

Análisis de consultas de enfermería a personas con hipertensión arterial sistémica en la Atención Primaria de Salud*

Luciana Assis Couto¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2283-8408>

Carin Caroline Dzembaty²

 <https://orcid.org/0009-0005-9598-8940>

Dafne Louize Gomes Fernandes³

 <https://orcid.org/0009-0003-2941-4442>

Daiana Bonfim³

 <https://orcid.org/0000-0003-0591-0495>

Andressa Teoli Nunciaroni^{4,5}

 <https://orcid.org/0000-0001-6469-592X>

Andrea Liliana Vesga Varela³

 <https://orcid.org/0000-0002-9599-6351>

Destacados: **(1)** Los aspectos sociales, culturales y regionales deben formar parte del proceso de enfermería. **(2)** Se cubrieron todas las etapas del proceso de enfermería y la comunicación efectiva. **(3)** Las Directrices de Hipertensión pueden guiar el proceso de enfermería en la Atención Primaria de Salud. **(4)** El proceso de enfermería a personas con hipertensión necesita mejorar en la Atención Primaria de Salud.

Objetivo: analizar la consulta de enfermería a personas con hipertensión arterial sistémica en la atención primaria de salud según las Directrices Brasileñas sobre Hipertensión Arterial, las etapas del proceso de enfermería y la comunicación clínica. **Método:** un estudio analítico transversal que evaluó 29 consultas de enfermería realizadas por 13 enfermeras con usuarios con hipertensión arterial en cuatro estados brasileños. La evaluación de las consultas se realizó mediante una lista de verificación estructurada. Los datos se sometieron a análisis descriptivo y bivariado, utilizando tablas y gráficos para caracterizar la muestra y explorar posibles asociaciones entre las variables. **Resultados:** hubo baja adhesión al Proceso de Enfermería y a las recomendaciones de las Directrices Brasileñas sobre Hipertensión. Solo se cumplieron completamente el 20% de las etapas del proceso de enfermería. Específicamente en relación con las Directrices, se observó que las acciones fundamentales eran insuficientes, como la medición de la presión arterial, la evaluación de factores de riesgo y la comunicación clínica del diagnóstico. **Conclusión:** hubo debilidad en la aplicación del Proceso de Enfermería en las consultas a personas con hipertensión. Factores como la complejidad de los casos, las interrupciones, la alta demanda de trabajo, las lagunas en la formación y la ausencia de protocolos estructurados contribuyeron a estos hallazgos.

Descriptor: Hipertensión; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Consulta; Proceso de Enfermería; Protocolos Clínicos; Atención de Enfermería.

* La publicación de este artículo en la serie temática "Alcance de la práctica de Enfermería en Atención Primaria de Salud" es parte de la Actividad 2.2 del Término de Referencia 2 del Plan de Trabajo del Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la investigación en Enfermería, Brasil.

¹ Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

² Centro Universitário Campo Real Irati, Irati, PR, Brasil.

³ Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ Becaria de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Brasil.

Cómo citar este artículo

Couto LA, Dzembaty CC, Fernandes DLG, Bonfim D, Nunciaroni AT, Varela ALV. Analysis of nursing consultations for people with systemic arterial hypertension in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4876 [cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7998.4876>

Introducción

Una Atención Primaria de Salud (*Atenção Primária à Saúde* - APS) reforzada, adecuadamente dimensionada y basada en el territorio, con participación comunitaria, se asocia con sistemas de salud con mejores resultados y mayor acceso a los servicios para la población⁽¹⁻²⁾. En Brasil, la hipertensión arterial sistémica (HAS) es uno de los factores más influyentes en la mortalidad temprana debida a enfermedades cardiovasculares (ECV) cuando se asocia con factores dietéticos, metabólicos y ambientales⁽³⁾. Así, la APS es un terreno fértil para la implementación de políticas públicas e intervenciones tempranas basadas en la evidencia, con el fin de reducir las tendencias en la incidencia y complicaciones relacionadas con la HAS.

En el seguimiento longitudinal de personas con HAS en la APS, las Directrices Brasileñas sobre Hipertensión Arterial recomiendan que la atención incluya un enfoque clínico, aspectos psicosociales, culturales y socioeconómicos que determinen la salud⁽⁴⁻⁶⁾. Por tanto, se destaca la importancia del manejo de la HAS en la APS, ya que este punto de la *Rede de Atenção à Saúde* (Red de Atención a la Salud) considera las condiciones que pueden determinar los resultados de salud y cardiovasculares de la población.

Así, en el contexto de la APS, las enfermeras ocupan un papel destacado en la gestión de la atención, especialmente en lo que respecta a los cambios de comportamiento y la mejora de la calidad de vida. En este escenario, los estudios demuestran que las intervenciones de enfermería en la atención a personas con HAS en la APS están asociadas con la reducción de los niveles de presión arterial, la mejora de los datos antropométricos, la adherencia al tratamiento y cambios positivos en el comportamiento⁽⁷⁻⁹⁾.

Entre las herramientas de trabajo de los enfermeros en la APS, destacase el Proceso de Enfermería (PE). Es un instrumento metodológico a través del cual se implementa la Consulta de Enfermería⁽¹⁰⁾ y que contribuye a la sistematización del razonamiento clínico, la identificación de necesidades sanitarias y la planificación asistencial, permitiendo un plan de atención que refuerza la coordinación asistencial, la longitudinalidad y la evaluación de los resultados de salud.

Así, la enfermera desempeña un papel importante en la provisión de una atención centrada en el usuario mediante intervenciones ante necesidades de salud, lo que permite la creación de un vínculo de confianza⁽¹¹⁻¹²⁾. También desde esta perspectiva, una revisión emergente sobre estrategias de comunicación personalizada apunta a una relación positiva entre el cuidado de enfermería personalizado y la satisfacción/adhesión al tratamiento acordado⁽¹³⁾, así como una contribución favorable a la construcción de vínculos y al empoderamiento de los usuarios en el autocuidado⁽¹⁴⁾.

Aunque el PE está legalmente determinado y reconocido como el método para la implementación de la atención de enfermería, aún existen varios desafíos para su uso efectivo en la APS brasileña, tanto relacionados con su operativización como con las especificidades en la atención a personas con HAS. Así, para proporcionar subvenciones que mejoren la práctica clínica y consolidar la implementación del PE en la atención de usuarios con HAS en la APS, buscamos entender cómo han utilizado las enfermeras los elementos recomendados por las Directrices Brasileñas sobre Hipertensión Arterial en las Consultas de Enfermería, considerando las etapas del PE y las estrategias de comunicación clínica.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar la consulta de enfermería a personas con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en la Atención Primaria de Salud (APS) según las Directrices Brasileñas sobre Hipertensión Arterial, las etapas del Proceso de Enfermería (PE) y la comunicación clínica.

Método

La redacción de este estudio siguió la lista de verificación *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁵⁾.

