

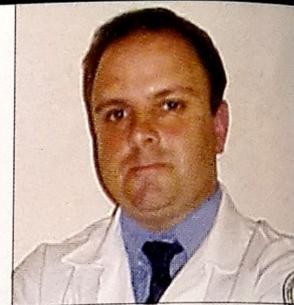
1ª Jornada Multidisciplinar agita o meio odontológico

Você que é cirurgião dentista não pode ficar de fora desse mega evento da odontologia que a APCD Regional de São Caetano do Sul vai promover em novembro. Veja nesta edição a programação e como fazer para participar

ECO TV abre espaço e mostra nossa APCD
Página 15



Pressão Arterial: Conceito e Técnica



Por Dr. Caetano Baptista Neto

Hoje em dia é comum atendermos pacientes hipertensos que não sabem de sua condição, acreditando estarem em plena saúde. Por inúmeras vezes constatei casos em que no exame físico geral o paciente apresentou valores alarmantes da pressão arterial, que quando encaminhado ao médico foi constatada a hipertensão.

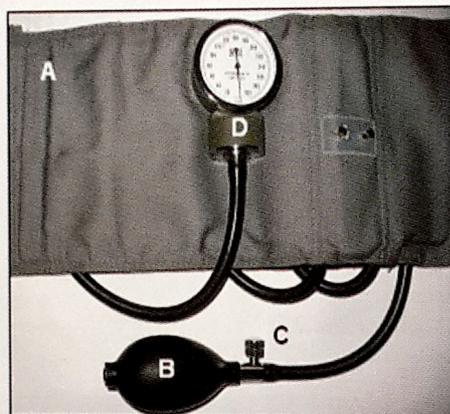
A pressão arterial (PA) é um dos sinais vitais, assim como a temperatura, respiração e pulso que, quando alterada, pode acarretar em complicações sistêmicas graves. Portanto, é fundamental que o profissional da área de saúde saiba mensurar e interpretar os valores pressóricos. Não obstante a técnica, o Cirurgião Dentista deve saber interpretar os dados colhidos, levando em conta a responsabilidade perante o paciente em saber intervir adequadamente e avaliar os riscos dos procedimentos odontológicos a serem realizados, bem como encaminhá-lo em casos onde a PA esteja descontrolada.

Segundo o dicionário Aurélio(2000), o termo aferir é o que melhor define a avaliação da PA é, pois expressa a idéia de "conferir (pesos, medidas, etc) com respectivos padrões", diferentemente de mensurar / medir que significa apenas determinar a medida, sem que haja uma interpretação ou comparação com padrões.

O conceito de PA consiste na força em que o sangue exerce nas paredes internas dos vasos sanguíneos. A pressão arterial depende de vários fatores, a saber: volume de sangue impulsionado para a corrente circulatória em um determinado tempo (débito cardíaco); volume total de sangue circulante (volemia); integridade dos vasos (resistência periférica); viscosidade sanguínea; agentes químicos e hormonais; sistema nervoso; elasticida-

de dos vasos; calibre dos vasos; emocional; entre outros. Qualquer dano nesses fatores pode alterar a pressão arterial.

O esfigmomanômetro



O aparelho de pressão (esfigmomanômetro) é composto pelas seguintes partes: manguito (A), péra de borracha (B), válvula (C) e o manômetro tipo aneróide (D) (Figura 1). Há diversos tamanhos de manguito para atender crianças, adultos e obesos. O esfigmomanômetro deve ser calibrado pelo menos 1 vez ao ano para que haja mínima precisão aceitável.

Consultando a literatura sobre o assunto, foi observada apenas uma técnica devidamente registrada, a chamada *palpatória*. Portanto, não há uma variedade a escolher, mas sim apenas um método adequado que, por vezes, alguns profissionais (médicos / dentistas / farmacêuticos / enfermeiras / fisioterapeutas / entre outros) insistem em variar, fugindo da forma clássica literária, isto se deve pela suposta experiência profissional. Será enfocada neste artigo a técnica mais aceita e encontrada na maioria da literatura médica/odontológica.

