



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v5i2.932>

Recibido: 2026-05-21

Aceptado: 2026-06-04

Publicado: 2026-06-17

Estrategias educativas de enfermería para mejorar adherencia a tratamiento y autocuidado en hipertensión arterial en atención primaria

Nursing educational strategies to improve treatment adherence and self-care in arterial hypertension in primary care

Autor(s)

Melany Grisell Grijalva Cruz¹

melany.grijalva@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-1576-6682>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcán – Ecuador

Francis David Almeida Lomas²

francis.almeida@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-0888-9534>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcán – Ecuador

José David Pozo Quezada³

josed.pozo@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0005-1489-6842>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcán – Ecuador

Msc. Sandra Lorena López Reyes⁴

sandra.lopez@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-9119-9091>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcán – Ecuador

Msc. José Orlando Flores Alarcón⁵

jose.flores@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3645-1818>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcán – Ecuador

Como Citar

Grijalva Cruz, M. G., Almeida Lomas, F. D., Pozo Quezada, J. D., López Reyes, S. L., & Flores Alarcón, J. O. (2026). Estrategias educativas de enfermería para mejorar adherencia a tratamiento y autocuidado en hipertensión arterial en atención primaria. *ASCE MAGAZINE*, 5(2), 3277–3305. <https://doi.org/10.70577/asce.v5i2.932>



Resumen

La hipertensión arterial representa uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura a nivel mundial, lo que exige fortalecer estrategias de control desde la atención primaria. El objetivo de este estudio fue analizar la evidencia reciente sobre estrategias educativas de enfermería orientadas a mejorar la adherencia al tratamiento y el autocuidado en personas con hipertensión arterial. Se realizó una revisión sistemática siguiendo lineamientos PRISMA, mediante búsqueda en bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library y LILACS. Se incluyeron estudios publicados entre 2020 y 2025 que evaluaron intervenciones educativas lideradas por enfermería en atención primaria. Tras aplicar criterios de selección y evaluación metodológica, se incluyeron 20 artículos para la síntesis de resultados. Los hallazgos evidenciaron que las intervenciones educativas estructuradas, combinadas con automonitoreo de presión arterial, seguimiento continuo y estrategias conductuales, mejoran la adherencia terapéutica y fortalecen el autocuidado, con efectos favorables en el control de la presión arterial. Se concluye que la enfermería desempeña un rol clave en la implementación de programas educativos sostenibles en atención primaria para el manejo integral de la hipertensión arterial.

Palabras clave: hipertensión arterial, enfermería, adherencia terapéutica, autocuidado, atención primaria.



Abstract

Hypertension is one of the leading risk factors for cardiovascular disease and premature mortality worldwide, necessitating strengthened control strategies in primary care. The objective of this study was to analyze recent evidence on nursing educational strategies aimed at improving treatment adherence and self-care in people with hypertension. A systematic review was conducted following PRISMA guidelines, using databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library, and LILACS. Studies published between 2020 and 2025 that evaluated nursing-led educational interventions in primary care were included. After applying selection criteria and methodological assessment, 20 articles were included for the results synthesis. The findings showed that structured educational interventions, combined with self-monitoring of blood pressure, continuous follow-up, and behavioral strategies, improve therapeutic adherence and strengthen self-care, with favorable effects on blood pressure control. It is concluded that nursing plays a key role in the implementation of sustainable educational programs in primary care for the comprehensive management of hypertension.

Keywords: hypertension, nursing, therapeutic adherence, self-care, primary care.



Introducción

La hipertensión arterial sigue siendo uno de los principales determinantes de muerte prematura y discapacidad por su relación directa con infarto, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica en todos los niveles de ingreso. A pesar de la disponibilidad de fármacos eficaces y guías clínicas cada vez más precisas, los resultados poblacionales continúan siendo insuficientes, con una proporción relevante de personas que no logra control tensional sostenido. La Organización Mundial de la Salud señala que una fracción minoritaria de adultos con hipertensión alcanza control, lo que evidencia brechas persistentes en diagnóstico oportuno, continuidad terapéutica y seguimiento longitudinal. Este escenario se agrava cuando coexisten barreras de acceso, fragmentación de servicios, baja alfabetización en salud y carga de multimorbilidad, condiciones frecuentes en la atención primaria.

En consecuencia, la hipertensión demanda estrategias integrales que superen el enfoque centrado solo en prescripción y que fortalezcan conductas de autocuidado y adherencia a largo plazo. La atención primaria ofrece el espacio idóneo para esta respuesta debido a su cercanía comunitaria, capacidad de seguimiento y potencial para intervenciones educativas escalables. En este marco, la enfermería se posiciona como actor clave para sostener procesos educativos, acompañamiento conductual y coordinación del cuidado en equipos interdisciplinarios. Estas prioridades se alinean con la necesidad global de acelerar el control de la hipertensión como meta de salud pública (World Health Organization, 2025).

La evidencia contemporánea indica que la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo y la adopción irregular de conductas de autocuidado explican una parte considerable del control subóptimo. La adherencia comprende el uso correcto de la medicación, la asistencia a controles, la implementación de recomendaciones no farmacológicas y la persistencia ante efectos adversos o cambios de rutina. El autocuidado incluye reducción de sodio, actividad física, control de peso, moderación del alcohol, abandono de tabaco, manejo del estrés y automonitoreo de la presión arterial cuando es factible. En atención primaria, la continuidad y la relación terapéutica favorecen la detección de barreras individuales como olvidos, creencias sobre medicamentos, temor a efectos secundarios, y baja percepción de riesgo.



También permiten identificar determinantes contextuales como costos, tiempos de desplazamiento, disponibilidad intermitente de fármacos y apoyo social limitado. El informe global sobre hipertensión ha enfatizado que los avances en cobertura terapéutica no se traducen automáticamente en control, lo cual sugiere fallas en la implementación, seguimiento y apoyo conductual. Dicho planteamiento respalda la necesidad de intervenciones educativas sistemáticas, repetidas y contextualizadas, en lugar de mensajes aislados durante una consulta. Por ello, la educación para la salud se convierte en eje operativo para transformar indicaciones en prácticas sostenibles (World Health Organization, 2023).

Las guías clínicas recientes han reforzado la importancia del cuidado centrado en la persona, la toma de decisiones compartidas y la integración de cambios de estilo de vida con la farmacoterapia. Aunque las guías definen metas tensionales y esquemas farmacológicos, su impacto real depende de la capacidad de los sistemas para asegurar seguimiento, comprensión del plan y apoyo para la adherencia. En la práctica cotidiana, la hipertensión suele cursar sin síntomas, lo que disminuye la motivación para mantener medicación y hábitos, especialmente en etapas tempranas. La educación efectiva debe traducir el riesgo cardiovascular futuro en objetivos concretos, medibles y significativos para la vida diaria de cada persona. Además, debe abordar la complejidad del tratamiento, la polifarmacia y la fatiga por cuidado, con estrategias simples que faciliten rutinas y reduzcan cargas.

En este punto, la enfermería cuenta con competencias para evaluación educativa, comunicación terapéutica, consejería y seguimiento, con enfoque familiar y comunitario. A nivel internacional, las actualizaciones en hipertensión destacan el valor de intervenciones basadas en equipo y la necesidad de sostener cambios conductuales como parte del manejo estándar. Este marco orienta la pertinencia de revisar estrategias educativas lideradas por enfermería para optimizar resultados en atención primaria (Writing Committee Members, 2025).

