Artículos especiales

Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018

Arterial Hypertension: Figures to Define it at the Onset 2018

Alfredo Darío Espinosa Brito[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Espinosa-Brito A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 16]; 8(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/594

Resumen

La hipertensión arterial es un reconocido problema de salud, pero aún en nuestros días, no parece fácil determinar de manera factible e inequívoca, quiénes son hipertensos y quiénes no, en una comunidad y en un momento dado. Las cifras de presión arterial a partir de las cuales se ha considerado a una persona como hipertensa, se han modificado en el transcurso del tiempo, según los conocimientos, las evidencias disponibles y las opiniones predominantes en cada momento y lugar. Las guías constituyen herramientas metodológicas con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica, además de garantizar la seguridad de los pacientes. Se abordan en este trabajo aspectos polémicos relacionados con los nuevos cambios en las cifras consideradas para el diagnóstico y el control de esta condición, a propósito de la publicación de las últimas guías para el diagnóstico y el manejo de la hipertensión arterial en el 2017. El equilibrio armónico entre los conocimientos actualizados, sistematizados y adecuados procedentes de las guías, el juicio clínico correcto y la ética de la profesión en el cuidado de los enfermos –también de los hipertensos-, constituye la combinación ideal de todo acto médico.

Palabras clave: hipertensión, epidemiología, diagnóstico, prevención de enfermedades

Abstract

Arterial hypertension in a known health problem but still it does not seem to be easy to determine in a feasible and unequivocal, who suffers from hypertension or not, in a community at a given moment. Blood pressure figures, from which it has been considered a patient as hypertensive, have been modified in time according to the knowledge, available evidence and predominating opinions in each moment and place. Guidelines constitute a methodological tool with the purpose of improving the quality of the medical care. And guarantee the patients safety. Controversial aspects are approached related to the new changes on the figures considered for the diagnosis and control of this condition concerning the publication of the last guidelines for the diagnosis and management of arterial hypertension in 2017. The harmonic balance between the updated knowledge, systematized and adjusted from the guidelines, the correct clinical judgment and the professional ethics in caring for the patients, including hypertensive, constitutes the ideal combination for all medical performance.

Key words: hypertension, epidemiology, diagnosis, disease prevention

Recibido: 2018-01-17 12:19:06
Aprobado: 2018-01-18 09:32:32

Correspondencia: Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. alfredo_espinosa@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye un reconocido problema de salud, tanto por su elevada frecuencia, por las consecuencias y discapacidades que provoca, así como por su repercusión en la mortalidad. Sin embargo, en pocas ocasiones en la historia de la medicina han existido tantos malos entendidos y errores, como en la historia de la HTA, por lo que aún en nuestros días, no parece fácil determinar, de manera inequívoca, quienes son realmente hipertensos y quienes no, en una comunidad, o en la atención médica individual a una persona, en un momento dado.[1] Además, es difícil, también, mantener un adecuado y estable control de los que ya se consideran como hipertensos.[2]

Se conoce hoy que, aunque la HTAes mucho más que tener cifras elevadas de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) por encima de los valores que se consideren como "normales" -incluso cuando se siguen todas las recomendaciones para la medición adecuada de la PA y evitar falsos positivos y falsos negativos-, sin embargo, la elevación de las cifras de presión arterial (PA) constituyen un aspecto crucial de su diagnóstico, seguimiento y control.

Pero, estas cifras son variables cuantitativas de distribución continua, y como prácticamente todas las variables fisiológicas, la determinación de sus valores en la población muestran una curva de distribución normal (la famosa campana de Gauss), por lo que realmente no existe una barrera definida entre la que se pudiera considerar como una presión arterial "normal" y una presión arterial "alta".[3] Los límites (cifras) a partir de los cuales se ha considerado a una persona como hipertensa siempre han sido artificiales, arbitrarios, en ocasiones ambiguos, y se han sustentado, sobre todo,en criterios estadísticos, de pronóstico, de expertos y operativos.[4-14] Estos criterios han estado generalmente basados en los niveles de riesgo cardiovascular, de nuevo a partir de opiniones de expertos y de diversas investigaciones. Es así que las cifras que se han adoptado como criterios de HTA se han ido modificando en el transcurso del tiempo,según los conocimientos, las evidencias disponibles y las opiniones predominantes en cada momento y lugar pues, como se expresaba, la barrera entre lo normal y lo patológico siempre será artificial, al igual que todas las dicotomías simplistas que se apliquen al complejo proceso de salud/enfermedad del ser humano. En otras palabras, una persona puede haber sido clasificada como hipertensa (o no) -incluso por el mismo médico-, en dependencia de la época en que se ha atendido, de las condiciones y el número de las tomas de la presión arterial que se le ha realizado, además de contar, como uno de los factores más importantes, con los diferentes criterios que se adopten para definir la HTA en cada momento y lugar.[1] A este aspecto nos referiremos fundamentalmente en este trabajo.

