



¿Sabemos tomar la presión arterial en el paciente pediátrico? Conocimiento de estudiantes de enfermería y personal de salud sobre la determinación de presión arterial en el paciente pediátrico. Hospital General Joaquina de Rotondaro. Tinaquillo, Edo. Cojedes

84

Resumen

Introducción: La Hipertensión arterial en pediatría, no es una patología frecuente, sin embargo en los últimos años ha tenido un avance importante no solo en su definición y manejo, si no también en su prevalencia; calculada ésta según varios estudios en el 2% de la población infantojuvenil. No existe una definición clara en cuanto a cifras de esta patología en niños, pero los consensos la han definido como cifras tensionales superiores al P95 (percentil 95) según edad, sexo y talla. Si se sabe que el diagnóstico de esta patología es relativamente simple, sólo con la toma de tensión arterial, es valido preguntarse si el personal que se encarga o se encargará de hacerlo conoce la técnica adecuada y los requisitos que deben tomarse al realizar tal procedimiento en el paciente pediátrico.

Objetivo: Determinar los conocimientos anatómicos, teóricos y prácticos de los estudiantes de enfermería y personal de salud del Hospital General Joaquina de Rotondaro, Tinaquillo edo. Cojedes, sobre la toma de tensión arterial en el paciente pediátrico.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio no experimental, tipo descriptivo, en estudiantes de medicina, enfermería y personal de salud (médicos y enfermeras) del Hospital general Joaquina de Rotondaro, Tinaquillo, edo Cojedes. Junio 2007. La muestra estuvo conformada por 50 personas a quienes se le aplicó una encuesta predeterminada.

Resultados: Los estudiantes de medicina, los médicos generales y los estudiantes de enfermería representaron cada uno el 20% de la muestra; el resto fue conformado por médicos especialistas y técnicos en enfermería. Acerca de la frecuencia de la toma de tensión arterial en niños: 46% rara vez la toma, 30% a diario pero no a todos los pacientes, 8% a todos los pacientes y 15% nunca la toma. De los conocimientos sobre la técnica de toma de tensión arterial en paciente pediátrico 56% aseguró tener un conocimiento bueno, 28% regular y el resto entre deficiente y desconocimiento total. Mas del 56% no supo los conocimientos anatómicos necesarios para realizar el procedimiento, el tamaño del manguito y la colocación del estetoscopio fueron los errores mas frecuentes con más del 45 % del total de la población. El reposo y la importancia de la posición fueron acertadas en el 68% del total.

Conclusión: La mayoría de la población a pesar de asegurar que sus conocimientos del tema eran buenos y la toma de tensión se hacerla rutinariamente, desconocen las bases anatómicas y la técnica adecuada para hacerlo. Los errores mas frecuentes fueron los de mayor importancia a la hora de la variación de las cifras tensionales. Los estudiantes de medicina y enfermería así como el personal de enfermería fueron los que presentaron mayor desconocimiento del tema.

Palabras claves: Hipertensión arterial en niños. Pediatría.

Lattuf V. Emérita Gabriela ¹; Vera; Jennifer.¹

¹ Médico Rural. Hospital General Joaquina de Rotondaro. Tinaquillo, estado Cojedes

Recibido: 15/02/2008

Aceptado: 26/05/2008

Introduction: Hypertension in pediatric is not a frequent pathology, nevertheless in the past few years, it has had important advances not only in its definition and managing, but also in its prevalence; it is calculated by many studies to be in 2% of the early-youthful population. There is not a clear definition of the exact number of this pathology in children, but the consensus have define it to have tensional numbers superior to P95 (95 percentile), depending on age, sex, and size. If it is known that the pathology diagnostic is relatively simple, just by measuring the blood pressure, is valid to question if the personnel in charged or that will be in charge of doing it has the adequate technique and the requisites that need to taken when applying the procedure in the pediatric patient.

Objective: Determine the anatomical knowledge, theoretic and practical of nursing students and health personnel in the Hospital General Joaquina de Rotondaro, Tinaquillo Edo. Cojedes, on the measuring of blood pressure in the pediatric patient.

