

Prevalencia de la disfunción sexual en una población hipertensa

J L Listerri Caro, M. Argaya Roca*, J V. Lozano Vidal**, J Aznar Vicente***, C. Pol Bravo**** y M. A. Sánchez Zamorano*****

Consultorio de Vallada. Valencia. * Consultorio de Quartell. Valencia. ** EAP L'Alguer. Valencia.
*** Unidad de Investigación. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante. **** Universidad de Valencia.
***** Medicina Interna. Madrid

Objetivo. Conocer la prevalencia de disfunción sexual (DS) y estudiar la actividad y grado de satisfacción sexual en el paciente hipertenso tratado con fármacos en 56 centros de Atención Primaria de la geografía española.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo transversal en pacientes hipertensos, seleccionados consecutivamente, que contestaron a un cuestionario autocumplimentado validado por los autores (cuestionario «busca-síntomas»).

Mediciones y resultados principales. El grupo de estudio estuvo formado por 126 mujeres (39 %) y 197 varones (61 %), con un rango de edad de 30 a 65 años. La prevalencia global de DS fue del 30,7 % (IC del 95 %: 28,9-32,4). Se detectó DS en 99 pacientes (17 mujeres y 82 varones), lo que supone prevalencias de DS en cada sexo del 13,7 % (IC del 95 %: 8,8-18,5) y del 42,3 % (IC del 95 %: 35,3-49,3), respectivamente.

De las características analizadas únicamente se relacionó el sexo y el tipo de tratamiento con la presencia de DS ($p < 0,01$). El grado de satisfacción sexual alcanzaba el 61,9 %, con una frecuencia de actividad sexual, en el intervalo mayoritario de edad (50 a 59 años), del 30,6 % (relaciones sexuales quincenales).

Conclusiones. El grado de satisfacción sexual fue relativamente bajo, con una actividad sexual reducida. Se detecta una prevalencia elevada de DS en los pacientes hipertensos estudiados, sobre todo en el sexo masculino. Los grupos farmacológicos que más parecen influir en la actividad sexual son los β -bloqueantes y los diuréticos. Es importante que el médico de Atención Primaria esté formado adecuadamente para detectar DS de cara a optimizar el cumplimiento terapéutico y mejorar la calidad de vida.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo cardiovascular y un poderoso indicador de riesgo para la supervivencia; en España 1 de cada 3 muertes totales y 1 de cada 2 muertes por enfermedades cardiovasculares están relacionadas con la presión arterial, y la HTA como entidad propia lo está con 1 de cada 4 muertes totales y 1 de cada 2,5 muertes cardiovasculares¹, precisando habitualmente tratamiento crónico con fármacos.

La calidad de vida durante el tratamiento con fármacos es una cuestión que cada vez adquiere más importancia, y máxime en las enfermedades muy prevalentes, como pueden ser la HTA, las dislipidemias, la diabetes o los trastornos ansioso-depresivos.

Uno de los factores que más influyen sobre la observancia terapéutica del paciente hipertenso son los efectos secundarios de la medicación²⁻³, estimándose que 1 de cada 5 pacientes tratados suspenden el tratamiento con fármacos antihiperten-

sivos clásicos⁴. En este sentido, la detección de anomalías en la esfera sexual es un aspecto poco conocido en la valoración de la calidad de vida del paciente hipertenso tratado con fármacos en Atención Primaria (AP). De hecho, muchos medicamentos de uso habitual en nuestros hipertensos pueden interferir con la función sexual en varones y en mujeres, produciendo alteraciones de la libido, interfiriendo con la erección o la eyaculación en el varón o impidiendo o retrasando el orgasmo en las mujeres^{5,6}. Así, está bien contrastada la producción de disfunción eréctil por los diuréticos tiazídicos, y la alteración del deseo y la erección por los β -bloqueantes^{7,8}. Los simpaticolíticos pueden ocasionar falta de eyaculación y disfunción eréctil⁹. Entre los fármacos antihipertensivos que, parece ser, tienen un perfil más favorable se incluyen los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los calcioantagonistas, aunque con diferencias evidentes entre ellos^{10,11}.

La prevalencia de disfunción sexual (DS) en las consultas de AP puede rondar entre el 1 %-10 %¹²,

por tanto no debiera ser una patología desconocida. Algunos expertos consideran al médico de AP como proveedor ideal de asistencia a los problemas sexuales¹³ por sus características particulares, ya que representa el primer contacto del enfermo con los niveles asistenciales, es el responsable de la atención global, continua e integral, en el contexto familiar y comunitario.