Diseño y lugar del estudio

Se trata de un estudio analítico observacional transversal, basado en datos secundarios de un estudio multicéntrico, titulado "Habilidades de práctica avanzada en la gestión de cuidados en consultas de enfermería en atención primaria: diagnóstico situacional y propuesta de formación", que evalúa diferentes líneas de atención para enfermeras en la APS mediante el registro de 203 consultas de enfermería realizadas por 32 enfermeros. La recopilación de datos se realizó en 17 Unidades Básicas de Salud (UBS) de cuatro unidades federativas diferentes, 6 ubicadas en el norte, 7 en el noreste y 4 en el sureste del país.

El presente estudio incluyó consultas de enfermería realizadas con personas que se autodeclararon tener HAS y que habían sido registradas íntegramente (n=29), realizadas por 13 enfermeras.

Población y definición de la muestra

El proceso de muestreo se definió por conveniencia, considerando la inclusión de diferentes escenarios en el territorio brasileño (Figura 1). Así, en vista de la dimensión continental del país, se decidió incluir tres de las cinco macrorregiones, en ciudades con diferentes perfiles

demográficos, morbilidad y mortalidad y la prestación de servicios, dos grandes y dos pequeñas.

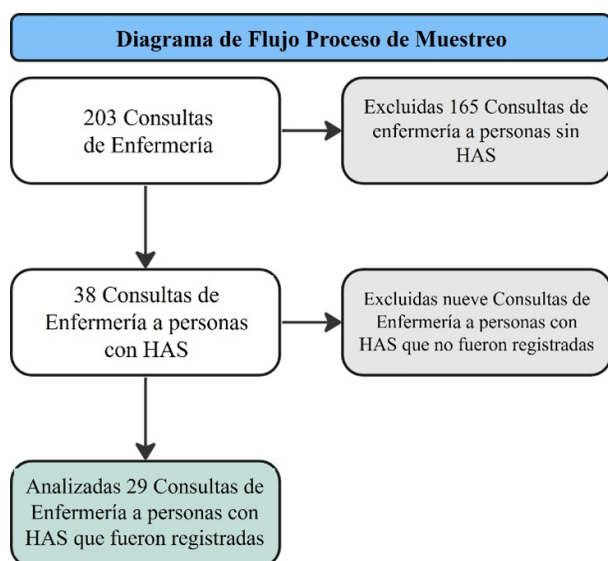


Figura 1 - Diagrama de flujo que se refiere al proceso de muestreo

Criterios de selección

Los participantes en este estudio fueron enfermeros y usuarios presentes en la consulta de enfermería registrada. Los criterios de inclusión para las enfermeras eran trabajar en atención directa para usuarios de APS durante al menos un año. Para los usuarios, el criterio de inclusión fue aquellos que buscaron atención de una enfermera que hubiera aceptado participar en el estudio.

Los enfermeros y usuarios que aceptaron participar en el estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, el término de autorización de imagen y voz y el instrumento de caracterización demográfica.

Recogida de datos

La recogida de datos para el estudio multicéntrico tuvo lugar de mayo a julio de 2022, tras una invitación y acuerdo con la dirección y las enfermeras participantes. Los datos fueron recopilados por dos investigadores. La primera se atribuyó a la invitación a los usuarios en la sala de espera y a la obtención de consentimiento. También se llevó a cabo la caracterización del usuario, a través de datos sociodemográficos, motivos para solicitar la Consulta de Enfermería e historial médico, así como de los enfermeros sobre datos sociodemográficos, formación, características del campo y motivación profesional. El segundo investigador fue responsable de manipular las dos cámaras de vídeo GoPro® Hero9, una situada en la consulta y otra en el cuerpo del enfermero, fijadas mediante una correa elástica para el pecho.

Además del registro, los datos de los registros de las consultas se extrajeron de registros médicos físicos o electrónicos tras finalizar la consulta. Los datos se obtuvieron mediante un instrumento desarrollado por los investigadores, diseñado con el objetivo de evaluar el registro del proceso de enfermería en los registros médicos. Este proceso permitía evaluar las etapas del proceso de enfermería y el razonamiento clínico sin expresarse verbalmente a los pacientes.

Además, en el presente estudio, de septiembre a octubre de 2023, se extrajeron datos de los registros de consultas de enfermería a personas con HAS, centrándose en la evaluación de las recomendaciones contenidas en las Directrices Brasileñas de HAS, basándose en las etapas del PE.

Variables de estudio e instrumentos de recopilación de información

Para evaluar las consultas de enfermería en relación con la atención al usuario con HAS, se elaboró una lista de verificación. Dicho documento tomó como referencia las Directrices Brasileñas sobre Hipertensión Arterial⁽⁴⁾ como base para la evaluación de los parámetros clínicos; la Resolución COFEN (Consejo Federal de Enfermería) 736/2024⁽¹⁰⁾ y el Manual del Proceso de Enfermería en la Atención Primaria de Salud⁽¹⁶⁾ para evaluar el cumplimiento de las etapas del Proceso de Enfermería y la guía de habilidades de comunicación *Calgary- Cambridge Guide to the Medical Interview – Communication Process*⁽¹⁷⁾ para evaluar las estrategias de comunicación clínica utilizadas.

El proceso de elaboración de los ítems y subítems de la lista de verificación se llevó a cabo con la evaluación conjunta de los autores del artículo, un equipo compuesto por enfermeras y nutricionistas, con amplia experiencia en investigación y cuidado de pacientes que presentan enfermedades crónicas en APS. La discusión de los conceptos y la integración de las preguntas que conforman la lista de verificación se realizaron en reuniones en las que participaron al menos tres investigadores. Tras alcanzar un consenso, se realizó un análisis piloto de dos consultas de enfermería para calibrar el instrumento y estandarizar a los evaluadores en conceptos y respuestas.

Basándose en los resultados del piloto, se discutieron las preguntas que presentaban divergencia entre las respuestas de los evaluadores para que, finalmente, se creara un nuevo consenso. En estas reuniones, además del análisis del contenido, se eliminaron preguntas, se insertaron nuevas preguntas y se reformularon otras que presentaban tal necesidad. Este proceso resultó en una reunión semanal de 1:30 durante tres semanas. Tras el acuerdo, comenzó el proceso de evaluación del número total de consultas de enfermería realizadas por dos

enfermeras (LC y CD). Los ítems y subelementos de la lista de verificación se organizaron en las secciones: "Evaluación de Enfermería", "Diagnóstico de Enfermería", "Planificación de Enfermería", "Implementación de la Atención de Enfermería", "Evolución de la Enfermería", "Comunicación" y "Caracterización de la Consulta". Para los análisis, la caracterización de la consulta no se consideró como una etapa del índice de cumplimiento de las etapas del PE y la comunicación. Los subítems son preguntas dependientes de cada ítem, por ejemplo: para que la pregunta "¿Realizó el profesional la técnica correcta de medición de la presión arterial?" fuera aplicable, era necesario que la respuesta a la pregunta "¿Realizó el profesional la medición de la presión arterial?" fuera "sí". Del mismo modo, para que la pregunta "¿Solicitó un profesional una prueba de glucosa en ayunas?" fuera aplicable, era necesario que la respuesta a la pregunta "¿Solicitó un profesional pruebas básicas complementarias?" fuera "sí".