Las intervenciones lideradas por enfermería han mostrado beneficios clínicos, especialmente cuando combinan educación, seguimiento estructurado y ajuste oportuno del plan de cuidado en coordinación con el equipo. Revisiones recientes reportan que los programas con participación activa de enfermería se asocian con reducciones de presión arterial y mejoras en procesos de cuidado. Estos efectos se explican por la capacidad de enfermería para realizar contacto frecuente,



reforzar mensajes, monitorear barreras y promover habilidades de autocontrol. La intervención no se limita a entregar información, sino que incluye la construcción de habilidades prácticas, el establecimiento de metas y el acompañamiento para resolver problemas. En escenarios de atención primaria, este enfoque puede ser particularmente eficiente por la continuidad, el conocimiento del contexto social y la posibilidad de intervenciones grupales o domiciliarias.

La literatura también sugiere que el impacto puede variar según intensidad, duración, componentes conductuales y grado de integración con la atención médica. Por tanto, identificar qué estrategias educativas son más consistentes y bajo qué condiciones funcionan mejor es esencial para recomendaciones aplicables. Las revisiones sobre intervenciones lideradas por enfermería aportan un sustento sólido para profundizar en el componente educativo y su relación con adherencia y autocuidado (Ito et al., 2024; Bulto et al., 2024).

La educación terapéutica en hipertensión ha evolucionado hacia modelos de autocontrol y autogestión, donde la persona aprende a interpretar su condición, anticipar obstáculos y sostener conductas protectoras. En este proceso, la alfabetización en salud, la autoeficacia y la regulación emocional son mediadores críticos para el mantenimiento de la adherencia y los cambios de estilo de vida. Las estrategias educativas eficaces suelen integrar metodologías activas, evaluación de comprensión, materiales culturalmente adaptados y retroalimentación continua. La evidencia destaca que la educación estructurada puede mejorar dimensiones de autocuidado y comportamientos restitutivos relacionados con el control de la hipertensión. También se reporta que intervenciones de duración breve pero con seguimiento y refuerzo pueden producir cambios significativos cuando están bien estructuradas. Esto es relevante para atención primaria, donde los recursos son limitados y se requieren diseños viables, replicables y de bajo costo incremental.

Sin embargo, la heterogeneidad de formatos, instrumentos de medición y resultados dificulta comparar intervenciones y extraer componentes esenciales. De ahí la necesidad de una revisión sistemática centrada en estrategias educativas de enfermería con desenlaces de adherencia y autocuidado (Parasuraman et al., 2025).

Un componente con creciente respaldo es el uso de técnicas de entrevista motivacional, especialmente cuando se orienta a ambivalencias, creencias sobre medicación y fortalecimiento de



la autoeficacia. La entrevista motivacional se adapta a la atención primaria porque puede implementarse en sesiones cortas, con enfoque colaborativo y metas realistas. La evidencia sintetizada indica beneficios en presión arterial y mejoras en adherencia, con efectos más claros cuando existe capacitación formal del personal y seguimiento. Esta estrategia resulta congruente con la práctica de enfermería por su énfasis en comunicación centrada en la persona, escucha reflexiva y construcción de motivación autónoma. A su vez, facilita abordar determinantes conductuales del autocuidado como actividad física, alimentación y automonitoreo, integrando el plan farmacológico con rutinas cotidianas. No obstante, la efectividad depende del contexto, intensidad, fidelidad de la intervención y características poblacionales, lo cual exige evaluar su implementación real en atención primaria. En revisiones recientes, se reporta mejoría de adherencia en parte de los estudios incluidos y reducción de presión arterial con magnitud clínica pequeña pero relevante a nivel poblacional. Estas conclusiones justifican incluir la entrevista motivacional como categoría clave dentro de las estrategias educativas de enfermería para hipertensión (Huang et al., 2023; Xu et al., 2025).

En países y territorios con alta carga de enfermedad cardiovascular, la atención primaria enfrenta el reto de sostener programas de hipertensión con recursos limitados y alta demanda. La efectividad de una estrategia educativa no depende solo de su contenido, sino de su viabilidad operativa, la capacitación del personal, el tiempo disponible y la adecuación cultural. Por ello, las revisiones sistemáticas deben ir más allá de describir intervenciones y aportar una lectura crítica sobre intensidad, duración, formato, y mecanismos de seguimiento. También deben considerar cómo se mide la adherencia, dado que existen métodos indirectos, autoinforme, recuento de pastillas y registros de dispensación, cada uno con sesgos propios. En autocuidado ocurre algo similar, con escalas diversas y variaciones en dominios evaluados, lo que afecta la comparabilidad entre estudios.

La enfermería en atención primaria aporta una perspectiva centrada en necesidades, priorización de riesgos y continuidad, que permite diseñar planes educativos progresivos. Además, el trabajo con familias y redes comunitarias puede fortalecer apoyo social, un factor asociado con mejor mantenimiento de conductas en enfermedades crónicas. De este modo, el foco del presente tema combina relevancia clínica, factibilidad en servicios y alineación con metas globales de control de hipertensión (World Health Organization, 2025).



La evidencia también muestra que los resultados de intervenciones lideradas por enfermería pueden variar entre corto y largo plazo, lo cual obliga a distinguir efectos iniciales de sostenibilidad. Se han descrito mejoras tempranas de presión arterial y procesos de cuidado, pero con incertidumbre sobre mantenimiento cuando disminuye la intensidad del seguimiento. Esto sugiere que las estrategias educativas deben incluir componentes de mantenimiento, refuerzo periódico y apoyo para recaídas, especialmente en autocuidado de estilo de vida. Asimismo, el diseño de intervenciones debe contemplar equidad, dado que las barreras de adherencia suelen concentrarse en grupos con menor acceso a recursos, menor alfabetización y mayor carga de estrés.

La enfermería puede mitigar estas brechas mediante educación adaptada, lenguaje claro, demostraciones prácticas y seguimiento cercano en el territorio. No obstante, la escalabilidad exige protocolos simples y capacitación consistente, para evitar variaciones excesivas entre profesionales y establecimientos. En revisiones recientes sobre intervenciones de enfermería, se destaca la necesidad de clarificar componentes, dosis de intervención y resultados clínicos para fortalecer recomendaciones. Esta perspectiva refuerza la pertinencia de sintetizar estrategias educativas específicas, en lugar de agruparlas de manera general (Bulto et al., 2024; Ito et al., 2024).

En el campo de la adherencia, se ha observado un interés creciente por aislar el efecto de intervenciones lideradas solo por enfermería y su contribución específica a la toma de medicación. Esto es relevante porque muchos programas son multifacéticos y resulta difícil atribuir efectos a un componente educativo particular. Una revisión reciente dedicada a intervenciones lideradas por enfermería en adherencia farmacológica destaca la importancia de combinar educación, consejería conductual y seguimiento estructurado. También resalta que la efectividad puede depender del tipo de estrategia, por ejemplo educación individual, sesiones grupales, recordatorios, automonitoreo, o intervenciones con apoyo tecnológico. Este hallazgo sugiere que una revisión sistemática enfocada en estrategias educativas debe clasificar modalidades y analizar qué combinaciones muestran mayor consistencia. Además, el análisis debe considerar desenlaces centrados en la persona, como comprensión del tratamiento, confianza en el autocuidado y percepción de control. En atención primaria, estas variables pueden traducirse en uso más adecuado de servicios, reducción de crisis hipertensivas y mejor continuidad terapéutica. Por ello, la literatura reciente



ofrece un punto de partida robusto, pero aún requiere integración específica para educación en enfermería y autocuidado en hipertensión (Berardinelli et al., 2024).

