

Evaluación del paciente hipertenso: Experiencia de la consulta especializada de hipertensión arterial.

Dra. Margarita Roméu Escobar¹, Dra. Darelis Sabina Molina², Dra. Beatriz Sabina Roméu³.

¹Especialista en I Grado de Medicina Interna. Profesora asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado".Cienfuegos.² Especialista en I grado de Medicina General Integral. Instructora. ³Residente de primer año en Medicina General Integral. Policlínico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja.

RESUMEN

Fundamento: En el Programa Nacional de Control de la Hipertensión Arterial se propuso habilitar consultas especializadas en la atención primaria de salud para estudiar pacientes de difícil control o sospecha de hipertensión arterial secundaria o refractaria al tratamiento. Las consultas especializadas en las policlínicas de la provincia de Cienfuegos no se han implantado o no se realizan con sistematicidad, por lo que evaluar los resultados de una de ellas se convierte en una tarea de investigación para conocer su utilidad. **Objetivo:** Comprobar la utilidad de la consulta especializada de hipertensión arterial en un área de salud para el estudio de los pacientes de difícil control o con sospecha de hipertensión arterial secundaria o refractaria al tratamiento. **Métodos:** Se incluyeron 80 pacientes hipertensos, que asistieron sistemáticamente, entre los remitidos a la consulta especializada, en la policlínica "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de enero del 2002 a enero del 2003. A cada paciente se le realizó interrogatorio, examen físico e investigaciones. Fueron reevaluados periódicamente hasta su compensación o la decisión de continuar estudios especiales. **Resultados:** Solo el 46,25 % cumplía estrictamente el tratamiento. Se encontró alta prevalencia de factores de riesgo vascular. Se identificó retinopatía hipertensiva en el 62,5 % de los pacientes, repercusión cardiovascular en el 40 % y repercusión renal en el 25 %. Dos pacientes tenían hipertensión secundaria. Se logró la compensación del 72,5 % de los pacientes. **Conclusión:** La consulta especializada de hipertensión arterial en la atención primaria de salud resultó muy útil, ya que se logró diagnosticar pacientes con hipertensión secundaria; mejorar ostensiblemente el cumplimiento del tratamiento y compensar a la mayoría

DESCRIPTORES (DeCs): HIPERTENSIÓN /diag,terap; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ABSTRACT

Introduction: In the National Program of Arterial Hypertension Control it was proposed to habilitate specialized consultation units in Health Primary Attention to carry out the study of patients with hard to control hypertension or with suspicion of secondary arterial hypertension or refractory to treatment hypertension. The units have not been implanted in the policlinics of the province of Cienfuegos for what to evaluate the results of one of them turns to be an investigation task to meet its utility. **Objectives:** To corroborate the utility of these units in a given area for the study of the patients with the before mentioned characteristics of hypertension. **Methods:** There were included 80 patients with hypertension which assisted systematically, among the relocated to the specialized consultation at the policlinic "Octavio de la Concepcion y de la Pedraja" from January 2002 to January 2003. Each patient was interrogated, physically examined and investigated. They were reevaluated periodically until their compensation or up to the decision of continuing special studies. **Results:** Only the 46.25% fulfilled the treatment correctly. It was found high prevalence of vascular risk factors. It was identified intensive retinopathy on 62.5% of the patients, cardiovascular repercussion on 40%, and renal repercussion on 25%. Two patients had secondary hypertension. The 72.5 of the patients could be compensated. **Conclusion:** The unit specialized in arterial hypertension of the health primary attention came to be very useful, for the patients could be diagnosed with secondary hypertension; besides, we could better by far the fulfilment of the treatment and compensate the majority.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica más relevante, con frecuencias que oscilan entre 15 y 30 % de la población adulta. En Cuba durante la primera encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas se registró un 30,6 % de prevalencia para zonas urbanas ⁽¹⁾.

Es una evidencia epidemiológica que la HTA es el factor de riesgo más influyente en las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares; su impacto en la insuficiencia renal crónica (IRC) tiende a aumentar. Está estrechamente relacionada con las primeras causas de muerte y es considerada como una enfermedad trazadora en ascenso a nivel mundial, de cuyo control depende en gran medida la disminución de la morbimortalidad de la población adulta ^(2,3).

