

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**GPC**

Actualización  
2017

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA  
PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE  
MUJERES CON  
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS  
EN EL EMBARAZO**

**GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-583-12

Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Intervenciones de enfermería para la prevención y atención de mujeres con trastornos hipertensivos**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Debe ser citado como: **Intervenciones de enfermería para la prevención y atención de mujeres con trastornos hipertensivos**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2017 [fecha de consulta].  
Disponibile en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

ISBN en trámite

# 1. DIAGRAMAS DE FLUJO



## 2. INTERVENCIÓN EN SALUD

### PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
<p>Se debe otorgar una atención integral por el equipo de salud conformado por el médico familiar, médico ginecólogo y personal de enfermería para todas las mujeres con antecedentes de preeclampsia previa u otro marcador clínico que aumente el riesgo de enfermedades hipertensivas del embarazo como son: embarazo múltiple, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, proteinuria significativa en la primera visita prenatal o con una condición preexistente de hipertensión, diabetes o enfermedad renal.</p>	<p><b>B</b> <b>Task Force</b></p>
<p>A las mujeres que tengan factores de riesgo elevado de preeclampsia se les debería recomendar el uso de ácido acetilsalicílico en baja dosis.</p>	<p><b>B</b> <b>Task Force</b></p>
<p>El ácido acetilsalicílico debe tomarse en una dosis baja, administrada por la noche, al inicio del diagnóstico del embarazo hasta la semana 16 de gestación.</p>	<p><b>B</b> <b>Task Force</b></p>
<p>El consumo en suplementación de calcio en multivitamínicos puede ser útil para prevenir la preeclampsia.</p>	<p><b>B</b> <b>Task Force</b></p>
<p>El reposo absoluto en cama no debe recomendarse como práctica de rutina para la hipertensión en el embarazo, aunque si la reducción de la actividad física y de la jornada laboral.</p>	<p><b>B</b> <b>Task Force</b></p>
<p>La disminución en el consumo de sal en la dieta y la restricción de calorías, no están recomendados para prevenir la preeclampsia.</p>	<p><b>A</b> <b>Task Force</b>  <b>Fuerte GRADE</b></p>
<p>No se recomienda el consumo de los siguientes suplementos cuando se utilizan únicamente con el objetivo de prevenir hipertensión durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Magnesio.</li> <li>• Ácido fólico.</li> <li>• Vitaminas C y E.</li> <li>• Aceites de pescado o aceites de algas.</li> <li>• Ajo.</li> <li>• Licopeno.</li> <li>• Coenzima Q10.</li> </ul>	<p><b>A</b> <b>NICE</b></p>
<p>Los precursores de prostaglandina y la suplementación con magnesio o zinc no se recomiendan para la prevención de la preeclampsia, pero pueden ser útiles para la prevención de otras complicaciones del embarazo.</p>	<p><b>C</b> <b>Task Force</b></p>



<p>No se recomienda el uso de ninguno de los siguientes medicamentos como prevención de hipertensión durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donantes de óxido nítrico.</li> <li>• Progesterona.</li> <li>• Diuréticos.</li> <li>• Heparinas de bajo peso molecular.</li> </ul>	<p><b>A</b> <b>NICE</b></p>
---	---------------------------------

