

## LA ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HIPERTENSION

*Lucía Guerrero Llamas, M. a Luisa Fernández López, M.ª Cruz Casal García*

Hospital «12 de Octubre». Servicio de Nefrología. Madrid

### INTRODUCCION

El nacimiento de una nueva década y si esta es la última del siglo XX debe de servir de reflexión sobre el camino recorrido por la enfermería y las perspectivas que se vislumbran en el horizonte, que no es otro que el continuo servicio al enfermo y a la sociedad.

El deber de la enfermería es mantener un progresivo ascenso asistencia; definido siempre por la alta calidad, garantizada por la buena preparación académica y la continua investigación en los diversos campos que aquélla abarca.

La hipertensión arterial; es el factor de riesgo cardiovascular más importante y su diagnóstico precoz, la forma más eficaz de combatir las graves consecuencias que conlleva.

Un hecho que matiza la importancia de la hipertensión arterial es el elevado número de personas que la padecen. Según datos facilitados por la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión, estudios realizados en distintas Comunidades Autónomas, se pudo constatar una incidencia de hipertensión variable entre el 15 y el 25 % de la población adulta, dependiendo de las cifras tensionales a partir de las cuales se consideraba hipertensión. Considerando que la media de afectados probablemente ronda un 20 %, estas cifras son similares a las de otros países occidentales.

De todo ello se deriva que la Hipertensión Arterial (HTA) supone una carga social similar a la de cualquier enfermedad de larga evolución, que se va a traducir entre otras cosas: costes económicos, absentismo laboral, etc. De ahí que el OBJETIVO DE UNA UNIDAD DE HIPERTENSION sea el estudio de los pacientes y conseguir el óptimo control de la tensión arterial en ausencia de efectos secundarios de la medicación.

#### ¿COMO SE CONSIGUE?

- a) Con un diagnóstico correcto.
- b) Un tratamiento adecuado.
- c) Educación sanitaria del paciente.

#### PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

Los centros de Atención Primaria (Ambulatorios y Centros de Salud) son el primer eslabón asistencial sobre quien recae fundamentalmente la responsabilidad de la detección precoz de la HTA. Un 80 % de las consultas generadas por Hipertensión Arterial proceden de los Centros primarios. La Unidad de Hipertensión Hospitalaria constituye un lugar de referencia para los Centros de Atención Primaria del área sanitaria que abarque el Hospital.

Otras fuentes de procedencia de pacientes serían: Otras consultas ya sea del Hospital o de los Servicios de Urgencia. Es de destacar el elevado número de pacientes que se diagnostican a través de los reconocimientos periódicos realizados por las empresas.

## METODOS

Una Unidad de Hipertensión se compone de uno o varios médicos, uno o varios DUE, un Auxiliar de Clínica y un Auxiliar Administrativo. En nuestra Unidad de Hipertensión el protocolo a seguir fue elaborado e informatizado por los facultativos responsables de la Unidad y el personal de enfermería, clasificándolo en tres pautas diferenciadas:

- 1) Protocolo de Diagnóstico. (Anexo I).
- 2) Protocolo de Revisiones. (Anexo II).
- 3) Protocolo de informes clínicos. (Anexo III).

### PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO

*¿Cuándo una persona es hipertensa?*

Según las cifras tensionales:

NORMAL: Si T.A. diastólica < de 85 mmHg.

NORMAL-ALTA: Si TA diastólica 85-89 mmHg.

LEVE: Si TA diastólica entre 90-105 mmHg.

MODERADA: Si TA diastólica entre 105-115 mmHg.

SEVERA: si TA diastólica más de 115 mmHg.

Estos valores sólo los podemos utilizar orientativamente puesto que sobre ellos inciden otros factores como: edad, sexo, raza, ambientales, alcohol, tabaco, alteraciones genéticas, medicaciones (anticonceptivos, pomadas con esteroides, vasoconstrictores nasales). Otros factores que pueden alterar las cifras tensionales y en los que la enfermería pone un especial hincapie es en las «condiciones para la toma de la Tensión Arterial», que permitirán diferenciar quién es hipertenso, ya que de ello dependerá la buena clasificación del grado de hipertensión (leve, moderada, severa).

### INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES EN QUE SE MIDE LA TENSION ARTERIAL

Existen factores que es preciso controlar en la medida de lo posible y que dependen de la persona que mide la tensión, de la persona a quien se mide, del medio ambiente que rodea a ambos y del aparato utilizado en la medida.

Recientemente han aparecido aparatos con capacidad para determinar la tensión arterial de forma continua y ambulatoria. Su utilización simplificará en el futuro la respuesta a la pregunta de si un individuo es o no hipertenso, especialmente en aquellos casos que hace años definíamos como hipertensos lábiles, que presentan una respuesta a situaciones de estrés, elevaciones tensionales que luego no se confirman en la vida diaria.

### FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA MEDIDA DE TENSION ARTERIAL

Persona que mide:

- La medida de la TA es mayor cuanto la realiza el médico que cuando lo hace la enfermera.
- Idealmente debe ser el propio paciente quién mida la TA en su casa.

Persona a la que se mide:

- Debe estar en reposo (tumbado o sentado) para hacer la toma.
- La medida en bipedestación puede añadir un dato de interés, respecto al efecto del tratamiento (presencia de ortostatismo). Es especialmente importante en personas mayores de 65 años y durante el tratamiento.
- La medida debe de hacerse siempre a la misma hora en relación a la toma de medicación.

- No debe haber fumado, al menos en los 30 minutos previos.
- Evitar que la ropa comprima el brazo del paciente cuando se recoge, para facilitar la medida.
- Utilizar el manguito adecuado (niños, adultos, obesos).

**CORRECCIONES RECOMENDADAS, SEGUN CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO, PARA MANGUITOS INFLABLES DE 12, 15 Y 18 CM. DE ANCHO**

Circunferencia del brazo	Manguito					
	12 cm.		15 cm.		18 cm.	
	TAS	TAD	TAS	TAD	TAS	TAD
26	-5	-3	-7	-5	-9	-5
28	-3	-2	-5	-4	-8	-5
30	0	0	-4	-3	-7	-4
32	-2	-1	-3	-2	-6	-4
34	-4	-3	-2	-1	-5	-3
36	-6	-4	0	-1	-5	-3
38	-8	-6	-1	0	-4	-2
40	-10	-7	-2	-1	-3	-1
42	-12	-9	-4	-2	-2	-1
44	-14	-10	-5	-3	-1	0
46	-16	-11	-6	-3	0	0
48	-18	-13	-7	-4	-1	-1
50	-21	-14	-9	-5	-1	-1

La corrección se efectuará sumando o restando a la TA obtenida para un determinado manguito, según la circunferencia del brazo, el número que aparece en la tabla. Ejemplo: con un manguito de 12 cm. hemos obtenido una TA de 154/115. El brazo del paciente tiene un diámetro de 38 cm. La TA real será: TAS 154 - 8 = 146; TAD 115 - 6 = 109

La enfermería cumplimentará todo el Protocolo de Hipertensión, no sólo en lo referente a filiación, epidemiología, antecedentes, síntomas, sino que al mismo tiempo cursará las pruebas complementarias ya protocolizadas que tuvieran que realizarse en otros departamentos con los que se tendrá que coordinar, así como las que se hagan desde la misma unidad como es por ejemplo la monitorización ambulatoria no invasiva de la presión arterial, para lo cual disponemos de dos aparatos (Space-labs M-90202), programables según consideremos necesario (que tome la tensión cada 20 o 30 minutos por el día y cada 60 minutos por la noche), utilizándolos especialmente en:

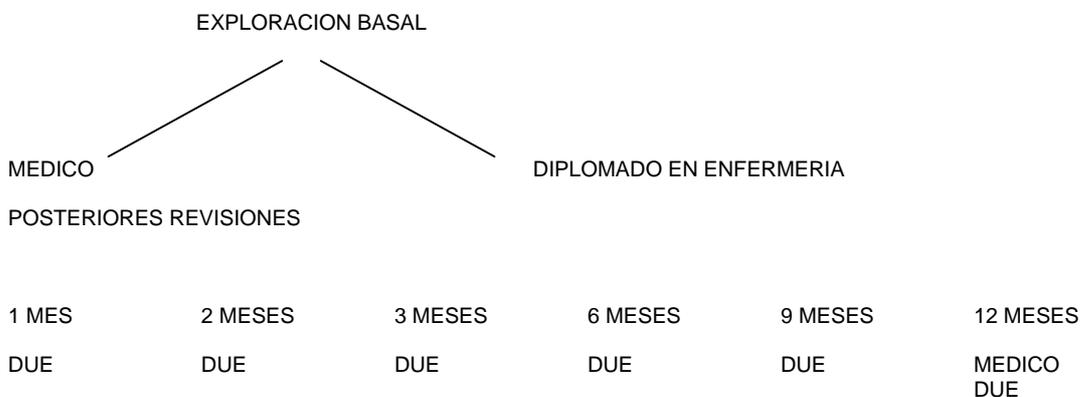
- a) Enfermos para diagnosticar de, si es o no hipertenso.
- b) En la hipertensión refractaria (la que no responde a dos o más fármacos).
- c) En estudios de control con diferentes esquemas terapéuticos.

El médico, con los resultados obtenidos, cubrirá la parte de protocolo específica de exploración, diagnóstico y tratamiento en caso necesario.

#### PROTOCOLO DE REVISIONES

Una vez establecido el diagnóstico se le incluye en el Protocolo de Revisiones. La pauta de revisiones no se puede estandarizar en todos los casos pues no siempre se consiguen los efectos idóneos, teniendo a veces que hacer modificaciones precoces ya sea por no conseguir que la TA se controle o porque los efectos secundarios de la medicación sean nocivos.

El modelo de revisiones es como indicamos en el anexo II y la frecuencia de las mismas viene recogida en el cuadro siguiente:



- Si en este intervalo de tiempo, surgiera algún problema, el paciente dispone de un número de teléfono directo.
- Si laTA diastólica oscila entre 95 y 110 mmHg., a partir del 6.º mes, LA DUE PUEDE MODIFICAR A SU CRITERIO LA DOSIS DE MEDICACION HABITUAL del paciente para conseguir el control esperado.
- Si laTA diastólica fuese > 110 mmHg. se realiza un control de 24 horas y se modifica la medicación a criterio del médico.

La enfermería, además de su objetivo de mantener al hipertenso controlado, tiene que facilitar una adecuada educación sanitaria orientada a: Información sobre su proceso y los riesgos que conlleva, orientándole hacia unos hábitos de vida basados en ejercicio físico regular, reducir la ingesta de sal y de alcohol y mantener un peso adecuado. Se controlará la TA con regularidad y ante cualquier alteración acudirá a la Unidad de HTA.

## **CONCLUSIONES**

### **LA ENFERMERIA A TRAVES DE LA UNIDAD DE HIPERTENSION PRESTA ATENCION DIRECTA A LA SOCIEDAD**

El papel del DUE es activo creándose una consulta de enfermería en la que el 60-70 % de los pacientes son directamente citados para una siguiente revisión por el propio DUE, al estar los pacientes bien controlados y siempre que no haya alteraciones en la revisión analítica, si ésta ha tenido lugar. La consecuencia es la mejora de la atención sanitaria y su finalidad ayudar al paciente a vivir de la forma más saludable posible, prestarle atención y enseñarle a que se responsabilice de su proceso, a cumplir el tratamiento tanto higiénico-dietético como farmacológico que repercutirá en su calidad de vida.

Participa en las funciones administrativas mediante planificación, organización y control que permite establecer objetivos, tanto generales, como propios de la Unidad.

Elabora informes encaminados a controlar la eficacia de los objetivos para intentar mejorar la asistencia en todo lo concerniente a la enfermería.

Es parte activa en la investigación llevando a cabo programas encaminados a:

- 1) Facilitar el diagnóstico con nuevas metodologías como la monitorización no invasiva ambulatoria de la TA (Trabajo presentado en el Congreso de Nefrología de Barcelona. 1988).
- 2) Estudiando los efectos de la dieta y otras medidas no farmacológicas sobre la TA.
- 3) Determinando sustancias de conocido valor vasomotor (renina-angiotensina-aldosterona), participando activamente en la realización de protocolos de investigación clínica, tanto con el paciente como a nivel de laboratorio.
- 4) Observar la modificación de la TA en diferentes situaciones como: ejercicio isométrico, test del frío, test mental, ejercicio isotónico.