En el país se determinó que el 75 % de los hipertensos diagnosticados tenían indicado tratamiento; de ellos, sólo el 12,3 % cumplía tratamiento no farmacológico, el 21 % sólo usaba medicamentos; el 42 % utilizaba ambos tipos ; solo el 45,2 % estaba controlado⁽⁵⁾.

En la última década, la tendencia mundial ha sido la reducción de las cifras de tensión arterial que significan normalidad, riesgo y severidad, y por tanto el tratamiento farmacológico es más "agresivo" ^(1, 5-10).

La decisión de utilizar o no, y cuáles hipotensores utilizar, depende de la evaluación previa del paciente que permite estratificar su riesgo según niveles de TA, la presencia de otros factores de riesgo y de lesiones en órganos diana (LOD) ^(1,6,7,11,12).

Las modificaciones del estilo de vida y el tratamiento específico de otros factores de riesgo se mantienen como objetivos permanentes ^(6, 13-15).

La detección precoz de LOD es imprescindible en la evaluación preterapéutica y en la evolución del hipertenso. Existen procedimientos más finos con este propósito ^(16,17), pero aún no estaban disponibles durante esta investigación.

Al reactivarse el Programa Nacional de HTA en 1997, versión que estaba vigente en el momento que se inicia esta investigación, los esfuerzos iniciales en la

Atención Primaria de Salud (APS) se encaminaron a lograr el diagnóstico de todos los hipertensos, dada las grandes diferencias entre los reportes de dispensarizados y los estimados de prevalencia ⁽⁵⁾.

Otro objetivo del Programa Nacional fue lograr la evaluación periódica de cada hipertenso para mejorar la calidad del tratamiento y lograr su control. Se propuso habilitar consultas especializadas, de referencia, en la Atención Primaria de Salud (APS), que viabilizaran el estudio de pacientes con HTA refractaria al tratamiento o sospecha de HTA secundaria ⁽⁵⁾

En el área de salud de las autoras se han estado realizando durante varios años estas consultas especializadas, sin que hasta ahora se analizaran los resultados obtenidos en ellas.

Por todo lo anterior, se declara que el objetivo de la investigación es : comprobar la utilidad de la consulta especializada de hipertensión arterial en un área de salud para el estudio de los pacientes de difícil control o con sospecha de hipertensión arterial secundaria o refractaria al tratamiento.

MÉTODOS

Investigación descriptiva en la cual se incluyeron 80 pacientes hipertensos que asistieron a la consulta especializada de hipertensión arterial de la policlínica Área III, de Cienfuegos, durante el año 2002, remitidos por su médico de familia por hipertensión descompensada.

A cada paciente se le realizó interrogatorio y examen físico. Se revisaron historias clínicas ambulatorias, se le indicaron investigaciones y luego fueron evaluados, ajustándose el tratamiento, con seguimiento semanal, quincenal o mensual según necesidades de cada paciente, hasta lograr compensación y/o decidir estudios especializados.

La clasificación por estadio de la hipertensión, la metodología de la evaluación, así como las pautas de tratamiento se hicieron según normas del Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la HTA del MINSAP, en la versión vigente al comenzar la investigación ⁽⁵⁾.

A cada paciente se le informó resultado de su evaluación y con cada uno de ellos se analizaron las pautas de tratamiento. Se le solicitó llevar registro del cumplimiento de las modificaciones de estilo de vida. Se remitieron los pacientes con obesidad a consulta de homeopatía del área, si no lograban ellos mismos reducir el peso corporal a los dos meses de evolución con dieta y ejercicios. Se hicieron dinámicas de grupo con los pacientes presentes en cada consulta para reforzar cumplimiento del tratamiento.

Se coordinó con los hospitales Hermanos Almeijeira o Clínico-Quirúrgico de Cienfuegos cuando hubo necesidad de hacer estudios especiales para concluir diagnóstico o tratamiento quirúrgico.

Se consideró paciente compensado cuando en las 2 últimas consultas mantuvo tensiones arteriales por debajo de 140-90 mm Hg y, en el caso de a los que tenían evidencia de daño renal o diabetes, por debajo de 130-85 mm Hg.