Cada ítem y subítem fue evaluado como presente o ausente según las acciones de la enfermera durante la consulta. Además, se incluyeron columnas de evidencia de escenas y observaciones, que debían completarse si era necesario. En la columna "Evidencia de la escena", se insertó la parte correspondiente del vídeo en la que la respuesta era evidente, así como el minuto en que apareció. El campo "Observaciones" estaba abierto para la escritura libre de observaciones que el evaluador considerara pertinentes. Posteriormente, comenzó el proceso oficial de análisis de los vídeos, que tardó unos 2 meses en finalizarse por completo. Tanto la construcción del instrumento para la evaluación de historiales médicos como la lista de verificación para el análisis de consultas registradas de enfermería, así como la gestión de datos, se llevaron a cabo en formato electrónico, en la plataforma RedCap (*Research Electronic Data Capture*)

Para reducir el sesgo de selección, se definieron criterios de inclusión y exclusión. El instrumento para analizar las consultas de enfermería se construyó basándose en referencias de uso nacional en el campo de la atención a personas con HAS en APS, reduciendo posibles sesgos de medición, así como en la formación uniforme de los investigadores que analizaron los vídeos de las consultas de enfermería. Además, la transparencia en la descripción de los procedimientos y los análisis bivariantes empleados ayudan a evaluar la solidez de los resultados. Estas medidas, en conjunto, refuerzan la calidad metodológica y la credibilidad de las conclusiones del presente estudio.

Tratamiento y análisis de datos

Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo univariante de todas las variables, utilizando medidas

de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o rango intercuartíl), según corresponda, además de distribuciones de frecuencia para variables categóricas. La normalidad de la distribución de cada variable continua se evaluó formalmente utilizando la prueba de Shapiro-Wilk. Para el análisis bivariado, con el fin de explorar la relación entre el porcentaje de cumplimiento con las etapas del PE y la duración de la consulta, se eligió un enfoque gráfico complementado por un análisis estadístico inferencial. Específicamente, se construyó un diagrama de dispersión con tres elementos:

- 1) puntos que representan cada observación,
 - 2) líneas de regresión lineal discontinuas para visualizar la tendencia de la relación en cada subgrupo y
 - 3) distinción codificada por colores basada en la variable categórica "Número de diagnósticos reportados".
- Considerando que la variable 'duración de la consulta' violaba la suposición de normalidad (Shapiro-Wilk, $p < 0,05$), la intensidad y dirección de la asociación continua entre estas dos variables se cuantificaron utilizando el método no paramétrico del coeficiente de correlación de rango (ρ) de Spearman.

Para evaluar la adhesión a las Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial, se realizó un análisis observacional transversal, utilizando el PE como marco metodológico de referencia. Se elaboró una lista de verificación para la extracción de datos que alineaba cada paso del proceso — Evaluación, Diagnóstico, Planificación, Implementación y Evolución de la enfermería — con las recomendaciones específicas de las Directrices. Mediante la observación directa de 29 consultas, se verificó la ejecución de elementos críticos para el manejo de la HAS, como la técnica correcta para medir la presión arterial, la investigación de factores de riesgo cardiovascular, la realización de un examen físico dirigido, la educación sanitaria y el establecimiento de un plan de atención compartida. Así, el PE sirvió como una lente analítica para medir de forma sistemática y exhaustiva si las prácticas observadas correspondían al estándar recomendado de excelencia clínica.

El porcentaje de cumplimiento con las etapas del PE se calculó en función del número de elementos analizados, considerando que todas las etapas tienen el mismo peso. Para ello, se determinó el número total de elementos que componen todo el PE, asegurando una distribución equitativa entre las etapas. Estos porcentajes se describieron y relacionaron gráficamente según las características de los usuarios, los profesionales de enfermería y las características de las consultas. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el *software* estadístico R versión 4.1.3 (*Project for Statistical Computing*) junto con el *software* estadístico R Studio versión 1.4.1717 (RStudio).

Consideraciones éticas

Se cumplieron los preceptos éticos y legales, respetando la Resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (56255622.2.0000.0071) y aprobado por los centros coparticipantes. De acuerdo con *Open Science*, los datos están disponibles mediante consulta parcial con los autores, ya que el registro de las consultas de enfermería puede identificar a las enfermeras, usuarios y unidades sanitarias participantes.

Resultados

Usuarios

En el presente estudio, se incluyeron 29 registros de consultas de enfermería relacionados con usuarios de unidades de atención primaria que autorreportaron un diagnóstico de HAS. Los usuarios incluidos en los análisis tenían una edad media de 56,62 años ($\pm 15,28$), el 86,21% eran mujeres y el 68,96% eran negros o morenos.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas, el 72,41% de los usuarios recibían algún ingreso y, de estos, el 75,87% recibían entre 0 y 2 salarios mínimos. En cuanto a los lugares de origen, tres usuarios eran del municipio situado en el estado de Alagoas (AL), 11 del estado de Amazonas (AM), seis de Rio Grande do Norte (RN) y nueve del estado de São Paulo (SP). Además, el 82,76% declararon vivir con familiares. Aparte de la hipertensión arterial, el 55,27% de los usuarios informaron tener más de tres diagnósticos diferentes. Las principales razones para buscar servicios sanitarios fueron eventos agudos (30,37%), la recogida de pruebas citopatológicas cervicales (17,24%) y la evaluación de los resultados de las pruebas (10,34%).

Enfermeras

Un total de 13 enfermeras fueron responsables de las consultas con usuarios con HAS: 1 de AL, 4 de AM, 3 de RN y 5 de SP. De estos, el 76,92% eran mujeres. Los servicios de salud en los que trabajaban eran, en el 61,54% de los casos, Unidades Básicas de Salud con una Estrategia de Salud Familiar y, de los 13 profesionales participantes en el estudio, 8 (61,5%) tenían al menos 5 años de experiencia en el área de actividad. Todos los profesionales afirmaron tener algún tipo de posgrado y, de ellos, el 91,54% tenían residencia o especialización en APS, en Salud Familiar y Comunitaria, en Salud Colectiva o en Salud Pública.

En cuanto a facilitar o dificultar los aspectos de las consultas, el 76,92% de las enfermeras tenía una sala exclusiva y el 61,54% tenía acceso a alguna Taxonomía

como guía para diagnósticos de enfermería. Otra información sobre las características de las enfermeras cuyas consultas fueron evaluadas en este estudio se muestra en la Tabla 1. Como se ilustra además en esta tabla, hubo casos en los que los enfermeros no informaron o informaron la participación en más de un curso en el último año y la aplicación de múltiples protocolos en la atención a los usuarios.

