



Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



CARTA AL DIRECTOR

Cribado de hipertensión arterial. Variabilidad entre práctica clínica y recomendaciones actuales

Screening of hypertension. Variability between clinical practice and current recommendations

Sr. Director:

La elevación de cifras de presión arterial (PA) es un factor de riesgo cardiovascular de gran impacto poblacional¹. Existen datos clínicos que indican un aumento lento pero gradual de la PA relacionado con estilos de vida no saludables². La

evidencia recomienda implementar programas de cribado de hipertensión arterial (HTA) en > 18 años y utilizar la PA en consulta como procedimiento habitual apoyado en AMPA o MAPA, cuando sea posible³. Las nuevas recomendaciones insisten en una medición adecuada de la PA en ambos brazos y detectar diferencias entre ambos⁴. El objetivo de la presente investigación fue estudiar el cribado de HTA en las consultas de enfermería y su variabilidad con las recomendaciones actuales.

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal nacional con valoración positiva del Comité de Ética de la Universidad Camilo José Cela (Madrid), entre octubre del 2018 y febrero del 2019, a través de un cuestionario online autoadministrado. La población de estudio fueron enfermeras socias de la Asociación Española

Tabla 1 Características académicas y comunidades autónomas de origen

Variables	Total N.º (%)	Generalistas N.º (%)	Especialidad EFyC N.º (%)	Actualmente EIR N.º (%)	p
Participantes	200 (100)	103 (51,1)	38 (19)	50 (25)	
Comunidad autónoma					
Madrid	42 (21)	28 (66,7)	5 (11,9)	7 (16,7)	
Cantabria	39 (19,5)	38 (97,4)	1 (2,6)	0 (0)	
Asturias	6 (3)	4 (66,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	
Castilla y León	11 (5,5)	9 (81,8)	2 (18,2)	0 (0)	
Comunidad Valenciana	28 (14)	19 (67,9)	1 (3,6)	4 (14,3)	
Andalucía	17 (8,5)	15 (88,2)	1 (5,9)	0 (0)	
Cataluña	4 (2)	4 (100)	0 (0)	0 (0)	
Castilla-La Mancha	4 (2)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	< 0,001
Islas Baleares	10 (5)	10 (100)	0 (0)	0 (0)	
País Vasco	10 (5)	6 (60)	1 (10)	1 (10)	
Aragón	4 (2)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	
Navarra	7 (3,5)	7 (100)	0 (0)	0 (0)	
La Rioja	6 (3)	5 (83,3)	0 (0)	0 (0)	
Canarias	5 (2,5)	5 (100)	0 (0)	0 (0)	
Galicia	1 (0,5)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
Murcia	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	
Años en experiencia					
Menos de 1 año	21 (10,5)	16 (10,3)	0 (0)	5 (33,3)	
Entre 1 y 5 años	443 (21,5)	18 (9)	13 (86,7)	10 (66,7)	
Entre 5 y 10 años	23 (11,5)	20 (10)	1 (6,7)	0 (0)	< 0,001
Entre 10 y 20 años	44 (22)	43 (21,5)	0 (0)	0 (0)	
Más 20 años	64 (32)	58 (29)	1 (6,7)	0 (0)	

EFyC: Enfermería Familiar y Comunitaria; EIR: enfermero interno residente.

<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2019.09.001>

1889-1837/© 2019 SEH-LELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Pérez-Manchón D, Plaza-Rivera S. Cribado de hipertensión arterial. Variabilidad entre práctica clínica y recomendaciones actuales. Hipertens Riesgo Vasc. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2019.09.001>