Se consideró HTA refractaria al tratamiento cuando los pacientes no se compensaron con 3 hipotensores a dosis máximas, siendo uno de ellos un diurético.

Se acordaron las siguientes definiciones operacionales:

Sedentarismo: no realiza ejercicios aeróbicos de 30 minutos o más de duración y al menos 3 veces por semana.

Índice de masa corporal elevado (IMC): se fijó en 27 o más .

Ingestión elevada de sal: cuando el paciente refirió agregar sal a los alimentos cocidos y ensaladas, sin limitación en su uso.

Ingestión de grasa saturada: cuando el paciente refirió comer grasa de cerdo habitualmente.

Los diagnósticos de la repercusión cardiovascular , renal o retiniana al inicio de la admisión del paciente a la consulta se establecieron por historia clínica bien documentada y los diagnósticos finales por resultados obtenidos en la evaluación, a partir de los criterios del Programa Nacional ⁽⁵⁾ .

La clasificación de retinopatía se hizo según criterios de Keith- Wagener ⁽¹⁾, reportadas en el Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial.

Se diagnosticó hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) por índice electrocardiográfico de Sokolow. En algunos pacientes cuando fue posible se realizaron ecocardiogramas.

La proteinuria se diagnosticó por medición en orina de 24 horas.

Los valores límites normales de los exámenes de laboratorio se fijaron en los siguientes parámetros:

creatinina en sangre < 133 mmol/L. ácido úrico en sangre < 400 mmol/L.

colesterol en sangre ≤ 5,16 mmol/L. colesterol de riesgo 5,17 – 6,2 mmol/L.

glicemia en ayuna < 7 mmol/L. proteinuria 0 gr en 24 horas

Se consideran limitaciones de la investigación no haber estado disponibles técnicas más sensibles para diagnosticar HVI, microalbuminuria, lipidograma; ni disponer de ultrasonido para todos los pacientes, en el momento de la investigación.

Se compararon los resultados en relación con el diagnóstico de LOD, adherencia al tratamiento y control de la tensión arterial, al inicio y después de la intervención en la consulta, como indicadores para cumplir el objetivo de la investigación.

RESULTADOS

El grupo estuvo formado por 9 pacientes menores de 30 años (11,25 %); 20 pacientes de 30 a 44 años (25 %); 26 pacientes de 45 a 59 (32,5 %) y 25 pacientes de 60 años o más (31,25 %).

Al ser recepcionados por primera vez, 19 pacientes (23,75 %) fue clasificado en estadio I según niveles de tensión arterial; el 47,5 % en estadio II; 20 % en estadio III y 8,75 % en estadio IV. En términos de la clasificación actual el 76,25 % clasifica en grado 2^(1,7).

Sólo 11,25 % refirieron diagnóstico de hipertensión de menos de 6 meses, la mayoría: 54 pacientes (67,5%) tenían más de 10 años de evolución y el resto entre 6 meses y 10 años.

Tabla No.1. Evaluación de pacientes hipertensos. Duración de la hipertensión

Duración	Nº	%
menos de 6 meses	9	11,25
6 meses – 3 años	6	7,50
4 – 5 años	3	3,75
6 – 10 años	8	10,00
Más de 10	54	67,50
Total	80	100

La presencia de factores de riesgo modificables asociados a la HTA evidenció una notable prevalencia del sedentarismo, índice de masa corporal elevado, ingestión de grasas saturadas, ingestión elevada de sal, e hipercolesterolemia.

Tabla No. 2. Perfil de riesgo de pacientes hipertensos

Perfil de riesgo	Nº	%
Sedentarismo	63	78,75
IMC elevado	51	63,75
Ingesta de grasa saturada	44	55,00
Ingesta de sal elevada	42	52,50
Hipercolesterolemia	41	51,25
Hiperuricemia	29	36,25
Tabaquismo	16	20,00
Diabetes Mellitus	7	8,75
Colesterol de riesgo	6	7,5

Una vez concluida la evaluación de los pacientes, al comparar lo diagnosticado antes de su recepción en la consulta y el resultado final de la evaluación, se hicieron evidentes las diferencias en cuanto a la identificación de lesiones en órganos diana.