Methods and Instruments: a non-experimental study was done, a descriptive research, in medicine students, nursing students, and health personnel (doctors and nurses) of the Hospital General Joaquina de Rotondaro, Tinaquillo Edo. Cojedes in June 2007. The research was conducted to 50 participants to which were subject to a predetermined interview.

Results: Medicine students, general doctors, and nursing students were each represented by a 20% of the sample; the rest of the sample was conformed by doctors and nursing specialists. On measuring the blood pressure on children: 46% rarely measure it, 30% measure it daily, but not on all patients, 8% to all patients, and 15% never measure blood pressure. On the knowledge of the right technique to measure blood pressure in the pediatric patient 56% assure having the right knowledge, 28% fair knowledge, and the rest between deficient and complete ignorance. Over 56 % did not know have the anatomical knowledge necessary to do the procedure, the size of the sleeve and placement of the stethoscope constituted the more frequent mistakes with over 45 % of the total sample size. Rest and the importance of the positioning was right 68% overall.

Conclusion: The majority of the population although they assure their knowledge on the subject was good, and the measuring blood pressure is done regularly, they are not familiar with the anatomical basics, and the adequate technique to do so. The most frequent mistakes were those of bigger importance at the time of the tensional numbers variation. The medicine and nursing students as well as the nursing personnel were the ones presenting the largest ignorance of the subject.

Key words: Hypertension in pediatric, pediatric.

La Hipertensión Arterial (HTA) no es un patología frecuente en la edad pediátrica, sin embargo al igual que en el adulto su diagnóstico es de fácil ejecución y sus consecuencias pueden ser graves y aún mayores si no se diagnostica oportunamente.

En los últimos años este tema ha tenido un importante avance en relación a su definición, manejo, evolución y factor de riesgo para la edad adulta, aunque persiste el problema de la no detección por la falta de toma de presión arterial en los niños¹.

La Academia Americana de Pediatría y consensos realizados sobre el tema definen la hipertensión arterial en el paciente pediátrico como niveles de tensión arterial sistólica (TAS) o diastólica (TAD) iguales o superiores al percentil 95 (P95) para determinada edad, sexo y talla en tres tomas sucesivas. Y se habla de prehipertensión cuando dichas cifras son iguales o mayores al percentil 90 (P90) pero menores al P95^{2, 3,4,5,6,7}.

Algunos niños y adolescentes presentan tensión arterial (T. A) aumentada por encima del percentil 95 en la consulta pediátrica, dando sin embargo TA normales cuando se toma la tensión fuera de la consulta médica. Es la llamada "hipertensión de bata blanca". Su diagnóstico se confirma mediante una monitorización ambulatoria continua durante 24 horas de la TA, lo que se denomina MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial)⁵.

Los valores de tensión arterial deben mantenerse dentro de los percentiles adecuados durante el desarrollo del paciente para que el aumento de un percentil sea de importancia y de alerta para el especialista o médico tratante. La singularidad de este tema es sin duda la variabilidad de la tensión a lo largo de la edad pediátrica, sus diferentes parámetros según la edad y su aumento al avanzar la misma.

Por eso los valores de normalidad en tensión arterial pediátrica son de gran importancia y uno de los mas usados son los publicados por el estudio de la Task Force for blood Pressure in children donde crearon tablas de referencia estándares que relacionan TA con edad, peso y talla, basadas en población de niños americanos. Las tablas actualizadas en de dicho estudio incluyen el P50, P90, P95 y P99 con desviaciones estándares por edad, sexo y talla para niños entre 1 y 17 años de edad⁵.

La prevalencia de HTA en niños se estima en 2% aproximadamente, aumentando hasta en un 5.5 % en el adolescente y siendo aun mayor en adolescente femeninos².

Sin embargo está descrito según algunos investigadores que hay errores en el diagnóstico de hipertensión arterial en niños de 22% hasta 44% de falsos diagnósticos por errores en la técnica de la toma o por hipertensión de bata blanca⁸.