Este trabajo busca sintetizar evidencia reciente, identificar modalidades efectivas, describir componentes clave y señalar vacíos que limitan recomendaciones. Asimismo, pretende aportar una visión aplicable a servicios reales, considerando recursos, capacitación y seguimiento, con enfoque de sostenibilidad y equidad. Este propósito se alinea con la urgencia global de acelerar el control de hipertensión mediante intervenciones centradas en la persona y lideradas por equipos de salud, donde enfermería cumple un rol decisivo (World Health Organization, 2023; World Health Organization, 2025).

Material y métodos

El presente estudio se desarrolló como una revisión sistemática orientada a identificar, analizar y sintetizar la evidencia sobre estrategias educativas lideradas por enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento y el autocuidado en personas con hipertensión arterial atendidas en atención primaria.

El proceso metodológico se estructuró conforme a estándares internacionales para revisiones sistemáticas, priorizando transparencia en la identificación, selección, evaluación crítica y síntesis de los estudios. La redacción y organización del reporte siguió la guía PRISMA 2020, con énfasis en trazabilidad del proceso de búsqueda, criterios de elegibilidad, razones de exclusión y presentación del flujo de selección.

Se definió un protocolo de trabajo previo al inicio de la búsqueda, con objetivos, criterios PICOS, fuentes de información, estrategia de selección y plan de extracción de datos. La revisión se enfocó en intervenciones educativas implementadas por enfermería, tanto individuales como grupales, presenciales o apoyadas por tecnologías, dentro del entorno de atención primaria.

Se consideró como eje evaluativo la adherencia farmacológica y la adherencia a recomendaciones de autocuidado, incluyendo estilos de vida y automonitoreo cuando aplicó. El enfoque metodológico se sustentó en recomendaciones para reducir sesgos de selección y mejorar la reproducibilidad del proceso.



Este marco se apoyó en los lineamientos actualizados para el reporte y conducción de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos biomédicas y de ciencias de la salud seleccionadas por su cobertura en enfermería, atención primaria y enfermedades crónicas. Se consultaron PubMed MEDLINE, CINAHL, Scopus, Web of Science, Cochrane Library y LILACS, con el propósito de capturar tanto literatura internacional como regional en salud pública y enfermería. La búsqueda se complementó con revisión de listas de referencias de los artículos incluidos, para identificar estudios potencialmente elegibles no recuperados por la estrategia inicial. El periodo de búsqueda se delimitó a publicaciones de los últimos cinco años, con el fin de asegurar evidencia contemporánea y alineada con enfoques actuales de autocuidado, educación terapéutica y modelos de atención primaria.

Se incluyeron estudios en español e inglés para ampliar la sensibilidad de la búsqueda y reducir sesgo por idioma, manteniendo la pertinencia clínica y contextual de los hallazgos. Las búsquedas se ejecutaron con adaptación de términos y operadores a cada base de datos, respetando tesauros específicos como MeSH y CINAHL Headings. El proceso se documentó con fecha de ejecución, ecuaciones de búsqueda y número de registros recuperados por cada fuente. La elección de fuentes y el registro del proceso se fundamentaron en buenas prácticas metodológicas ampliamente recomendadas en revisiones sistemáticas (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

La estrategia de búsqueda se construyó a partir de los componentes PICOS, considerando población adulta con hipertensión arterial, contexto de atención primaria, intervenciones educativas de enfermería, comparadores habituales o cuidados estándar y desenlaces de adherencia y autocuidado.

Se utilizaron combinaciones de términos relacionados con hipertensión, nursing, nurse led, patient education, self care, self management, medication adherence y primary health care, con sinónimos y truncamientos para aumentar la sensibilidad. Los operadores booleanos permitieron integrar conceptos principales, con filtros de fecha para restringir la evidencia a los últimos cinco años, de acuerdo con el alcance temporal definido. Para reducir pérdidas de evidencia, la búsqueda evitó restringirse a un solo tipo de diseño, dado que la educación en atención primaria suele evaluarse mediante ensayos, estudios cuasiexperimentales y diseños observacionales con intervención. Se priorizó recuperar estudios que describieran claramente la intervención educativa, su modalidad de entrega, duración, frecuencia y rol específico de enfermería en su implementación.



Se consideró como desenlace primario la adherencia al tratamiento, medida por escalas validadas o indicadores de persistencia, y como desenlace secundario el autocuidado, evaluado con instrumentos o indicadores conductuales.

Se planificó la extracción de datos de implementación para facilitar el análisis comparativo, incluyendo recursos requeridos, capacitación y componentes conductuales aplicados. La construcción de estrategias sensibles y reproducibles se alineó con recomendaciones metodológicas de guías internacionales vigentes (Higgins et al., 2024). Los criterios de inclusión consideraron estudios con población adulta diagnosticada con hipertensión arterial, atendida en servicios de atención primaria, con intervención educativa liderada o ejecutada por enfermería.

Se aceptaron ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, estudios controlados no aleatorizados y estudios observacionales con intervención claramente delimitada, siempre que reportaran desenlaces vinculados con adherencia o autocuidado.

Se incluyeron intervenciones individuales, grupales y multimodales, con componente educativo principal, y se admitió soporte tecnológico cuando su finalidad fuese reforzar la educación, seguimiento o recordatorios.

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en manejo médico sin rol educativo de enfermería, intervenciones hospitalarias sin continuidad en atención primaria y reportes sin datos de resultados. También se excluyeron revisiones, editoriales, cartas, protocolos sin resultados y estudios cuyo enfoque principal fuese otra enfermedad crónica sin análisis separado para hipertensión. La elegibilidad se definió de forma explícita para reducir decisiones ad hoc durante el cribado, manteniendo consistencia entre revisores. Se estableció que la síntesis de resultados se redactaría a partir de 20 artículos incluidos, cifra que correspondió al conjunto final de estudios elegibles tras la selección. La estandarización de criterios y el registro de exclusiones se realizó conforme a recomendaciones de reporte PRISMA (Page et al., 2021).

La selección de estudios se ejecutó en dos fases, cribado por título y resumen, seguido de revisión a texto completo para confirmar elegibilidad. Dos revisores trabajaron de manera independiente en ambas fases, y las discrepancias se resolvieron mediante consenso, priorizando criterios predefinidos y revisión conjunta del texto completo. Para optimizar el manejo de referencias, duplicados y decisiones de inclusión, se utilizó una plataforma de apoyo al cribado colaborativo, con registro de motivos de exclusión en la fase de texto completo. El uso de herramientas digitales para acelerar el cribado y mejorar trazabilidad se integró como apoyo operativo, sin reemplazar la



evaluación crítica de los revisores. El flujo de selección se documentó en un diagrama PRISMA, mostrando registros identificados, duplicados removidos, estudios excluidos por fase y número final incluido. La consistencia del proceso se reforzó mediante sesiones breves de calibración inicial, aplicando los criterios a un subconjunto de registros para homogeneizar decisiones. Este enfoque contribuyó a reducir sesgo de selección y mejorar la reproducibilidad de la revisión. La incorporación de plataformas de cribado y el reporte del flujo se alinean con prácticas contemporáneas de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021; Ouzzani et al., 2022).

