

[LA MIDA IMPORTA]

Autors: Nadia Jdid Rosás, Alba Oliveras Puig i Antoni Dalfó-Baqué

Metges de família de l'EAP Gòtic. ICS. Barcelona

Correspondència: nadiajdid17@hotmail.com

Correctors: Oriol Rebaglitao i Mariano de la Figuera

Publicat: octubre 2013

Nadia Jdid Rosás, Alba Oliveras Puig i Antoni Dalfó-Baqué (2013)

La mida importa

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol31/iss2/5>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

La hipertensió arterial (HTA) és una de les malalties cròniques més prevalents. El correcte diagnòstic és fonamental per establir unes bones bases de tractament i prevenir així tots els possibles esdeveniments cardiovasculars associats. D'altra banda, el sobretractament pot produir efectes secundaris o adversos indesitjables.

DESCRIPCIÓ

La senyora Rosa és una pacient de 69 anys sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, hàbits tòxics ni antecedents familiars d'interès. D'entre els seus antecedents patològics destaquen: HTA en tractament combinat amb quatre fàrmacs (bisoprolol 5mg/24h, hidroclorotiazida 50mg/24h, valsartan 160mg/24h i lacidipí 4mg/24h), Diabetis Mellitus tipus 2 en tractament combinat amb insulina i metformina, obesitat, hipertrigliceridèmia controlada amb fibrats, reflux gastroesofàgic pel que pren pantoprazol, síndrome depressiva en tractament amb paroxetina i poliartrosi controlada amb paracetamol.

Es troba estable, conscient i orientada en les tres esferes, normocolorejada i normohidratada. Presenta mal control tensional tant a la consulta com en els valors d'AMPA (Automesura de la Pressió Arterial) aportats (al voltant de 150/80 mmHg). Auscultació cardio-respiratòria dins de la normalitat, no

bufs carotidis, abdomen globulós i depresible sense megàlies ni signes d'alarma. Polsos distals presents, no presenta edemes a extremitats inferiors ni signes de trombosi venosa profunda. Exploració neurològica dins de la normalitat, sense focalitats.

Es disposen de les següents exploracions complementàries recents:

- Analítica de sang: glucosa 153mg/dl, HbA1c 6.8%. Resta d'hemograma, bioquímica i hormones tiroïdals dins de la normalitat.
- Estudi bàsic d'orina incloent quocient albúmina/creatinina dins de la normalitat.
- Radiografia de tòrax: normal.
- Electrocardiograma: Ritme sinusal, 84 batecs per minut, eix 30º, bloqueig complet de branca esquerra (conegut des del 2008).
- Ecocardiograma: Fracció d'ejecció del 54%, lleu hipertròfia septal del ventricle esquerra, motilitat global disminuïda i signes indirectes de disfunció diastòlica del ventricle esquerra.

Malgrat rebre tractament amb quatre fàrmacs, la senyora Rosa es trobava fora dels objectius de control de pressió arterial ($\geq 140/90$ mmHg). Per aquest motiu la seva metgessa de família es va plantejar diverses opcions: derivar-la a la unitat hospitalària d'HTA, descartar causes secundàries o sol·licitar un MAPA (Monitoratge Ambulatori de la Pressió Arterial). Alhora, els possibles diagnòstics diferencials plantejats van ser: HTA resistent, compliment de bata blanca (malalts que en els dies previs a

la visita són excel·lents complidors), efecte de bata blanca o bé errors en la mesura de la pressió arterial (PA). Finalment, després de valorar les diferents opcions i davant la major sospita d'HTA resistent es va decidir per la sol·licitud d'un MAPA amb l'objectiu de conèixer millor els valors ambulatoris de la PA de la pacient.

Sorprenentment per la seva metgessa, tal i com es pot observar a les [figures 1 i 2](#) va mantenir-se durant totes les hores del registre molt per sota dels objectius de control i amb cap determinació per sobre d'ells. A la [taula 1](#) es poden observar els principals resultats.

Què havia passat? Efecte de bata blanca? Aquell dia havia pres la medicació correctament? No funcionava bé l'aparell de MAPA? No estava validat l'esfigmomanòmetre de la consulta de la seva infermera/metgessa? O, potser era inadequada la mida del maneguet?

Arran dels resultats obtinguts en el MAPA es va descartar la HTA resistent. També es podia descartar un efecte de bata blanca, ja que les mesures de PA que es van realitzar prèviament a la col·locació del MAPA van ser inferiors a les que s'obtenien habitualment amb el seu equip assistencial, contràriament al que cabria esperar al trobar-se amb altres professionals i en consultes diferents.

Val a dir que prèviament a l'aplicació del MAPA es va mesurar el perímetre braquial (PB) de la pacient seguint el protocol estandarditzat del centre (no constava el PB al curs clínic). El perímetre va resultar de 38 cm; per

tant, se li va posar el maneguet corresponent que va ser una talla superior a l'estàndard (que era el que havia estat utilitzat prèviament en totes les determinacions). Així doncs ja podríem intuir que indiscutiblement, sí, la mida importa!

