

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA: ¿MEDIMOS CORRECTAMENTE LA TENSION ARTERIAL?, ¿DISPONEMOS DE LOS MEDIOS ADECUADOS PARA ELLO?

*Elvira Cabello Cuevas, Raquel Menezo Viadero, Natalia de la Riva Saez,
Jose Manuel Rivero Fernández, Maite Zudaire Arana, Rosa Alonso Nates.*

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander.

INTRODUCCION

La Hipertensión Arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante de la enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vascular e insuficiencia cardíaca congestiva) que es, en la actualidad, la primera causa de muerte de la población general y más concretamente de nuestros pacientes en diálisis. Además, la insuficiencia renal crónica por nefropatía vascular secundaria a HTA se está convirtiendo en la principal causa de entrada en programa de diálisis.

Por otro lado, Hipertensión Arterial constituye uno de los problemas de salud más frecuentes de la población adulta ya que su prevalencia puede llegar, en algunos casos, hasta el 25%, lo que significa que 1 de cada 4 personas es hipertensa. Esta cifra se eleva hasta el 50% en la población mayor de 65 años. Entre los pacientes con enfermedad renal crónica, especialmente cuando ya existe insuficiencia renal, la prevalencia es aun mayor pudiendo llegar al 80%.

Es ampliamente conocido que un adecuado control de la tensión arterial permite minimizar su repercusión visceral y, por lo tanto, disminuir la morbimortalidad de los pacientes hipertensos. En la actualidad, este control se lleva a cabo en numerosos centros sanitarios de forma rutinaria y la realizan principalmente los profesionales de enfermería. Teniendo en cuenta la magnitud del problema y las consecuencias clínicas que tiene un mal control de la tensión arterial es imprescindible, ante todo, un correcto diagnóstico y una adecuada información al paciente, implicándole en el control de su hipertensión.

La medida correcta de la Tensión Arterial como acto técnico tropieza con numerosas dificultades, no es tan sencillo como puede parecer, necesita que se tomen una serie de precauciones y está sometida a numerosas causas de error ya varía según las circunstancias previas a la medida: momento del día, descanso o actividad, situación emocional, síndrome "bata blanca", etc. Por todo ello, es imprescindible, si queremos obtener unas cifras que sean realmente fiables, que la medida de la tensión arterial se realice de acuerdo a una sistemática rigurosa y con unos aparatos fiables. Recientemente el "Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure" en su 6º Informe ha definido las siguientes normas:

- El paciente debe estar sentado en una silla con la espalda apoyada. No tabaco ni cafeína 30 minutos antes.
- No estimulantes adrenérgicos (descongestionantes nasales). 12 toma: 5 minutos después de sentado.
- Utilizar el manguito de tamaño apropiado: la cámara debe rodear, como mínimo, el 80% del brazo.
- Utilizar un esfigmomanómetro de mercurio o una aneroides con calibración reciente o un dispositivo electrónico validado.

- 2 mediciones separadas el mayor tiempo posible (si varían >5mmHg, tomar medidas sucesivas hasta que haya 2 consecutivas con <5mmHg de diferencia).
- El diagnóstico de Hipertensión requiere al menos tres medidas separadas como mínimo una semana.
- Al menos la primera vez, medir la PA en los dos brazos.
- TECNICA.
 - Inflar el manguito rápidamente hasta 20mmHg por encima de la PAS (pérdida del pulso radial).
 - Desinflar el manguito 3mmHg/segundo.
 - Tomar como referencia de la TAD el 5º ruido de Korotkoff.
- Si los ruidos son débiles, hacer que el paciente abra y cierre la mano 10 veces con el brazo levantado e inflar el manguito con rapidez.

Hemos de tener en cuenta que una diferencia de 10 mmHg. en la tensión arterial puede significar que un paciente sea diagnosticado erróneamente como hipertenso y empezar a tomar un tratamiento que en realidad no necesita o bien al contrario, que se considere como de tensión arterial normal o, si es hipertenso, con la tensión arterial bien controlada cuando en realidad el paciente está en una situación de riesgo que obligaría a un cambio en su pauta terapéutica.

Por todo ello, nuestro grupo, consciente de la gran importancia que tiene este problema de salud y de que una gran parte de la responsabilidad de su correcto manejo depende de los profesionales de enfermería, decidió investigar el aspecto técnico de la toma de la tensión arterial en nuestro Hospital y en 3 Centros de Salud.