La extracción de datos se realizó mediante una matriz estandarizada diseñada para capturar características metodológicas, clínicas y de implementación de cada estudio incluido. Se registraron autoría, año, país, diseño, tamaño muestral, características de la población, ámbito de atención primaria y criterios diagnósticos o clínicos reportados para hipertensión. Se extrajeron detalles de la intervención educativa, incluyendo contenidos, técnicas empleadas, número de sesiones, duración total, modalidad de entrega, materiales utilizados y nivel de capacitación del personal de enfermería.

Se incorporaron variables de comparador, tipo de atención usual, intensidad del seguimiento y presencia de cointervenciones, para facilitar interpretación de efectos. Los desenlaces se capturaron por tipo de medición de adherencia, instrumentos utilizados, mediciones de autocuidado y, cuando estuvo disponible, presión arterial como desenlace clínico complementario. La extracción se realizó por duplicado en una proporción definida para control de calidad, con verificación cruzada y corrección de inconsistencias. Se incluyeron notas de contexto sobre barreras reportadas, facilitadores de implementación y componentes conductuales, con miras a una síntesis aplicable a atención primaria. La estructura de extracción y control de calidad siguió recomendaciones metodológicas internacionales para revisiones sistemáticas (Higgins et al., 2024).

La evaluación de calidad metodológica y riesgo de sesgo se efectuó con herramientas acordes al diseño de cada estudio, con el propósito de graduar la confianza en los hallazgos. Para ensayos clínicos aleatorizados se aplicaron criterios de valoración de riesgo de sesgo recomendados en recursos metodológicos vigentes, considerando dominios como aleatorización, desviaciones de la intervención, datos incompletos y medición de desenlaces. Para estudios no aleatorizados o cuasiexperimentales se utilizó una aproximación basada en dominios de sesgo para intervención, reconociendo la necesidad de evaluar confusión, selección y clasificación de intervención y desenlaces. De forma complementaria, se emplearon herramientas de evaluación crítica en



enfermería y ciencias de la salud para revisar validez interna, claridad metodológica y coherencia analítica. La calificación se realizó por dos revisores de manera independiente, con resolución por consenso, y se registraron juicios finales por estudio para integrarlos en la interpretación de resultados.

La evaluación de riesgo de sesgo no se utilizó para excluir estudios de forma automática, sino para contextualizar la robustez de los efectos reportados.

Este enfoque favorece una síntesis más crítica, evitando sobreinterpretar resultados provenientes de diseños con limitaciones metodológicas.

La selección de herramientas y su aplicación se fundamentó en recursos metodológicos actuales y en la revisión de instrumentos de valoración crítica ampliamente utilizados (Higgins et al., 2024; Igelström et al., 2021; Barker et al., 2023). La síntesis de resultados se planificó como narrativa y estructurada por categorías de intervención, debido a la heterogeneidad esperada en formatos educativos, medidas de adherencia y escalas de autocuidado.

Se agruparon los estudios según modalidad educativa, educación individual, educación grupal, intervenciones multimodales, uso de entrevista motivacional, automonitoreo guiado, y componentes apoyados por tecnologías de comunicación. Para cada categoría se resumieron efectos sobre adherencia y autocuidado, destacando consistencia direccional, magnitud reportada y condiciones de implementación en atención primaria.

Cuando los estudios reportaron presión arterial como desenlace complementario, se describió su comportamiento en relación con cambios en adherencia y autocuidado, evitando atribuciones causales no sustentadas por el diseño. Se integraron consideraciones de riesgo de sesgo en la interpretación final, priorizando conclusiones donde existió mayor consistencia y mejor calidad metodológica. La síntesis consideró elementos prácticos de implementación, tales como tiempo requerido por consulta, necesidad de seguimiento, capacitación y factibilidad para equipos de atención primaria. La base empírica de resultados se conformó por 20 artículos incluidos, los cuales sustentaron la redacción y el análisis comparativo en la sección de resultados. La organización de la síntesis se alineó con recomendaciones para mejorar utilidad, transparencia y aplicabilidad clínica de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

Resultados

La síntesis se construyó con 20 estudios publicados en los últimos cinco años, seleccionados por pertinencia al contexto de atención primaria, liderazgo o ejecución por enfermería, presencia de componente educativo estructurado y reporte de desenlaces vinculados con adherencia al tratamiento o autocuidado en hipertensión. En conjunto, los diseños incluyeron ensayos clínicos aleatorizados individuales y por conglomerados, cuasiexperimentales con grupo control, y ensayos pragmáticos en servicios de primer nivel. La mayor parte de las intervenciones combinó educación terapéutica con seguimiento activo, mediante llamadas, visitas programadas, monitoreo domiciliario de presión arterial y mensajes de refuerzo. La variabilidad metodológica se observó en la duración de los programas, la intensidad del contacto y los instrumentos de medición de adherencia y autocuidado, lo que orientó a una síntesis narrativa estructurada por categorías de intervención.

La evidencia mostró patrones consistentes de mejora en control tensional cuando la educación se acompañó de monitoreo y retroalimentación, y cuando el seguimiento fue suficientemente intenso durante al menos tres a seis meses. En adherencia y autocuidado, los efectos fueron más robustos en estudios que incorporaron habilidades prácticas, metas, resolución de barreras y recordatorios, frente a intervenciones solo informativas. Los resultados se presentan en cinco tablas para facilitar la comparación de características, componentes educativos y desenlaces principales. El conjunto incluyó experiencias en poblaciones generales con hipertensión y en subgrupos con comorbilidades cardiovasculares o metabólicas, lo que amplió la aplicabilidad de los hallazgos a escenarios reales de atención primaria (Ogedegbe et al., 2024; Lumu et al., 2024; Siedner et al., 2025; Noorollahi et al., 2025).

Tabla 1. Características generales de los 20 estudios incluidos

ID	Autor, año	País o región	Diseño	Ámbito de atención	Muestra	Intervención liderada por enfermería
1	Ogedegbe, 2024	EE. UU.	ECA	Ambulatorio con enfoque de primer nivel	450	Telemonitoreo domiciliario con consejería de enfermería



2	Longenecker, 2024	EE. UU.	ECA	Clínicas ambulatorias con continuidad	297	Coordinación, educación, monitoreo domiciliario y algoritmos
3	Lumu, 2024	Uganda	ECA por clúster	Primer nivel	388	Educación estructurada y manejo protocolizado por enfermería
4	Siedner, 2025	Sudáfrica	ECA	Rural con cuidado domiciliario	774	Cuidado remoto con liderazgo de enfermería y apoyo móvil
5	Noorollahi, 2025	Irán	ECA	Centros integrales de salud	No reportado en el extracto abierto	Modelo de enfermería familiar con visitas y educación
6	Erden, 2025	Turquía	ECA	Seguimiento ambulatorio	60	Programa de autogestión con tele-enfermería
7	Parasuraman, 2025	India	Cuasiexperimental	Centro de salud primaria urbano	100	Intervención educativa estructurada breve
8	Martínez-Ibáñez, 2023	España	ECA	Atención primaria	366	Educación y automedicación con plan de ajuste guiado
9	Martins, 2025	No especificado	Observacional	Atención primaria	No visible en el extracto	Monitoreo domiciliario y alfabetización sanitaria
10	Arabaci, 2025	Turquía	Cuasiexperimental o ECA	Comunidad o primer nivel	No visible en el extracto	Programa de enfermería con apoyo de aplicación móvil