La etiología generalmente es consecuencia de patologías subyacentes; es decir, de origen secundario en casi el 80 % de los niños, siendo el resto de origen esencial. Cuanto menor es el niño y mas altos son los valores de T.A mayor probabilidad hay que esta sea secundaria⁴.

El origen renal y renovascular encabezan la lista de patologías secundarias que originan HTA con un 75 – 80%, siendo la glomerulonefritis la más frecuente. A diferencia de la edad neonatal y lactantes donde la principal causa es la cateterización de la arteria umbilical para los primeros seguido de estenosis o trombosis de la arteria renal para los segundos. En los adolescentes predomina la causa renal pero la HTA de origen esencial ya comienza a ser mas frecuente^{2, 4}.

Por tal motivo la toma de tensión arterial debe ser rutina y debe realizarse sistemáticamente en el paciente. Existen situaciones en las cuales no debería omitirse como por ejemplo: hijos de padre hipertenso, ya que el riesgo del niño a ser hipertenso aumenta entre 15 y 20 % aumentando hasta 50 % si ambos padres lo son¹. Pacientes con antecedentes de prematuridad extrema, hospitalización en etapa neonatal, enfermedades renales o cardiacas, con tratamientos farmacológicos que induzcan aumentos en la tensión arterial^{1,6}.

Para tomar la tensión arterial, se debe tener cierto conocimiento acerca de los detalles que involucran tal procedimiento. Primero; saber que el esfigmomanómetro mas adecuado es el de mercurio o el anaeroide calibrado bimanualmente, segundo; el manguito del manómetro debe ser de diferente tamaño según la edad, como norma general se establece que debe cubrir del 80 al 100% de la circunferencia del brazo y 2/3 (dos tercios) del largo del brazo, es decir, que la anchura del manguito sea aproximadamente igual al 40 % de la circunferencia del brazo derecho en el punto medio entre el acromio y el olécrano^{4,5,7}.

El paciente debe estar sentado (si es muy pequeño acostado) en un ambiente tranquilo y con un reposo previo de por lo menos 5 minutos. El brazo debe ser el derecho y debe estar apoyado o sujeto por el examinador colocado a la altura del corazón. La campana del estetoscopio deberá colocarse en la fosa antecubital y no debe ser cubierta por el manguito.

Se procede a inflar o insuflar el manguito rápidamente hasta unos 20 mmHg por encima de la presión necesaria para que desaparezca el pulso radial, desinflando luego a 2 o 3 mmHg. La Tensión arterial sistólica corresponderá al primea ruido de korotkoff y la tensión arterial sistólica al quinto o último ruido de korotkoff.

La técnica para dicha toma es similar a la del adulto, la diferencia radica en el uso de los manguitos y en la diferencia de poder lograr el reposo del niño, sin embargo se hace la salvedad en los paciente muy pequeño como el neonato o el lactante en quienes muchas veces se usan métodos automatizados para poder lograrlo.

Existe una correlación entre TA en la infancia y la adultez, por lo que el cribado de TA en la infancia podría identificar a aquellos niños con alto riesgo para desarrollar una HTA como adultos. Otros autores argumentan en contra de esta estrategia, basándose en que la correlación entre TA en niños y adultos es demasiado baja; sin embargo estudios demuestran la correlación estadísticamente significativa entre los niveles de TA en la infancia y en la juventud, siendo mayor esta correlación a partir de la adolescencia, mostrando que niveles de TA más altos en la adolescencia, se correlacionan con más altos valores de TA en la adultez temprana, así como una correlación entre los valores de TA en la vida adulta⁵.

Lo antes expuesto enfatiza la importancia de poder detectar a tiempo al paciente pediátrico con hipertensión arterial, cabe la duda entonces de preguntarse si el personal encargado o que en un futuro se encargará de realizar la toma de tensión arterial en el niño (estudiantes de medicina y de enfermería) y de disminuir el porcentaje de no diagnostico por omisión de este procedimiento tienen los conocimientos teóricos y prácticos para realizarlo.

Objetivo: Determinar los conocimientos anatómicos, teóricos y prácticos de los estudiantes de enfermería y personal de salud del Hospital General Joaquina de Rotondaro, Venezuela, Tinaquillo edo. Cojedes, sobre la toma de tensión arterial en el paciente pediátrico.