OBJETIVOS

1. Valorar el conocimiento de la enfermería de las normas básicas para la medida correcta de la tensión arterial.
2. Aumentar el grado de conocimientos sobre la medición de la tensión arterial.
3. Transmitir la importancia de una medición rigurosa de la tensión arterial.
4. Valorar la disponibilidad de los aparatos de medición adecuados para garantizar la fiabilidad de la tensión arterial así como contribuir a la selección del mejor método de medida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos encuestado a 121 profesionales de enfermería de diversas áreas hospitalarias y extrahospitalarias (plantas de hospitalización, consultas externas, unidades de cuidados intensivos, unidad de hemodiálisis y centros de salud) mediante un cuestionario elaborado por nosotros que abarca los siguientes puntos:

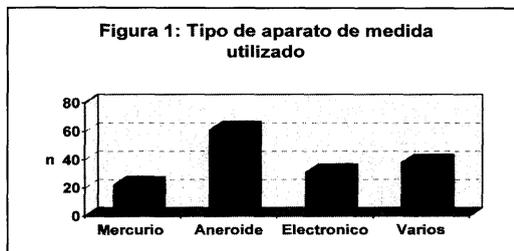
- Tipo de aparatos de medida de la tensión arterial y calibración de los mismos. Manguitos.
- Técnica de medición.
- Conocimientos básicos teóricos de como se mide la tensión arterial.

Las entrevistas fueron realizadas por profesionales de enfermería del Servicio de Nefrología y las respuestas se recogieron en formularios individuales y anónimos.

RESULTADOS

En primer lugar, hemos comprobado que el 50% de los profesionales de enfermería encuestados utilizan únicamente los aparatos aneroides para la medida de la presión arterial siendo los de mercurio los menos utilizados (Fig. 1), lo cual es totalmente paradójico ya que los aneroides son los menos fiables mientras que los de mercurio son los más exactos, máxime

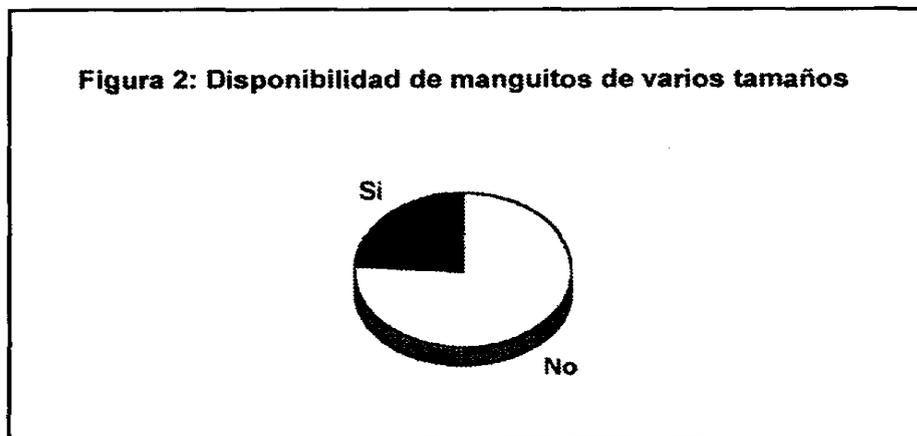
cuando el 80% de los encuestados respondieron precisamente que el aparato más fiable es el de mercurio.



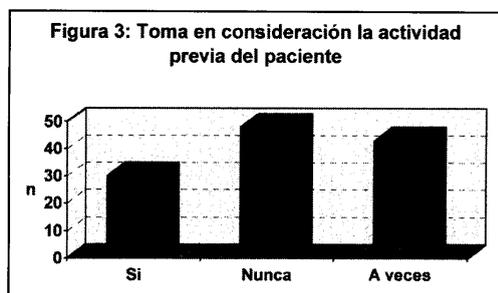
Una cuarta parte de los encuestados utilizan habitualmente aparatos electrónicos si bien la gran mayoría no lo utilizan en exclusividad.

De este primer hecho deducimos que la elección del aparato de medida no es la adecuada, máxime cuando el 63% ha admitido que nunca se calibran y un 31 % lo hacen una vez al año; solamente un 6% manda a ajustar sus aparatos cada dos meses aproximadamente.