Al decir de Flichtrentei, "Gran parte de la medicina actual es un ejercicio de futurología sustentado en probabilidades estadísticas de grandes poblaciones. Tratamos "riesgos" más que "hechos", "posibilidades" más que "sucesos". Sin embargo, casi toda nuestra formación académica se orienta –o se ha orientado hasta hace poco- al reconocimiento de enfermedades concretas mediante el uso reglado de la clínica. Las habilidades cognitivas imprescindibles para uno u otro enfoque son muy diferentes".[15] Y esto no se debe perder de vista.

DESARROLLO

Un poco de historia

Para que se tenga una idea de la complejidad de este aspecto a nivel mundial y el desacuerdo que ha existido sobre las cifras de PA para considerar el diagnóstico de HTA, a continuación se muestra cómo se abordaba este asunto en dos textos clásicos, muy influyentes en el pensamiento médico de hace unos 60 años (coincidentes con la fecha de formación universitaria del autor). Es de consignar que ya se insistía en que se requerían determinadas condiciones para tener en cuenta los valores de PA que se obtenían: número de tomas, el estado de la persona, el equipo ideal a utilizar, el lugar y el momento adecuados, etc. Todas estas cuestiones, siempre importantes, se han ido perfeccionando con nuevas recomendaciones a partir de entonces, pero que no se abundará aquí en ellas, sin dejar de reconocer su valor, pues no es propósito tratarlas en este trabajo, y se dan por sobreentendidas y sabidas.

El clásico texto, Enfermedades del Corazón de *Charles K. Friedberg* sobre este tema decía: "No hay acuerdo general sobre la línea divisoria entre la presión sanguínea normal y la elevada. Fundándonos en estimaciones de la presión sanguínea en las personas normales, en estudios de vigilancia de personal militar y en datos de

mortalidad de las compañías de seguros, nosotros consideramos la elevación persistente de la presión sanguínea diastólica por encima de 90 mmHg como hipertensión diastólica. Sin embargo, en personas mayores de 50 años, se han considerado probablemente normales presiones diastólicas hasta de 95 o incluso 100 mmHg. Correspondiendo a estas presiones diastólicas, la presión sistólica de 150 mmHg y más, se ha considerado hipertensión sistólica en personas menores de 50 años. Pasada esta edad suele considerarse normal una presión sistólica de 160 a 170 mmHg." Sin embargo, más adelante acota: "Parece comprobado que en cualquier grupo de edad la frecuencia de complicaciones cardíacas, renales y cerebrales y la mortalidad son mayores cuando la presión diastólica excede de 90 mmHg y la sistólica de 140 mmHg, que cuando las cifras correspondientes son menores".[16]

En otro texto también muy reconocido de la década de los 60 del pasado siglo, Enfermedades Cardiovasculares, de los autores *David Sherfy Linn J. Boyd*, en su capítulo 20, Hipertensión, se expresaba: "En uno de los primeros estudios clínicos sobre la presión sanguínea, *Samuel Siegfried Karl Ritter von Basch* (1837-1905) - quien diseñó el primer esfigmomanómetro de mercurio para la medición no invasiva de la presión arterial y también un esfigmomanómetro de resorte, precursor del actual equipo aneroide - consideraba que una PAS de 150 mmHg representaba el límite superior del nivel normal. Una PAD de 100 mmHg se ha considerado la PAD superior". Y a continuación, refería: "Un estudio realizado por el *Joint Committee of the Association of Life Insurance Medical Directors of América* ha demostrado, sin embargo, que los valores por encima de 140/90 mmHg son definitivamente patológicos en cualquier edad. A veces, sobre todo en sujetos jóvenes, existe tan solo una elevación de la presión sanguínea diastólica, permaneciendo la sistólica dentro de límites normales. En tales casos está justificado el diagnóstico de hipertensión."[17]

