

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

¿ES CONFIABLE EL REGISTRO DE LA TENSIÓN ARTERIAL?

Por:

MSc. Dr. Gerardo Álvarez Álvarez

Especialista de I y II Grados en Medicina Interna. Máster en Psicología Médica. Profesor e Investigador Auxiliar. UCM-VC. e-mail: uro20@capiro.vcl.sld.cu

Resumen

El diagnóstico de la hipertensión arterial se fundamenta en el registro de la tensión arterial, de la cual se pueden generar una serie de acciones médicas de extrema importancia para los pacientes. La ejecución por parte de los profesionales de la salud de un registro tensional confiable es imprescindible, pero en la práctica médica cotidiana se violan los aspectos semiotécnicos relevantes para lograr tal propósito. Por esta razón, se propone y ejecuta una investigación de tipo observacional, con la peculiaridad de ser encubierta, dirigida y evaluada para aproximarnos a la calidad que se exhibe en la toma de la presión arterial. Ofrecemos un instrumento evaluativo de orden práctico, que corroboró las deficiencias de orden semiotécnico en las diferentes locaciones de salud. Se obtuvieron registros confiables en el 30,9 % de las observaciones, y el 41,96 % de las actuaciones médicas fueron incluidas en la categoría de mal o no confiables.

Descriptor DeCS:

HIPERTENSION/diagnóstico
DETERMINACION DE LA PRESION SANGUINEA

Subject headings:

HYPERTENSION/diagnosis
BLOOD PRESSURE DETERMINATION

Introducción

La presión arterial (PA) es una variable cuantitativa; en el ser humano es una variable fisiológica que presenta una distribución gaussiana entre la población; su principal característica es la variedad interindividual e intraindividual¹.

El diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) no se establece por la clínica del paciente, ni por sofisticadas pruebas diagnósticas de imágenes, ni por criterios bioquímicos, serológicos o anatomopatológicos, sino, exclusivamente, es necesaria e imprescindible la medición de la presión arterial utilizando un esfigmomanómetro o baumanómetro². Esto magnifica la extraordinaria importancia de la medición correcta y confiable de la PA.

Para los registros incruentos de la PA existen, en la actualidad, varios métodos con diferentes equipos; el mercado occidental está inundado con una serie de equipos automáticos y semiautomáticos que en ninguna medida son altamente confiables³; se ha difundido la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), a la que se le atribuyen una serie de

ventajas sobre los métodos convencionales; está la automedida de la presión arterial (AMPA) que trata de implicar al propio enfermo en el cuidado y monitorización de su PA⁴⁻⁶, pero nada podrá sustituir el método clásico de registro que efectúa el médico en su consultorio: la PA clínica, para lo cual se auxilia de un esfigmomanómetro de mercurio o aneroides⁷. Todos los equipos deben ser revisados y validados, según las normas internacionales y nacionales⁸.

En la actualidad, se ha tratado de menoscabar la utilidad del registro de la PA clínica; se esgrimen inexactitudes en su ejecución y se considera que favorece la "hipertensión de bata blanca" en un 15-20 % de los casos⁹, lo cual es menos incidente con los registros automáticos; pero ha surgido la denominada "hipertensión enmascarada", que son lecturas normales en consulta y elevadas en el hogar; se estima su presencia en alrededor de un 10 % de pacientes, con claro incremento del riesgo vascular¹⁰.

Un registro de la PA genera una variada gama de consecuencias: se puede comunicar a una persona asintomática que padece una enfermedad de curso crónico, como la HTA, cuando a lo mejor no es así; transmitirle a un enfermo hipertenso conocido que su PA está controlada o no, cuando por inexactitudes en la determinación no es cierto y, en el peor de los casos, en los servicios de urgencias se pueden adoptar conductas enérgicas para controlar una hipotética y dudosa HTA paroxística o grave, cuando realmente no lo es. Estos ejemplos justifican la presente investigación.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo y transversal, en diferentes unidades de salud en la provincia de Villa Clara, Cuba, desde enero de 2002 hasta diciembre de 2007. Se efectuó de una manera encubierta, dirigida y evaluada, y fue instrumentada su aplicación, tanto en la atención primaria (APS) como en la secundaria. En esta, se aplicó en el Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, Villa Clara, y se realizó en servicios como: salas de Medicina Interna, de Observación y otras, tanto clínicas como quirúrgicas, así como en Cuerpo de Guardia, en Unidades de atención al grave (UCIE y UCIN) y en consultas de Medicina Interna y de Medicina-Psicología. En la APS, se efectuó la evaluación en Cuerpo de Guardia, consultas de Medicina General Integral y en salas de cuidados intensivos, en el Policlínico "Abel Santamaría" de la localidad de Encrucijada, Villa Clara.