En función de las premisas anteriores, este trabajo se plantea con el objetivo de conocer la prevalencia de DS en los pacientes hipertensos tratados con fármacos, estudiar la actividad sexual y grado de satisfacción sexual, así como analizar la frecuencia de DS en relación con las diferentes familias de antihipertensivos.

Pacientes y método

Diseñamos un estudio observacional descriptivo y transversal (prevalencia) multicéntrico realizado en el ámbito de la Atención Primaria española, rural y urbana, mediante procedimiento de cuestionario autocumplimentado, seleccionando una muestra consecutiva de pacientes, a medida que acuden a consulta y calculando un tamaño muestral, con una precisión (i) = 5 % y una significación (α) = 0,05, a partir de estudios previos que estiman la proporción de disfunción sexual en el paciente hipertenso tratado en un 27 %¹⁴, resultando un tamaño muestral de 303 individuos.

Se consideraron como criterios de inclusión: a) pacientes con hipertensión ligera a moderada; b) ambos sexos; c) de 30 a 65 años de edad, y d) tratados al menos con un fármaco antihipertensivo durante un período superior a seis meses. Se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo, diabetes, trastornos orgánicos graves, eventos cardiovasculares recientes (inferior a seis meses) y tratamiento actual con hormonas o psicotropos.

Se invitó a participar en el estudio a 632 pacientes, de los que fueron válidos 323.

La recogida de datos se hizo a través de un cuestionario de autocumplimentación (cuestionario «busca-síntomas») confeccionado por los autores, que se distribuyó a los pacientes en las consultas. El cuestionario estaba estructurado en trece preguntas cerradas y una abierta. De las trece preguntas cerradas, seis fueron dicotómicas y el resto escalas de 1-3, 1-4, 1-5 y 1-7 (anexo 1).

Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios), antecedentes personales (antigüedad de la HTA, antecedentes de enfermedades cardiovasculares) y variables de la actividad sexual. Cinco preguntas hacían referencia a las anomalías

en la esfera sexual: apetito sexual (descenso de la libido), disfunción eréctil (impotencia), retraso de orgasmo/eyaculación, anorgasmia/imposibilidad de eyaculación, sequedad vaginal y satisfacción general con la función sexual.

La pregunta abierta hacía referencia al tipo de fármaco/s para el tratamiento de la HTA del paciente.

Hemos considerado que un paciente tenía disfunción eréctil cuando seleccionaba esta opción en la pregunta de anomalías sexuales y/o en combinación con otros problemas.

Se categorizó la frecuencia sexual en alta (una relación o más semanal), media (cada quince días), baja (mensual) y muy baja (superior al mes). La satisfacción sexual se valoró como respuesta dicotómica (sí/no). Se consideró DS atribuible al fármaco cuando el paciente antes de tomar la medicación no presentaba alteraciones en su actividad sexual.

Previamente a la distribución de los cuestionarios se informó a los pacientes explicando los objetivos del estudio y garantizando la confidencialidad de los datos. Se realizó una prueba del cuestionario (estudio piloto) en 60 pacientes con el fin de detectar anomalías y dificultad en la comprensión de las preguntas. Se realizó un análisis de fiabilidad del mismo con el índice de Kuder-Richardson (KR-20 de 0,69). La captación se realizó a través de las consultas de medicina general y enfermería de los centros participantes. Los cuestionarios se distribuyeron durante el mes de enero de 1999. Los pacientes devolvieron el cuestionario en un plazo de siete días, excluyendo del análisis los defectuosos o con faltas de cumplimentación sistemática.

Los datos recogidos en el cuestionario han sido almacenados y procesados informáticamente mediante el paquete estadístico SPSSWIN 9.0 y consistió en la descripción de las variables, análisis bivalente mediante la prueba del χ^2 y análisis multivariante. Para éste se aplicó una regresión logística entre la variable «disfunción sexual» tomada como variable dependiente, y las variables edad, sexo, estado civil, estudios, antigüedad del tratamiento antihipertensivo y tipo de fármaco como independientes (variables exposición).

En todos los casos se consideró la prueba realizada como estadísticamente significativa cuando el valor de $p < 0,05$, es decir, para un nivel de confianza del 95 %.