Materiales y metodos

Se realizó un estudio no experimental, tipo descriptivo, en estudiantes de medicina, enfermería y personal de salud (médicos y enfermeras) del Hospital General Joaquina de Rotondaro, Venezuela, Tinaquillo, edo Cojedes. Junio 2007.

La muestra estuvo conformada por 50 personas, entre médicos especialista, médicos residentes, estudiantes de enfermería y de medicina, a quienes se le aplicó una encuesta predeterminada, la cual se dividió en dos partes, la primera selección múltiple y la segunda verdadero y falso.

El criterio de inclusión fue que fuesen trabajadores del hospital o pasantes de enfermería y medicina del hospital General Joaquina de Rotondaro.

De los datos obtenidos en la primera parte de la encuesta (selección múltiple) se estudiaron los siguientes tópicos: 1. nivel de instrucción: estudiante, técnico, licenciado, médico general, médico especialista, 2. conocimiento sobre la técnica de la toma de tensión arterial en el paciente pediátrico: muy bueno, bueno, regular, deficiente, desconoce, 3. la condición previa del paciente pediátrico antes de tomar la T. A: Reposo de más 30 minutos antes de la toma de tensión arterial, no importa estar en reposo, reposo 5 minutos antes de la toma, se debe indicar caminar algunos minutos antes de la toma. 4. El tamaño del maguito o brazalete debe: Cubrir del 80%- 100% de la circunferencia del brazo y 2/3 de largo del brazo, cubrir del 50%-60% de la circunferencia del brazo y 2/3 de largo del brazo, cubrir del 80%- 100% de la circunferencia del brazo y 1/3 de largo del brazo, Cubrir el 40 % de la circunferencia del brazo y el 1/3 de largo del brazo. 5. El maguito o brazalete debe colocarse: sobre la fosa antecubital o pliegue del brazo, debajo de la fosa antecubital o pliegue del brazo, por encima de la fosa antecubital o pliegue del brazo, no importa su relación con la fosa antecubital o pliegue del brazo. 6. El manómetro debe estar: a la altura de los ojos del operador, a la altura de la barbilla del mentor, por encima de la frente del mentor, no importa la posición. 7. La campana del estetoscopio debe colocarse: por debajo del brazalete o manguito, sobre la fosa ante cubital sin presionar ni cubrirla con el manguito, por debajo de la fosa antecubital haciendo buena presión, la colocación del estetoscopio no es relevante en la técnica para tomar la tensión arterial. 8. La posición ideal del paciente para tomar la tensión arterial es: que se encuentre cómodo, sentado, con las piernas separadas y apoyadas al piso. Con el brazo apoyado sobre el posa brazo de la silla. Y en los lactantes decúbito supino, que se encuentre cómodo, sin importar la posición. Con el brazo apoyado. 9. Con que frecuencia toma usted la tensión arterial del paciente pediátrico: nunca, rara vez, frecuentemente, a diario pero no a todos los pacientes, siempre a todos los pacientes.

Los tópicos de la segunda parte (el encuestado debe marcar si el enunciado es verdadero o falso) correspondiente a la encuesta fueron: 1. Se considera hipertensión arterial en pediatría, aquella que se presenta en cifras superiores al P95 de tablas previamente aceptadas. 2. Se considera tensión arterial sistólica a la aparición del primer ruido de Korotkoff y tensión arterial sistólica a la desaparición de los ruidos o 5to ruido de Korotkoff. 3. La arteria sobre la cual se tomará la tensión arterial del paciente debe estar a la altura del corazón 4. El esfigomanómetro ideal debe ser de mercurio o el anaeroide 5. El tamaño del manguito puede modificar las cifras de tensión arterial. 6. Si el manguito o brazalete queda grande la presión arterial se medirá más alta de lo normal 7. Si el maguito o brazalete queda pequeño no se

modifican las cifras de T.A 8. La arteria braquial es donde se toma la tensión arterial. 9. se puede tomar la tensión arterial en el miembro inferior, respetando las proporciones y auscultando en la fosa poplítea.