Condição para a realização da técnica

Para medir a PA é necessário que o paciente esteja em repouso, ou seja, o

indivíduo não deve ter participado de qualquer atividade física, como subir escadas, caminhar ou se esforçar. É importante o descanso de pelo menos 5 minutos antes de medir a PA para que não haja distorções significativas nos valores.

A posição sentada é a mais utilizada para a técnica em consultório odontológico. O braço direito deve ser tomado para o exame, tendo em vista que há pequena diferença de pressão entre este braço e o esquerdo.

Não se deve repetir o procedimento mais do que 3 vezes, pois favorece resultados dúbios.

A técnica será didaticamente dividida em 2 etapas:

1. Pressão Sistólica Estimada Conceito

Nesta primeira etapa faz-se uma prévia, estimativa, do valor da PA *Sistólica*, sem ainda auscultar. É nesta fase que se tem uma idéia em até que valor se deve inflar o manguito, sem que se ultrapasse ou fique aquém da PA *Sistólica real* do paciente. Caso o profissional infle o manguito de forma insuficiente (aquém), o mesmo não conseguirá posteriormente auscultar a pressão sistólica de um paciente hipertenso, por exemplo, pois a manobra foi aquém da pressão *Sistólica real* do paciente, exemplificando: se o ponteiro for aleatoriamente até 150mmHg e a pressão *Sistólica real* for de 170mmHg, não será possível detectá-la. Neste caso o profissional mais desavisado tende a repetir várias vezes a insuflação até que se chegue a um valor perceptível à auscultação, tal "método" é baseado por tentativas, o que não é recomendado. Ou ocorre outra situação, o profissional insufla o manguito em valores bem acima do que seria a pressão sistólica real do paciente causando, além do desconfor-

to no braço ("formigamento"), compressão excessiva da artéria em questão alterando o resultado. Para evitar esse problema devemos utilizar a técnica descrita a seguir.

Técnica para determinar a Pressão Sistólica Estimada

Com o manguito corretamente em posição, ou seja, justo no braço do paciente, cerca de 2cm acima da linha que divide o braço do antebraço, e com o cotovelo na altura próxima ao coração (Figura 2A), palpa-se a artéria radial sentindo o pulso (Figura 2B). Em seguida insufla-se o manguito vagarosamente até que não se perceba mais os batimentos. Neste momento, em que não se sente mais as pulsações na artéria radial, verifica-se qual o valor em que o ponteiro registrou no momento da perda do pulso, este valor é a PA Sistólica estimada (provável).

2. Auscultação dos sons (ruídos de Korotkoff)

Conceito

A auscultação se dá pela desinsuflação do manguito o qual libera a artéria colabada, permitindo assim, ouvir os batimentos, ou seja, os ruídos.

Ao liberar a válvula após ter o manguito sido insuflado até o valor da P Sistólica estimada, a pressão arterial torna-se maior que a pressão do manguito, ocasionando o início dos batimentos audíveis – Pressão Sistólica real. A partir deste ponto o som dos batimentos ganha força até culminar para o seu desaparecimento ou abafamento – Pressão Diastólica.

Técnica para auscultação

Com a PA Sistólica estimada determinada, coloca-se o diafragma do estetoscópio na artéria braquial logo abaixo do manguito, e não por baixo dele (Figura 3A). Insufla-se até 30mmHg acima da PA Sistólica estimada, no exemplo: 100mmHg (P Sistólica estimada) + 30mmHg (adicional) = 130mmHg (Figura 3B), é até neste último valor que devemos insuflar. A partir desse momento, desinsufle vagarosamente e atente para o primeiro ruído, este valor é a P Sistólica real e quando não se puder auscultar mais o ruído, é a PA Diastólica.

Durante a determinação da PA Diastólica é aconselhável esperar o manguito desinsuflar por completo, pois há casos em que ocorre um intervalo de silêncio após ter auscultado a P Sistólica, tal fenômeno é conhecido como *Hiato auscultatório*, e a retomada dos ruídos para determinação da P Diastólica pode se dar após o referido intervalo.