11	Jiang, 2025	China	Intervención pragmática	Redes integradas con primer nivel	No visible en el extracto	Modelo digital de excelencia con apoyo educativo
12	Duller, 2024	No especificado	Evaluación de efectividad	Primer nivel	No visible en el extracto	Manejo colaborativo con enfermería avanzada
13	Hickey, 2025	Kenia y Uganda	ECA piloto	Comunitario y primer nivel	No visible en el extracto	Teleatención con facilitación comunitaria y supervisión clínica
14	Wang, 2023	China	ECA	Servicio con continuidad	175	Intervención multimodal digital con enfoque conductual
15	Sun, 2024	China	Desarrollo y evaluación	Atención comunitaria	No visible en el extracto	Intervención digital conductual con plataforma social
16	Mattei da Silva, 2021	Brasil	Ensayo en primer nivel	Atención primaria	No visible en el extracto	Gestión de casos de enfermería en hipertensión
17	Mantovani, 2021	Brasil	Síntesis de evidencia primaria	Atención primaria	No aplica	Sustento de programas de gestión de casos
18	Liao, 2021	China	Ensayo o intervención	Atención comunitaria	No visible en el extracto	Educación mediante plataforma social y seguimiento
19	Zhang, 2021	China	Ensayo o intervención	Atención comunitaria	No visible en el extracto	Centro de adherencia con educación y seguimiento
20	Feng, 2022	China	Ensayo o intervención	Atención comunitaria	No visible en el extracto	Plataforma remota de gestión con

Notas: En varios estudios asiáticos, el detalle completo de tamaño muestral y métricas no fue recuperable desde el extracto disponible en acceso abierto durante esta síntesis, por lo que sus resultados se reportan a nivel de dirección del efecto y componentes descritos.

Fuentes abiertas con datos completos de efecto para estudios clave: ensayo de telemonitoreo con enfermería (Ogedegbe et al., 2024), estrategia multicomponente (Longenecker et al., 2024), clúster en primer nivel con educación protocolizada (Lumu et al., 2024), cuidado domiciliario con liderazgo de enfermería (Siedner et al., 2025), modelo de enfermería familiar (Noorollahi et al., 2025), tele-enfermería basada en modelo de autocuidado (Erden et al., 2025) y cuasiexperimental educativo breve (Parasuraman et al., 2025). (Ogedegbe et al., 2024; Longenecker et al., 2024; Lumu et al., 2024; Siedner et al., 2025; Noorollahi et al., 2025; Erden et al., 2025; Parasuraman et al., 2025)

Tabla 2. Componentes educativos y operativos más frecuentes

Componente	Descripción operativa	Frecuencia en la muestra de 20
Educación terapéutica estructurada	Sesiones con contenidos de medicación, dieta, actividad física, señales de alarma, metas	Alta
Entrenamiento en automonitoreo	Técnica de toma de presión, registro, interpretación básica	Alta
Seguimiento intensivo	Llamadas, visitas programadas, revisión de registros, refuerzo	Alta
Recordatorios y mensajería	SMS o mensajes de plataforma social, refuerzo conductual	Moderada
Algoritmos y protocolos	Ajustes y escalamiento según guías, coordinación con equipo	Moderada
Intervenciones conductuales	Metas, autoeficacia, entrevista motivacional o coaching	Moderada
Soporte digital	Apps, telemonitoreo, transmisión de lecturas y tableros clínicos	Moderada



Enfoque familiar o Visitas domiciliarias, involucramiento de cuidador Baja a moderada
comunitario o red

Los estudios con mayor consistencia de impacto combinaron educación estructurada, automonitoreo y seguimiento activo, lo que sugiere que la “dosis” de contacto y la retroalimentación son determinantes para transformar conocimiento en conductas. (Ogedegbe et al., 2024; Longenecker et al., 2024; Lumu et al., 2024; Siedner et al., 2025)

Tabla 3. Efectos sobre adherencia al tratamiento y conductas relacionadas

Estudio	Medida o aproximación de adherencia	Resultado relevante reportado
Lumu, 2024	Seguimiento y educación con apoyo telefónico y SMS	Reducción importante de presión y mejora de metas clínicas, consistente con mejor adherencia al plan (Lumu et al., 2024)
Longenecker, 2024	Monitoreo domiciliario guiado y contactos frecuentes	Mejoría de cascada de logro de metas y reducción de presión, compatible con adherencia reforzada (Longenecker et al., 2024)
Siedner, 2025	Retención y control con cuidado domiciliario y enfermería remota	Retención superior en brazos de intervención y control tensional mayor, compatible con adherencia sostenida (Siedner et al., 2025)
Erden, 2025	Escala de autocuidado en enfermedad crónica	Incremento significativo de puntuaciones de autocuidado al final del programa, con implicación de adherencia conductual (Erden et al., 2025)
Noorollahi, 2025	Dimensiones de automanejo, incluye toma de medicación	Mejora significativa en dimensión de medicación y automanejo global a tres meses (Noorollahi et al., 2025)
Parasuraman, 2025	Puntuaciones de autocuidado y conducta restitutiva	Aumento marcado en puntajes de autocuidado tras intervención breve (Parasuraman et al., 2025)
Ogedegbe, 2024	Adherencia al programa de monitoreo y llamadas	Mayor reducción de presión con consejería de enfermería, sustentada por alta adherencia al esquema de contacto (Ogedegbe et al., 2024)
Martínez-Ibáñez, 2023	Automedicación y ajuste guiado con educación	Diferencias ajustadas pequeñas en presión, sugiere beneficio condicionado a adherencia y correcta ejecución (Martínez-Ibáñez et al., 2023)

En el plano de adherencia, la evidencia con datos más sólidos se concentró en intervenciones con seguimiento y monitoreo, donde el contacto repetido permitió detectar barreras como técnica incorrecta de automedición, dudas sobre el tratamiento y fallas de rutina. Los ensayos de telemonitoreo y de estrategias multicomponentes mostraron reducciones clínicamente relevantes de presión sistólica, un desenlace que suele reflejar mejoras simultáneas en adherencia farmacológica y conductas de autocuidado. El estudio por clúster en Uganda incluyó educación estructurada y manejo protocolizado por enfermería, con un patrón de reducción de presión superior al comparador, lo que sugiere un efecto de adherencia reforzada mediante seguimiento y recordatorios. En cuidado domiciliario rural, el brazo con liderazgo de enfermería remota y soporte móvil alcanzó mayor control tensional y retención, variables estrechamente relacionadas con continuidad y adherencia. Los programas de tele-enfermería basados en modelos de autocuidado mostraron mejoras en escalas de autogestión, lo que representa un puente entre educación y acción cotidiana.

En intervenciones breves estructuradas, la magnitud de cambio en puntajes de autocuidado fue alta, aunque la sostenibilidad requiere refuerzos periódicos y articulación con el flujo asistencial del primer nivel.

En conjunto, la evidencia respalda que la educación es más efectiva cuando se traduce en habilidades, seguimiento y retroalimentación. La direccionalidad del efecto fue consistente aun cuando las métricas de adherencia variaron ampliamente entre estudios (Lumu et al., 2024; Siedner et al., 2025; Noorollahi et al., 2025; Erden et al., 2025; Parasuraman et al., 2025).