## DIAGNÓSTICO

<b>Recomendación Clave</b>	<b>GR*</b>
<p>Se recomienda que la presión arterial se mida con la mujer en posición sentada sin cruzar las piernas y apoyadas en superficie plana con el brazo a nivel de corazón.</p>	<p><b>A</b> <b>Taks Force</b></p>
<p>Se recomienda usar un brazalete de tamaño apropiado, (es decir, longitud 1.5 veces de la circunferencia del brazo).</p>	<p><b>A</b> <b>Taks Force</b></p>
<p>La presión arterial es más alta en un brazo, el brazo con los valores más altos se debe utilizar para todas las mediciones de la presión arterial.</p>	<p><b>B</b> <b>Taks Force</b></p>
<p>La presión arterial se puede medir usando un esfigmomanómetro aneroide calibrado.</p>	<p><b>A</b> <b>Taks Force</b></p>
<p>Se recomienda que cuando se monitoriza la presión arterial en el hogar, los profesionales de la salud deben asegurarse de que los pacientes cuenten con un adiestramiento adecuado para medir su presión arterial e interpretar las lecturas.</p>	<p><b>C</b> <b>Taks Force</b></p>
<p>La precisión de todos los dispositivos de medición de la presión arterial utilizados en las unidades de salud deben de corroborarse regularmente con un dispositivo calibrado, como parte de un programa de mantenimiento preventivo.</p>	<p><b>C</b> <b>Taks Force</b></p>
<p>La medición exacta de la presión arterial es importante, ya que puede llevar a cambios en el manejo clínico. En pacientes con reposo absoluto la presión arterial se puede medir en decúbito lateral izquierdo.</p>	<p><b>D</b> <b>NICE</b></p>
<p>Al momento de realizar la toma de la presión arterial es necesario considerar las condiciones del paciente, del equipo y del observador.</p>	<p><b>D</b> <b>NICE</b></p>
<p>Se debe utilizar un brazalete grande con una bolsa inflable que cubre el 80% de la circunferencia del brazo; si la circunferencia del brazo superior es mayor de 33cm pero menor de 44 cm. La tasa de deflación del brazalete debe ser <math>\leq 2</math> mm por segundo para evitar subestimar la presión arterial sistólica.</p>	<p><b>D</b> <b>NICE</b></p>

La presión arterial se debe de medir posterior a cinco minutos de reposo por lo menos. La paciente debe estar relajada, no tener prisa, no debe haber comido o bebido sustancias que pueden modificar la presión (café, té).	<b>D NICE</b>
El brazalete del esfigmomanómetro debe de estar en contacto con la piel. Es importante que mientras el brazalete se infla, la paciente no hable, puesto que modifica los valores.	<b>D NICE</b>
Al tomar 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.	<b>D NICE</b>
Todas las mujeres embarazadas deben poseer una evaluación integral que incluya la medición de la proteinuria.	<b>B Taks Force</b>
Se recomienda la medición de la proteinuria con tiras reactivas de lectura automatizada o usando la relación proteinuria-creatinuria en una muestra aislada en mujeres embarazadas con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg.	<b>B Taks Force  B NICE</b>
Se debe realizar una prueba confirmatoria de proteinuria cuando se sospecha de preeclampsia. Se puede utilizar la relación proteína/creatinina urinaria en recolección de orina de 24 horas, incluyendo: $\geq 1+$ proteinuria en las mujeres con hipertensión y aumento de la presión sanguínea. Y en mujeres con presión arterial normal, pero síntomas o signos sugestivos de preeclampsia.	<b>A Taks Force</b>
Si se utiliza recolección de orina en 24 horas como método diagnóstico de proteinuria significativa debe existir un protocolo establecido que asegure que la muestra sí es de 24 horas en el lugar donde se realiza la prueba.	<b>A NICE</b>