Tabla 2 Procedimiento de cribado de HTA en la consulta de enfermería

	Total N.º (%)	Madrid N.º (%)	Cantabria N.º (%)	Valencia N.º (%)	Andalucía N.º (%)	P. Vasco N.º (%)	I. Baleares N.º (%)	p
<i>Procedimiento de cribado</i>								
PA consulta varias veces	70 (35)	21 (50)	14 (35,9)	9 (32,1)	8 (47,15)	3 (30)	1 (10)	0,221
PA consulta varias veces + AMPA	40 (20)	5 (11,9)	4 (10,3)	9 (34,6)	5 (29,4)	1(10)	2 (20)	
PA consulta varias veces + AMPA + MAPA	35 (17,5)	5 (11,9)	10 (25,6)	4 (14,3)	0 (0,0)	3 (30)	2 (20)	
<i>Utilización AMPA/MAPA en cribado</i>								
AMPA si dudas PA elevada en consulta	114 (57)	29 (69)	13 (33,3)	21 (75)	12 (70,65)	6 (60)	4 (40)	0,048
Si es posible en mi centro, utilizo MAPA	13 (6,5)	1 (2,4)	5 (12,8)	2 (7,1)	2 (11,8)	0 (0)	0 (0)	
AMPA + MAPA	47 (23,5)	7 (16,7)	14 (35,9)	4 (14,3)	0 (0)	3 (30)	4 (40)	
<i>Tipo de esfigmógrafo</i>								
Electrónico calibrado	46 (23)	2 (4,8)	7 (17,9)	11 (39,3)	3 (17,6)	7 (70)	2 (20)	< 0,01
Manual calibrado	27 (13,5)	10 (23,8)	3 (7,7)	0 (0)	5 (29,4)	0 (0)	0 (0)	
Electrónico no calibrado	61 (30,5)	4 (9,5)	19 (48,7)	12 (42,9)	3 (17,6)	2 (20)	6 (60)	
Manual no calibrado	34 (17)	20 (47,6)	1 (2,6)	1 (3,6)	5 (29,4)	0 (0)	0 (0)	
<i>Medición de PA en consulta</i>								
Una sola toma	44 (22)	13 (31)	6 (15,4)	3 (10,7)	9 (52,9)	0 (0)	2 (20)	0,095
2-3 tomas y registro la última	39 (19,5)	8 (19)	4 (10,3)	6 (21,4)	2 (11,8)	3 (30)	4 (40)	
2-3 tomas y registro media de 3	60 (30)	11 (26,2)	21 (53,8)	9 (32,1)	3 (17,6)	4 (40)	2 (20)	
2-3 tomas y registro media 2 últimas	47 (23,5)	9 (21,4)	5 (12,8)	7 (25)	3 (17,6)	3 (30)	1 (10)	
<i>Diferencia PA en ambos brazos</i>								
No mido PA en ambos brazos	59 (29,5)	12 (28,6)	11 (28,2)	8 (28,6)	8 (47,1%)	2 (20%)	2 (20)	0,148
> 10 mmHg diferencia, implica RCV	60 (30)	11 (26,2)	14 (35,9)	11 (39,3)	4 (23,5)	3 (30)	3 (30)	
> 15 mmHg diferencia implica RCV	52 (26)	14 (33,3)	5 (12,8)	6 (21,4)	4 (23,5)	3 (30)	2 (20)	
<i>Cifras de diagnóstico de HTA</i>								
≥ 140/90 mmHg consulta, AMPA, MAPA	97 (48,5)	16 (38,15)	18 (46,2)	19 (67,9)	9 (52,9)	5 (50)	7 (70)	0,695
> 135/85 mmHg para AMPA	40 (20)	10 (23,8)	6 (15,4)	6 (21,4)	3 (17,6)	3 (30)	1 (10)	
Media de PA 24 h > 130/80 mmHg para MAPA	10 (5)	2 (4,8)	1 (2,6)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	

AMPA: automedida domiciliar de la presión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; RCV: riesgo cardiovascular.

de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA)⁵ y no socias, con labor asistencial en Atención Primaria o Unidades de HTA hospitalarias, tanto generalistas como especialistas de enfermería familiar y comunitaria. Se excluyó a enfermeras con contratos discontinuos de < 6 meses. El muestreo fue no probabilístico, voluntario y consecutivo. Se recogieron variables demográficas, académicas y diagnósticas de HTA utilizadas en la consulta de enfermería. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS statistics 19.0.