Hace solo 20 años, en la 17ma Conferencia Internacional de la Liga Mundial de Lucha contra la Hipertensión celebrada en Montreal, Canadá en 1997, donde participaron expertos en representación de 27 Sociedades Científicas Nacionales de Hipertensión Arterial de otros tantos países,[14] seguían el criterio (más "sensible", pero con mayores posibilidades de incluir un número elevado de falsos positivos) de losV, VI y VII Informes del *Joint National Committee* (JNC) de HTA en los Estados Unidos de América,[6-8] publicados en la década de los 90, de fijar como "cifras límites" o barrera imaginaria, para considerar a un paciente con HTA, las cifras ≥140/90 mmHg. Mientras las otras 13 sociedades,empleaban las cifras ≥160/95 mmHg (criterio más "específico", pero con mayores posibilidades de dejar fuera un número elevado de falsos negativos). Esta última "línea divisoria" primó universalmente en la segunda mitad de los años 70 y en los 80 y aún en el nuevo siglo se aceptaba en algunos países. Por solo un voto prevaleció el criterio de ≥140/90 en la mencionada reunión de expertos, pero el asunto en el caso de la HTA no es de democracia, sino de conceptualización.[18]

Las cifras en Cuba

En Cuba,en el primer Programa Nacional de Hipertensión Arterial de 1975, al frente del cual se encontraba el profesor Ignacio Macías Castro, se definió, que para catalogar a una persona como hipertensa, sus cifras de PA debían ser ≥160/95 mmHg.[19]

En el Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna de 1984 (conocido popularmente como Normas de Medicina Interna, en su segunda versión) se mencionaba: "serán clasificados como hipertensos de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (señalados en el Programa de Hipertensión y con los cuales trabaja la Comisión de Hipertensión de Cuba) aquellos sujetos que se encuentren incluidos, o por encima, en las cifras que para cada intervalo de edades se señalan a continuación": [20] (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de hipertensión arterial. Cuba 1984

De 15 a 19 años	140/90 mm Hg
De 20 a 29 años	150/90 mm Hg
De 30 a 64 años	160/95 mm Hg
65 años y más	170/95 mm Hg

Tomados de: Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna, 1984

En las Guías del Proyecto Global de Cienfuegos, publicadas por primera vez en 1994[21] y luego

revisadas en el Proyecto CARMEN de Cienfuegos, en 2005,[22] se aceptaron las cifras de ≥140/90mmHg.

La Guía Cubana de Hipertensión Arterial (GCHTA), como habitualmente se le conoce, tuvo su origen en el Programa Nacional de Hipertensión de fines de siglo, editado en el año 1998, y distribuido en todo el país, en esa guía entonces se adoptaron prácticamente los mismos criterios del *Joint National Committe* en su versión 7 en cuanto a las cifras para considerar a un adulto como hipertenso, cifras de ≥ 140/90 mmHg. Se han sucedido ediciones de esta Guía en los años 2003, 2006 y 2008, basadas en actualizaciones acordes al desarrollo de los conocimientos y aportes de importantes documentos como el mencionado JNC norteamericano y las guías editadas por la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y la *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido, entre otras, así como en la experiencia profesional de los miembros de la Comisión Nacional de HTA, pero que no variaron los límites de las cifras antes señalados.[23]

En el 2017 se ha publicado la versión más reciente de la Guía Cubana de Hipertensión Arterial (GCHTA) en un Suplemento Especial de la Revista Cubana de Medicina, donde se mantiene la definición de la HTA como la elevación de la PAS a 140 mmHg o más, o la PAD a 90 mmHg o más, o ambos valores inclusive. Esta definición es aplicable para los adultos. En los niños están definidas, en dicho documento, otras cifras o valores de la PA según su edad, sexo y talla.[23]

Asimismo, la mencionada GCHTA de 2017 añade que en la práctica clínica se definen otros tipos de HTA: [23]

- HTA sistólica aislada. Es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera así cuando la PAS es igual o mayor de 140 mmHg y la PAD es menor de 90 mmHg.
- HTA de bata blanca. Se considera con este tipo de HTA a las personas que tienen elevaciones de la PA frente al médico y es normal cuando es medida por personal no médico fuera de ese contexto (familiares, vecinos, enfermeros u otras personas o técnicos).
- HTA maligna. Es la forma más grave de HTA y se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva significativa.
- HTA enmascarada. Es cuando la PA es normal en consulta y alta fuera del ambiente sanitario.