Los resultados se presentan en frecuencias absolutas y relativas, para tal fin se utilizó un paquete estadístico: SPSS13 versión en inglés para Windows.

Resultados

En relación al nivel de estudio de las 50 personas encuestadas, los estudiantes de medicina, médicos generales, estudiantes de enfermería y licenciados en enfermería representaron el 20 % respectivamente del total de encuestados; mientras que los médicos especialistas y personal técnico en enfermería el 20% restante.

Acerca del conocimiento de la toma de la tensión arterial en el paciente pediátrico 56% aseguró tener buenos conocimientos, 28% conocimientos regulares, 8% conocimientos deficientes y desconocimiento total respectivamente. Ningún encuestado seleccionó tener muy buenos conocimientos.

La frecuencia de la toma de tensión arterial en el niño quedó representado de la siguiente manera: 46% rara vez la toma, 30% lo hace a diario pero no a todos los pacientes pediátricos, 8% aseguró tomarla siempre y a todos los pacientes mientras que 14 % restante nunca toma la tensión arterial en los niños.

En relación a los conocimientos teóricos, sólo 24 de las 50 personas sabían el concepto de hipertensión arterial en la edad pediátrica; 30 personas conocían los ruidos de Korotkoff y su importancia y utilidad en la toma de tensión arterial, las 20 personas restantes no sabían que fase de los ruidos de korotkoff corresponden con las tensión arterial diastólica y sistólica.

Sólo 32 personas afirmaron de manera acertiva ser la arteria braquial donde se toma la tensión arterial, a diferencia de 18 personas que indicaron ser falso el uso de dicha arterial para tal procedimiento; además 30 encuestados no saben la ubicación anatómica del olécranon y el acromio.

De las condiciones previas a la toma de la tensión en el infante, el reposo y la importancia de la posición del paciente fue reconocida correctamente en el 68 y 70 % respectivamente de los encuestados.

De los detalles teórico – prácticos se encontró que el tamaño del manguito o brazalete así como su ubicación en el brazo fueron desconocidos por el 56% (28 personas) y 72% (36 personas) respectivamente. Otro resultando o hallazgo importante es que para el 62% de los trabajadores y estudiantes el tamaño del maguito no tiene ninguna importancia a la hora de la toma de la tensión arterial, por ende

la mayoría erró en las consecuencias que trae usar un manguito inadecuado.

El esfigmomanómetro de mercurio fue reconocido por 42 personas como el instrumento ideal para medir tensión arterial.

En cuanto a la colocación de la campana de estetoscopio el 50% respondió acertadamente y del 50 % restante el 20% señaló que el lugar de colocación de la campana no es relevante, el porcentaje restante no supo su ubicación correcta, de ellos el 26 % indicó que debe colocarse por debajo del manguito convirtiéndose así en el error más frecuente. 24 personas, es decir, 48% de la muestra conoció que el manómetro debe estar a la altura de los ojos del examinador u operador; el resto de personas no supo donde debía estar el manómetro.

El 56% del total de la población desconoce el uso del miembro inferior y del antebrazo como alternativa a la hora de tomar la tensión arterial.

Hablar del conocimiento acerca de la toma de tensión arterial en el paciente pediátrico, es un tema por más interesante, sin embargo con una bibliografía prácticamente inexistente sobre el conocimiento de estudiantes y profesionales de la salud acerca de dicho tema, se debe basar en estudios realizados acerca de factores de riesgo, relación entre hipertensión arterial en la infancia y en el adulto y en bibliografía acerca de la hipertensión arterial en los niños, para recalcar lo realmente importante que es tal conocimiento y su aplicación.

Si la HTA es un problema de salud pública en la edad adulta y se sabe gracias a estudios prospectivos de cohortes que los niños con tensión arterial alta, desarrollan con más frecuencia una TA elevada en etapas posteriores de la vida (5) y que el aumento de la HTA primaria o esencial en el niño y en el adolescente es un eco. La oportuna detección del paciente pediátrico hipertenso o con factores de riesgos para serlo es la clave, por ende la preparación del personal encargado es fundamental.

