



Universidad del sureste

Salud publica

Asesor: Doctor Samuel Esaú Fonseca Fierro

Técnica para la toma de presión arterial

Mi Universidad

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

Técnica

Como personal de la salud, nos interesa el bienestar de los pacientes y estamos convencidos de que un buen final debe tener un buen comienzo, así que la obtención de la información a partir de la cual podremos integrar nuestras conclusiones es fundamental. Además de un interrogatorio completo, necesitamos obtener información utilizando nuestros sentidos para establecer las necesidades de atención de los pacientes. La obtención de la cifra de tensión arterial es uno de estos datos valiosos, por lo que a continuación describiremos los pasos necesarios para una correcta toma de este signo vital. Se puede dividir la técnica en tres aspectos: condiciones del paciente, del equipo y del observador.



A continuación describimos cada una de ellas:

Condiciones del paciente

Relajación física (evitar ejercicio físico en los 30 minutos previos a la medición).

Reposo: por lo menos de 5 minutos antes de la toma de la presión.

Evitar actividad muscular isométrica, con el paciente sentado con la espalda recta y un buen soporte; el brazo izquierdo descubierto apoyado a la altura del corazón; piernas sin cruzar y pies apoyados cómodamente sobre el suelo.

Evitar hacer la medición en casos de malestar, con vejiga llena, necesidad de defecar, etc.

Relajación mental: reducir la ansiedad o la expectación por pruebas diagnósticas.

Propiciar un ambiente tranquilo.

Minimizar la actividad mental: no hablar, no preguntar.

Evitar el consumo de cafeína o tabaco (o estimulantes en general) en los 30 minutos previos, la administración reciente de fármacos con efecto sobre la PA (incluyendo los anti-hipertensivos).

No se debe hacer el estudio en pacientes sintomáticos o con agitación psíquica/emocional, y tiempo prolongado de espera antes de la visita.



Condiciones del equipo

El esfigmomanómetro manual y el manómetro de mercurio o aneroide debieron ser calibrados en los últimos seis meses y hay verificar que la calibración sea correcta.

La longitud de la funda del manguito debe ser suficiente para envolver el brazo y cerrarse con facilidad, mientras que la longitud de la cámara debe alcanzar por lo menos el 80% de la circunferencia del brazo.

El ancho de la cámara debe representar el 40% de la longitud del brazo.

Las cámaras o manguitos inadecuadamente pequeños tienden a sobreestimar la presión arterial.

Se deben retirar las prendas gruesas y evitar que se enrolen para que no compriman el brazo; sin embargo, alguna prenda fina (menor de 2 mm de grosor) no modificará los resultados.

Dejar libre la fosa antecubital (colocar el borde inferior del brazalete 2 a 3 cm por encima del pliegue del codo) para poder palpar la arteria braquial y después colocar la campana del estetoscopio en ese nivel (nunca debe quedar por debajo del brazalete).

El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial.

El manguito debe quedar a la altura del corazón, no así el aparato (manómetro), que debe ser perfectamente visible para el explorador.

Establecer primero la presión arterial sistólica (PAS) por palpación de la arterial braquial/radial, y mientras se palpa dicho pulso se inflará rápidamente el manguito hasta que éste desaparezca, con la finalidad de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.

Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.

Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica para iniciar la auscultación de la misma.

Desinflar a una velocidad de 2 a 3 mmHg/segundo.

Usar el primer ruido de Korotkoff para identificar la cifra de PAS y el quinto ruido (desaparición) para la cifra de presión arterial diastólica (PAD).

Ajustar las cifras auscultadas a números pares.

En caso de que se continúen auscultando ruidos hasta un nivel muy cercano al cero, entonces se deberá tomar el cuarto ruido de Korotkoff (apagamiento) para determinar la cifra de PAD.

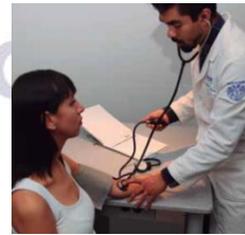
Por último, es necesario realizar como mínimo dos mediciones separadas al menos por un minuto; si se detecta una diferencia de presión arterial (PA) entre ambas, mayor de 5 mmHg, deberá realizarse una tercera toma.

Es importante esperar al menos un minuto entre las mediciones, ya que si el sistema venoso se llena, será difícil la auscultación de los ruidos.

En función de las cifras obtenidas, algunas guías recomiendan descartar la primera medición y realizar un promedio de las dos últimas.

La primera vez, medir ambos brazos, series alternativas si hay diferencia.

En adultos mayores, realizar una medición en ortostatismo entre el minuto 1 y el minuto 3 de haber adoptado la bipedestación, con la intención de identificar cambios posturales significativos.



CONCLUSIONES

Realizar de manera ordenada todos los pasos aquí descritos permite obtener lecturas confiables de la presión arterial y mejora nuestra destreza en esta actividad, lo que redundará en decisiones terapéuticas óptimas e individualizadas para nuestros pacientes.



Bibliografía

Secretaría de Salud (2009). Norma Oficial Mexicana **NOM-030-SSA2-2009**. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Consultado: 14/1272020. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/nom-030-ssa2-2009-para-la-prevencion-deteccion-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la#:~:text=NOM%2D030%2DSSA2%2D2009,de%20los%20Derechos%20Humanos%20%2D%20M%C3%A9xico>