A continuación se muestra la clasificación de la PA para adultos de 18 años y más, publicada en la GCHTA de 2017, que se basa en valores de las cifras y tiene el propósito de identificar individuos en riesgo de padecer HTA (prehipertensos), así como facilitar el tratamiento y la evolución de los ya enfermos o hipertensos.[23] (Tabla 2).

Tabla 2. Categorías según presión arterial sistólica y presión arterial diastólica. Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2017

Categoría	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Normal	Menos de 120	Menos de 80
Prehipertensión	120-139	89-89
Hipertensión		
Grado I	140-159	80-99
Grado II	160-179	100-109
Grado III	180 y más	110 y más
Hipertensión sistólica aislada	140 y más	Menos de 90

Tomado de: Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba.
Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial

Se debe señalar que en este análisis no se incluyeron los nuevos criterios de la versión 8 del JNC del 2014, que había introducido, entre otras recomendaciones, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA en la población ≥ 60 años de edad, si PAS ≥ 150 mmHg (en

lugar de PAS ≥ 140 mmHg) o PAD ≥ 90 mmHg.[14]

Las últimas noticias

La *American Heart Association* (AHA) y el *American College of Cardiology* (ACC) en el año 2014, acordaron formar un panel de 21 miembros para confeccionar nuevas guías para el diagnóstico y el manejo de la HTA.[24]

El 13 de noviembre 2017, en la reunión anual de la AHA y el ACC, estas instituciones anunciaron que habían considerado, de conjunto, cambiar la definición de presión arterial alta. Las nuevas pautas ACC/AHA presentadas, definen la presión arterial sistólica en 130 mmHg o más como hipertensión, mientras que la definición anterior que aceptaban establecía el umbral en valores entre 140 o superiores. También consideran ahora como hipertensos a los que tengan cifras de 80 mmHg o más de presión arterial diastólica, en lugar de 90 mmHg y más. Por tanto, en estas pautas desaparece la categoría de pre-hipertensión, que era la ubicada entre 120 y 139 de PAS y entre 80 y 89 de PAD. De aceptarse estas cifras (PA >130/80 mmHg en lugar de >140/90 mmHg), solo en los Estados Unidos, según las nuevas pautas se incrementarían de manera súbita los hipertensos a 103 millones, alrededor del 46% de los adultos de ese país, frente a 72 millones actuales (32%), según la definición anterior.[25-29] En la Tabla 3 se hace una comparación entre las cifras aceptadas por el 7mo Reporte del *Joint National Committee* (JNC 7) y la guía ACC/AHA de 2017. (Tabla 3).

Tabla 3. Cifras de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica aceptadas en el 7mo Reporte del *JointNationalCommittee* y en las Guías ACC/AHA 2017

PAS y PAD (mm Hg)	JNC 7	ACC/AHA 2017
<120 y <80	PA normal	PA normal
120 - 129 y <80	Prehipertensión	PA elevada
130 - 139 o 80 - 89	Prehipertensión	HTA Estadío 1
140 - 159 o 90 - 99	HTA Estadío 1	HTA Estadío 2
≥160 o ≥100	HTA Estadío 2	HTA Estadío 2

Adaptado de: Jeffrey S, Vega CP. New Hypertension Guidelines: What You Need To Know[24]

La Guía ACC/AHA 2017 refleja un laborioso trabajo que abarca 196, 283, o 481 páginas (según donde ha sido publicada), 106 recomendaciones, 23 tablas, 11 figuras y 367 referencias, que representan incontables horas de revisión sistemática de la literatura.[25,30] Este nivel de meticulosidad no es tiempo perdido para los que se dedican a contribuir e interpretar la literatura sobre hipertensión. Sin embargo, bombardea a la supuesta audiencia interesada –clínicos que realizan su trabajo en la primera línea de atención médica- con una montaña de información que puede generar tantas preguntas como las que contesta.[31]

Algunas opiniones

Previendo todas estas modificaciones, en una condición como la HTA, tan frecuente y "tan compleja aunque no lo parezca", habíamos escrito antes: "debemos estar preparados para evaluar flexible y adecuadamente los cambios de criterios que se han producido y que se pueden producir, tanto en las poblaciones como en los individuos, entre lo que hemos considerado como "normalidad" y "anormalidad" en relación a la presión arterial, pues esta es una barrera muy endeble y variable, y dependerá del nivel de conocimientos y evidencias que se tengan en un momento determinado".[1] Así que estos cambios no nos toman por sorpresa.