Resultados

Análisis del cuestionario

La valoración del análisis de los elementos del cuestionario para el diagnóstico de DS comprendió siete ítems (7-13) dicotómicos con res-

ANEXO 1
Cuestionario PREDISTA

<p>Identificación</p> <p>1. Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Varón</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>2. Edad:</p> <p><input type="checkbox"/> 30-39</p> <p><input type="checkbox"/> 40-49</p> <p><input type="checkbox"/> 50-59</p> <p><input type="checkbox"/> 60-65</p> <p>3. Estudios:</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene</p> <p><input type="checkbox"/> Elementales</p> <p><input type="checkbox"/> Grado medio</p> <p><input type="checkbox"/> Universitarios/superiores</p> <p>4. Estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Casado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero/a</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo/a</p> <p><input type="checkbox"/> En pareja</p> <p>5. Antigüedad de la hipertensión (años):</p> <p><input type="checkbox"/> < 3 años</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 años</p> <p><input type="checkbox"/> > 3 años</p> <p>6. Desde que toma la pastilla para la presión, ¿cómo se encuentra?</p> <p><input type="checkbox"/> Mejor</p> <p><input type="checkbox"/> Peor</p> <p><input type="checkbox"/> Igual</p> <p>7. ¿Considera que las pastilla le producen algún tipo de malestar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>8. Cuando dejar de tomar las pastillas (por olvido, no le quedan, voluntariamente, etc.) ese malestar, ¿mejora o desaparece?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>9. ¿Está satisfecho con su actual nivel de actividad sexual desde que toma las pastillas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Ha observado algún cambio en su actividad sexual desde que las toma?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>11. Antes de tomar las pastillas, ¿presentaba este problema?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>12. Diga qué anomalía sexual tiene:</p> <p><i>Varones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Disminución apetito sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad erección</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad eyaculación</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad orgasmo</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo problemas</p> <p><i>Mujeres</i></p> <p><input type="checkbox"/> Disminución apetito sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad orgasmo</p> <p><input type="checkbox"/> Sequedad vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo ningún problema</p> <p>13. Frecuencia sexual:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> 2 a 3 por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Cada mes</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 2 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 3 meses o más</p> <p>14. Fármaco habitual para la hipertensión arterial (respuesta libre)</p>
--	---

puestas sí/no, entre los que se encontraban la frecuencia sexual y anomalías sexuales que fueron dicotomizadas para poder ser procesadas, observando que existe un buen nivel de respuesta en las preguntas de la encuesta, lo que hace que no desestimemos ningún ítem por esta causa.

La fiabilidad del cuestionario fue de 0,15 (KR-20), procesando siete ítems, al extraer satisfacción y frecuencia sexual se obtuvo un KR-20 de 0,69 (tabla 1).

Descripción de la muestra

Participaron en el estudio 323 personas (197 varones y 126 mujeres) con edades comprendidas entre 30 y 65 años.

Se detectó DS en 99 pacientes, cuyas características pueden observarse en la [tabla 2](#), con una prevalencia global del 30,7% (IC del 95%: 28,9-32,4). En las mujeres la prevalencia fue

TABLA 1
Resumen del análisis de fiabilidad

PROCESO	N.º ÍTEMS	KR-20
1	7	0,15
2	6*	0,62
3	5**	0,69
4	6***	0,79

* Extracción: ítem 3 (satisfacción sexual). ** Extracción: ítem 7 (frecuencia sexual). *** Adición: variable final (disfunción sexual).

TABLA 2
Características sociodemográficas de la muestra de pacientes estudiada

	N	%
Sexo		
Varones	197	61,0
Mujeres	126	39,0
Edad		
30-39	27	8,4
40-49	71	22,0
50-59	130	40,2
60-65	95	29,4
Nivel instrucción		
No tiene	52	16,1
Elementales	136	42,1
Grado medio	92	28,5
Superiores/universitarios	43	13,3

del 13,7% (IC del 95%: 8,8-18,5) y en los varones del 42,3% (IC del 95%: 35,3-49,3). Las prevalencias de DS para la edad agrupada en décadas fueron:

- 1) 30 a 39 años: el 23,1% globalmente, el 33,3% en varones y el 9,1% en mujeres.
- 2) 40 a 49 años: el 40,0% globalmente, el 45,8% en varones y el 27,3% en mujeres.
- 3) 50 a 59 años: el 27,9% globalmente, el 39,0% en varones y el 11,8% en mujeres.
- 4) 60 a 65 años: el 30,9% globalmente, el 46,3% en varones y el 10,0% en mujeres.

