

# Protocolo de toma de presión arterial, su documentación y registro en HC.

## 1- Índice

2- Título	1
3- Fecha de elaboración y período de vigencia	1
4- Autores (grupo de trabajo)	2
5- Revisores externos	2
6- Declaración de conflicto de interés de los Autores	2
7- Descripción de los problemas de salud correspondientes a las líneas de cuidado prioritizadas mencionadas en el documento:	2
8- Definición del objetivo que se espera lograr a partir de la implementación de la guía.	3
9- Población de usuarios del protocolo y ámbitos de aplicación	4
10- Destinatarios de las recomendaciones prioritizadas. Población diana	4
11- Definición de las acciones	4
12- Análisis del contexto de implementación de las GPC (tener en cuenta la pandemia por COVID-19)	5
13- Identificación de nivel o niveles de atención donde se implementará la GPC.	5
14- Análisis de recursos disponibles y necesarios para la implementación.	6
15- Identificación de barreras y facilitadores:	6
16- Desarrollo del protocolo:	11
18- Referencias Bibliográficas	12

## 2- Título

**Toma correcta de Tensión Arterial, documentación del acto médico y registro en HC a toda persona mayor de 18 años que tenga contacto con algún efector del PNA.**

## 3- Fecha de elaboración y período de vigencia

**Fecha de elaboración: 23/07/2021.**

**Periodo de Vigencia desde 01/09/2021 hasta el surgimiento de nueva evidencia que requiera su modificación. Este protocolo se revisará cada 2 años como máximo. La primera revisión de este documento no debe ser posterior al 01/09/2023.**

#### **4- Autores (grupo de trabajo)**

Programa REDES: Dra Cicero, Carolina

Programa REDES: Lic. Barroso Nicolás

Dirección de Calidad de la provincia de Mendoza: Dra Belén Peralta.

Programa SUMAR: Lic Evangelina Riveros.

Programa SUMAR y equipo de CAPS: Dra Ariela Naumchick

#### **5- Revisores externos**

Programa Provincial de enfermedad Cardiovascular: Dr Alejandro Saracco

Dirección de prevención y promoción de la salud: Lic. Yanina Mazzaresi

#### **6- Declaración de conflicto de interés de los Autores**

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo.

#### **7- Descripción de los problemas de salud correspondientes a las líneas de cuidado prioritizadas mencionadas en el documento:**

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en todo el mundo. Uno de los factores de riesgo modificables que explica gran parte de esta carga de enfermedad es la hipertensión arterial (HTA)(1). Sin embargo, su prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado distan de ser ideales debido a una multiplicidad de factores complejos.

Existe amplia evidencia científica para considerar a la HTA como el factor de mayor peso para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que está fuertemente asociada a la ocurrencia de diversas patologías como: enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, aneurisma de aorta, disección de aorta, enfermedad vascular periférica , demencia y enfermedad renal crónica, impactando negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos sociosanitarios (2).

La 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) desarrollada en 2018 muestra que la prevalencia de HTA por autorreporte se mantuvo sin cambios respecto a ediciones previas en torno al 35% (3). Sin embargo, esta edición de la encuesta incluyó por primera vez mediciones objetivas de PA con tensiómetros automáticos validados y técnica estandarizada en una muestra probabilística con representatividad nacional, lo que permitió construir un nuevo indicador combinando el autorreporte, la toma de medicación y el registro elevado de la presión arterial en el domicilio. Los resultados mostraron una prevalencia de "HTA combinada" (se reconocen hipertensos y toman antihipertensivos o presentan valores elevados de presión arterial) del 46,6%, lo cual pone de manifiesto el frecuente subdiagnóstico. A su vez, la encuesta muestra que este

subdiagnóstico es desigual en diferentes grupos sociales según el nivel de ingresos del hogar. Aunque la valoración comparativa de las cuatro ediciones de la ENFR muestra un aumento significativo en la proporción de personas que midieron su presión arterial al menos una vez en los últimos dos años.