En esas instancias y a todos los profesionales de la salud, con independencia de su categoría, se les aplicó un instrumento evaluativo, diseñado al efecto, que tomó en consideración las variables fundamentales para poder ejecutar un registro de PA, con semiotecnica adecuada y verificación del grado de confiabilidad. El instrumento y los resultados de la investigación fueron analizados, discutidos y aprobados por el grupo de expertos en HTA, que conforman el cuerpo investigativo del Proyecto comunitario de desarrollo electrónico hacia la comunidad (PROCDEC), provenientes de instituciones, como: la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, el Ministerio de Salud Pública y miembros del Grupo Provincial de HTA en la provincia de Villa Clara, Cuba.

El instrumento se diseñó tomando en consideración seis pasos claves; no se estimó el tamaño del equipo acorde al grosor del brazo por carecer habitualmente de ellos, y se utilizó el de tamaño estándar. Los pacientes con diámetro del brazo extremadamente ancho fueron descartados, porque podía realizarse una lectura inexacta; tampoco se estimó la campana en el uso del estetoscopio, pues es habitual que nuestros equipos no la contengan; los indicadores de la valoración¹⁻⁷ fueron considerados en el instrumento evaluativo ([Anexo 1](#)). Se confeccionó un modelo ([Anexo 2](#)) para ser llenado por el observador, que resultó de utilidad para poder lograr el consenso sobre la categoría que correspondía al procedimiento ([Anexo 3](#)).

Previo adiestramiento al personal encargado de las observaciones (dos especialistas en Medicina Interna, dos en Medicina General Integral (MGI) y un licenciado en Enfermería), se procedía al consenso evaluativo. Un experto recogía la actuación profesional, y la evaluación final la concedía un dueto o trío de expertos. Los pasos 2, 3 y sobre todo el 4 fueron considerados de más valor para la calidad del registro. El otorgamiento de puntos en cada paso fue acorde con la deficiencia detectada, pero los catorce aspectos de los tres pasos señalados fueron los más relevantes, y acumulaban 70 puntos.

Procesamiento de la información y análisis estadístico:

Para la uniformidad de los resultados de la evaluación encubierta, los cinco ejecutores recibieron un taller de orden práctico para la aplicación del ejercicio observado y estimado por ellos, con el objetivo de conceder la mayor aproximación posible en la evaluación final. Todos los pasos poseían indicadores que debían ser cumplidos para obtener la puntuación que corresponde a cada uno de ellos, o depreciado su valor en caso de incumplimiento o mala ejecución.

Los datos de los registros individuales fueron pasados a las encuestas y se conformó una base de datos pertinentes en Excel. Se agruparon los profesionales y educandos evaluados según su categoría; a los datos obtenidos se les aplicaron pruebas de significación estadística, como Chi cuadrado, Kruskal Wallis, y se concedió el siguiente valor de significación: $p < 0,05$.

Resultados

Se logró conformar una muestra observacional de 2 128 registros de la PA; en la tabla 1 se observó que al grupo perteneciente a médicos, que identifica a especialistas de diferentes ramas, le correspondió el mayor número de observaciones: 619 (29,08 %), seguido de los médicos residentes con 579 (27,20 %); los alumnos de medicina de sexto año fueron los menos evaluados: 235 (11 %) y el personal de enfermería, con 297 observaciones (14 %).

Tabla 1 Relación entre el profesional sanitario que registra la tensión arterial y la evaluación concedida. Tabla de contingencia especialistas.