Un cop rebuts els resultats del MAPA la pacient va ser visitada pel seu equip assistencial decidint retirar el laci dipina. En les següents visites de control les xifres de PA mesurades es varen mantenir estables al voltant de valors de 130/75 mmHg.

DISCUSSIÓ

La correcta mesura de la PA és fonamental tant en el diagnòstic com en el seguiment dels pacients hipertensos. Emfatitzant en la tècnica de mesura i en concret en les condicions del material emprat, cal destacar que, la mida del maneguet és de rellevant importància. És per aquest motiu que les guies de pràctica clínica en HTA recomanen l'ús de maneguts adequats a la mida del braç on la càmera ha de cobrir aproximadament el 80%¹ del PB amb una amplada al voltant del 40% i un sistema ferm de tancament²; per tant, recomanen tenir en tots els centres maneguts petits, estàndards i per obesos³. Per poder-ho dur a terme està clar que prèviament s'ha de mesurar el PB i aquest es mesura en la circumferència que es dibuixa en el punt mig del braç entre espatlla i olècranon⁴.

La manca de temps a la consulta o l'augment del nombre de pacients pluripatològics poden col·laborar a que els professionals sanitaris oblidin i/o obviïn aquest aspecte fonamental, de manera que, a la pràctica clínica habitual no acostumem a mesurar sistemàticament el PB.

Des de fa molts anys diferents estudis han demostrat la rellevància d'aplicar un maneguet adequat a l'hora de mesurar la PA⁵. Si s'utilitza un maneguet petit se sobreestima la PA (segons alguns estudis la PA sistòlica pot augmentar fins a valors de 6-10mmHg)^{6,7} i contràriament si s'utilitza un maneguet gran s'infratestima⁸.

En resum, en la pràctica clínica habitual la PA pot no mesurar-se acuradament

duent a terme errors en la tècnica i material de mesura que són fàcilment corregibles. En el present cas hem volgut destacar la importància de la recollida del perímetre braquial a ser possible abans de la primera determinació de PA i disposar de maneguts de diferents mesures en tots els centres. En fer-ho es permetran conèixer els valors reals de PA (i no sobre/infratestimats). Alhora, aquesta estratègia permet reduir l'error de mesura i és de vital importància per minimitzar les possibles conseqüències de tenir als pacients hipertensos infra/sobretractats.

Taula 1. Resultats de la MAPA

- PA 24 hores: 105/51 mmHg
- PA període d'activitat: 106/52 mmHg
- PA període de descans: 102/49 mmHg
- Càrregues tensionals 0% de PAS i PAD en tots els períodes
- Variació PAS/PAD/PAM activitat-descans: -3,8/-5,8 i -4,2