El grado de satisfacción sexual en la muestra estudiada alcanzaba el 61,9%. El intervalo de edad que presentó mayor satisfacción sexual fue el comprendido entre 30 y 39 años, con un 73,1% de satisfechos entre los pacientes de este grupo. En cuanto al sexo, fueron los hombres los más insatisfechos, con un 92,7%, frente a las mujeres, con un 82,4%.

En cuanto a la actividad sexual, el grupo mayoritario correspondió a las relaciones sexuales con frecuencia semanal (26,9%). El grupo de edad con mayor actividad sexual también fue el comprendido entre 30 a 39 años (52,2%) con relaciones de dos a tres veces por semana. Las mujeres reflejaron una menor periodicidad, con frecuencias de relaciones sexuales cada dos semanas o menos (76,4%), frente a los varones (59,6%) en el mismo rango de actividad.

La satisfacción sexual no se vio influida por el nivel de instrucción, oscilando el grado de insatisfacción desde el 84,6% en el grupo sin estudios, 93,3% en el de estudios elementales, 89,7% con grado medio y 91,7% en los pacientes con estudios superiores. Lo mismo ocurrió en la actividad sexual, siendo mayoritaria la frecuencia mensual en los pacientes sin estudios (38,5%),

cada dos semanas con estudios elementales (30,2%), la frecuencia semanal en los pacientes con grado medio (35,7%) y en los pacientes con estudios superiores (33,3%).

Las anomalías en la esfera sexual presentaron diferentes resultados en varones y mujeres en función de la existencia o no de otras alteraciones asociadas. En este sentido, en los varones la anomalía más frecuente, como disfunción única, fue en la fase de deseo con un 21,0% (72,8% asociada a otras alteraciones), seguida de disfunción eréctil, con un 18,5% (72,8% asociada a otras alteraciones).

En las mujeres la fase de deseo fue la más afectada con un 44,4% (83,3% asociada a otras alteraciones), seguida de las fases de excitación/lubricación y orgasmo, ambas con un 5,6% (16,7% y 44,5% asociada a otras alteraciones, respectivamente).

De los 99 pacientes con DS, 15 presentaban anomalías sexuales antes del tratamiento antihipertensivo y 84 relacionan la DS con la instauración de los fármacos antihipertensivos (prevalencia atribuida a los fármacos del 84,4% [IC del 95%: 77,6-91,8]).

Las cifras de presión arterial (PA) fueron similares en el grupo con DS y sin DS (tabla 3).

En tratamiento con monoterapia se encontraban 291 pacientes y con terapia combinada se encontraban 8 pacientes (tabla 4). La asociación más utilizada correspondía a la combinación de hidroclorotiazida más IECA a dosis fija.

TABLA 3
Características por grupos de disfunción sexual en la muestra de pacientes estudiada

	DSNO	DSSÍ
Sexo		
Varones	112 (57,7%)	82 (42,3%)
Mujeres	107 (86,3%)	17 (13,7%)
Edad		
30-39	20 (76,9%)	6 (23,1%)
40-49	42 (60,0%)	28 (40,0%)
50-59	93 (72,1%)	30 (27,9%)
60-65	65 (69,1%)	29 (30,9%)
Nivel instrucción		
No tiene	38 (74,5%)	13 (25,5%)
Elementales	90 (60,7%)	45 (33,3%)
Grado medio	62 (68,1%)	29 (31,9%)
Superiores/universitarios	30 (71,5%)	12 (28,4%)
Presión arterial		
Presión arterial sistólica	153,2 ± 13,4	154,7 ± 12,5
Presión arterial diastólica	89,5 ± 5,8	88,7 ± 4,9

DS: disfunción sexual.

TABLA 4
Tratamiento hipertensivo en la muestra de pacientes estudiada

GRUPO FARMACOLÓGICO	N	%
IECA	154	51,4
AIIA	26	8,7
CAA	57	19,1
Diuréticos	25	8,4
α -bloqueantes	5	1,7
β -bloqueantes	24	8,0
Combinaciones	8	2,7

IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; AIIA: antagonista receptores angiotensina II; CAA: calcioantagonistas.