Categorías		Evaluación			Total
		Mal	Regular	Bien	
Especialistas en M. Interna	Recuento	40	86	89	215
	% de especialistas	18,6%	40,0%	41,4%	10, 1%
Especialistas en MGI	Recuento	101	36	59	196
	% de especialistas	51,5%	18,4%	30,1%	9, 2%
Otros especialistas	Recuento	112	60	36	208
	% de especialistas	53,8%	28,8%	17,3%	9, 8%
Residentes de M. Interna	Recuento	68	71	84	223
	% de especialistas	30,5%	31,8%	37,7%	10, 5%
Residentes de MGI	Recuento	71	68	70	209
	% de especialistas	34,0%	32,5%	33,5%	9, 8%
Otros residentes	Recuento	66	32	49	147
	% de especialistas	44,9%	21,8%	33,3%	6,9%
Licenciados en Enfermería	Recuento	136	83	78	297
	% de especialistas	45,8%	27,9%	26,3%	14, 0%
Alumnos de Enfermería	Recuento	107	29	46	182
	% de especialistas	58,8%	15,9%	25,3%	8, 6%
Alumnos de M. Interna	Recuento	100	54	62	216
	% de especialistas	46,3%	25,0%	28,7%	10, 2%
Internos de M. Interna	Recuento	92	59	84	235
	% de especialistas	39,1%	25,1%	35,7%	11, 0%
TOTAL	Recuento	893	578	657	2128
	% de especialistas	42,0%	27,2%	30,9%	100,0%

Fuente: Instrumento evaluativo aplicado y encuesta realizada por el experto observador en diferentes locaciones sanitarias.

Prueba de Kruskal Wallis: $X^2 = 92,325$ $p = 0, 00$

De la totalidad de las observaciones, 657 de ellas (30,9 %) recibieron la evaluación de Bien o confiables; de los 1 471 (69,12 %) que no alcanzaron esa denominación, 578 (27,2 %) correspondieron a los catalogados como Regular o medianamente confiable, y 893 (42 %) fueron estimadas como no confiables y se ubicaron en la categoría de Mal. Se muestran, además, diferencias significativas en la calidad del procedimiento entre las diferentes especialidades ($p < 0,05$); los mejores resultados los obtuvieron los especialistas en Medicina Interna, seguidos por los residentes de la misma especialidad; a continuación se ubicaron en escala descendente los residentes de Medicina General Integral, los internos en rotación por Medicina Interna, otros residentes, alumnos del tercer año de Medicina, licenciados en Enfermería, especialistas en Medicina General Integral, alumnos de Enfermería y, en último lugar, otros especialistas.

La tabla 2 muestra las locaciones que fueron objeto de la evaluación: en salas de Medicina Interna del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" se evaluaron 967 tomas de PA (45,4 %), en la sala de Observación, 402 (18,9%), le siguen las consultas de Medicina Interna del hospital con 124 (5,8 %). Las menores observaciones en el hospital se efectuaron en el departamento del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) con 49 (2,3 %). En la atención primaria, se determinó la calidad del registro de la PA en el Cuerpo de Guardia del policlínico en 79 ocasiones (3,7 %), y en

consultorios médicos de familia en 56 (2,6 %). Solo 38 evaluaciones (1,8 %) correspondieron a la sala de Terapia Intensiva de la Unidad.

Tabla 2 Registros de presión arterial en diferentes locaciones sanitarias.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Salas de medicina	967	45,4
Salas de observación (HAMC)	402	18,9
Consulta de Medicina Interna (HAMC)	124	5,8
Cuerpo de guardia (HAMC)	123	5,8
Otras salas (HAMC)	104	4,9
Otros	122	5,7
Cuerpo de guardia del Policlínico	79	3,7
UCIN (HAMC)	64	3,0
Consultorio	56	2,6
SIUM del HAMC	49	2,3
Sala de terapia del policlínico	38	1,8
TOTAL	2128	100,0

HAMC: Hospital "Arnaldo Milián Castro"

En la tabla 3 se muestran las ocasiones en que se realizaron tomas de PA con equipos defectuosos, sobre todo esfigmomanómetros aneroides; se destaca que en la categoría de otros especialistas, en 91 ocasiones (43,8%) aquellos tenían algún desperfecto; le siguen, en orden de utilización, los especialistas de MGI en 84 oportunidades (42,9 %) y a continuación la categoría de otros residentes con 58 (39,5 %). Los residentes de Medicina Interna fueron los que menos veces utilizaron equipos con problemas técnicos: 68 observaciones (30,5 %). Las principales deficiencias de los esfigmomanómetros fueron: brazalete deteriorado, reloj no calibrado y tramos de gomas en mal estado; se informaron, además, una serie de deficiencias en los estetoscopios utilizados por el personal registrador, que fueron oportunamente comentadas y enviadas a los responsables institucionales.

