,2	Atenolol	0	2
			Captopril	1	0

macos y el grado de adherencia, al encontrar un 64,5% de población no adherente en régimen de politerapia²⁰.

En una investigación realizada en Andalucía¹¹, los fármacos más utilizados fueron los IECA, los BB, los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) y los antagonistas cálcicos, mientras que los diuréticos fueron menos utilizados. Desgraciadamente en Cuba no están disponibles aun los ARA II.

Cabe señalar además, que la cooperación del paciente con el médico en la instauración del régimen terapéutico, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento, se considera que es un factor que influye no sólo en la ejecución adecuada del tratamiento farmacológico, sino también del no farmacológico.

Las reacciones adversas son causa fundamental de no adherencia al tratamiento antihipertensivo y ha sido comentada por varios autores¹⁷⁻²⁰. Nuria *et al.*¹⁹ plantean que la adherencia disminuye en aquellos casos en que la HTA se acompaña de otros procesos crónicos, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo y cuando el esquema de dosis es complicado, lo cual propicia las interacciones entre los fármacos e incrementa los efectos indeseables. También se han encontrado como razones habituales para interrumpir un tratamiento el hecho de no percibir su eficacia o sentirse mejor^{12,20}.

Los trastornos de la sexualidad son causa de deterioro significativo de la salud y de la calidad de vida de las personas, motivo reconocido para discontinuar la medicación antihipertensiva; aunque deben agregarse las variaciones individuales de la sexualidad²⁵⁻²⁷. La disfunción sexual se entiende como una alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual humana que interfiere con su adecuada realización y gratificación a causa de factores psicológicos, fisiológicos o conjuntos, que incluyen los producidos por efectos secundarios ante determinados fármacos. Se trata de un término que engloba un grupo heterogéneo de síntomas que van a afectar en mayor o menor medida la calidad de vida de los pacientes^{18,26}.

Al igual que en nuestro estudio, De Franciscis *et al.*²⁷ encontraron una mayor frecuencia de alteraciones del deseo sexual de las mujeres encuestadas. De ellas, la mayoría refirió que casi nunca presentaban deseo sexual y presentaban trastornos de la excitación, el orgasmo o la lubricación vaginal; todo lo cual

fue relacionado, en un 45 %, con la toma de diuréticos^{26,30}.

Varios autores²³⁻²⁵ señalan que la disfunción sexual es atribuida a múltiples agentes antihipertensivos y a consecuencia de ello, una de las principales razones de falta de adherencia al tratamiento. Sin embargo, la verdadera incidencia de disfunción sexual por estos fármacos no está bien documentada, probablemente subestimada por la naturaleza personal del problema o la reticencia del médico o el paciente para discutir el tema²⁷⁻³¹.

Los síntomas típicos de la menopausia pueden comprometer el deseo sexual, así como la molestia vaginal y el dolor por la incapacidad de conseguir una lubricación adecuada durante la relación. Las características sociales, culturales, étnicas y religiosas también pueden influenciar las expectativas y las actitudes de las mujeres en cuanto al desempeño sexual¹¹⁻¹⁸ y en la sinceridad de las pacientes a la hora de reconocer estas dificultades²⁷⁻³⁰.

Simon²⁶ evidenció que la HTA es causa condicionante y, en ocasiones, determinante de la disfunción sexual en el hombre. La prevalencia de disfunción eréctil en la población hipertensa puede alcanzar el 50 %. La evidencia disponible indica que los diuréticos y los betabloqueadores son los fármacos más relacionados con la disfunción eréctil^{29,31}.

Es importante señalar que los trastornos vasculares de la HTA pueden ser causa suficiente de disfunción sexual; sin embargo, se conoce que los fármacos antihipertensivos suponen la principal causa de origen medicamentoso, al estar demostrada su asociación con el uso de diuréticos tiazídicos y betabloqueantes^{25,26,29,31}.

CONCLUSIONES

La aparición de trastornos sexuales es una de las reacciones adversas que causa no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA. Otras son el decaimiento, la cefalea y la hipotensión arterial. La cifra de pacientes hipertensos sin adherencia al tratamiento farmacológico es muy alta, el sexo y la edad no fueron factores influyentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoepfner C, Franco SC. Therapeutic inertia and control of high blood pressure in primary health care units. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95:223-9.
2. Viigimaa M, Doumas M, Vlachopoulos C, Anyfanti P, Wolf J, Narkiewicz K, *et al.* Hypertension and