O treinamento da técnica relatada neste artigo é condição *sine qua non* para acurar os sentidos na adequada determinação da Pressão Arterial.

Na próxima edição abordaremos a hipertensão, enfocando a interpretação dos valores pressóricos, os riscos, condutas e o atendimento dos pacientes hipertensos.

Valores de Referência

Após ter mensurado a pressão arterial compara-se os achados com os valores tidos como normais. Qualquer alteração merece a atenção interpretativa e orientação ao paciente. Segundo a American Heart Association (AHA) são considerados os seguintes valores:

Pressão SISTÓLICA	Pressão DIASTÓLICA	CLASSIFICAÇÃO
< 100mmHg	< 60mmHg	Hipotensão
110 a 120mmHg	70 a 80mmHg	Normotensão
> 120mmHg	> 90mmHg	Hipertensão

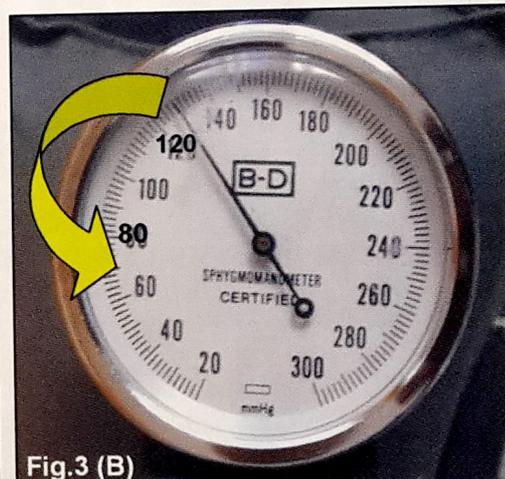
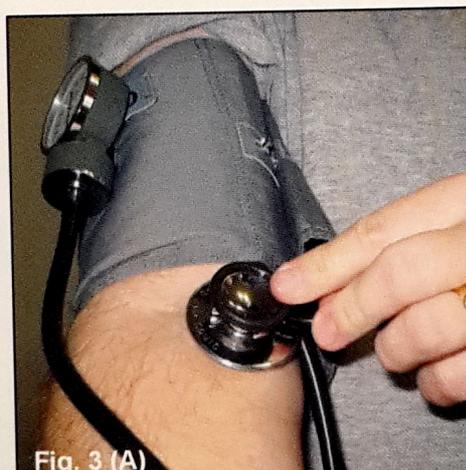


Figura 2. (A) Posição correta do manguito: 2cm acima da linha divisória (braço e antebraço) e cotovelo próximo à altura do coração. (B) Palpação da artéria radial, utilizam-se 2 ou 3 dedos

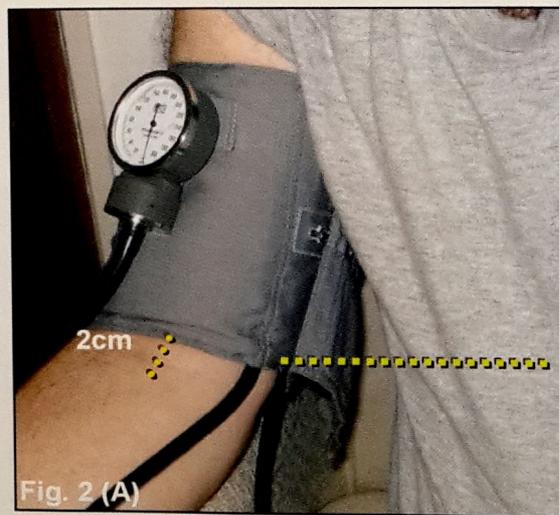


Figura 3. (A) Diafragma posicionado na artéria braquial. (B) Ponteiro em 130mmHg (P Sistólica estimada), ao desinsuflar surgem os batimentos (P Sistólica real) em 120mmHg, ao desaparecer ou abafar o som (P Diastólica) em 80mmHg (PA=120/80mmHg).