Tabla 3 Utilización de esfigmomanómetros defectuosos en el registro de la presión arterial y su relación con el personal sanitario actuante.

Especialistas		Equipo defectuoso		TOTAL
		No	Sí	
Especialistas en Medicina Interna	Recuento	142	73	215
	% especialistas	66,0%	34,0%	100,0%
Especialistas en MGI	Recuento	112	84	196
	% especialistas	57,1%	42,9%	100,0%
Otros especialistas	Recuento	117	91	208
	% especialistas	56,3%	43,8%	100,0%
Residentes de M. Interna	Recuento	155	68	223
	% especialistas	69,5%	30,5%	100,0%
Residentes de MGI	Recuento	138	71	209
	% especialistas	66,0%	34,0%	100,0%
Otros residentes	Recuento	89	58	147
	% especialistas	60,5%	39,5%	100,0%
Licenciados en Enfermería	Recuento	188	109	297
	% especialistas	63,3%	36,7%	100,0%
Alumnos de Enfermería	Recuento	78	104	182
	% especialistas	42,9%	57,1%	100,0%
Alumnos de Medicina Interna	Recuento	159	57	216
	% especialistas	73,6%	26,4%	100,0%
Internos de Medicina Interna	Recuento	170	65	235
	% especialistas	72,3%	27,7%	100,0%
TOTAL	Recuento	1348	780	2128
	% especialistas	63,3%	36,7%	100,0%

Fuente: Instrumento evaluativo aplicado y encuesta realizada por el experto observador en diferentes instancias sanitarias.

Prueba de Chi cuadrado $X^2 = 64, 120$ $p = 0, 000$

Discusión

Un registro confiable de la PA es una necesidad en la actuación médica, y la práctica evidencia los errores e inexactitudes. Pickering¹⁰, en 1994, señalaba: "La variabilidad de las cifras de PA obtenidas en determinaciones repetidas en una visita médica, o en varias, es mucho mayor de lo que piensan la mayoría de los profesionales". A pesar del desarrollo experimentado por métodos alternativos tecnológicos que viabilizan el registro electrónico automático o semiautomático de la PA¹⁰, la mayoría de las personas y países del mundo carecen de los recursos económicos necesarios para una implementación masiva, poblacional, de la automedida de la PA (AMPA) o la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA)¹¹. Importantes publicaciones, textos y guías de HTA realizan sistemáticamente un recordatorio sobre el registro de la PA¹²⁻¹⁸.

La Organización Panamericana de la Salud, de conjunto con el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre de los EE. UU.³ promovieron recomendaciones para la medición de la PA en

estudios poblacionales. Los 11 procedimientos que se recomiendan están incluidos en las 14 precisiones de este estudio.

La investigación aporta la poca confiabilidad que existe en los registros de la PA, que obedece a deficiencias semiotécnicas en los ejecutores y a la utilización de equipos defectuosos, que ya llevan un error para considerar el registro como confiable. Difiere del Proyecto MONICA WHO¹⁹, en que este considera aspectos cualitativos del registro de la PA en busca de aspectos deficitarios metodológicos e instrumentales para el registro, y no evalúa al ejecutor. En la literatura consultada no encontramos trabajo similar, por lo que este ofrece un instrumento evaluativo de orden práctico que permitió corroborar las deficiencias en el registro de la PA clínica, y condujo a evaluar como confiables solo el 30,9 % de las tomas de PA, y el 42 % de aquellas se incluyeron en la categoría de Mal o no confiables. Con igual intención, pero con sustanciales diferencias metodológicas, Castiñeira y colaboradores²⁰ distribuyeron una encuesta entre médicos de su provincia sobre el grado de conocimientos teóricos para registrar la PA clínica, y comprobaron que solo el 2,9 % de los médicos y el 1 % de las enfermeras respondieron correctamente la totalidad de la encuesta ofrecida.