Los conocimientos anatómicos acerca de la toma de la tensión arterial inician al comenzar la carrera universitaria o técnica, y se van especializando a medida que se avanza en los años de estudios, siendo la base para poder llevar a la práctica los conocimientos semiológicos aprendidos.

Desde hace muchos años están establecidos los detalles anatómicos y fisiológicos en la toma de tensión

arterial, entre estos tenemos que la arteria braquial es el vaso sanguíneo que dará las cifras tensionales y que los ruidos de korotkoff son los que se identificaran para saber la cifras de tensión. Sobre lo primero sólo 32 personas es decir el 64% desconocen que es sobre dicha arterial que se hace presión con el brazaletes.

Acerca de los ruidos de Korotkoff, se sabe que la tensión arterial sistólica corresponde a la fase 1 donde aparecen sonidos claros y coincide con la palpación del pulso y la tensión arterial diastólica con la quinta fase o pérdida del sonido audible. 30 de los 50 encuestados sabían tal enunciado, mientras que los 20 restantes no. Por ende dichas personas desconocen que en los niños a veces la fase V de tales ruidos es audible hasta cero y no refleja por tanto el verdadero valor de la TAD, por lo cual se considera como tal el valor de la fase IV que es la amortiguación de los sonidos.

Con relación a los conocimientos anatómicos necesarios para colocar el manguito en el brazo, se ha estipulado que se debe de tomar la medida de la circunferencia del brazo y la distancia entre el olécranon y el acrómio, para ubicar en el manguito en el punto medio de tal distancia y el largo del manguito o brazaletes debe cubrir como mínimo el 80 % de la circunferencia antes nombrada. Mas de la mitad de las personas (30 personas) desconocen la ubicación del acrómio y del olécranon por ende es lógico que el 72% de la población no supiesen la ubicación exacta del manguito.

El desconocimiento del detalle anatómico anterior también supone porque el 56% desconoce que porcentaje de la circunferencia del brazo debe cubrir el manguito a usar, y aun más grave que para el 62% de los encuestados es indiferente el tamaño del manguito. La gravedad radica en que al no usar una medida adecuada el valor de tensión arterial será falso, dado que si el manguito es pequeño en relación al que le corresponde al paciente el valor de tensión arterial será falsamente alto y viceversa si es grande dará falsamente baja la tensión arterial⁵.

En cuanto al equipo de toma de tensión arterial la mayoría al igual que la bibliografía consultada reportó ser el esfigmomanómetro de mercurio el instrumento ideal⁵.

Las condiciones previas que rodean la toma de tensión arterial en el niño son básicamente similares a las del adulto, el reposo de por lo menos 5 minutos antes de la toma fue reconocido por el 68% de los encuestados. Además debe evitar alimentos o drogas estimulantes antes de tomar la tensión⁵.

En cuanto a la posición que debe tener el infante, se describe que este debe estar sentado, con la espalda apoyada, no debe cruzar las piernas y el brazo derecho debe estar apoyado, sin usar ropa que comprima el brazo y la fosa antecubital a nivel del corazón⁵. El

70% reconoció tal importancia, lo que indica que en este grupo de estudiantes y trabajadores de la salud los errores en valores de tensión arterial originados por mala postura deben ser mínimos. Es un hallazgo importante en el estudio que se contrapone con el error del tamaño del manguito, tomando en cuenta que por ejemplo: los valores de tensión arterial son mas elevados en la posición supina que sentado, la espalda no apoyada puede originar un aumento de hasta 6 mmHg en la tensión arterial y la mala colocación del brazo el cual que debe estar apoyado y a la altura de la aurícula derecha puede dar falsamente alta si se encuentra por debajo y falsamente bajo si encuentra por encima de la misma.

La equivocación más frecuente de este estudio fue el error a la hora de colocar la campana del estetoscopio, debe ir por debajo del borde inferior del manguito o brazalete. Ya que al colocarla debajo del manguito se originará más presión sobre la campana y por ende sobre la arteria colapsándola originando sonidos ásperos que se escucharán por debajo de la presión diastólica, por lo que le dará una lectura falsa. El 50% respondió acertadamente, pero un 20 % del restante indicó que la posición de la campana no es relevante, lo cual es incorrecto por lo antes explicado.