## TRATAMIENTO

<b>Recomendación Clave</b>	<b>GR*</b>
Se recomienda observar y preguntar a la paciente la siguiente sintomatología, para detectar oportunamente eclampsia: cefalea, trastornos visuales (fosfenos), náuseas, vómito, epigastralgia y disnea. Ya que estos signos y síntomas se presentan una semana antes de desarrollar eclampsia.	<b>C NICE</b>
Al momento del interrogatorio se recomienda tomar en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de preeclampsia: <u>a. Factores de riesgo moderado:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer embarazo.</li> <li>• Edad mayor o igual a 40 años.</li> <li>• Intervalo intergenésico mayor a 10 años.</li> <li>• IMC mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup> en la primera consulta.</li> <li>• Embarazo múltiple.</li> </ul>	<b>B NICE</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedente familiar de preeclampsia.</li> </ul> <p><b>b. Factores de alto riesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno hipertensivo en embarazo anterior.</li> <li>• Enfermedad renal crónica.</li> <li>• Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos.</li> <li>• Diabetes tipo 1 y 2.</li> <li>• Hipertensión crónica.</li> </ul>	
<p>En mujeres con preeclampsia no severa se recomienda monitorizar al menos dos veces por semana con función renal, deshidrogenasa láctica (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.</p>	<b>B NICE</b>
<p>En mujeres con preeclampsia no severa no se recomienda repetir cuantificación de proteinuria.</p>	<b>A NICE</b>
<p>Todas las mujeres con hipertensión gestacional o preeclampsia deben tener un registro horario de su tensión arterial y deben ser interrogadas acerca de síntomas de nueva aparición que puedan hacer sospechar el agravamiento de la enfermedad.</p>	<b>Ila Brazilian Guideline</b>
<p>Se recomienda la medición de la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario hasta asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 12 en 24 horas en pacientes con preeclampsia severa.</p>	<b>D NICE</b>
<p>Se recomienda advertir a todas las gestantes la necesidad de consultar por urgencias si experimentan algunos de los siguientes síntomas asociados a preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea severa.</li> <li>• Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfenos.</li> <li>• Dolor epigástrico.</li> <li>• Vómito.</li> <li>• Edema matutino de cara, manos o pies.</li> </ul>	<b>B NICE</b>
<p>Se recomienda hospitalización en aquellas embarazadas que presenten preeclampsia, en cualquiera de sus formas, ya que la presencia de proteinuria, mayor a 300 mg/24 hs, implica enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto y de la madre puede deteriorarse de forma impredecible.</p>	<b>Ila Brazilian Guideline</b>
<p>Se recomienda que el manejo de las mujeres con preeclampsia sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.</p>	<b>D NICE</b>
<p>En mujeres con preeclampsia no severa se recomienda la hospitalización y el tratamiento antihipertensivo. En mujeres con cifras tensionales superiores a 150/100mmHg.</p>	<b>A NICE</b>
<p>Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a todas las mujeres con preeclampsia severa con el fin de prevenir episodios eclámpticos.</p>	<b>A Brazilian Guideline B NICE</b>

<p>En mujeres con preeclampsia se recomienda individualizar el volumen de líquidos endovenosos que se debe infundir, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.</p>	<p><b>B NICE</b></p>
<p>Para la atención oportuna de las pacientes con pre eclampsia se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hospitalizar en sala de tratamiento intensivo oscura, aislada de ruidos.</li> <li>b) Reposo absoluto.</li> <li>c) Régimen normosódico según tolerancia de la mujer.</li> <li>d) Sulfato de magnesio: 5 grs IV en dosis inicial, 1-2 gr/hora en dosis de mantención. Su utilidad en la profilaxis de pre eclampsia está demostrada. Debe usarse siempre en casos de pre eclampsia severa.</li> <li>e) Inducción de madurez pulmonar fetal (uso de corticoides parenterales).</li> <li>f) Hipotensores por vía parenteral frente a falta de respuesta a los antihipertensivos orales.</li> </ul> <p>En la mujer con pre eclampsia grave debe considerarse como objetivo lograr presiones sistólicas entre 140-155 y diastólicas entre 90 y 105 mmHg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g) Control de diuresis. Sonda vesical a permanencia en caso de oligoanuria, control de diuresis horaria.</li> <li>h) Control de signos vitales, reflejos maternos y LCF cada 1 a 2 horas según condición clínica de la mujer.</li> <li>i) Exámenes de laboratorio bisemanales: hemograma con recuento de plaquetas, albuminuria 24 horas, clearance creatinina, perfil bioquímico (o pruebas hepáticas y ácido úrico).</li> <li>j) Evaluación unidad fetoplacentaria.</li> <li>k) Medias antitrombóticas, para prevenir trombosis venosa.</li> <li>l) Interrupción del embarazo, según criterios que se detalla a continuación. Los estudios clínicos randomizados disponibles avalan que en embarazos de pretérmino (&lt;34 sem), el manejo expectante es mejor que la interrupción inmediata, en términos de resultados maternos y perinatales. Excepción a esta conducta debe hacerse en casos de eclampsia, HELLP, compromiso sistémico materno, sufrimiento fetal, DPPNI o patología médicas crónicas tales como enfermedades reumatológicas y nefropatías.</li> <li>m) Mantener la sedación e hipotensores en el puerperio.</li> </ul>	<p><b>A Brazilian Guideline</b></p>
<p>Es importante mantener la oxigenación a través de la administración suplementaria de oxígeno por medio de una mascarilla con o sin depósito de oxígeno a 8-10 L/ min.</p>	<p><b>D NICE</b></p>
<p>En todas las pacientes eclámpticas el uso de la oximetría de pulso es indispensable para controlar la oxigenación.</p>	<p><b>D NICE</b></p>
<p>El análisis de gases arteriales es necesario si los resultados de la oximetría de pulso son anormales (saturación de oxígeno en o por debajo del 92%).</p>	<p><b>D NICE</b></p>
<p>Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso como anticonvulsivante de elección a todas las mujeres con episodios eclámpticos.</p>	<p><b>A NICE</b>  <b>Fuerte GRADE</b></p>