Tabla 1 - Perfil profesional del desempeño y la formación de enfermeras que trabajan en los servicios de salud (n = 13). Brasil, 2022-2023

Variables	% (n)*
Salario	
1 a 2 SM†	15,38 (2)
3 a 4 SM†	23,08 (3)
5 a 6 SM†	-
> 7 SM†	61,54 (8)
Otra relación laboral	
Sí	38,46 (5)
No	61,54 (8)
Tipo de equipo en la Unidad	
Estrategia Salud de la Familia	61,54 (8)
UBS† Mixta	15,38 (2)
UBS† Tradicional	15,38 (2)
UBS† Rural	7,69 (1)
En la Unidad hay un equipo multidisciplinar	
Sí	61,54 (8)
No	38,46 (5)
Tiempo de experiencia como enfermero de la APS§	
Entre 1 y 5 años	3,46 (5)
Entre 6 y 10 años	46,15 (6)
> 10 años	15,38 (2)
Existen dificultades para llevar a cabo consultas	
Sí	69,23 (9)
No	30,77 (4)
Instrumentos estandarizados sobre el Proceso de Enfermería	
Sí	38,46 (5)
No	61,54 (8)
Taxonomía utilizada para el Diagnóstico de Enfermería	
NANDA	23,08 (3)
CIPE [¶]	30,77 (4)
Otros	7,69 (1)
Ninguno	38,46 (5)
Motivación profesional	
Con satisfacción	76,92 (10)
Sin satisfacción	23,08 (3)
Residencia o Especialización en APS§	
Sí	30,77 (4)
No	69,23 (9)
Especialización en Salud de la Familia y Comunidad, Salud Colectiva o Salud Pública	
Sí	61,54 (8)
No	38,46 (5)
Número de Profesionales con títulos de maestría	
Sí	30,77 (4)
No	69,23 (9)
Participación en cursos en el último año	
Salud de los Ancianos	23,08 (3)
Cuidado a pacientes crónicos (HAS**/DM††)	30,77 (4)
Proceso de Enfermería	30,77 (4)

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	% (n)*
Tuvo clases sobre el Proceso de Enfermería	
Sí	84,62 (11)
No	7,69 (1)
No sé	7,69 (1)
En su unidad usan Protocolos de Enfermería	
Sí	46,15 (6)
No	53,85 (7)
Protocolos utilizados en la Salud de los Ancianos	
Cuaderno de Atención Primaria del Ministerio de Salud	76,92 (10)
Protocolo del Estado	7,69 (1)
Protocolo de otros municipios	-
Protocolo del COREN**	15,38 (2)
Protocolo da su secretaría municipal de salud	
Protocolos utilizados para atención a Crónicos	
Cuaderno de Atención Primaria del Ministerio de Salud	76,92 (10)
Protocolo Ministerio de Salud	61,54 (8)
Protocolo del Estado	23,08 (3)
Protocolo de otros municipios	7,69 (1)
Protocolo del COREN**	-
Protocolo de su Secretaría Municipal de Salud	15,38 (2)

*%(n) = Valor porcentual (número bruto); *SM = Salario mínimo, correspondiente a R\$1518,00 en Brasil, año 2025; *UBS = Unidad Básica de Salud; *APS = Atención Primaria en Salud; **NANDA = North American Nursing Diagnosis Association; *CIPE = Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería; **HAS = Hipertensión Arterial Sistémica; **DM = Diabetes Mellitus; **COREN = Consejo Regional de Enfermería

El tiempo medio de cada consulta fue de 22,89 minutos ($\pm 13,54$), el 66,67% de ellos se interrumpieron durante la consulta, el 55,17% estaban programados previamente y la queja del usuario estaba relacionada con HAS en el 24,14% de las atenciones.

La siguiente descripción trata sobre el contenido generado a partir del análisis de los vídeos de las consultas, según la lista de comprobación. En la etapa de Evaluación de Enfermería, el 72,41% de los profesionales no midió su presión arterial durante el tratamiento y, de los que lo hicieron, el 25% realizó este procedimiento con la técnica correcta. La búsqueda de datos antropométricos estuvo ausente en el 51,72% de las consultas, así como en la auscultación cardíaca (86,21%). La evaluación de las extremidades de los usuarios estuvo presente en el 10% de las consultas, en las que los profesionales investigaron la posibilidad de la presencia de edema.

Los profesionales realizaron la evaluación de exámenes complementarios básicos en el 31,0% de las consultas y en el 88,89% de ellas el resultado se comunicó al usuario. El uso de medicamentos continuos se investigó en el 51,72% de las consultas y en ninguna de ellas se cuestionó el uso de medicamentos de venta libre y/o el uso de drogas ilícitas.

Se exploraron factores de riesgo específicos para enfermedades cardiovasculares reales en el 72,42% de las consultas, siendo la edad la más frecuente (66,67%). La presencia de tabaquismo, consumo de alcohol o consumo cuantitativo de sodio no se exploró en el 94,24%,

95,25% y 95,24% de las consultas, respectivamente. La enfermedad crónica de las arterias coronarias y renales estuvieron presentes en 1 y 3 visitas, respectivamente. La investigación de la presencia de diabetes se evidenció en el 42,86% de las consultas.

En el 79,31% de las consultas, no se investigaron los aspectos psicosociales, culturales y socioeconómicos que podrían asociarse con los valores y comorbilidades de la medición de la presión arterial y de los que sí incluyeron dicha investigación, el estrés emocional fue el más frecuente (66,67%).

Estuvieron ausentes en el 100% de las consultas: evaluación del Índice Tobillo-Brazo (ITB), auscultación de las arterias carótidas, cálculo de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), examen neurológico, antecedentes de Accidente Cerebrovascular (ACV) e investigación de retinopatía hipertensiva, cálculo de la Velocidad de Onda de Pulso (VOP), evaluación del choque de la punta (*ictus cordis*) a la palpación, investigación de antecedentes familiares de inicio temprano de HTA, investigación de apnea del sueño y de presión de pulso.

La comunicación del Diagnóstico de Enfermería no fue evidente en ninguna de las consultas. En cuanto a la fase de planificación, el 89,66% de los profesionales no establecieron objetivos y la planificación se elaboró junto con el usuario en el 20,69% de las atenciones.

La Prescripción de Enfermería no se verbalizó en el 75,86% de las consultas y en ninguna de ellas se entregó por escrito al usuario. Finalmente, el cálculo del riesgo cardiovascular no fue evidente en ninguna de las consultas. El 65,62 % de las consultas fueron de seguimiento y la etapa de Evolución en Enfermería no fue explícita en ninguna de ellas.

En cuanto a las habilidades de comunicación y relaciones interpersonales de los profesionales, el 65,52% identificó al usuario y el 86,21% no se presentó. La comodidad y la privacidad estuvieron garantizadas en el 96,55% de las consultas y la entrevista comenzó con preguntas abiertas en el 51,72% de las consultas. Además, el 79,31% de los profesionales mantuvo contacto visual con el usuario durante la interacción y ofreció tiempo suficiente para que el usuario se expresara, sin interrupciones.