Entre las características analizadas (edad, sexo, nivel cultural y antigüedad del tratamiento antihipertensivo), únicamente el sexo se relacionó con la presencia de DS ($p=0,00000$) (tabla 5). El 65,7 % de los pacientes disfuncionales tenían entre 50 y 65 años. El grupo farmacológico se relacionó (χ^2) con la DS de forma significativa ($p=0,00046$) con un coeficiente de contingencia de 0,27415 (relación moderada-débil) (tabla 5). En el análisis multivariante (regresión logística) resultaron influyentes sobre la DS el sexo y el grupo

TABLA 5
Asociaciones significativas bivariantes y multivariante con la disfunción sexual (dependiente)

Variable			
Análisis bivalente (χ^2)			
Sexo ($p = 0,0000$; coeficiente contingencia = 0,28807)			
Edad ($p > 0,5$)			
Estado civil ($p > 0,05$)			
Nivel instrucción ($p > 0,05$)			
Antigüedad HTA ($p > 0,05$)			
Grupo farmacológico ($p = 0,004$; coeficiente contingencia = 0,27415)			
Análisis multivariante (regresión logística [enter secuencial], modelo χ^2 sig. ($p = 0,0000$), 74,50 % predicción correcta)			
VARIABLE	B	p-VALOR	ODDS RATIO
Sexo (varón/mujer)	1,6825	0,0000	5,3792
Grupo farmacológico		0,0012	
AIIA/IECA	-0,3466	NS	—
CAA/IECA	0,7619	0,0343	2,1423
Diurético/IECA	1,3546	0,0044	3,8754
α -bloqueante/IECA	0,9359	NS	—
β -bloqueante/IECA	1,8815	0,0002	6,5631
Combinación/IECA	0,5464	NS	—

IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; AIIA: antagonista receptores angiotensina II; CAA: calcioantagonistas; NS: no significativo.

farmacológico. Ser varón respecto a ser mujer deriva en una influencia 5,37 veces superior de ser disfuncional (*odds ratio*: 5,3792). El hecho de haber estado medicado con β -bloqueantes diuréticos o calcioantagonistas respecto a medicación con IECA hace que exista influencia en la aparición de DS de forma significativa (*odds ratio*: 6,5631, 3,8754 y 2,1423, respectivamente) (tabla 5).

Discusión

Este estudio fue realizado en una muestra seleccionada de pacientes (muestreo no probabilístico) incluidos de manera oportunista, lo cual limita la extrapolación de resultados en los pacientes estudiados a la población general hipertensa, aunque no compromete, a nuestro criterio, el objetivo principal del estudio, que es la valoración de la DS en las condiciones reales de la práctica clínica.

El hallazgo de una prevalencia global de DS en nuestros pacientes del 30,7 % no supone, por tanto, que la población general hipertensa de nuestro país presente esa tasa de DS.

No se pretende establecer una relación causa-efecto entre un fármaco y la reacción detectada en la esfera sexual, ya que no hemos aplicado metodología para definir el grado de causalidad entre un fármaco y una reacción adversa, si bien es cierto que en función de las preguntas planteadas en el cuestionario se puede considerar como muy probable la relación causal. La mejor manera de aproximarnos a la situación real de las DS ocasionadas por fármacos antihipertensivos sería realizar estudios bien diseñados, con utilización de criterios de valoración de causalidad (algoritmo de Karck y Lasagna¹⁵), a ser posible randomizados, doble ciego, que engloben a todos los grupos etarios y que incluyan a todos los fármacos antihipertensivos, idealmente comparados frente a placebo. Las dificultades son obvias y tenemos que conformarnos con obtener la información a partir de casos puntuales (cartas), notificación espontánea del médico, e información directa del paciente (entrevista). En este sentido, algunos autores refieren un incremento significativo en la incidencia de DS cuando se pregunta directamente a los pacientes en comparación a la DS comunicada espontáneamente¹⁶, y aún se observan mejores resultados cuando el cuestionario de calidad de vida del área sexual se realiza de forma confidencial¹⁷.

Por estas consideraciones nuestra aproximación desde la AP se fundamenta en la utilización del cuestionario de autocumplimentación como instrumento mejor aceptado por el paciente, siempre que se utilice un diseño cuidadoso con terminología adecuada^{17, 18}. En nuestro ca-

so fueron repartidos personalmente por la enfermera o facultativo, con explicación de los objetivos del estudio y sin detectar problemas en la autocumplimentación, como pudimos comprobar en la prueba piloto realizada a 60 pacientes.