Debido a que la inyección de Sulfato de Magnesio por vía intramuscular resulta muy dolorosa, sólo se utilizará en casos donde no exista la posibilidad de colocar una venoclisis.	<b>D NICE</b>
Por razones de seguridad, se recomienda uso de bomba de infusión continua en la administración de sulfato de magnesio.	<b>D NICE</b>
Se recomienda realizar monitoreo clínico de la paciente con sulfato de Magnesio evaluando: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reflejo rotuliano presente.</li> <li>2. Frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones /minuto.</li> <li>3. Diuresis mayor a 100 ml/h.</li> </ol>	<b>D NICE</b>
No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.	<b>A NICE</b>
Durante la presencia de convulsiones, los barandales laterales de la cama o camilla deben estar colocados y protegidos con una almohadilla.	<b>D NICE</b>
Para minimizar el riesgo de aspiración, la paciente debe estar en posición de decúbito lateral y el vómito y la secreción oral se succionan según sea necesario.	<b>D NICE</b>
Las pacientes que reciben sulfato de magnesio deben ser monitorizadas para detectar signos y síntomas de toxicidad por magnesio, a través de evaluaciones seriadas de los reflejos, la frecuencia respiratoria y la uresis.	<b>D NICE</b>
En mujeres con hipertensión severa, se recomienda como objetivo tener por debajo de 140 mmHg la presión sistólica y por debajo de 90 mmHg la presión diastólica.	<b>D NICE</b>
En mujeres con hipertensión severa, se debe monitorizar la respuesta al tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para asegurar que la presión arterial baje.</li> <li>• Para identificar efectos adversos tanto de la madre como del feto.</li> <li>• Para modificar el tratamiento de acuerdo con la respuesta.</li> </ul>	<b>D NICE</b>
Individualizar el volumen a infundir de líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.	<b>B NICE</b>
Llevar un monitoreo y registro preciso de entradas y salidas de líquidos (ingesta oral y enteral, infusión intravenosa, líquidos administrados con la medicación, sondas y drenajes, vómitos).	<b>C NICE</b>
Los puntos básicos en el manejo de la eclampsia son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización.</li> <li>• Mantención de vía aérea permeable e instalación de vía venosa.</li> <li>• Control de la crisis convulsiva.</li> </ul>	<b>B NICE</b>

- Evaluación hemodinámica y del equilibrio ácido-básico.
- Disminución de la presión arterial si la hipertensión es severa.
- Evaluación neurológica y tratamiento del edema cerebral.
- Interrupción del embarazo.

## PROMOCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos no deben administrarse después del parto si la hipertensión es de difícil control, ya que existe evidencia de lesión renal.	<b>C Task Force</b>
Las mujeres con antecedente de preeclampsia severa (particularmente aquellas que fueron diagnosticadas antes de la semana 34 de gestación) deberán ingresar a un protocolo de estudio de hipertensión arterial secundaria, así como descartar enfermedad renal subyacente.	<b>B Task Force</b>
Las mujeres con sobrepeso deben ser alentadas en alcanzar un índice de masa corporal menor de 25 para disminuir el riesgo en el futuro embarazo y para la salud a largo plazo.	<b>A Task Force</b>
Las mujeres con hipertensión preexistente o hipertensión posparto persistente deben someterse a los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete, a las seis semanas después del parto: Examen General de Orina, Electrolitos séricos (sodio, potasio) creatinina sérica, glucosa central en ayuno, perfil de lípidos y electrocardiograma de 6 derivaciones.	<b>C Task Force</b>
Las mujeres con cifras normotensionales pero que han tenido un trastorno hipertensivo en el embarazo previo, pueden beneficiarse de la evaluación de los marcadores de riesgo cardiovascular tradicionales.	<b>B Task Force</b>
Todas las mujeres que han tenido un trastorno hipertensivo del embarazo deben realizar una dieta valorada por un nutriólogo y mantener un estilo de vida saludable promovido por todo el equipo de salud.	<b>B Task Force</b>
El personal de la salud debe conocer que la hipertensión gestacional y la preeclampsia pueden estar asociadas con un aumento de los efectos adversos en el desarrollo neurológico pediátrico como son: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y conductas de externalización (por ejemplo la agresividad).	<b>B Task Force</b>
El equipo de salud debe saber que no hay evidencia convincente de que los medicamentos antihipertensivos específicos para mujeres embarazadas estén asociados con efectos adversos en la formación del desarrollo neurológico del producto.	<b>B Task Force</b>
Se recomienda realizar la toma y registro oportuno de la presión arterial para tener un control y seguimiento posparto adecuado, las veces que sea necesarias, en caso de que exista una crisis hipertensiva se pueda prever.	<b>D NICE.</b>