Además, el 58,62% de los profesionales realizaron escucha activa y el 93,1% utilizaron un lenguaje adaptado a las condiciones educativas y socioeconómicas de los usuarios. La verificación de la comprensión de la persona y el estímulo para aclarar dudas estuvieron presentes en el 79,31% de las consultas y la técnica de sumariaización se aplicó en el 55,17% de las reuniones clínicas. Aun, el 75,86% de los usuarios no participaron en la planificación de opciones terapéuticas relacionadas con el propio proceso de atención a la enfermedad y no se solicitó retroalimentación al usuario sobre la atención proporcionada en el 89,66% de las consultas.

Proceso de Enfermería

Según la ejecución

La Tabla 2 muestra que, en resumen, de un total de 48 ítems evaluados por la lista de verificación, se encontró

que la mediana de los ítems cubiertos era 18, lo que indica que el 50% de las enfermeras cumplieron con hasta 18 ítems del Proceso de Enfermería. Este valor corresponde a una mediana de cumplimiento del 20% en relación con el número total de etapas del PE.

Tabla 2 - Distribución del cumplimiento en las etapas del Proceso de Enfermería, según los ítems propuestos por las Directrices Brasileñas sobre Hipertensión Arterial (N = 29). Brasil, 2022-2023

Variables	Sí % (n)*	No % (n)*
Evaluación de enfermería realizada por los profesionales		
¿Le ha tomado la tensión arterial durante la consulta?	27,59 (8)	72,41 (21)
¿Buscaste datos antropométricos del usuario?	48,28 (14)	51,72 (15)
¿Has tenido auscultación de la arteria carótida?	-	100,0 (29)
¿Realizaste auscultación cardíaca?	13,79 (4)	86,21 (25)
¿Has contado la frecuencia cardíaca?	3,45 (1)	96,55 (28)
¿Has examinado las extremidades?	10,34 (3)	89,66 (26)
¿Has realizado una evaluación de ITB [†] ?	-	100,0 (29)
¿Has comprobado los resultados de pruebas complementarias básicas relacionadas con la hipertensión o la RCV [‡] ?	31,03 (9)	68,97 (20)
¿Evaluó la función renal mediante el cálculo de la TFG [§] con CKD-EPI o MDRD [¶] ?	-	100,0 (29)
¿Te has examinado el abdomen?	6,9 (2)	93,1 (27)
¿Te han hecho un examen neurológico?	-	100,0 (29)
¿Has investigado medicamentos en uso continuo?	51,72 (15)	48,28 (14)
¿Has investigado el uso de medicamentos sin prescripción médica?	-	100,0 (29)
¿Investigó el consumo de drogas ilícitas?	-	100,0 (29)
¿Investigaron factores de riesgo específicos para enfermedades cardiovasculares reales?	72,41 (21)	27,59 (8)
¿Has investigado factores que puedan modificar el riesgo de usuarios hipertensos?	27,59 (8)	72,41 (21)
¿Investigaron aspectos psicosociales, culturales y socioeconómicos que puedan estar interfiriendo con los valores/comorbilidades medidos?	20,69 (6)	79,31 (23)
¿Has realizado una evaluación de VOP ^{**} ?	-	100,0 (29)
¿Has evaluado <i>ictus cordis</i> en la palpación?	-	100,0 (29)
Diagnóstico de Enfermería		
Listó diagnósticos de enfermería:	-	100,0 (29)
¿Comunicaste el(los) diagnóstico(s) listados al usuario?	-	100,0 (29)
Planificación de la enfermería		
¿Habéis determinado resultados que se espera alcanzar y/o fijado metas?	10,34 (3)	89,66 (26)
¿Has establecido acciones o intervenciones de enfermería que se llevarán a cabo para alcanzar los objetivos?	33,33 (1)	66,67 (2)
Implementación de la atención de enfermería		
¿Necesita el usuario solicitar exámenes básicos complementarios?	17,24 (5)	82,76 (24)
¿Realizó la prescripción de enfermería? (Ya sea por escrito o verbal)	24,14 (7)	75,86 (22)
De los que realizaron la prescripción (n=7), ¿se entregó al usuario por escrito en papel?	-	100,0 (7)
Evolución de enfermería		
¿Evaluó la atención de enfermería?	-	100,0 (29)
¿Has listado nuevos diagnósticos de enfermería para la necesidad que se está presentando?	-	100,0 (29)

*%(n) = Valor porcentual (número bruto); [†]ITB = Índice Tobillo-Braquial; [‡]RCV = Riesgo Cardiovascular; [§]TFG = Tasa de filtración glomerular; ^{||}CKD-EPI = Colaboración de Epidemiología de Enfermedades Renales Crónicas (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*), ecuación para estimar la tasa de filtración glomerular; [¶]MDRD = Modificación de la dieta en la enfermedad renal (*Modification of Diet in Renal Disease*), fórmula para estimar la tasa de filtración glomerular; ^{**}VOP = Velocidad de onda de pulso

Como se ilustra en la Figura 2, se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre una mayor duración de la consulta de enfermería y una mayor adherencia a las etapas del Proceso de Enfermería (PE) en pacientes con HAS. El análisis del

tiempo de consulta utilizando la prueba de Shapiro-Wilk confirmó la ausencia de normalidad en su distribución ($p = 0,0121$). En vista de este resultado, optamos por utilizar la prueba no paramétrica de Spearman para evaluar la correlación.

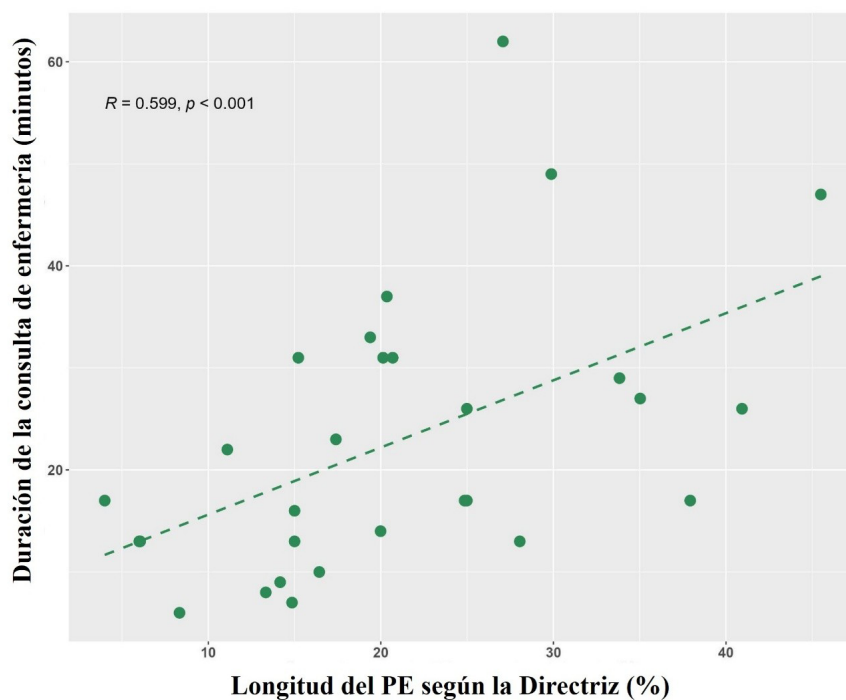


Figura 2 - Correlación entre la duración de la consulta de enfermería y el cumplimiento de las etapas del Proceso de Enfermería con usuarios con hipertensión arterial en la Atención Primaria de Salud. Brasil, 2022-2023