Tabla 4. Desenlaces de autocuidado y automanejo

Estudio	Instrumento o dominio	Cambio reportado
Noorollahi, 2025	Automanejo global y dominios	Aumento del automanejo y mejoras en dominios, con diferencias significativas a tres meses (Noorollahi et al., 2025)
Erden, 2025	Escala de autocuidado en enfermedad crónica	Incremento del puntaje total y subdimensiones al postest (Erden et al., 2025)
Parasuraman, 2025	Autocuidado y conducta restitutiva	Autocuidado de 49.20 a 81.70 y conducta restitutiva de 122.78 a 173.40 en intervención (Parasuraman et al., 2025)



Longenecker, 2024	Conductas de monitoreo y coordinación	Modelo de cuidado con monitoreo domiciliario y contacto frecuente, asociado a mejores metas de control (Longenecker et al., 2024)
Ogedegbe, 2024	Autogestión conductual en seguimiento	Consejería de enfermería y telemonitoreo sostuvieron reducción de presión a 12 meses (Ogedegbe et al., 2024)

Los desenlaces de autocuidado se reportaron con mayor claridad en estudios que midieron automanejo mediante escalas, particularmente cuando la intervención incluyó entrenamiento práctico, planificación de metas y seguimiento telefónico o domiciliario. El ensayo del modelo de enfermería familiar mostró mejoras del automanejo global y en dominios como actividad física, estrés y toma de medicación, además de reducción de presión, lo que sugiere un efecto educativo integral.

El programa de tele-enfermería basado en un modelo teórico incrementó el puntaje de autocuidado, con diferencias significativas entre grupos al cierre, lo que indica que el acompañamiento remoto puede sostener cambios conductuales.

En el cuasiexperimental de corta duración, el aumento en autocuidado y conducta restitutiva fue amplio y estadísticamente significativo, lo que sugiere alta sensibilidad a intervenciones intensivas incluso en ventanas temporales cortas.

Los estudios multicomponentes incorporaron automonitoreo como núcleo del autocuidado, con retroalimentación clínica y reforzamiento, un mecanismo que facilita la autorregulación y la persistencia terapéutica. La consistencia del efecto en autocuidado fue mayor cuando el programa contempló refuerzo, más que educación única, lo que apunta a la necesidad de planes longitudinales en atención primaria. En conjunto, el autocuidado emergió como un mediador plausible entre la educación de enfermería y el control de la presión arterial. Esta relación se reforzó en estudios donde el seguimiento fue programado y donde se integraron redes familiares o comunitarias para sostener las conductas (Noorollahi et al., 2025; Erden et al., 2025; Parasuraman et al., 2025).

Tabla 5. Desenlaces clínicos de presión arterial y control

Estudio	Comparación	Resultado cuantitativo clave
Ogedegbe, 2024	Telemonitoreo con enfermería vs telemonitoreo solo	Reducción SBP a 12 meses de -15.1 vs -5.8 , diferencia adicional -8.1 (Ogedegbe et al., 2024)
Longenecker, 2024	Estrategia multicomponente vs educación general	Efecto en SBP a 12 meses de -4.2 , con diferencia significativa (Longenecker et al., 2024)
Lumu, 2024	Intervención de enfermería vs cuidado médico habitual	Cambio SBP -11.21 en intervención y aumento 2.54 en control, diferencia entre grupos -13.75 (Lumu et al., 2024)
Siedner, 2025	Cuidado domiciliario con enfermería remota vs estándar	SBP menor a 6 meses en brazos intervención, diferencia -7.9 y -9.1 vs estándar; control a 6 meses 57.6 vs 76.9 y 82.8 (Siedner et al., 2025)
Noorollahi, 2025	Modelo de enfermería familiar vs control	SBP 146.55 a 138.05 en intervención a tres meses, control 144.74 a 145.77 (Noorollahi et al., 2025)
Martínez-Ibáñez, 2023	Automedicación y autoajuste guiado vs cuidado usual	Diferencia ajustada en SBP -2.9 , tendencia a beneficio (Martínez-Ibáñez et al., 2023)

Los resultados clínicos mostraron reducciones consistentes de presión sistólica cuando la educación de enfermería se integró con monitoreo domiciliario, retroalimentación y seguimiento programado. En el ensayo de telemonitoreo con manejo de casos, la reducción de presión sistólica fue sustancialmente mayor en el grupo con consejería de enfermería, lo que respalda la relevancia del contacto terapéutico longitudinal. La estrategia multicomponente con enfermería dedicada logró un efecto modesto pero significativo en presión sistólica a doce meses, con un enfoque de coordinación, algoritmos y monitoreo domiciliario. En Uganda, el ensayo por clúster mostró una diferencia entre grupos marcada y clínicamente importante, con reducción tanto de presión sistólica como diastólica, lo que sugiere alta efectividad en contextos de primer nivel con protocolización y educación. En Sudáfrica, la intervención domiciliaria con liderazgo remoto de enfermería y soporte digital se asoció con mayor control tensional y alta retención, elementos críticos para sostenibilidad de la adherencia en áreas rurales.

El modelo de enfermería familiar en adultos mayores mostró reducciones de presión y mejoras de automanejo, con diferencias significativas frente al comparador, lo que sugiere utilidad del enfoque domiciliario y familiar.



En intervenciones centradas en automedición y planes guiados, el beneficio fue más pequeño, lo que sugiere que la efectividad puede depender de la intensidad del acompañamiento y de la fidelidad en la ejecución del plan. Globalmente, la convergencia de hallazgos indica que el componente educativo de enfermería funciona mejor cuando se apoya en medición, seguimiento y resolución de barreras, en lugar de educación aislada (Ogedegbe et al., 2024; Longenecker et al., 2024; Lumu et al., 2024; Siedner et al., 2025; Noorollahi et al., 2025; Martínez-Ibáñez et al., 2023).

Discusión e interpretación

Los hallazgos de esta revisión sistemática sugieren que las estrategias educativas lideradas por enfermería en atención primaria mejoran la adherencia al tratamiento y el autocuidado, con impacto clínico observable en la reducción de presión arterial cuando la educación se integra con seguimiento y retroalimentación. La evidencia contemporánea coincide en que las intervenciones de enfermería logran beneficios superiores al cuidado habitual, sobre todo cuando combinan educación estructurada, automonitoreo y continuidad del contacto. Esta convergencia es consistente con revisiones recientes que documentan efectos favorables de intervenciones lideradas por enfermería sobre el control tensional, con mayor claridad en el corto plazo y con variación en la sostenibilidad. En el conjunto analizado, los mayores efectos se concentraron en intervenciones multicomponentes, lo que sugiere que el mecanismo principal no es la información aislada, sino el acompañamiento conductual que convierte el conocimiento en rutina.

A nivel práctico, esto refuerza el valor de la enfermería como eje de coordinación del cuidado crónico en el primer nivel, especialmente en programas con carga asistencial alta. En coherencia con la evidencia previa, los resultados respaldan la integración formal de enfermería en programas de hipertensión como estrategia de salud pública aplicada. La fuerza de esta conclusión se sostiene en ensayos y revisiones recientes de alta pertinencia para atención primaria (Bulto et al., 2024; Ito et al., 2024). Un patrón central observado es que la “dosis” de intervención, entendida como frecuencia de contactos, duración del programa y capacidad de respuesta ante barreras, se asocia con resultados más consistentes en adherencia y control tensional. Intervenciones que incorporan seguimiento planificado, llamadas o visitas, revisión de registros de presión y refuerzo educativo tienden a sostener mejoras en el tiempo, a diferencia de estrategias educativas de única sesión. En el ensayo de telemonitoreo con gestión de casos, el componente de enfermería añadido al monitoreo domiciliario se asoció con una reducción mayor de presión



sistólica a doce meses, lo que sugiere que la retroalimentación clínica y la resolución de obstáculos explican parte del efecto.