Tabla No. 3. Evaluación de los pacientes hipertensos y lesión en órganos diana

Lesión en órganos diana	Al inicio	%	Resultados después de evaluación	%
Repercusión retiniana	1	1,25	50	62,50
Repercusión cardiovascular	16	20,00	32	40,00
Repercusión renal o enfermedad renal conocida	2	2,50	20	25, 00
No se precisa repercusión orgánica	61	76,20	24	30,00

Al inicio sólo un paciente tenía diagnosticado una retinopatía (era diabético). Al ser evaluados en consulta, la prevalencia de retinopatía hipertensiva (en 4 casos mixta: diabética – hipertensiva) se elevó a 62,5 % del total de pacientes. El 70 % se trata de retinopatía hipertensiva grado I-II dado por estrechamientos arteriolas locales o generalizados y aumento del brillo arterial; el 30 % presentó signos retinianos con exudados y hemorragias. No hubo evidencia de papiledema .

Se encontró repercusión cardiovascular (HVI y/o cardiopatía isquémica) en 32 pacientes (40 %) en contraposición a solo 16 pacientes (20 %) que la tenían diagnosticada al inicio.

Al recepcionarlos en consulta, 2 pacientes tenían enfermedad renal conocida (litiasis renal). Al concluir el estudio 20 pacientes (25 %), entre los cuales no estaban los dos anteriores, tenían repercusión renal bien evidente: 14 pacientes con creatinina elevada repetida en dos ocasiones con o sin hiperuricemia o proteinuria y 6 con proteinuria e hiperuricemia y creatininas normales. Los niveles de proteinuria fueron menores de 2 gr.

Solo se pudieron realizar 41 UTS renales, de los que resultaron positivos 7: 4 con aumento de ecogenicidad y 1 con reducción del parénquima renal unilateral con creatininas elevadas. Los otros dos con litiasis tenían creatininas normales.

La mayoría de estos pacientes que presentaron evidencia o indicios de daño renal logró compensarse con el tratamiento impuesto.

En definitiva, si al inicio de la evaluación en 61 pacientes (76, 2%) no se conocía que tuvieran repercusión orgánica de la HTA, al final solo 24 pacientes (30 %) estaban libres de lesiones en órganos diana. En ningún caso se encontró evidencia clínica de insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, ni insuficiencia arterial periférica.

Excepto en dos pacientes, uno con estenosis de una arteria renal y otra con hiperaldosteronismo primario, no hubo evidencia de HTA secundaria en otros pacientes.

La estratificación de riesgo, según normas de referencias^(5,8) quedó resumida de la siguiente forma: grupo A: 5 pacientes (6,25 %); grupo B: 16 pacientes (20 %); grupo C: 59 pacientes (73, 75 %).

Cuando se evaluó el cumplimiento del tratamiento que tenían indicado al ser recepcionados, se observó que solo el 46, 25 % (37 pacientes) refirieron cumplirlo estrictamente; refirieron interrupciones del tratamiento por diversas causas 32,5 %; explicaron que tomaron dosis menores que las indicadas 21,5 %. Las causas de estos incumplimientos fueron diversas: efectos adversos, no disponibilidad del medicamento, percepción de incompatibilidad con horario de trabajo y olvido.

Las modificaciones del tratamiento muestran distintas variantes de cambios efectuados individualmente. En todos los casos se hizo reajuste y reforzamiento de las modificaciones de estilos de vida y tratamiento específico de factores de riesgo en los casos requeridos. En 9 pacientes se mantuvo igual tratamiento, controlándose al reducir ingestión de sal y peso corporal; se compensaron 3 con solo modificar efectivamente su estilo de vida. Dos pacientes recibieron

tratamiento quirúrgico: mujer con hiperaldosteronismo primario diagnosticada por cuadro clínico y tomografía de suprarrenales con diagnóstico posoperatorio de adenoma suprarrenal y hombre con estenosis de una arteria renal diagnosticado por arteriografía. A ambos se les pudo reducir el número y dosis de los hipotensores después de la cirugía.