El análisis estratificado por complejidad diagnóstica (Figura 3) reveló un gradiente de magnitud de correlación, aunque sin significación estadística en ninguno de los subgrupos ($p > 0,05$). Específicamente, se observó una correlación positiva moderada ($\rho = 0,521$; $p = 0,150$) en el grupo con solo HAS, una correlación positiva muy débil ($\rho = 0,138$; $p = 0,653$) en el grupo con diagnóstico

adicional, y una correlación positiva de fuerte magnitud ($\rho = 0,685$; $p = 0,090$) en el grupo con mayor complejidad (2-3 diagnósticos adicionales). Este patrón ascendente sugiere que la relación entre el tiempo de consulta y la adhesión a la enfermera practicante se intensifica progresivamente con el aumento de la complejidad del cuadro clínico.

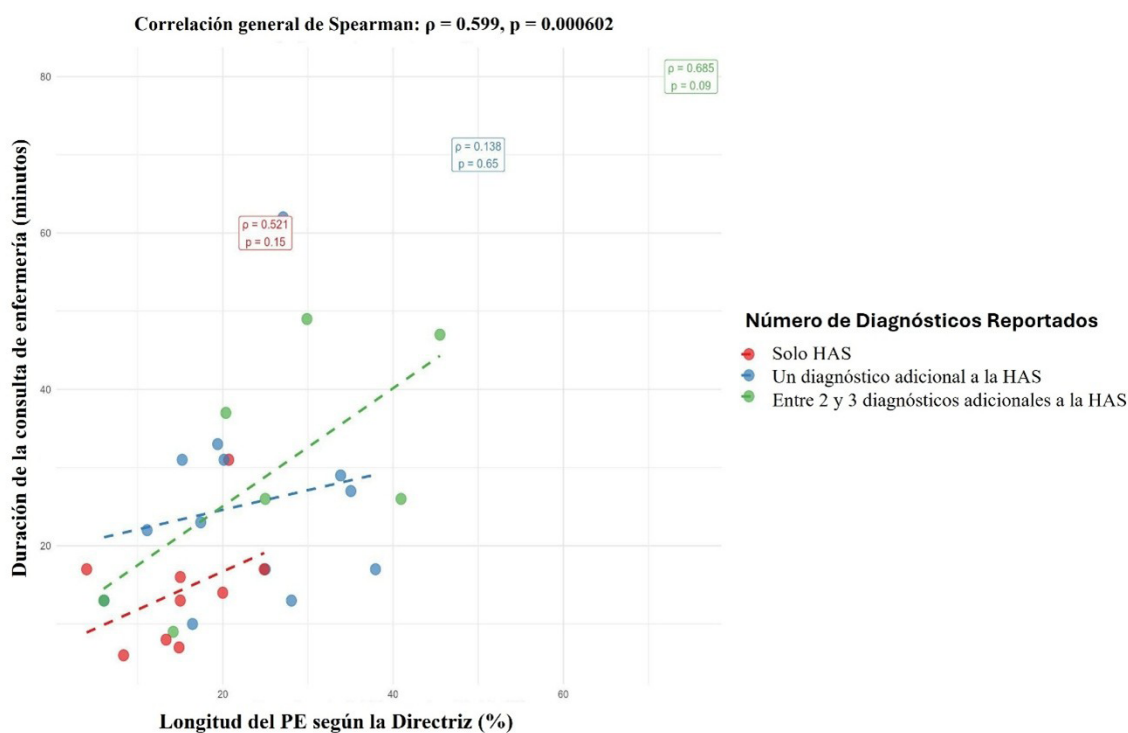


Figura 3 - Correlación entre los diagnósticos asociados a hipertensión arterial y el tiempo de consulta necesario para cumplir con las etapas del Proceso de Enfermería. Brasil, 2022-2023

Según el registro

Según las etapas del PE, el 79,31% de las consultas se describieron en los historiales médicos y el contenido era legible en el 87,5% de los registros. En la Evaluación, los datos subjetivos estuvieron ausentes en el 52,17% de las consultas y los datos objetivos en el 86,96% de ellas. El 73,91% de las consultas no tenían registro del diagnóstico de enfermería y el 95,65% de ellas contenían al menos un diagnóstico según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP).

En cuanto a la fase de planificación, en el 95,65% de las consultas no hubo registro de objetivos y, de los que sí, uno de ellos estaba relacionado con el diagnóstico de enfermería mencionado anteriormente. La prescripción de enfermería estaba presente en dos registros de consultas, que eran coherentes con los objetivos y diagnósticos de enfermería previamente establecidos. La etapa de Implementación estuvo ausente en el 95,65% de los registros; y la etapa de Evolución de la Enfermería fue evidente en el 50% de ellos.

Discusión

Los resultados de este estudio indican una brecha significativa entre la práctica observada en la Atención Primaria de Salud y los estándares de atención recomendados por las Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial, cuando se analizan a través del prisma del Proceso de Enfermería (PE). La baja frecuencia de realizar componentes esenciales de la evaluación —como la medición técnica de la presión arterial, la investigación de factores de riesgo modificables (como la ingesta de sodio y el estilo de vida sedentario) y el examen físico dirigido— sugiere que la atención se realiza de manera mecanizada y fragmentada, sin aprovechar la consulta como una oportunidad para capturar de forma completa y precisa el perfil de riesgo cardiovascular del usuario.

La casi ausencia de la formulación de diagnósticos de enfermería (100% no listados) es especialmente preocupante, ya que demuestra que el juicio clínico no se está formalizando, impidiendo que la planificación del cuidado sea específica, individualizada y basada en las necesidades reales de salud identificadas. Tal fragilidad se reveló desde el momento de la Evaluación de Enfermería, que ocurre de forma incompleta. En consecuencia, considerando que las etapas del PE están interrelacionadas e interdependientes, la realización de las etapas posteriores se ve comprometida. Este resultado es coherente con los hallazgos de un estudio que realizó un diagnóstico situacional del rendimiento de las enfermeras en la APS en Santa Catarina⁽¹⁸⁾ realizado en 2023, que concluyó que la aplicación de la enfermería en las consultas de enfermería aún es incipiente y fragmentada.

La desconexión entre la recogida de datos y los pasos posteriores del PE resulta en un ciclo de atención incompleto. La ausencia de diagnósticos clínicos sistematizados compromete la planificación, que suele ser inespecífica o ausente, como lo demuestra la baja tasa de establecimiento de objetivos conjuntos (10,34%). Este escenario ya se ha descrito en otros contextos, en los que la elaboración de planes de atención individualizados resultó ser un diferencial en la práctica de la atención, favoreciendo la adhesión y el control de la hipertensión⁽¹⁹⁻²⁰⁾. En consecuencia, las intervenciones de enfermería implementadas carecen de una base teórica y una dirección clara, centrándose en las solicitudes de pruebas y prescripciones genéricas, en detrimento de las estrategias educativas y conductuales. Sin embargo, la evidencia sólida indica que las intervenciones educativas dirigidas por enfermeros reducen significativamente los niveles de presión arterial y favorecen el autocuidado^(8,21-22).