Al igual que ha sucedido en otras ocasiones, cuando se han descendido los límites de las cifras para considerar "anormales" ciertas determinaciones[32] como por ejemplo, las adoptadas para las fracciones lipídicas por el *Adult Treatment Panel* III (ATP III) del *National Cholesterol Education Program* hace algunos años,[33] o las de los niveles de glicemia para considerar nuevos criterios en diabetes,[34] enseguida han comenzado las críticas acerca de que si fue apropiada o no la metodología empleada, si los estudios en los que se han

basado eran los adecuados, así como las especulaciones por los posibles conflictos de intereses relacionados con la industria farmacéutica, que incluso ha patrocinado/financiado algunas de las investigaciones en que se apoyan los cambios propuestos[29,35] y que, indiscutiblemente, se beneficiará de manera inmediata de la publicación de estos nuevos criterios, con las grandes ventas de medicamentos antihipertensivos que serán consecuentemente indicados si se adoptan estas cifras, en una época de sociedades –sobre todo del primer mundo- altamente medicalizadas y comerciales. Otra consecuencia es que, tratando de disminuir los riesgos de las consecuencias deletéreas de los niveles elevados de PA, se incrementarían los falsos positivos diagnosticados como hipertensos -¿para toda la vida?-, así como los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos en ellos. *La American Academy of Family Physicians*, por ejemplo, disiente, por múltiples razones, de la nueva guía de la AHA/ACC, ella plantea que: "la mayoría de las recomendaciones no se basan en una revisión sistemática verdadera, que no se suministran estudios individuales y que los autores dan demasiado peso al estudio SPRINT, con cuyas conclusiones no están totalmente de acuerdo".[36]

Por otra parte, es verdad que la HTA es un importante factor de riesgo que se debe tener en cuenta siempre, pero rotular a casi la mitad de la población con una enfermedad crónica llama a la cautela.

¿Qué hacer entonces?

En medio de todas estas informaciones que pueden parecer contradictorias, están los sistemas de salud, los médicos y el resto de los profesionales de la salud involucrados en la atención de las personas, que tratan de prevenir, diagnosticar y controlar en cada una de ellas los posibles efectos negativos de tener la presión arterial elevada. ¿Qué hacer? ¿Seguir dependiendo de lo que se acuerde en países muy desarrollados y, por tanto, aplicar nuevos criterios como "cortar y pegar"? ¿Actualizar constantemente los programas, las guías? ¿Qué cifras aceptar como adecuadas para ser consideradas como de un buen control de la PA en los pacientes? ¿Entrenar sistemáticamente a los médicos en los nuevos avances científicos? ¿Será que lo más importante es que los profesionales tengan un juicio clínico maduro –que ojalá se haya educado y atemperado a la nueva época, sin abandonar las esencias del método clínico-, auxiliados por herramientas como las guías, para actuar de manera individualizada en cada caso, según las características integrales de las personas, incluyendo el conocido, y poco utilizado en la práctica,"multi riesgo" o riesgo cardiovascular global? [37]

COMENTARIOS FINALES

Hoy se considera como cierto, que el mayor riesgo de padecer de una enfermedad coronaria, cerebrovascular, renal, arterial periférica y otras consecuencias deletéreas relacionadas con la HTA, está ligado al nivel de las cifras de PA que tenga una persona. En otras palabras, mientras más bajas sean sus cifras habituales de PA, menor será el riesgo de padecer esos daños, lo contrario sucede a medida que esas cifras se van elevando, lo que justifica conocer las cifras de PA de las personas y, en los que ya son catalogados como hipertensos, para que se mantengan controlados.