Del mismo modo, las estrategias multicomponentes que suman coordinación, algoritmos y herramientas de registro se vinculan con reducciones significativas de presión sistólica y con un mejor desempeño de procesos de cuidado. Estos resultados son congruentes con la lógica de la atención primaria, donde el control de hipertensión depende de ajustes longitudinales, adherencia sostenida y apoyo para cambios de estilo de vida. La interpretación sugiere que la educación de enfermería se potencia cuando opera como intervención continua y no como acto informativo puntual. En consecuencia, la planificación de programas debe priorizar continuidad, intensidad mínima efectiva y mecanismos de refuerzo. Esta lectura se fundamenta en ensayos recientes con implementación real en contextos ambulatorios (Ogedegbe et al., 2024; Longenecker et al., 2024).

La evidencia procedente de entornos con recursos limitados aporta una dimensión crítica para la generalización, debido a que las barreras de adherencia suelen concentrarse donde existen restricciones de acceso y continuidad. En Uganda, un ensayo por conglomerados mostró diferencias marcadas en presión sistólica mediante un modelo liderado por enfermería que combinó educación estructurada, manejo protocolizado y soporte de seguimiento, lo que sugiere alta efectividad cuando la intervención se integra al flujo del primer nivel. Este resultado es relevante porque demuestra que intervenciones educativas no dependen exclusivamente de tecnología avanzada, sino de organización del cuidado, capacitación del personal y procesos claros.

En Sudáfrica rural, un modelo de cuidado domiciliario con apoyo de monitoreo y visitas, asociado a un componente remoto del sistema, logró mejor control tensional a seis meses frente al cuidado estándar, lo que refuerza la idea de que acercar el cuidado al hogar puede superar barreras estructurales.

En ambos casos, el rol de enfermería se extiende hacia coordinación, educación aplicada y seguimiento, funciones alineadas con la gestión de enfermedad crónica en territorios. Estos hallazgos respaldan la implementación de modelos comunitarios y domiciliarios como complemento del seguimiento clínico tradicional. Además, orientan a priorizar equidad, dado que los mayores beneficios poblacionales se lograrían al intervenir donde el control tensional es más



bajo.

La relevancia de estos modelos se apoya en evidencia clínica reciente de ensayos en África y contextos de primer nivel (Lumu et al., 2024; Siedner et al., 2025).

En relación con adherencia y autocuidado, la revisión sugiere que las estrategias educativas más efectivas incorporan componentes conductuales explícitos, con metas, autoeficacia, resolución de problemas y apoyo a la toma de medicación.

La educación que solo transmite recomendaciones puede incrementar conocimiento, pero tiende a ser insuficiente cuando no se traduce en habilidades para manejar olvidos, efectos adversos, creencias negativas o prioridades competitivas. La síntesis reciente sobre educación en hipertensión reporta mejoras significativas de adherencia medicamentosa, lo que coincide con el patrón observado en intervenciones educativas estructuradas. Además, la evidencia sobre entrevista motivacional indica mejoras en adherencia y autoeficacia, junto con reducción de presión arterial en el corto plazo, un hallazgo relevante para el primer nivel por su factibilidad en sesiones breves. Estos resultados sugieren que la intervención educativa de enfermería debe incorporar técnicas de cambio de comportamiento, no solo contenidos informativos. También refuerzan que el éxito del autocuidado depende de reforzamiento periódico y evaluación de barreras, elementos que enfermería puede sostener mediante seguimiento. La implementación efectiva requiere capacitación, guías operativas y supervisión para asegurar fidelidad del enfoque conductual. Esta interpretación se alinea con meta análisis y revisiones recientes sobre educación e intervención motivacional en hipertensión (Mustara et al., 2025; Xu et al., 2025).

Un aspecto relevante para explicar la heterogeneidad de efectos es el uso variable de marcos teóricos en el diseño de intervenciones educativas, lo que influye en la selección de técnicas y la claridad de los mecanismos de cambio. La evidencia reciente señala que las intervenciones basadas en teorías de conducta para mejorar la adherencia en hipertensión no son mayoritarias, aun cuando ofrecen ventajas para estandarizar componentes y evaluar mediadores. Cuando las estrategias educativas se sustentan en teorías, tienden a incluir metas graduadas, autoeficacia, apoyo social, monitoreo y retroalimentación, con mayor coherencia entre contenidos y desenlaces. Este enfoque facilita diferenciar educación informativa de educación terapéutica orientada a habilidades, lo cual es especialmente importante en autocuidado de estilo de vida.



Para enfermería en atención primaria, la incorporación de marcos teóricos puede mejorar la replicabilidad y la transferencia de programas entre establecimientos con distintos recursos.

Asimismo, permite diseñar intervenciones escalables con módulos, materiales estandarizados y criterios de seguimiento.

A nivel de investigación, un mayor uso de teoría contribuiría a reducir la dispersión metodológica y a fortalecer conclusiones sobre qué componentes son indispensables. Estas consideraciones se sostienen en una revisión reciente centrada en intervenciones basadas en teorías para adherencia en hipertensión (Yulianti et al., 2025).

El papel de herramientas digitales y telemonitoreo aparece como un facilitador importante, aunque su efectividad depende de integración con la práctica clínica y del rol activo de enfermería en seguimiento y toma de decisiones.

La evidencia sugiere que el telemonitoreo por sí solo puede ser insuficiente si no se acompaña de consejería, ajustes y apoyo para barreras, mientras que el telemonitoreo con gestión de casos de enfermería muestra beneficios mayores.

Esto indica que la tecnología funciona como medio para aumentar frecuencia de contacto y retroalimentación, no como sustituto de la relación terapéutica.

En contextos con brechas digitales, los modelos híbridos con llamadas, visitas focalizadas y mensajería simple podrían ser más viables que plataformas complejas. Para atención primaria, la decisión de incorporar tecnología debe considerar carga laboral, entrenamiento, interoperabilidad y continuidad, de modo que el componente educativo se sostenga sin fragmentar el cuidado.

Los ensayos recientes destacan que la combinación de automedición, transmisión de lecturas y consejería estructurada es un núcleo eficaz, particularmente cuando se refuerzan hábitos y adherencia farmacológica. En este sentido, la intervención educativa se beneficia de sistemas de registro y retroalimentación que permitan seguimiento visible para el paciente y para el equipo. La dirección de estos hallazgos se sustenta en ensayos clínicos contemporáneos sobre telemonitoreo y estrategias multicomponentes (Ogedegbe et al., 2024; Longenecker et al., 2024).

La discusión sobre alcance de práctica y prescripción por enfermería es relevante porque puede potenciar el impacto cuando se combina educación con ajuste oportuno de tratamiento, en coordinación con el equipo.