Tabla No.4. Modificaciones en el tratamiento

Modificaciones	No	%
Cambio de hipotensores	29	36,25
Inicio de uso de hipotensores	11	13,75
Aumento de dosis y cambio	14	17,50
Aumento de dosis	12	15,00
Igual tratamiento	9	11,25
Solo modificaciones del estilo de vida	3	3,75
Tratamiento quirúrgico y reducción de hipotensores	2	2,50
Reajuste de modificaciones de estilo de vida	80*	100

*Se utilizó homeopatía, dinámicas de grupo y autorregistro de éxitos.

Los resultados finales de la intervención fueron satisfactorios, se logró compensar a 72,50 %; 17, 5 % no compensados por interrupciones en el tratamiento y 8 pacientes que fueron refractarios a las distintas variantes del tratamiento (10 %) que continuaron en estudio.

Tabla No. 5. Resultados finales de la intervención

Resultado final		No	%
Compensados		58	72,50
No compensados	Interrupciones del tratamiento	14	17,50
	Refractariedad. En estudio actualmente	8	10,00

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes estudiados eran adultos maduros, con larga evolución de la HTA y descompensados, que aun bajo tratamiento farmacológico fueron clasificados como hipertensos moderados o severos. La persistencia de HTA sostenidamente alta es un elemento deletéreo estrechamente relacionado con LOD y muertes prematuras ⁽⁴⁾. Agréguese a esto un perfil de riesgo inadecuado, con un patrón metabólico muy desfavorable.

Las alteraciones metabólicas asociadas a la HTA, condicionadas por marcadores genéticos y ambientales están bien establecidas como muy influyentes factores en la morbimortalidad del hipertenso. Estas alteraciones junto a otras conforman el síndrome metabólico hipertensivo, que acelera el estrés oxidativo, el daño vascular y la disfunción endotelial ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Particular importancia conferimos a la hiperuricemia encontrada, reconocida por algunos como factor de riesgo cardiovascular independiente, quizás asociada en parte al uso de tiazidas o como parte del síndrome metabólico hipertensivo; así como a la frecuencia elevada de hipercolesterolemia, por encima de los niveles encontrados en investigación similar. ^(18,19)

A pesar de que hubo sólo siete diabéticos, vale señalar la importancia del control de la HTA para la supervivencia de estos pacientes. ^(10,20)

El hecho de que la mayoría de los pacientes presentaran LOD, aun con investigaciones de baja sensibilidad, es consecuencia de todo lo anterior.

La retinopatía hipertensiva es una complicación conocida que se ha relacionado en los últimos años con factores que inhiben el óxido nítrico y que se expresa por signos arteriulares y con menor frecuencia por signos retinianos ⁽²¹⁾.

Los graves efectos de la HTA sobre el sistema cardiovascular han sido bien demostrados y dentro de ellos se destacan como alteraciones estructurales muy relevantes el remodelado vascular y la hipertrofia ventricular izquierda ^(22,23).

Se ha reportado que del 21 % al 29 % de los hipertensos desarrollan insuficiencia renal crónica y antes de que ésta se haga ostensible, la presencia de albuminuria es evidencia de daño renal. La microalbuminuria se ha asociado a la disfunción

endotelial sistémica y es considerada un predictor independiente de morbimortalidad cardiovascular ⁽¹⁶⁾.

Se debe resaltar que la mayoría de las complicaciones retinianas, cardiovasculares y renales no habían sido diagnosticadas previamente y aunque el grupo estudiado no es representativo de la población general de hipertensos, vale como ejemplo para confirmar la necesidad de evaluar sistemáticamente a los hipertensos aun en ausencia de manifestaciones clínicas que son generalmente tardías.

Las autoras opinan que la estratificación de riesgo aceptada por el Programa Nacional, permitió establecer prioridades de tratamiento y hacerlo más efectivo, con independencia de las polémicas que se observan en la literatura especializada, sobre el beneficio o perjuicio de uno u otro hipotensor. ^(6-9,11,12,22).