Sería útil recordar, en los momentos actuales, una sentencia de Babinski²²: "Sin error de semiología nunca habría error diagnóstico".

Summary

The diagnosis of arterial hypertension is based on a register of blood pressure, which permits a series of medical actions of great importance for the patients. A reliable blood pressure register is indispensable for the performance of health professionals, but in everyday medical practice there are violated relevant semio-technique aspects for achieving this purpose. That is why, an observational study and its execution is proposed, with the peculiarity of being covert, directed and evaluated in order to come close to the quality that is exhibited during blood pressure taking. We offer an evaluative instrument of practical order, which corroborated the deficiencies of semio-technique order in the different health locations. There were obtained reliable registers in 30,9 % of the observations, and the 41,96 % of medical performances were included in the category of bad or unreliable.

Referencias bibliográficas

1. Blasco Valle M, Córdoba García R, Mozota Duarte J, Otegui Iarduya I, Rivas Jiménez M. Manual de hipertensión arterial. En: Medicina de familia. España: Jarpyo Editores, S.A; 1997. p. 9.
2. Coca A, De la Sierra A. Diagnóstico del Síndrome Hipertensivo. En: Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. 3ra. ed. Barcelona: JIMS S.L ; 2006. p. 19-58.
3. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de trabajo sobre la medición de la presión arterial: recomendaciones para estudio de población. Rev Panam Salud Pública. 2003;14(5):303-5.
4. Redon J, Bertolin V. Métodos para la valoración de la elevación matutina de la presión arterial. Incremento matutino de la presión arterial. Aspectos fisiopatológicos y clínicos. España S.A: Boehringer Ingelheim; 2000.
5. Eagle KA, Braunwald E. Hypertensive vascular disease, En: Harrison's. Principles of Internal Medicine. 17ma ed. EE.UU: McGraw-Hill's; 2008. p. 1034-52.
6. British Hypertension Society. Guidelines for management of hypertension: report for the fourth working party of the British Hypertension Society; 2004.
7. National Institute for Health, Clinical Excellence. Hipertensión: manejo de la hipertensión del adulto en atención primaria. London: Mid City; 2006.
8. Tsuyuki RT, Semchuck W, Porier L, Pillen RM, McAlisier FA, Campbell N, *et al*. Canadian Hypertension Education Program, Guidelines for the management of hypertension by pharmacists. Canadian Farmacis J. 2006;139(3 Suppl 1).

9. Gómez Marcos MA, García Ortiz L, Sánchez Rodríguez A, Parra J, García García A, González LJ. Control de la presión arterial, concordancias y discrepancias entre diferentes métodos de medida utilizado. *Hipertensión*. 2008;25(6):240-4.
10. Kaplan NM. Systemic Hypertension: Therapy. En: Braunwald's, Heart Disease. Estados Unidos: Saunders. 8th ed; 2007. p. 1049-68.
11. Kaplan NM. Determinación de la presión arterial. En: *Hipertensión clínica*. 3ra ed. España: Waverly Hispánica SA; 2000. p. 23-49.
12. Chobanian AV. The Hipertension. Paradox-More Uncontrolled disease despite Improved therapy. *N Eng J Med*. 2009;361:878-87.
13. Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine: Blood-pressure measurement. *N Engl J Med*. 2009;360(5):6-8.
14. Fang JC, O'Gora PT. The general physical examination. En: Braunwald's, Heart Disease. 8th ed. EE.UU: Saunders; 2007. p. 127-39.
15. Eagle KA, Braunwold E. Hypertensive Vascular Disease. En: Harrison's, Principles of Internal Medicine. 17th ed. EE.UU: McGraw-Hills; 2008. p. 2002-12.
16. Marín R, Armario P, Banega JR, Campo C, Sierra A, Gorosiloi M, *et al*. Guía española de hipertensión arterial. España: SEH-LELHA (Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española); 2005.
17. Guidelines Committee, 2007. European Society of Hypertension. *J Hipertension*. 2007;25:1105-87.
18. Pérez Caballero D, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra J, Vázquez Vigo A, Navarro Despaigne D, Del Pozo Jerez H, *et al*. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento/ Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
19. Quality Assesment of Data on Blood Pressure in the Who-monica Project, Mayo 1998. Disponible en:
<http://www.ktl.fi/publications/monica/bpqa.htm>
20. Castiñeira MC, González C, Ríos MT, Moliner JR, Crespo J, Domínguez M. ¿Sabemos tomar correctamente la presión arterial? *Hipertensión*. 2009;26:7-13.