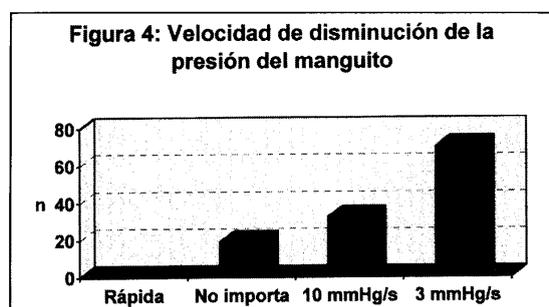
En el apartado de los manguitos, la situación es muy similar o incluso peor (Fig. 2) ya que la gran mayoría (76% de los profesionales de enfermería miden la tensión arterial a todos sus pacientes con el mismo manguito.



En lo que respecta a la técnica de medida de la presión arterial cabe destacar que únicamente una cuarta parte de los profesionales de enfermería encuestados tiene en cuenta la actividad física y las circunstancias del paciente previas a la medición y le deja reposar 5 minutos o más (Fig. 3). En el resto de los casos no se tiene en cuenta nunca (40%) o sólo a veces y si es posible (36%).



A pesar de lo anterior, la técnica de medida propiamente dicha se realiza, en general, de manera correcta ya que la gran mayoría de los profesionales coloca correctamente el manguito en el brazo y las gomas respecto a la línea del latido. Además, casi las tres cuartas partes (73%) localizan el latido de la arteria braquial mediante palpación antes de la colocación del fonendoscopio. Asimismo, la velocidad de descenso del mercurio o de la aguja del manómetro es la apropiada en la mayoría de los casos (Fig. 4)



Por último, todos los encuestados comprueban el valor de la presión arterial sistólica en caso de duda, bien repitiendo la medición (auscultatoriamente o mediante palpación del latido braquial), realizando la medida en el otro brazo, o bien pidiendo a otro compañero que compruebe las cifras.

Respecto a los conocimientos teóricos básicos, cabe destacar que solo una minoría (28%) conoce con exactitud lo que son y significan los ruidos de Korotkoff (Fig. 5); si bien la práctica totalidad (85%) de los profesionales de enfermería encuestados saben que pueden existir diferencias entre ambos brazos.

Figura 5: Conocimiento adecuado del significado de los ruidos de Korotkoff



CONCLUSIONES

Las ideas generales que se obtienen tras el análisis de las respuestas de los profesionales de enfermería encuestados son las siguientes:

1. En la gran mayoría de las veces, la tensión arterial NO se mide correctamente, realizando este acto de forma rutinaria, sin estar concienciados de su verdadera importancia y trascendencia.
2. Ni el Hospital ni los Centros de Salud ponen a disposición de los profesionales de enfermería los medios adecuados para una medida correcta: ni se dispone de aparatos adecuados, los que hay no se calibran, ni existen manguitos apropiados para los distintos calibres de brazo.
3. En general, los encuestados han mostrado mucho interés en la realización del cuestionario y han manifestado inquietud en ampliar sus conocimientos acerca de este tema (ruidos de Korotkoff, circunstancias idóneas para la medida de la tensión arterial, etc.). Aunque en las unidades de nefrología, estos conocimientos son mayores, por nuestra propia actividad diaria, también se han visto lagunas que deberemos corregir.

De todo lo expuesto en este trabajo, creemos que se debería protocolizar rigurosamente la toma de la tensión arterial, que se debería informar exhaustivamente a los profesionales sanitarios de la importancia y trascendencia de una medida correcta y que se debe poner a disposición de los mismos los medios adecuados (aparatos fiables, calibrados y manguitos apropiados para cada paciente). Tanto desde el punto de vista sanitario (morbi-mortalidad) como desde el punto de vista económico (tratamientos excesivos o innecesarios, atención a las complicaciones, etc.), tan importante en la actualidad, es infinitamente más "barato".

Pensamos que el futuro del paciente hipertenso pasa, entre otras cosas, por la Automedición para un correcto seguimiento y control pero previamente tenemos que demostrar contamos con todos los conocimientos necesarios y que nuestra actuación profesional es correcta y rigurosa, para poder educarlos adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hipertensión Arterial y reactividad Cardiovascular. (L.Guerrero, C.Campos, ML. Fernández. Unidad de HTA Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid).
2. Revista de Enfermería Nefrológica Vol. 3, nº 2, 1998.
Estudio Multifactorial de la Hipertensión arterial: Fiabilidad de los aparatos semiautomáticos de medida de la presión arterial. (Ana M^a Vesga, MT. Martínez, R. Alonso y cols). Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Warqués de Valdecilla". Santander. Libro de comunicaciones XXII Congreso SEDEN, pág. 282-287, Santander 1997.
3. Revisión de las Revistas de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.