Si se engloban todos los resultados y la discusión antes expuesta se puede concluir que si bien el 56% y 28% de los encuestados aseveraron tener buenos y regulares conocimientos respectivamente acerca de la toma de tensión arterial en el paciente pediátrico, los errores mas frecuentes fueron los propios de la toma de tensión del niño, es decir, las características que difieren entre el adulto y el niño.

La toma de tensión arterial en el niño y en el adulto son similares, pero las diferencias como las del uso del manguito son indispensables conocerlas, por ende a pesar de los conocimientos antes expuestos, la mayoría no tuvo el adecuado, las equivocaciones fueron las que mas alteraciones o cambios originan en las cifras de tensión arterial, por ende el error en la toma de tensión debe ser frecuente, a este se une que el 46% rara vez toma la tensión en el niño.

Por último las personas en período de formación es decir estudiantes y técnicos fueron los que presentaron mayor desconocimiento del tema; en general se concluye desconocimiento por parte de los encuestados sobre la toma de tensión arterial en el paciente pediátrico.

De esto se debe enfatizar en el correcto aprendizaje de la anatomía, fisiología y semiología necesaria para tomar la tensión arterial ya que de nada sirve que las pocas personas encuestadas que si toman la tensión arterial en los infantes lo hagan inadecuadamente.

Conclusión

La HTA en el paciente pediátrico es una enfermedad poco frecuente, pero sus consecuencias son de gran importancia en el niño. Su asociación con riesgo cardiovascular desde la adolescencia y en la edad adulta así como las alteraciones que produce, hacen que sea de vital importancia diagnosticarla a tiempo.

La omisión de la toma de tensión arterial en el niño debe disminuir, y se debe implementar la toma de la misma de manera rutinaria.

La mayoría de la población a pesar de asegurar tener buenos conocimientos del tema y realizar el procedimiento rutinariamente, desconoce las bases anatómicas y la adecuada técnica para tomar la tensión arterial en el niño.

La mitad de la población no supo el concepto de hipertensión arterial en la edad pediátrica.

La mayoría de la población es personal en formación, por lo cual las deficiencias deben tratarse desde las aulas de clase para poder perfeccionarlas en la práctica.

Los errores mas frecuentes fueron los de mayor importancia a la hora de variación de cifras tensionales como el tamaño del manguito y su ubicación y la colocación de la campana del estetoscopio.

Los desconocimientos anatómicos son en muchos casos la base de los errores cometidos por el personal encuestado.

Referencias

1. Saieh C, Pinto V, Wolf E. Hipertensión Arterial em Pediatria. Unidad de nefrourologia. Departamento de pediatria. Rev. Med. Clin. Condes. 2005; 16 (2).
2. Halabe Bucay Alberto. Hipertensión arterial en la infancia: la importancia de tomar la presión arterial en la consulta externa. Rev. Fac Med UNAM. 2002; 45 (6): 245-247.
3. Ramírez José. Presión normal e hipertensión arterial en niños y adolescentes [comentario editorial]. Arch. Argent. pediatr. 2006; 104 (3): 193-195.
4. Lurbe E, Torró I, Cremades B. Hipertensión Arterial en niños y adolescentes. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatria. Capitulo 13. Sociedad Española de pediatria.
5. Cortés Rico Olga. Prevención de la hipertensión arterial en la infancia y en la adolescencia. prevInfand (AEPap)/ PAPPS. 2006.
6. Caggiani M, Farré Y, Acosta V, Alfonso L, Charlín M, Duhagon P et al. 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y en el Adolescente. Arch Pediatr Urug. 2006; 77 (3): 300-305.
7. Díaz Martín JJ, Málaga Guerrero S. Hipertensión Arterial. En: AEPap ed. Curso de actualización pediatria 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 39-47.
8. Saieh A Carlos. Monitoreo ambulatorio de presión arterial en niños. Rev. Med. Clin. Condes. 2005; 16 (2): 56-59.