En términos absolutos, tomando en cuenta la población de nuestro país según las proyecciones al año 2020 del último censo y los resultados de la 4° ENFR, existen aproximadamente 16 millones de personas con HTA, de los cuales el 80% son menores de 65 años, lo que constituye un número importante de personas en edad activa (3). En términos de muertes atribuibles, la HTA constituye el principal factor de riesgo siendo responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial (4). En el año 2016, la DEIS informó que un total de 101.928 personas fallecieron a causa de enfermedades del sistema circulatorio; 38% de dichas muertes se produjeron en menores de 75 años, lo que pone de manifiesto el elevado impacto que las políticas tendientes al control de los FR y fundamentalmente de la HTA, tendrían en poblaciones más jóvenes(5).

Por todo esto expuesto, es que priorizamos una campaña de rastreo de HTA regional ,basándonos en las Guías de Práctica Clínica, con la mejor evidencia científica disponible para el desarrollo de recomendaciones claras dirigidas a reducir el subdiagnóstico, favorecer el tratamiento e incrementar la tasa de control, con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad cardiovascular.

En cuanto al impacto de esta intervención, esperamos realizar un diagnóstico precoz, en personas con HTA que no conocen su verdadera condición de salud, y poder dirigirlos y acompañarlos, desde el diagnóstico, al tratamiento y seguimiento acorde a sus patologías.

Para la implementación de nuestro protocolo, contamos con equipamiento abastecido por el programa Redes de Salud (tensiómetros digitales de brazo), y seleccionaremos a efectores de salud, que cuenten con HCE, para optimizar el registro de las tomas. Se pretende capacitar a los equipos de salud, en toma correcta y registro de TA en HCE.

## **8- Definición del objetivo que se espera lograr a partir de la implementación de la guía.**

1. **Objetivo general:** Promover el diagnóstico temprano de HTA en todas las personas de 18 años o más, mediante el rastreo con toma de presión arterial y registro oportuno en HC, en consultorio del Efector de salud del Primer Nivel de Atención (PNA).
2. **Objetivos específicos:**
  - a. Prevenir complicaciones cardiovasculares y muerte en la personas mayores de 18 sin diagnóstico previo.
  - b. Estandarizar el rastreo de HTA en la toma de presión arterial en consultorio, acorde a la GPC.
  - c. Disminuir la variabilidad de adhesión a la GPC en los profesionales de la muestra de efectores seleccionados.

- d. Mejorar el número y la calidad de los registros de toma de presión arterial. Generar un registro estandarizado de toma de tensión arterial

**9- Población de usuarios del protocolo y ámbitos de aplicación**

La población objetivo del presente protocolo son los equipos de salud (Agentes sanitarios, enfermeros, médicos) que tengan a su cargo la medición de la presión arterial a personas adultas, en el marco de la atención ambulatoria asistida principalmente en Atención Primaria de Salud.

**10- Destinatarios de las recomendaciones priorizadas. Población diana**

Se incluye como población objetivo del presente protocolo a todas las Personas de 18 años o más, que consultan (por cualquier causa) al Efector de salud del Primer Nivel de Atención (PNA).

- A) Debe tenerse en cuenta que se considera también contacto con el efector las rondas de las y los agentes sanitarios, como también las actividades preventivas extramuros de los equipos de los CAPS

**11- Definición de las acciones**

Acción 1) Facilitar el acceso a tensiómetros de brazo:

<b>Acción 1) Facilitar el acceso a tensiómetros digitales de brazo:</b>		
<b>¿QUIEN?</b>	<b>¿COMO?</b>	<b>¿DÓNDE?</b>
Equipos de salud que tomen la TA	Realizan el curso de <b>actualización y rastreo de personas con HTA. (Al menos una persona por equipo).</b>	A través de plataforma: <a href="https://serviciossalud.mendoza.gov.ar/esalud/login/index.php">https://serviciossalud.mendoza.gov.ar/esalud/login/index.php</a>
Autores del protocolo	Diseñan curso breve <b>actualización y rastreo de personas con HTA (recomendaciones Alcohol, ingesta de sodio y actividad física) Ver anexo</b>	Lo deja disponible en <a href="https://serviciossalud.mendoza.gov.ar/esalud/login/index.php">https://serviciossalud.mendoza.gov.ar/esalud/login/index.php</a>

## **16- Desarrollo del protocolo:**

El siguiente protocolo debe aplicarse a toda persona igual o mayor de 18 años que tenga contacto con el efector de salud.

Rastreo de HTA con toma de presión arterial en consultorio para diagnóstico temprano y Prevención.