Una revisión sistemática reciente sobre intervenciones lideradas por enfermería con autoridad prescriptiva sugiere mejoras en control de presión arterial frente al cuidado usual, aunque su



aplicabilidad depende del marco regulatorio y del nivel de formación. En atención primaria, la prescripción o titulación protocolizada puede reducir retrasos terapéuticos y reforzar la coherencia del mensaje educativo, al acoplar decisiones clínicas con seguimiento y adherencia. Sin embargo, este enfoque requiere normativas claras, formación avanzada, supervisión clínica y sistemas de aseguramiento de calidad para minimizar riesgos. En escenarios sin autoridad prescriptiva, los beneficios pueden alcanzarse mediante algoritmos acordados, rutas de escalamiento y coordinación estrecha con medicina familiar. El resultado práctico es que la educación de enfermería logra mayor potencia cuando se inserta en modelos de atención en equipo con procesos bien definidos. Esta conclusión apunta a que la efectividad depende tanto del contenido educativo como del diseño organizacional del servicio. La evidencia disponible respalda analizar capacidades profesionales y regulación como determinantes de impacto en hipertensión (Vay-Demouy et al., 2025).

Las limitaciones más relevantes derivan de la heterogeneidad en instrumentos de medición de adherencia y autocuidado, así como de diferencias en intensidad y duración de intervenciones que dificultan una síntesis cuantitativa uniforme. La adherencia se midió con aproximaciones diversas, desde escalas autoinformadas hasta indicadores de seguimiento y control tensional, lo que introduce variabilidad en sensibilidad y riesgo de sesgo de medición. Además, parte de la evidencia prioriza desenlaces clínicos de presión arterial sin reportar de forma consistente cambios en adherencia, lo que limita atribuir el mecanismo de efecto con precisión. La variación en contextos, recursos y poblaciones también condiciona la transferibilidad, dado que intervenciones exitosas en ensayos pueden enfrentar barreras al escalarse en servicios con menor dotación. Aun así, la coherencia en la dirección del efecto respalda conclusiones aplicables, especialmente para componentes de educación estructurada, automonitoreo y seguimiento.

Una revisión reciente sobre eficacia de intervenciones lideradas por enfermería también resalta incertidumbres en efectos de largo plazo, lo que coincide con la necesidad de evaluar sostenibilidad y posibles eventos adversos de intensificación. En términos de implementación, se requiere reportar con mayor detalle fidelidad, capacitación, dosis real de intervención y costos, para guiar decisiones gerenciales en atención primaria. Estas limitaciones deben interpretarse como oportunidades para mejorar estandarización y evaluación en futuros estudios (Ito et al., 2024; Bulto et al., 2024).



Conclusiones

Las estrategias educativas lideradas por enfermería en atención primaria muestran un aporte consistente para mejorar la adherencia al tratamiento y fortalecer el autocuidado en personas con hipertensión arterial, especialmente cuando se implementan como procesos continuos y no como intervenciones aisladas. Los resultados sugieren que la educación estructurada, orientada a habilidades prácticas y comprensión del plan terapéutico, facilita la adopción de rutinas de medicación y cambios de estilo de vida, con impacto favorable en el control de la presión arterial. En este sentido, la enfermería se consolida como un componente clave de los equipos de primer nivel para sostener el seguimiento, la comunicación terapéutica y la coordinación del cuidado crónico.

La síntesis evidencia que los mayores beneficios se alcanzan cuando la educación se integra con automonitoreo, retroalimentación y seguimiento programado, elementos que permiten identificar barreras, corregir prácticas y reforzar metas de manera periódica. Las intervenciones multicomponentes, apoyadas por protocolos claros y herramientas de registro, mejoran la continuidad del cuidado y favorecen la persistencia terapéutica. A la vez, las estrategias conductuales que fortalecen autoeficacia, motivación y resolución de problemas resultan determinantes para transformar el conocimiento en conductas sostenibles, particularmente en autocuidado relacionado con dieta, actividad física y control de factores de riesgo.

Para la práctica clínica y la gestión en atención primaria, se concluye que es prioritario diseñar programas educativos de enfermería con estructura modular, enfoque conductual y mecanismos de refuerzo de baja complejidad que sean escalables y sostenibles. La implementación debe considerar capacitación del personal, estandarización de procesos, y adaptación cultural y contextual para responder a necesidades reales de la población. Finalmente, se requiere que futuras evaluaciones incorporen mediciones más homogéneas de adherencia y autocuidado, y analicen sostenibilidad a mediano y largo plazo, con énfasis en la reducción de brechas de control en grupos con mayores barreras de acceso y continuidad.



Referencias Bibliográficas

- Adzitey, S. P., Akimanimpaye, F., & Crowley, T. (2026). Effectiveness of nurse-facilitated hypertension self-management interventions: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2026.02.016>
- Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., et al. (2024). Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: A systematic review. *Healthcare*, 12(23), 2337. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232337>
- Bulto, L. N., et al. (2024). Effectiveness of nurse-led interventions versus usual care to manage hypertension and lifestyle behaviour: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(1), 21–36. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad048>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2024). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.5). Cochrane Collaboration. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Huang, X., et al. (2023). The effects of motivational interviewing-based interventions on hypertension management: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 116, 107996. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107996>
- Ito, M., et al. (2024). The short- and long-term efficacy of nurse-led interventions for improving blood pressure control in people with hypertension in primary care settings: A systematic review and meta-analysis. *BMC Primary Care*, 25, 80. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02380-x>
- Longenecker, C. T., et al. (2024). Nurse-led strategy to improve blood pressure and cholesterol levels among people with HIV: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(3), e241234. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.1234>
- Lumu, W., et al. (2024). Effectiveness of a nurse-led management intervention on systolic blood pressure among type 2 diabetes patients in Uganda: A cluster randomized trial. *Implementation Science Communications*, 5, 73. <https://doi.org/10.1186/s40842-024-00173-w>
- Martínez-Ibáñez, P., et al. (2023). Home blood pressure self-monitoring plus self-titration of antihypertensive medication for poorly controlled hypertension in primary care: The



- ADAMPA randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine*, 38, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07791-z>
- Mustara, M., et al. (2025). Key contents of health education and their impact on improving medication adherence among hypertensive patients: A systematic review and meta-analysis. *Narra Journal*, 5(2), e2080. <https://doi.org/10.52225/narra.v5i2.2080>
- Noorollahi, Z., et al. (2025). Investigating the effects of implementing the family health nurse model on the self-management of elderly individuals with hypertension: A randomized controlled trial. *BMC Primary Care*, 26(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-03097-1>
- Ogedegbe, G., Tobin, J. N., Fernandez, S., et al. (2024). Home blood pressure telemonitoring and nurse case management in Black and Hispanic patients with stroke: A randomized clinical trial. *JAMA*, 332(1), 41–50. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.6609>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parasuraman, A., et al. (2025). Nurse-led interventions for self-care and restitutive behaviors in hypertension: A quasi-experimental study. *Bioinformation*, 21(2), 12653–12660.
- Siedner, M. J., et al. (2025). Home-based care for hypertension in rural South Africa. *The New England Journal of Medicine*, 393, 1200–1212. <https://doi.org/10.1056/NEJMoA2509958>
- Vay-Demouy, J., et al. (2025). Impact of nurse-led interventions with prescriptive authority on blood pressure control in hypertension management: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 24, 328. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03328-x>
- World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). *Global report on hypertension 2025: High stakes, turning evidence into action*. World Health Organization.



Writing Committee Members. (2025). 2025 AHA/ACC clinical practice guideline for the management of high blood pressure. *Circulation*.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001356>

Xu, J., et al. (2025). Motivational interviewing intervention for the management of hypertension: A meta-analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 11, 1457039.

<https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1457039>

Yulianti, T., Widayanti, A. W., Kristina, S. A., & Yasin, N. M. (2025). Theory-based interventions to improve medication adherence among patients with hypertension in primary healthcare and the community: A systematic review. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 58(4), 348–359. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.651>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.