- sexual dysfunction: time to act. *J Hypertens*. 2011; 29:403-7.
3. Herrera E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Av Enferm* [Internet]. 2012 [citado 22 Sep 2015];30. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713>
 4. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Enfermedades crónicas no transmisibles: Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. *Rev Cubana Med* [Internet]. 1999 [citado 22 Sep 2015];38:160-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v38n3/med02399.pdf>
 5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2013.
 6. Rodríguez AL, Gómez AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av Enferm* [Internet]. 2010 [citado 20 Sep 2015];XXVIII:63-71. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656>
 7. Riveros A, Ceballos G, Laguna R, Sánchez-Sosa JJ. El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Rev Latinoam Psicol*. 2013;37:493-507.
 8. Ministerio de Salud Pública. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 2008.
 9. Layerle B, Vignolo W. Hipertensión arterial: hechos esenciales. *Rev Urug Cardiol*. 2012;27:352-76.
 10. Martín Alfonso L, Bayarre Veja H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga E, *et al*. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2007 [citado 22 Ago 2014];33. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n3/spu13307.pdf>
 11. Artacho Pino R, Prados Torres JD, Barnestein Fonseca P, Aguiar García C, García Ruiz A, Leiva Fernández F. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial. ¿Ha cambiado con el paso del tiempo? *Med Fam Andal*. 2012;13:95-106.
 12. Márquez Contreras E, Martínez JC, Cabeza JM. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *FMC Aten Primaria*. 2001;8:558-73.
 13. Redón J, Coca A, Lázaro P, Aguilar MD, Cabanas M, Gil N, *et al*. Factors associated with therapeutic inertia in hypertension: validation of a predictive model. *J Hypertens*. 2010;28:1770-7.
 14. Varela Arévalo. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensam Psicol*. 2010;7:127-40.
 15. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, *et al*. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289:2560-72.
 16. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, *et al*. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34:2159-219.
 17. Gil-Guillen V, Orozco-Beltrán D, Pérez RP, Alfonso JL, Redon J, Pertusa-Martínez S, *et al*. Clinical inertia in diagnosis and treatment of hypertension in primary care: quantification and associated factors. *Blood Press*. 2010;19:3-10.
 18. Álvarez Álvarez G. Propuesta de un subprograma integral para la atención de la hipertensión arterial esencial en la Atención Primaria de Salud [Tesis]. Santa Clara: UCM-VC; 2010.
 19. Ferrera NV, Moine DH, Yáñez DC. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2010;39:194-203.
 20. Garrido J, Chacon J, Sandoval D, Muñoz R, Lopez N, Oyarzun E, *et al*. Control del hipertenso un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol*. 2013;32:85-96.
 21. Marin MJ, Fábreguez G, Rodríguez PD, Díaz M, Paez O, Alfie J, *et al*. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA *Rev Argent Cardiol*. 2012;80:121-8.
 22. Sicras Mainar A, Galera Llorca J, Muñoz Ortí G, Navarro Artieda R. Influence of compliance on the incidence of cardiovascular events and health costs when using single-pill fixed-dose combinations for the treatment of hypertension. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:183-91.

23. García-Puente Suárez L, Gómez Cuervo C, Gredilla Zubiria I. Hipertension arterial y riesgo vascular. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, De Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre. 7ma ed. Madrid: MSD de España; 2012. p. 224-9.
24. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol. 2005;34:104-11.
25. Lu LL, Jiang R. Impact of hypertension on female sexual function. Zhonghua Nan Ke Xue. 2011;17:1121-4.
26. Simon JA. Low sexual desire – Is it all in the head? Pathophysiology, diagnosis and treatment of hypoactive sexual desire disorder. Postgrad Med. 2010;122:126-36.
27. De Franciscis P, Mainini G, Messalli EM, Trotta C, Luisi A, Laudando E, et al. Arterial hypertension and female sexual dysfunction in postmenopausal women. Clin Exp Obstet Gynecol. 2013;40:58-60.
28. Manolis A, Doumas M. Sexual dysfunction: the 'prima ballerina' of hypertension-related quality-of-life complications. 2008;26:2074-84.
29. Rausell Rausell VJ, Tobaruel Soto M, Sanz Moreno JA, López-Picazo Ferrer J, Sánchez Ruiz JF, Abellán Alemán J. Utilización de antihipertensivos en Atención Primaria. Hipertensión 2003;20:96-104.
30. Kamel L. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio externo de gineco-obstetricia de hospital la serena. Rev Chil Urol. 2005;70:231-5.
31. Brito Ferrer Y. Comportamiento de la disfunción eréctil y la respuesta al sildenafil en pacientes bajo tratamiento hipotensor [Tesis]. Santa Clara: UCM-VC; 2011.