Participaron 200 enfermeras de 16 comunidades autónomas, con mayor representatividad de Madrid (21%) y Cantabria (19,5%). El 51,5% eran diplomadas universitarias, el 25% con grado en Enfermería y el 2%, doctoras. El 43,5% tenía entre 1 y 10 años de experiencia, y el 54% más de 10 años (tabla 1). En cuanto al procedimiento de cribado de HTA (tabla 2), el 35% toma varias veces la PA, el 20% utiliza AMPA adicionalmente y solo el 17% utiliza los 2 procedimientos + MAPA como método conjunto de diagnóstico. El 57% justifica la utilización de AMPA solo en caso de dudas por presión elevada en consulta. Para la medición en consulta, el 37,5% utiliza esfigmógrafos calibrados (23% electrónicos y 13,5% manuales) frente al 47,5% que los utiliza no calibrados (el 30,5 y el 17%, respectivamente). Mayoritariamente, el 67% mide la PA en ambos brazos y el 30% hace 2-3 tomas registrando la media de las 3, frente al 14% que lo hace indistintamente en ambos brazos o el 6,5% en el brazo dominante. En este sentido, casi 6 de cada 10 enfermeras considera que una diferencia de 10-15 mmHg implica un riesgo cardiovascular añadido. Para la confirmación del diagnóstico de HTA, el 74% considera que se debe hacer con varias cifras en consulta \geq 140/90 mmHg y el 48% con esas mismas cifras tanto para AMPA como para MAPA.

Enfermería tiene un papel esencial en la captación, el cribado y la adherencia de la HTA, dentro del contexto de prevención cardiovascular³. Las recomendaciones insisten en obtener medidas de calidad en consulta y varias lecturas con aparatos validados⁴. En nuestro estudio, el cribado se realiza mayoritariamente con varias medidas en consulta junto con AMPA en caso de dudas (HTA enmascarada o bata blanca), aunque casi 5 de 10 enfermeras utiliza aparatos de medida no validados a pesar de las recomendaciones⁶, por cuestiones organizativas. Minoritariamente, la presión se mide una sola vez (22%) y rutinariamente se realizan 2-3 medidas (73%) sin diferencias significativas entre registrar la media de las 3 o seguir las recomendaciones de media de las 2 últimas (30% vs. 23,5%). Tres de cada 10 enfermeras solo miden la PA en un brazo frente al 56% que la mide en los 2, estimando que una diferencia de 10-15 mmHg implica un

riesgo cardiovascular añadido. Mayoritariamente se siguen considerando cifras de diagnóstico \geq 140/90 mmHg para los 3 procedimientos (48,5%), aunque el 20% establece diferencia para AMPA (> 135/85 mmHg). En conclusión, la medición de la PA y el cribado de la HTA realizado en las consultas de Enfermería se ajustan razonablemente a las recomendaciones actuales, con posibilidades de mejora en el registro de diferencias entre ambos brazos y en las cifras de corte diagnósticas para los distintos tipos de medición. Adicionalmente, sería recomendable incluir la medición automática no presenciada de la PA en el cribado de HTA³.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017 [consultado 4 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>.
2. Gijón T, Gorostidi M, Camafort M, Abad M, Martín E, Morales F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2018;35:119-29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:160-78, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2018.12.005>.
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 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.* 2018;71:1269-324, <http://dx.doi.org/10.1161/HYP.000000000000066>.
5. EHRICA. Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular [consultado 4 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.ehrica.org>.
6. O'Brien E, Stergiou GS. The pursuit of accurate blood pressure measurement: 35-year travail. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2017;19:746-52, <http://dx.doi.org/10.1111/jch.15130>.

D. Pérez-Manchón^{a,*} y S. Plaza-Rivera^b

^a *Facultad de Educación y Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España*

^b *Centro de Salud Villanueva de la Cañada, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dperezman@gmail.com
(D. Pérez-Manchón).