No se debe prescindir de las guías de práctica clínica, pues ellas constituyen –cuando cumplen todos los requisitos de calidad necesarios- valiosas herramientas auxiliares con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad de los pacientes, al compilar un conjunto de orientaciones, bien sistematizadas –en el caso que nos ocupa, no solo criterios sobre cifras de PA-, que apoyan la actuación médica frente a un paciente, basadas en las que se consideran como las mejores, entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento, en un momento y lugar dados.[38] Sobre todo cuando las guías, además de representar la opinión de las diferentes instituciones, estén escritas tras una revisión completa de la evidencia disponible en cada caso, por lo que los profesionales de la salud deberían tenerlas en cuenta en su juicio clínico, luego de evaluar su calidad y pertinencia, a la hora de la toma de decisiones.

En el caso de la HTA se presentan algunas situaciones particulares debido, en primer lugar, al gran número de guías existentes con diferentes enfoques y, por otra parte, por la ya mencionada complejidad de esta condición, que hace que muchas guías sean muy extensas y haya necesidad de una capacitación/actualización continuada en este tema para dominarlas, lo que limita su uso práctico para el médico asistencial dedicado a su

labor cotidiana, sobre todo en la atención primaria, situación de la que no está exenta tampoco la versión de 2017 de la Guía cubana de HTA.[23] De aquí que, además se considera que sería necesaria la confección de versiones resumidas, más operativas de esas pautas, asequibles para todos, aprovechando, entre otras ventajas las propias del tiempo actual, con las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, para su utilización por el médico que está en la práctica asistencial diaria.

Un consejo oportuno es el siguiente: las guías no tienen primacía sobre la responsabilidad de los profesionales en las decisiones apropiadas a las circunstancias individuales del paciente que consulta,[38] por lo que todas las recomendaciones que se hagan son muy valiosas y se deben tener en cuenta, pero no deberían sustituir al juicio clínico, y las decisiones que se tomen; acerca del cuidado de las personas tienen que considerarse con mucho esmero e incorporar finalmente en las conductas todas las características clínicas y circunstancias particulares de cada paciente individualmente.[21,22]

El profesional de la salud de hoy no puede ser un "administrador de verdades", que otros le proporcionan y que él aplica en su práctica clínica, basado en su "experiencia". ¿Qué hacer entonces? No ser ingenuos es el primer paso, entrenar el pensamiento, abrir cauce a la verdadera cultura, esa que es liberadora y reconoce lo bueno en cualquier parte, sin importar si lleva o no lentejuelas, si viene o no precedida por los altavoces. Lo más necesario, como diría Buen Abad, es «disponerse a crear las fuentes culturales y comunicacionales transformadoras sin imitar los formatos hegemónicos, sin rendir pleitesía a sus modos alienantes, sin repetir sus vicios»".[41]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa AD. La hipertensión arterial: aunque no lo parezca, un problema complejo. Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 21 Nov 2017];1(1):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/20

2. Glynn LG, McManus RJ. Blood Pressure Control: Missed Opportunity or Potential Holy Grail?. Ann Intern Med [revista en Internet]. 2018 [citado 1 Feb 2018];168(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://annals.org/aim/article-abstract/2667090/blood-pressure-control-missed-opportunity-potential-holy-grail

3. Pickering GH. Hypertension, arterioesclerosis and related subjects. En: Foley W. Advances in Management of Cardiovascular Disease. Chicago: Year Book Medical Publisher; 1980: p. 35-11

4. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial: Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978

5. Organización Mundial de la Salud. Prevención primaria de la hipertensión esencial: Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1983

6. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la tensión arterial en los niños: Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1985

7. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 1993;153(2):154-83

8. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNV VI). Arch Intern Med. 1997;157(21):2413-46

9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289(19):2560-72

10. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. Cardiovascular risk factors and their effects on the decision to treat hypertension: evidence based review. BMJ. 2001;322(1):977-80

11. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. J Hum Hypertens. 2004;18(3):139-85

12. National Institute for Health and Clinical

Excellence. Hipertensión: manejo de la hipertensión del adulto en Atención Primaria [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006 [citado 23 Ene 2018]. Disponible en: http://www.infodoctor.org/rafabravo/GuiaNICE2006.pdf

13. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for 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). J Hypertens. 2007;25(6):1105-87

14. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, DennisonC, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-20

15. Flichtrentei D. Ni tecnócratas ni charlatanes, médicos [Internet]. Argentina: Intramed; 1997 [citado 28 Nov 2017]. Disponible en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=90115