Para determinar la fiabilidad de un test lo ideal es utilizar el concepto de repetibilidad, que consiste en estudiar si un cuestionario proporciona resultados similares cuando se aplica en más de una ocasión a una misma persona, pero también se puede evaluar la fiabilidad de forma indirecta a través del concepto de consistencia interna^{19, 20} referido al grado de concordancia entre varias variables que miden el mismo fenómeno. En la encuesta utilizada las variables-preguntas existentes fueron dicotómicas, lo que nos obligó a utilizar una variante metodológica de la habitual, utilizando la fórmula de Kuder-Richardson (KR-20), que obtuvo un buen índice (0,69) al procesar cinco ítems.

No hemos encontrado en la literatura científica datos con un tamaño adecuado sobre prevalencia de las DS en el paciente hipertenso en nuestro país, referidos a AP, y muy pocos estudios, bien diseñados, valoran la prevalencia de DS en nuestro medio. En uno de ellos²¹, realizado con una metodología correcta y que valora la actividad sexual en ancianos (> 60 años), un 26 % de varones presentó disfunción eréctil y un 8 % trastornos eyaculatorios, mientras que el trastorno más prevalente en las mujeres fue la disfunción orgásmica con un 62 %. No se analizaron las posibles relaciones con enfermedades crónicas y/o consumo de fármacos. En este sentido hay que señalar que este aspecto es muy importante, ya que, si bien la mayoría de DS tienen una etiología multifactorial, determinadas enfermedades crónicas causan o están asociadas a DS con mucha frecuencia (diabetes, ansiedad, depresión, cardiopatías, accidente cerebrovascular, etc.) y muchos fármacos de uso rutinario en nuestras consultas pueden generar alteraciones en la función sexual²², por ello se consideró imprescindible la exclusión de estos pacientes a la hora de ser seleccionados.

Los varones presentaron DS con más frecuencia que las mujeres, no encontrando relación significativa con la edad, con el nivel de instrucción y con la antigüedad de la HTA, como era de esperar por estudios previos²³.

En el estudio THOMS²⁴ (ensayo clínico randomizado y doble ciego), donde se comparan cinco antihipertensivos frente a placebo en la valoración de DS, los trastornos de la función sexual al inicio fueron de un 19,3 %, aumentando con la edad (rango: 45 a 69 años) y con una prevalencia mayor en los varones, si bien en este estudio los pacientes no tomaban fármacos antihipertensivos antes de ser incluidos;

además, el 35 % de las mujeres frente al 15 % de los varones estudiados no tenían pareja estable; la mayoría de los encuestadores eran varones, lo que puede haber influido en la respuesta de las mujeres, y no se preguntó sobre el grado de satisfacción sexual. Como apuntan algunos autores, la edad^{11, 25, 26} por sí misma no debe ser considerada como un factor etiológico de la DS; la variabilidad individual en la actividad sexual de las personas mayores indica que el declinar de la sexualidad no es un resultado inevitable del envejecimiento.

La prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos no tratados, tratados con placebo y con fármacos es muy variable, oscilando según las series entre el 3 % y el 28 %²⁷⁻³⁰. En nuestro estudio fue elevada, coincidiendo con otro estudio realizado en población tratada con fármacos antihipertensivos³¹, pero no se relacionó con la edad, la antigüedad del tratamiento ni con los fármacos. No encontramos una relación entre cifras de PA y disfunción eréctil como apuntan algunos autores³¹, y en consonancia con otros que opinan que los mecanismos por los cuales se produce esta anomalía obedece a muchos y variados factores de tipo hemodinámico, hormonal, neurogénico y psicogénico²⁷.

En las mujeres el trastorno más prevalente fue la disminución del apetito sexual. En este hecho posiblemente influye que la mayoría de mujeres son mayores de 50 años, muchas de ellas en la perimenopausia, que, conjuntamente con factores psicológicos y socioculturales, pueden contribuir a la disminución notable en el interés y actividad sexual³², aunque el cese de la función hormonal en la menopausia, por sí mismo, no afecta el deseo sexual, ya que la afectación viene determinada por los cambios psíquicos y fisiológicos.

En la muestra estudiada el grado de satisfacción sexual fue relativamente bajo, con una actividad sexual reducida, coincidiendo con autores que correlacionan la satisfacción sexual en función de la actividad sexual y de los patrones y expectativas individuales³³, considerando además que nuestro estudio infiere sobre una población específica de pacientes hipertensos que pueden condicionar el hallazgo encontrado.