La alta proporción de profesionales que no proporcionaron retroalimentación o no verificaron la comprensión del usuario (89,66%) refuerza la comunicación unidireccional, que no promueve la corresponsabilidad. Los estudios cualitativos también muestran que, en la práctica, la Consulta de Enfermería tiende a ser poco creativa y centrada en lo profesional, limitando la participación activa del usuario⁽²³⁾. Así, se observa que la brecha en la integración entre diagnóstico, planificación e intervención tiene un impacto directo en la eficacia de la atención en condiciones crónicas, reforzando la necesidad de reorganizar el proceso de trabajo para garantizar una atención centrada en el usuario y basada en la evidencia.

Con el fin de analizar los factores relacionados con la aplicación completa del PE, se consideraron las características de los usuarios atendidos, las enfermeras y las consultas evaluadas. Un aspecto importante fue el tiempo de consulta, ya que era evidente que las personas con múltiples comorbilidades necesitan un tiempo de consulta más largo para que todas las necesidades de salud estén cubiertas. Además, hubo una interrupción en la mayoría de las consultas, lo que desorganiza el razonamiento clínico y perjudica la gestión del tiempo, como lo demuestra una revisión integrativa de la literatura realizada en 2020⁽²⁴⁾.

Así, se introduce en el contexto de la comunicación clínica, un punto importante en las consultas de enfermería, pero que en este estudio se evalúa como algo secundario. Acciones como comunicar diagnósticos y objetivos terapéuticos, entregar la prescripción escrita de enfermería y evaluar la atención con el usuario son esenciales para una comunicación clínica eficaz⁽²⁵⁻²⁶⁾, para la adherencia al tratamiento⁽²⁷⁾ y para mejorar el vínculo y la satisfacción⁽²⁸⁾. Sin embargo, gestionar la agenda y gestionar las interferencias externas que acaban siendo responsabilidad

de las enfermeras en la APS sigue siendo un reto para la plena implementación de la enfermería especializada y para la ejecución de la consulta de enfermería, que incluye todos los puntos recomendados por las Directrices de la HAS⁽²⁹⁾.

Un análisis de consultas de enfermería realizado en Río de Janeiro en 2021 evidenció que los profesionales estaban sobrecargados por la presión de los cuidados y agendas ocupadas, lo que resultó en un modelo de atención centrada en la medicina enfocado principalmente en la conducta de la queja⁽³⁰⁾, lo que dificulta el uso completo del PE y puede interferir negativamente en los resultados clínicos de los usuarios.

Se destaca el incumplimiento de la etapa de Diagnóstico de Enfermería. En nuestro estudio, esta etapa estuvo presente en el 26,09% de las consultas evaluadas y justifica este hecho con la falta de habilidad y gestión en las taxonomías clasificatorias. Sin embargo, el 38,5% de los profesionales evaluados informaron no utilizar ninguna taxonomía para el diagnóstico de enfermería. Esta evidencia dialoga con los resultados en otros contextos, donde la dificultad para implementar la etapa diagnóstica en el PE sigue estando marcada por la complejidad teórica, lagunas en la formación, falta de apoyo institucional, alta carga de trabajo y bajo dominio práctico⁽³¹⁻³²⁾.

Aunque la mayoría de los profesionales informan haber recibido formación de grado en Proceso de Enfermería y tener especialización y/o residencia, se ha verificado que existe una distancia entre la teoría y el uso real de esta herramienta por parte de por parte de ellos, siendo el principal obstáculo la falta de formación y la aplicación del conocimiento en la práctica⁽³³⁾, entendiendo que el PE es una herramienta para la práctica segura de las enfermeras. Por lo tanto, es necesario conocer las Taxonomías que estandarizan la atención de enfermería específica, así como los estándares de atención en los Programas de Salud, porque los protocolos generales, por ejemplo, no garantizan la apropiación completa del PE en la realización del encuentro clínico durante la consulta.

Así, aunque muchos profesionales participantes en el estudio informaron que utilizaban algún protocolo para guiar la atención, más de la mitad no eran específicos de la enfermería, lo que puede ser un obstáculo para la consolidación de un PE cualificado⁽³⁴⁾. El uso de protocolos de enfermería es fundamental, ya que ayudan en la toma de decisiones con un enfoque en la seguridad del paciente y apoyan al profesional, teniendo en cuenta los principios éticos de la profesión⁽³⁵⁾. La necesidad de implementar protocolos como estrategias para reducir el número de obstáculos y fortalecer el proceso⁽³⁶⁾ sería de gran importancia, ya que el 53,85% de las enfermeras informaron no haber utilizado los Protocolos de Enfermería durante su práctica de cuidados.

En grandes municipios del interior del estado de São Paulo⁽³⁷⁾, en 2015, el PE en una unidad de APS aún se implementaba de forma incipiente, con un 19% de enfermeros que declaraban no usarlo, un 38% evaluando que lo usaban raramente y un 29% a veces. En comparación con nuestros resultados, hubo una mejora en el uso del PE, aunque no incluye sus cinco etapas. Por tanto, es esencial que, en relación con la elaboración de directrices y protocolos clínicos, se calcule y evidencie el tiempo necesario para cumplir con las actividades planificadas, ya que esto podría incluso implicar el grado de recomendación de una determinada intervención, la priorización de casos más graves y la necesidad de aumentar el número de profesionales disponibles para atender a estos usuarios⁽³⁸⁾.

A pesar de los desafíos para el PE en la APS durante el cuidado de la persona con HAS, las consultas de enfermería son prácticas asistenciales que favorecen la atención longitudinal, ya que las intervenciones se basan en evidencia científica y se dirigen a aspectos clínicos, sociales, culturales y regionales de la atención, de manera personalizada⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

A partir del PE, basado en teorías y utilizada en su totalidad, desarrollado junto con la persona, a nivel individual, hay una mayor satisfacción con el seguimiento de la salud, lo que favorece cambios de comportamiento y mejora de la situación clínica y la calidad de vida⁽⁴²⁻⁴³⁾. Para los profesionales, la consulta de enfermería, a pesar de los desafíos, aumenta la autonomía de la enfermera y produce experiencias laborales positivas⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. En el ámbito de las políticas públicas y del Sistema Único de Salud (SUS, por sus siglas en portugués), la APS puede fortalecerse aún más, con una contribución significativa de la enfermería para reducir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Primero, no se calculó el tamaño de la muestra y la selección de las unidades se realizó por conveniencia. Sin embargo, se incluyeron unidades de 4 municipios diferentes del país que presentan características sociodemográficas particulares de las regiones de Brasil. La segunda limitación se refiere al número de consultas analizadas (n=29) y al número de enfermeras (n=13), lo que resulta en características heterogéneas de los profesionales y un espectro limitado. El posible sesgo informativo relacionado con el instrumento utilizado para evaluar las consultas de enfermería puede ser una limitación.