Al evaluar la fidelidad al tratamiento se encontraron problemas, por demás frecuentes y conocidos cuando de tratamiento antihipertensivo se trata., la mayoría de los cuales fueron resueltos. El abandono del tratamiento hipotensor es un problema a nivel mundial, de ahí la tendencia al uso de medicamentos de acción lenta para mejorar su aceptación y la importancia que tiene la educación del paciente ^(6-8,14,18).

La reducción de la necesidad de hipotensores luego de operada la paciente con hiperaldosteronismo es un resultado satisfactorio. Expertos en el tema han logrado la normalización de la tensión arterial en el 33 % de los pacientes operados ⁽²⁴⁾.

Los hipotensores más utilizados fueron los betabloqueadores, anticálcicos, diuréticos e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). En los pacientes con perfil metabólico deteriorado priorizamos el uso de anticálcicos, IECA o metildopa. En los pacientes con evidencias de cardiopatía isquémica preferimos el uso de betabloqueadores y en los ancianos priorizamos el uso de diuréticos.

No estaban disponibles hipotensores de acción retardada, ni antagonistas de receptores de angiotensina II, cuyo uso está en ascenso en otros países ⁽⁹⁾.

En términos generales la decisión sobre cuál hipotensor utilizar estuvo fundamentada en el análisis individual, ponderando beneficios-efectos colaterales, como se aconseja habitualmente ^(1,5-9,11).

A pesar de que la mayoría de los pacientes eran hipertensos de larga evolución, con perfil de riesgo muy desfavorable y alta frecuencia de lesiones en órganos diana, se logró mejorar el cumplimiento del tratamiento no farmacológico y farmacológico y en consecuencia compensar a la mayoría. Por tanto, se infiere que en la mayor parte de los pacientes la persistente descompensación que motivó la remisión a consulta especializada se debió a estrategias ineficaces de tratamiento, por lo que debe mejorarse la evaluación previa de los pacientes en los consultorios médicos antes de remitir a la consulta especializada.

Otro beneficio de estas consulta es el acceso rápido a medios diagnósticos y terapéuticos a través de la gestión del equipo de trabajo.

A juzgar por los resultados alcanzados, en términos de detección de LOD, adherencia al tratamiento y control de la tensión arterial, las autoras consideran que la consulta especializada de HTA en la APS constituye una ayuda de inestimable valor para el médico de la familia, cuyo trabajo no sustituye sino complementa. Por otra parte, pudiera reducir los gastos por ingresos hospitalarios para estudio de pacientes hipertensos en servicios de Cardiología, Nefrología y Medicina Interna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Caballero Pérez D, Cordiés Jackson L, Vázquez Vigoa A, Serrano Verdura C. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial [en línea]2004 [fecha de acceso: enero de 2005]. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/guia_cubana_de_tratamiento_para_la_hipertension_arterial.doc
- 2- Kearney P M, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton P K, He J. Global Burden of Hypertension: Analysis Worldwide Data. The Lancet 2005;365:217-223.
- 3- Kuschnir JR. ¿Qué enseñanza nos ha dejado 100 años de investigación en hipertensión arterial? Conferencia Hipertensión Arterial. Universidad de Córdoba. Argentina. [en línea]2004 [fecha de acceso: enero de 2005]. URL disponible en: http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_historia.pdf.
- 4- Trujillo Fernández R, Mozo Larrinaga R, Néstor Oquendo D. Hipertensión arterial asociada con otros factores de riesgo. Rev Cubana Med Milit [en línea]2001 [fecha de acceso: noviembre de 2004];30(2): URL disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med>.
- 5- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integ. 1999; 15 (1): 46-87.
- 6- Organización mundial de la Salud. Declaración sobre el manejo de la Hipertensión Arterial [en línea.]2003 [fecha de acceso: diciembre de 2004]. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/declaracion_traducida_oms_2003_sobre_hta.pdf.