Los datos existentes sobre la imputabilidad de DS a los fármacos antihipertensivos son contradictorios; diversos estudios comparativos consideran que los IECA y los calcioantagonistas tienen un perfil más favorable que diuréticos y β -bloqueantes, tanto en varones como en mujeres³⁴⁻³⁸, en otros no se encuentran diferencias^{39, 40}, y en el estudio TOMHS (donde se comparan acebutolol, amlodipino, clortalidona, doxazosina, enalapril y placebo) la incidencia de DS a los 24 y 48 meses es similar entre todos los grupos estudiados, incluido placebo.

Esta discrepancia de resultados puede estar originada por el desconocimiento que tenemos del origen exacto del proceso. En muchos casos no se sabe si el problema está ocasionado por los fármacos o por la propia enfermedad vascular hipertensiva (la HTA es considerada como un factor de riesgo para la disfunción eréctil⁴¹), en cuyo caso entrarían en consideración otros factores: causa de HTA, evolución, repercusión orgánica, etc., pasando a un segundo plano el tipo de fármaco.

En cualquier caso, lo realmente importante es la detección de la DS; la posible implicación de fármacos precisa de un análisis detallado dada la etiología multifactorial de la misma. Concluimos en la necesidad de incorporar, en la evaluación clínica de pacientes con enfermedades crónicas, como la HTA, de protocolos específicos que evalúen la función sexual y permitan detectar DS. El profesional de Atención Primaria debe estar suficientemente formado en sexología para informar a sus pacientes sobre las consecuencias de determinadas enfermedades o el efecto de algunos fármacos sobre la actividad sexual. Si queremos mejorar la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico habrá que seleccionar el fármaco más idóneo, y considerar los efectos adversos que pueden ocasionar las distintas familias de antihipertensivos.

Aun conociendo la posibilidad de generar alteraciones de la función sexual con antihipertensivos, queda mucho por saber sobre la prevalencia y los factores que influyen en la aparición de la DS en el paciente hipertenso, y por tanto son necesarios más estudios, especialmente diseñados para ello, continuando en esta línea de investigación.

Bibliografía

- Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, De la Cruz JJ, De Andrés B, Rey J. Mortalidad relacionada con la hipertensión y la presión arterial en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 489-494.
- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Consenso para el Control de la Hipertensión Arterial en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997; 20:180-184.
- Córdoba R. Reacciones adversas a los fármacos antihipertensivos. *Aten Primaria* 1996; 8:112-120.
- Anónimo. Disfunción sexual y fármacos. *Bol Farmaco Com Val* 1996; 36:530-533.
- Croog SH, Levine S, Testa MA, Oberon J, Wer HD, Yendt ER, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J Med* 1986; 314:1.657-1.664.
- Report of Medical Research Council Working Party on Mild to Moderate Hypertension. Adverse reactions to bendrofluzide and propranolol for the treatment of mild hypertension. *Lancet* 1981; 2:539-543.
- Curb JD, Borhani NO, Blazkowski TP, Zimbaldi N, Fotiu S, Williams W. Long-term surveillance for adverse effects of antihypertensive drugs. *JAMA* 1985; 253:3.263-3.268.
- Bulpitt CJ, Dollery CT. Side effects of hypotensive agents evaluated by a self administered questionnaire. *Br Med J* 1973; 3:485-490.
- Croog SH, Levine S, Sudilovsky A, Baume RM, Clive J. Sexual symptoms in hypertensive patients. A clinical trial of antihypertensive medications. *Arch Intern Med* 1988; 148:788-794.
- Anónimo. Drugs that cause sexual dysfunction: an update. *Med Lett Drugs Ther* 1992; 34 (87):73-78.
- Merino MJ, Pedregal JA, Bousoño M, Bobes J, Díaz J. En: Bobes J, Bousoño M, González P, eds. Manual de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria. Oviedo, 1995; 259-274.
- Van der Hofstadt C, Ruiz MT. Alteraciones de la función sexual: análisis de factores condicionantes de una atención sanitaria efectiva. *Med Clin (Barc)* 1994; 103:125-128.
- Llisterri J, Argaya M, Garrido Y, Mora B, Baixauli S, Baño J. Calidad de vida en la esfera sexual en el paciente hipertenso en Atención Primaria. *Hipertensión* 1999; 4:19-25.
- Karck FE, Lasagna L. Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1977; 21:247.
- Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A. Disfunción sexual secundaria a ISRS. Análisis comparativo en 308 pacientes. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1996; 6:311-321.
- Ferrández J. Disfunciones sexuales. *FMC* 1997; 2:90-103.
- Hjemdahl P, Wiklund IK. Quality of life on antihypertensive drug therapy: scientific end-point or marketing exercise. *J Hypertens* 1992; 10:1.437-1.446.
- Kelsey JL, Thompson WD, Evans A. Methods in observational epidemiology. New York: Oxford University Press, 1986.
- Benett AE, Ritchie K. Questionnaires in medicine: a guide to their design and use. Londres: Oxford University Press, 1975.
- Noguerol M, Berrocal M, de Alaiz AT, Pérez N, López A, Piñera R, et al. Actividad sexual en ancianos en un medio rural. *Aten Primaria* 1996; 3:105-110.
- Bohórquez A. Enfermedades crónicas y sexualidad en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 2: 27-62.
- Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990; 19:389-408.
- Grimm R, Grandits G, Prineas R, McDonald H, Lewis C, Flack J, et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension* 1997; 29:8-14.
- Maroto JM, De Pablo C. Problemas de la sexualidad en el paciente anciano con patología cardiovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 2:21-26.
- Montague DK, Barada JH, Belker AM, Levine LA, Nadig PW, Roehrborn CG, et al. Clinical Guidelines Panel on Erectile Dysfunction: Summary report on the treatment of organic erectile dysfunction. *Urol* 1996; 156:2.007-2.011.
- Morá-Maciá J, Henríquez C, Pomeroy JM. Disfunción eréctil en hipertensos. *Hipertensión* 1998; 6:23-28.
- Bulpitt CJ, Dollery CT, Carne S. Changes in symptoms of hypertensive patients after referral to hospital clinic. *Br Heart J* 1976; 38:121-128.
- Oaks WW, Moyer JH. Sex and hypertension. *Med Asp Human Sex* 1972; 6:128.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 154:61.
- Jensen J, Lendorf A, Stimpel H, Frost J, Ibsen H, Rosenkilde P. Prevalencia y etiología de la impotencia en 101 pacientes varones hipertensos. *Am J Hypertens (ed. esp.)* 1999; 1:429-433.