Figura 1. Gràfica de mitjanes horàries de PAS i PAD durant 24 hores

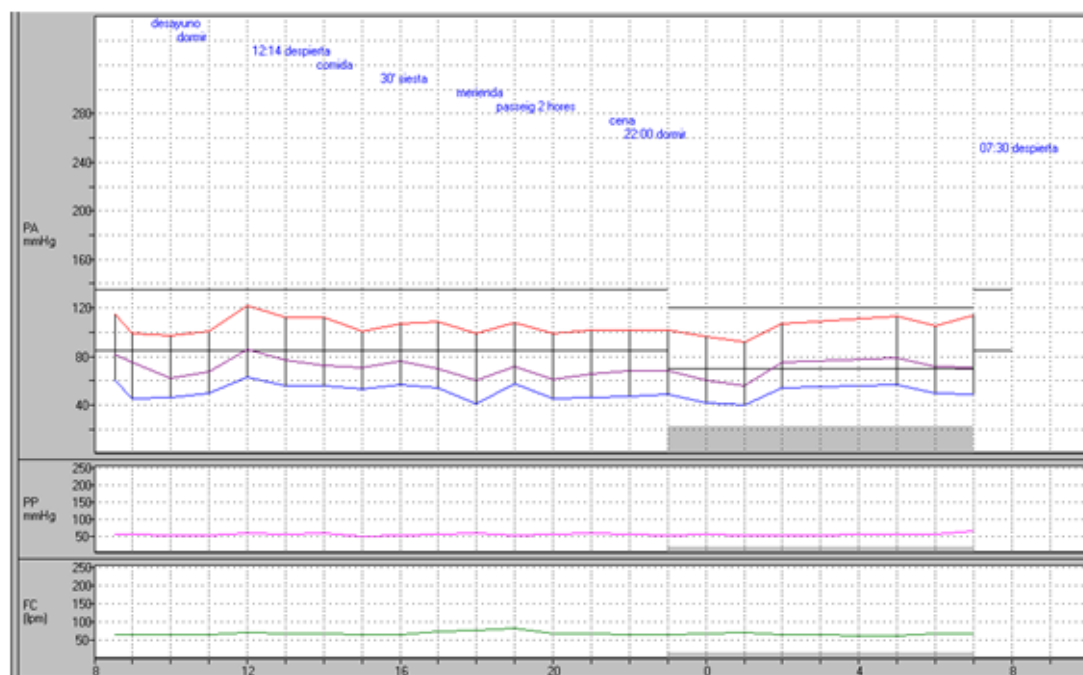
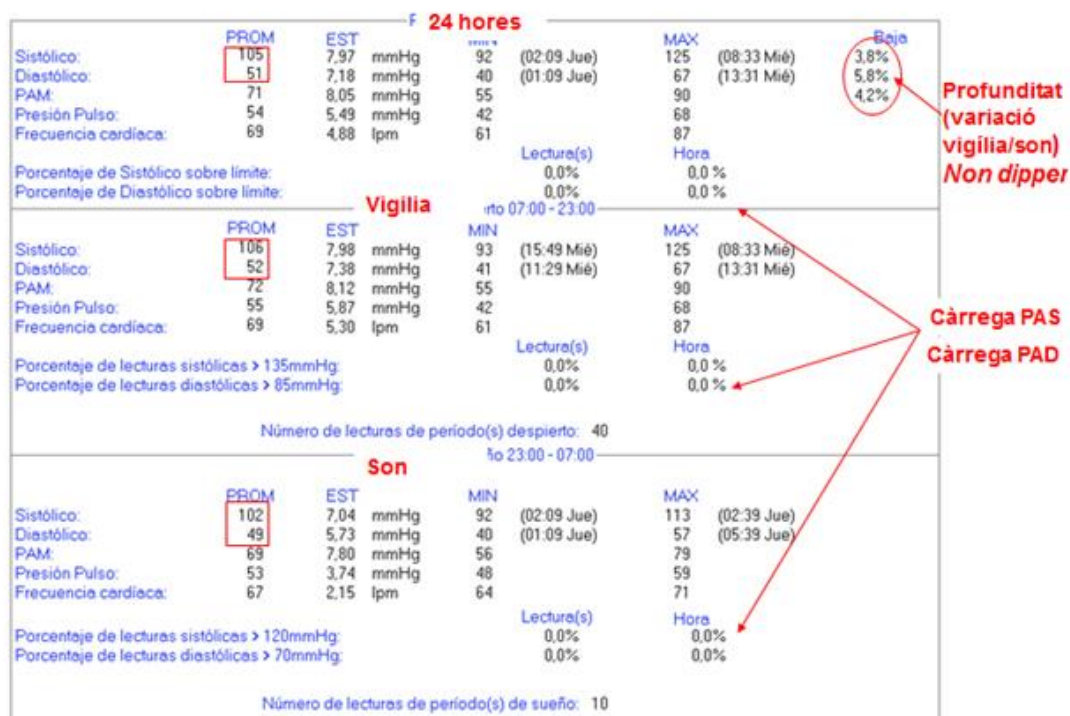


Figura 2. Valors de PA, càrregues tensionals i variació del període activitat-descans



BIBLIOGRAFIA

1. P. Armario, J. Banegas, C. Campo, A. De la Sierra, M. Gorostidi, R. Hernández. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Hipertensión 2005;22 Supl 2:16-26.
2. Pervin R. Taleyarkhan, Leslie A. Geddes, Andre E. Kemeny, Jillian S. Vitter. Loose cuff hypertension. Cardiovasc Eng (2009) 9:113–118.
3. Grupo de trabajo para el tratamiento de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Española de Cardiología. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Journal of Hypertension 2007, 25:1105-1187.
4. Tekin Akpolat. Obesity, hypertension and home sphygmomanometer cuffs. European Journal of Internal Medicine (2010) 21: 338-340.
5. C. Reid, H. Miles, K. Willson, L. Beilin, M. Brown, G. Jennings, J. Mcneil, T. Morgan, M. West and L. Wing. Who's really hypertensive? – Quality control issues in the assessment of blood pressure for randomized trials. Blood Pressure 2005; 14: 133-138.
6. P. Palatini, E. Benetti, C. Fania, G. Malipiero and F. Saladini. Rectangular cuffs may overestimate blood pressure in individuals with large conical arms. Journal of hypertension 2012, 30:530-536.
7. Sprafka JM, Strickland D, Gomez-Marín O, Prineas RJ. The effect of cuff size on blood pressure measurement in adults. Epidemiology 1991; 2(3):214-217
8. A. Russell, L. Wing, S. Smith, P. Aylward, R. McRitchie, R. Hassam, M. West and J. Chalmers. Optimal size of cuff bladder for indirect measurement of arterial blood pressure in adults. Journal of hypertension 1989, 7: 607-613.