Recibido: 6 de abril de 2010

Aprobado: 31 de mayo de 2010

Anexo 1 Instrumento evaluativo del registro de la tensión arterial clínica.

PASOS	INDICADOR	PRECISIONES
I	Interrogatorio al paciente o familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de HTA • Motivos para la toma de TA • Sintomatología • Indagar sobre dolor corporal, toma de café o alimentos previos, haber fumado o vejiga llena, toma de medicamentos.
II	Conducta con el paciente y posición para ejecutar la toma de TA	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo previo de 5 min. • Cómodamente sentado, espalda recostada y pies apoyados al piso • Relajación muscular • Posición del brazo retirando vestido que lo cubra • Comprobación de calidad del esfigmomanómetro • Brazaletes de tamaño adecuado al diámetro del brazo. • Comprobación del manómetro y del sellado del brazaletes
III	Modo de colocación y verificación del esfigmomanómetro	<ul style="list-style-type: none"> • Cámara inflable perpendicular al eje longitudinal del brazo y la parte media a nivel del cuarto espacio intercostal • Borde inferior del brazaletes a dos centímetros por encima de la flexura del codo • Tramos de goma del esfigmomanómetro en posición anterior y sin contacto con la campana del estetoscopio
IV	Semiotecnia	<ul style="list-style-type: none"> • Toma del pulso humeral • Toma del pulso radial e insuflar enérgicamente el manguito, ascendiendo el manómetro a ± 20 mmHg después que desaparezca el pulso radial • Ubicación de la campana del estetoscopio en región anterointerna del codo • Desinflar lentamente el manguito a dos mm por segundo
V	Cálculo final de los valores de la TA	<ul style="list-style-type: none"> • Valores en que se expresa • Registro o lectura fraccionada al 2 • Precisión de tensión sistólica o diastólica • En segunda toma, elevar el brazo por encima de la horizontal uno o dos minutos, repitiendo el registro
VI	Maniobras adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Maniobra de Osler para diagnóstico de

		pseudohipertensión arterial en ancianos • Determinación de probabilidad de hipotensión ortostática en mayores de 60 años, diabéticos o que consuman β bloqueadores.
--	--	--

Anexo 2 Evaluación del registro de la tensión arterial.

I – ESPECIALIDAD: _____

II – LUGAR DEL REGISTRO: _____

III – ESFIGMOMANÓMETRO: 1 – Mercurio 2 – Aneroides

a) Buen estado técnico: _____ 1

b) Mal estado técnico: _____ 2

Reloj _____ 1

Brazalete _____ 2

Tramos de goma _____ 3

Otros _____ 4

IV – REGISTRO DE LA TENSIÓN ARTERIAL

PASOS	PUNTUACIÓN	MÁXIMO	FRACCIÓN
I _____	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II _____	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III _____	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV _____	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V _____	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI _____	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V – EVALUACIÓN DEL REGISTRO:

a) Buena _____ 1

Regular _____ 2

Mal _____ 3

b) Confiable _____ 1

No confiable (regular y mal) _____ 2

EVALUADOR: _____

FECHA: _____

Anexo 3 Indicador valorativo del registro de la tensión arterial.

I - BIEN O CONFIABLE	Cuando se cumplen rigurosamente los pasos establecidos en la anamnesis y en la semiotecnia para un registro correcto y seguro de la TA, alcanzando puntuación entre 85 y 100.
II - REGULAR O MEDIANAMENTE CONFIABLE	Se efectúa correctamente el paso IV correspondiente a la semiotecnia, aun cuando se hayan detectado deficiencias u omisiones en los otros aspectos y se alcanza una puntuación ≥ 70 y 84.
III – MAL O NO CONFIABLE	Si se detecta incorrecta e incompleta semiotecnia y se han ejecutado deficientemente o no se han tomado en cuenta los otros pasos y se obtiene una puntuación inferior a 70.