32. Landa J, Ruiz R. Alteraciones ginecológicas. En: Martín-Zurro A, Cano J, eds. Atención Primaria (3.ª ed). Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994; 882-909.
33. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La heterosexualidad. En: Master WH, Johnson VE, Kolodny RC, eds. La sexualidad humana 2. Barcelona: Grijalbo, 1995; 402-434.
34. Suzuki H, Tominaga T, Kumagai H, Saruta T. Efectos de los fármacos antihipertensivos de primera opción sobre la función sexual y las hormonas sexuales. *Am J Hypertens* 1988; 6 (suppl 4):S649-S651.
35. Paran E, Anson O, Neumann L. The effects of diuretics on quality of life of hypertensive patients. *J Hum Hypertens* 1996; 10 (suppl 3):S147-S152.
36. Rosen RC, Kostis JB, Jekelis A, Taska LS. Sexual sequelae of antihypertensive drugs: treatment effects of self-report and physiological measures in middle-aged male hypertensives. *Arch Sex Behav* 1994; 2:135-152.
37. Kroner BA, Mulligan T, Briggs GC. Effect of frequently prescribed cardiovascular medication on sexual function: A pilot study. *Annals of Pharmacotherapy* 1993; 27:1.329-1.332.
38. Kostis JB, Rosen RC, Brondolo E, Taska L, Smith DE, Wilson AC. Superiority of nonpharmacologic therapy compared to propranolol and placebo in men with mild hypertension: a randomized prospective trial. *Am Heart J* 1992; 2:466-474.
39. Steiner SS, Friedhoff AJ, Wilson BL, Wecker JR, Santo JP. Antihypertensive therapy and quality of life: a comparison of atenolol, captopril, enalapril and propranolol. *J Hum Hypertens* 1990; 4:217-225.
40. Fletcher AE, Bulpitt CJ, Chase DM, Collins WCJ, Furberg CD, Goggin TK, et al. Quality of life with three antihypertensive treatments. Cilazapril, atenolol, nifedipine. *Hypertension* 1992; 19:499-507.
41. Jaffe A, Chen Y, Kisch ES, Fischel B, Alon M, Stern N. Erectile dysfunction in hypertensive subjects. Assessment of potential determinants. *Hypertension* 1996; 5:859-862.