- 7- Chovanian A V, Bakris G L, Black H R, Cushman W C, Green L A, Izzo J L, et al. Seventh report of The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003; 42: 1206-1252
- 8- Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of J.N.C. *Arch Intern Med*. 1997;157(5): 2413-45.
- 9- García del Pozo J, Ramos Sevillano E, De Abajo F J, Campos Mateo R. Utilización de antihipertensivos en España. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57(3): 241-9
- 10- Herrera Acosta J. Hipertensión Arterial y Nefropatía. La terapéutica basada en la evidencia. *Archivos de Cardiología de Mexico*. [en línea]2003[fecha de acceso: enero de 2005];73(1). URL disponible en :http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertension_arterial_y_nefropatia_basada_en_evidencia.pdf.
- 11- Williams B, Poulter N R, Brown M J, Davis M, McInnes G T, Potter J F, et al. Guide line for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society 2004. *Journal of Human Hypertension* [en línea]200[fecha de acceso: enero de 2005];18. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/bhs_guidelines_4ta.pdf.
- 12- Diógenes E, Llops E, Dánes I, Arnau J M. Actualización en el tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Atención Primaria*. [en línea]2004[fecha de acceso: enero de 2005];33(7): URL disponible en: http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_manejo.pdf
- 13- Appel LJ, Ghampagne C, Harsha D, Cooper L, Obarzanek E, Elmer P. Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Blood Pressure Control. *JAMA*. 2003;289(16): 2083-93.
- 14- Butler RN, August P, Ferdinand K, Phillip R, Rocella EJ. Hypertension: Therapeutic Approach to Weight Loss, Exercise, and Salt Intake. *Geriatric*. 1999; 54 (5): 42-54.

- 15- Fuenmayor N, Moreira E, Cubeddu LX. Salt Sensitivity is Associated with Insuline Resistance in Essential Hypertension. *Am J Hypertens*1998;4: 397-402.
- 16- Ruilope L M. Relevancia Clínica de la microalbuminuria en la hipertensión. *Tendencias Internacionales en Hipertensión*.1999; 4(7):10
- 17- Rahn KH. Evaluación del daño de los órganos blancos en la hipertensión. *Tendencias Internacionales en Hipertensión*.1999;4:2-3.
- 18- Mendoza P. Tratamiento del paciente con colesterol de LDL ideal. *Arch Cardiol Mex*. 2003; 73(1): 98-102
- 19- Fleitas Estévez A S. Síndrome X. Alto riesgo de enfermedad arterial. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc [en línea]*2002[fecha de acceso: junio de 2003];3(1). URL disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med>
- 20-Tenenbaum A, Fisman E, Boyko V, Goldboust U, Awerbach I, Shemesh J, et al. Prevalence and Prognostic Significancia of Unrecognised Systemic Hypertension in Patient with Diabetes Mellitus and Healed Miocardial Infarction and/or Stable Angina Pectoris. *Am J Cardiol*. 1999; 84: 326-334
- 21- Sainz González de la Peña B, Vázquez Vigoa A, de la Noval García R, Dueñas Herrera A, Quirós Luis J J, Debs Pérez G. Hipertensión arterial y alteraciones del fondo de ojo. Estudio de 232 pacientes. *Rev Cubana Med[en línea]* 2002[fecha de acceso: junio de 2003] ;41(4). URL disponible en :<http://bvs.sld.cu/revistas/med/>
- 22- González Juanatey JR, Pose Reino A, García Acuña JM, González Juanatey C, Valdez I, Gil de la Peña M, et al. Maintenance of Blood Pressure Control and Left Ventricular Performance with Small Dose of Enalapril. *Am J Cardiol*. 1999;83: 719-723.
- 23- Monster A, Agostino D, Silbershatz H, Sytkowsky P, Kannel W, Grobbee D, et al. Trends in the Prevalence of Hypertension, Antihypertensive Theraphy and Left Ventricular Hypertrophy from 1950 to 1989. *N Engl J Med*. 1999;340: 1221-1227.

- 24- Sawka AM, Young WF, Thompson GB, Grant CS, Farley D , Leibson C, et al. Primary Aldosteronism. Factors Associated With Normalization of Blood Pressure After Surgery. *Ann Intern Med.* 2001; 135(4): 258-261

Cienfuegos, 20 de enero 2005.

Carta de declaración

A editor Revista Medisur:

Por este medio declaro que el artículo titulado: "Evaluación del Paciente Hipertenso. Experiencia de la Consulta Especializada.", no ha sido enviado a otra revista .

Saludos cordiales,

Dra. Margarita

Roméu Escobar.