16. Friedberg CK. Enfermedades del Corazón. 2da. ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 1967

17. Sherf D, Boyd LJ. Enfermedades cardiovasculares. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1961

18. Ordúñez PO, Espinosa AD, Álvarez OM, Apolinaire JJ, Silva LC. Marcadores múltiples de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos. 1991-1992. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1993

19. Macías I. Modelo experimental de un programa de salud nacional para la atención integral del paciente con hipertensión arterial. Rev Cubana Med. 1975;14(1):7-64

20. Fernández JE, Sollet R, Alonso OB, Fernández JA, Ilizástigui F, Macías I. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. Reimpresión. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1988

21. Espinosa AD, Padrón LM, Ordúñez PO, Álvarez O, González E, Pino R, et al. Guías y procedimientos para la prevención y atención médica de marcadores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Finlay. 1994;8(1):8-13

22. Ordúñez PO, La Rosa Y, Espinosa AD, Álvarez F. Hipertensión arterial: Recomendaciones básicas para la prevención, detección, evaluación y tratamiento. Finlay [revista en Internet]. 2005 [citado 12 Ene 2017];10(Número Especial):[aprox. 20p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/5

23. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med [revista en Internet]. 2017 [citado 3 Ene 2018];56(Suplemento Especial):[aprox. 85p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56_sup_17/sumario.htm)

24. Jeffrey S, Vega CHP. New Hypertension Guidelines: What You Need To Know [Internet]. New York: Medscape; 2017 [citado 3 Ene 2018]. Disponible en: https://www.medscape.org/viewarticle/889538

25. Welton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison C, et al. 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. J Am Coll Cardiol. 2017; . doi:10.1016/j.jacc.2017.07.745

26. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. Hypertension. 2017; . doi:10.1161/HYP.0000000000000065

27. Dominiczak AF, Kuo D. Hypertension: Update 2018. Hypertension. 2018;71(1):3-4

28. Muntner P, Carey RM, Gidding S, Jones DW, Taler SJ, Wright JT, et al. Potential US population impact of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline. Circulation. 2018;137(2):109-18

29. John PA, Ioannidis MD. Diagnosis and Treatment of Hypertension in the 2017 ACC/AHA Guidelines and in the Real World. JAMA. 2018;319(2):115-6

30. Reboussin DM, Allen NB, Griswold ME, Guallar E, Hong Y, Lackland DT, et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults:A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2017;1097(17):41517-8

31. Cohen JB, Townsend RR. The ACC/AHA 2017 Hypertension Guidelines: Both Too Much and Not Enough of a Good Thing?. Ann Intern Med. 2017; . doi:10.7326/M17-3103

32. Hong KN, Fuster V, Rosenson RS, Rosendorff C, Bhatt DL. How Low to Go With Glucose, Cholesterol, and Blood Pressure in Primary Prevention of CVD. J Am Coll Cardiol. 2017;70(17):2171-85

33. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2004;44(3):720-32

34. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2016. Diabetes Care. 2016;39 Suppl 1:1-106

35. Greenland P, Peterson E. The New 2017 ACC/AHA Guidelines ¨Up the Pressure¨ on Diagnosis and Treatment of Hypertension. JAMA. 2017;318(21):2083-4

36. Mandrola J. Mandrola´s Top 10 Cardiology Stories of 2017 [Internet]. New York: Medscape; 2017 [citado 3 Ene 2018]. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/890364?nlid=119735_3243&src=WNL_mdplsfeat_171226_mscpedit_imed&uac=228054CZ&spon=18&implD=1519237&faf=1

37. Morales C, León ML, Álvarez R, Brito Y, de Armas JO, Muñoz A. Valor predictivo del cálculo de riesgo cardiovascular global. Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 2 Ene 2018];7(4):[aprox. 7p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/466

38. Espinosa AD. Revalorando el papel de las guías de práctica clínica. Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2017];7(2):[aprox. 12p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/473

39. Martín LA, Grau JA, Espinosa AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Dic 2017];40(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://hbvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu07214.htm

40. Espinosa AD. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no trasmisibles. Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 4 Oct 2017];6(3):[aprox. 2p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460

41. Martínez J. Disneypoderosa [Internet]. La Habana: Granma Digital; 2017 [citado 2 Ene 2018]. Disponible en: http://www.granma.cu/opinion/2017-12-29/disneypoderosa-29-12-2017-01-12-00