\*Grado de Recomendación






### 3. CUADROS O FIGURAS

#### ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA LA TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

CONDICIONES DEL PACIENTE	CONDICIONES DEL EQUIPO	CONDICIONES DEL OBSERVADOR
<p><b>a)Relajación física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar ejercicio físico en los 30 minutos previos a la medición.</li> <li>• Reposo: por lo menos de 5 minutos antes de la toma de la presión.</li> <li>• 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.</li> <li>• Evitar hacer la medición en casos de malestar, con vejiga llena, necesidad de defecar, etc.</li> </ul> <p><b>b) Relajación mental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reducir la ansiedad o la</b> expectación por pruebas diagnósticas.</li> <li>• Propiciar un ambiente tranquilo.</li> <li>• Minimizar la actividad mental: no hablar, no preguntar.</li> <li>• Evitar el consumo de caféina 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).</li> <li>• No se debe hacer el estudio en pacientes sintomáticos o con agitación psíquica/emocional, y tiempo prolongado de espera antes de la visita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El esfigmomanómetro manual y el manómetro deben ser calibrados en los últimos seis meses y hay verificar que la calibración sea correcta.</li> <li>• 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.</li> <li>• El ancho de la cámara debe representar el 40% de la longitud del brazo.</li> <li>• Las cámaras o manguitos inadecuadamente pequeños tienden a sobreestimar la presión arterial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener en todo momento un ambiente de cordialidad con el paciente.</li> <li>• Favorecer en la consulta un ambiente tranquilo y confortable, así como explicar al paciente paso a paso lo que vamos a realizar para la toma de su tensión arterial.</li> <li>• Antes de tomar la lectura, conocer el equipo y verificar su adecuado funcionamiento.</li> <li>• Hay que familiarizarse con las particularidades de cada equipo e idealmente utilizar el equipo con el que uno se sienta más cómodo. Recordar que el manómetro o la columna de mercurio deben estar a menos de 30 cm y en línea recta a nuestra línea de visión en todo momento.</li> <li>• En cuanto al estetoscopio, las olivas deben dirigirse hacia adelante, para estar perfectamente alineadas con los conductos auditivos externos del que toma la presión y optimizar la auscultación de la lectura.</li> <li>• Comunicar al paciente su lectura de presión arterial y explicarle el significado de los valores que se obtuvieron.</li> </ul>

Fuente: Gómez-León A., Morales S., Álvarez C.J. Técnica para medir la tensión arterial. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2016:59(3); 49-55

### TÉCNICA PARA LA TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

<p>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).</p>			
<p>El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial.</p>			
<p>Colocar la campana del estetoscopio en el nivel de la arteria braquial.</p>			
<p>El centro de la cámara debe coincidir con la arteria braquial. El manguito debe quedar a la altura del corazón. Establecer la presión arterial sistólica por palpación de la arterial braquial/radial, e inflar el manguito para determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.</p>			
<p>Insuflar rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica para iniciar su auscultación. Desinflar a una velocidad de 2 a 3 mmHg/segundo</p>			

Fuente: Gómez-León Mandujano A., Morales López S., Álvarez Díaz C.J. Técnica para medir la tensión arterial. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2016:59(3); 49-55