### **CONDICIONES DE LA TOMA:**

**El personal de salud debe recomendar cada vez que se presente la oportunidad que para una correcta toma de TA se debe:**

*Evitar el consumo de cafeína, mate, tabaco y la práctica de ejercicio 30 minutos antes de la medición.*

Antes de la Toma de la TA, el equipo de salud debe indagar si el paciente tomó café, mate, realizó ejercicio o fumó antes de la medición. En caso afirmativo debe tenerse en cuenta que:

*Si dichas acciones ocurrieron dentro de los 30 minutos previos a la toma, no es recomendable realizar la toma. El paciente deberá esperar que transcurran 30 minutos mínimo entre alguna de estas acciones y la toma de TA.*

- Permanecer al menos 5 minutos en reposo antes de realizar las mediciones.

### **POSICIÓN CORRECTA:**

**El personal de salud debe asegurar una postura adecuada para la toma de TA, para ello debe asegurar lo siguiente:**

- Persona sentada con ambos pies apoyados en el piso y sin cruzar las piernas;
- Espalda sobre el respaldar de la silla;
- Brazo desnudo (evitando arremangar la ropa por encima del mismo, de forma tal que ésta lo comprima), Apoyado cómodamente con la palma hacia abajo (para evitar contraer los músculos). El punto medio del húmero a la altura del corazón.
- Tomar la PA en la primera consulta en ambos brazos (anotar brazo con mayor registro) y hacer el seguimiento ulterior en el brazo que presente los valores más elevados.

### **ELECCIÓN y COLOCACIÓN DEL MANGUITO:**

- El manguito debe cubrir el 80% a 100% de la circunferencia del brazo en adultos.
- Colocar el borde inferior del manguito 2 cm por encima del pliegue del codo.

### **MEDICIÓN**

Con Tensiómetro automático validado (método oscilométrico):

1. Colocar el manguito como se detallo anteriormente.
2. Presionar el botón, aguardar a que el aparato devuelva la cifra de presión arterial y anotar tal cual se muestra, sin redondeos.
3. Esperar 30 segundos y repetir la operación. Promediar ambas mediciones y registrar el valor final, evitando el redondeo de cifras.

REGISTRO: Consignar en la HC tanto el brazo como los valores (promedio sin redondear)

Con Tensiómetro aneroide:

1. Colocar el manguito como se detallo anteriormente.
2. Colocar la campana del estetoscopio sobre la arteria humeral, sin que quede cubierta por el manguito.
3. Tomar el pulso radial e insuflar el manguito 20 a 30 mmHg por encima del punto en que desaparece el pulso radial y desinsuflar a una velocidad de 2 mmHg/segundo, para detectar el momento preciso en que aparecen los ruidos de Korotkoff.
4. Realizar al menos 2 mediciones, promediando las mismas. Si la diferencia de las tomas es mayor a 10 mmHg en la PAS y/o 5 mmHg de la PAD, realizar al menos una medición adicional.

REGISTRO: consignar en la HC tanto el brazo como los valores (promedio sin redondear)

#### **Diagnóstico de HTA con Toma de Presión arterial en consultorio (TPAC):**

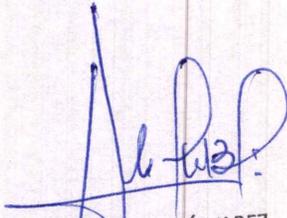
$\geq 140$  mmHg de TAS y/o  $\geq 90$  de TAD, en al menos dos consultas realizadas en días distintos. En cada consulta realizar al menos 2 mediciones y promediarlas.

#### **18- Referencias Bibliográficas**

Se redactarán según alguna de las normativas vigentes (preferentemente Normativa Vancouver).

- (1) Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, Martí SG, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina [Internet]. Vol. 27, Revista Panamericana de Salud Pública. 2010. p. 237–45.
- (2) Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. Lancet [Internet]. 2019 Sep 2.

- (3) Principales resultados de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- (4) Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. JAMA. 2017 Jan 10; 317(2):165–82.
- (5) Estadísticas Vitales de la República Argentina 2016 [Internet]. Available from: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales>.



Odont. MARIANA B. ÁLVAREZ  
SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN Y  
COBERTURAS PÚBLICAS SANITARIA  
M. DE SALUD, DESARROLLO SOCIAL Y  
DEPORTES