Finalmente, como en los estudios observacionales, existe la posibilidad de un sesgo de selección atribuible a las enfermeras que aceptaron participar, que pueden presentar prácticas diferentes en relación con quienes se negaron a participar en la investigación. Además, existe la posibilidad de un sesgo de deseabilidad social, que puede desencadenarse por cambios de comportamiento al participar en la investigación y estar sujeto a registro

y observación. A pesar de las limitaciones, el presente estudio analiza resultados importantes respecto a la evaluación de todas las etapas del PE en la APS en el cuidado de personas con HAS. Los hallazgos contribuyen a la reflexión crítica sobre la atención de enfermería, además de señalar la importancia de registrar el PE. Presenta los factores asociados a los desafíos de utilizar el PE, que guiarán las acciones y la investigación y permitirán la adaptación de documentos y políticas públicas para contemplar las especificidades de la enfermería en la APS.

Debido al aún escaso número de estudios realizados en Brasil sobre este tema, esta investigación, como estudio principal, abre caminos e ilumina futuras discusiones para la producción de instrumentos y conocimientos que refuercen la práctica clínica de enfermería. De este modo, su objetivo es impactar positivamente en la razón de existir como categoría profesional: proporcionar la mejor atención a los usuarios, basada en instrumentos sólidos y en la mejor evidencia científica.

Conclusión

Se evidenció debilidad en la evaluación de los elementos recomendados por las Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial y en la consolidación del PE durante las consultas de enfermería con personas con HAS. La complejidad de los usuarios, el tiempo y la interrupción de las consultas, la alta demanda de atención, la formación de profesionales y la falta de protocolos estructurados de enfermería basados en las etapas del PE fueron hipótesis planteadas para justificar este hallazgo. Además, la publicación de guías de cuidado sin un documento guía para su aplicabilidad es un obstáculo para su aplicación real en la vida diaria.

Referencias

1. Macinko J, Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *Saude Debate*. 2018;42(Spe 1):18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
2. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
3. Brant LCC, Nascimento BR, Veloso GA, Gomes CS, Polanczyk C, Oliveira GMM, et al. Burden of cardiovascular diseases attributable to risk factors in Brazil: data from the Global Burden of Disease 2019 study. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55:e0263-2021. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0263-2021>
4. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
5. Chaturvedi A, Zhu A, Gadela NV, Prabhakaran D, Jafar TH. Social determinants of health and disparities in hypertension and cardiovascular diseases. *Hypertension*. 2024;81(3):387-99. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21354>
6. Metlock FE, Hinnah T, Benjasirisan C, Alharthi A, Ogungbe O, Turkson-Ocran RN, et al. Impact of social determinants of health on hypertension outcomes: a systematic review. *Hypertension*. 2024;81(8):1675-700. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.22571>
7. Silva ATM, Mantovani MF, Moreira RC, Arthur JP, Souza RM. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: a randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 2020;43(1):68-78. <https://doi.org/10.1002/nur.21994>
8. Ito M, Tajika A, Toyomoto R, Imai H, Sakata M, Honda Y, et al. 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 Prim Care*. 2024;25(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02380-x>
9. Stephen C, Halcomb E, Fernandez R, McInnes S, Batterham M, Zwar N. Nurse-led interventions to manage hypertension in general practice: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1281-93. <https://doi.org/10.1111/jan.15159>
10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo o contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2024 Jan 23 [cited 2025 Sep 4];Seção 1. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>
11. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20:158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
12. Hu J, Wang Y, Li X. Continuity of care in chronic diseases: a concept analysis by literature review. *J Korean Acad Nurs*. 2020;50(4):513-22. <https://doi.org/10.4040/jkan.20079>
13. Jandaghian-Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M, Shaterian N, Darabiyan P, Rafi A. Personalized nursing as the missing link of providing care: a systematic review. *BMC Nurs*. 2025;24(1):239. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02855-x>

14. Iroegbu C, Tuot DS, Lewis L, Matura LA. The influence of patient-provider communication on self-management among patients with chronic illness: a systematic mixed studies review. *J Adv Nurs*. 2025;81(4):1678-99. <https://doi.org/10.1111/jan.16492>
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
16. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde [Internet]. 1. ed. rev. São Paulo: SMS; 2022 [cited 2025 Sep 4]. 37 p. Available from: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/sa%C3%BAde-lan%C3%A7a-protocolos-atualizados-em-enfermagem>
17. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>
18. Rostirolla LM, Adamy EK, Vendruscolo C, Argenta C, Zanatta EA. Situational diagnosis of the nurses' performance in primary health care. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2023;13:e4739. <https://doi.org/10.19175/recom.v13i1.4739>
19. Silva RLDT, Arruda GO, Barreto MS, Oliveira MLF, Matsuda LM, Marcon SS. Development of a care plan as a differential in care practice for hypertensive patients. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(5):494-505. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600070>
20. Oliveira CJ, Araujo TL, Costa FBC, Costa AGS. Clinical validation of the nursing diagnosis "noncompliance" in people with hypertension. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2025 May 2];17(4):611-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DtPnzYzQp4SddsYWtcbtGxv/?lang=en>
21. Falcão LM, Guedes MVC, Borges JWP, Silva GRF. Educational intervention performed by nurses for blood pressure control: a systematic review with meta-analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3929. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6648.3929>
22. Alves AM, Rodrigues A, Sá-Couto P, Simões JL. Effect of an educational nursing intervention on the mental adjustment of patients with chronic arterial hypertension: an interventional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(1):170. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010170>
23. Albanes ICS, Vila BS, Lozano AW, Maldonado AS, Freitas ACG, Gouvêa AR, et al. Nurse perspectives on Previne Brasil performance indicators: analysis of care in hypertension and diabetes. *Nursing (Sao Paulo)* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 30];25(291):7602-15. Available from: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/0628318>
24. Silva e Lima SG, Spagnolo RS, Juliani CMCM, Silva L, Fernandes VC, Martin LB. Nursing consultation in Primary Health Care: integrative revision. *Ensaio Cienc Cienc Biol Agrar Saude* [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 30];24(5 Suppl):693-702. Available from: <https://ensaioeciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/7946>
25. Stults CD, Mazor KM, Cheung M, Ruo B, Li M, Walker A, et al. Patients' perspectives on plans generated during primary care visits and self-reported adherence at 3 months: data from a randomized trial. *J Particip Med*. 2024;16:e50242. <https://doi.org/10.2196/50242>
26. Stewart D, Schober M, Nissen L, Ladd E, Lamarche K, Bournival M, et al. Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021 [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2021 [cited 2025 Nov 26]. 48 p. Available from: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-prescriptive-authority-nurses-2021>
27. Mamaghani EA, Soleimani A, Zirak M. Trust in nurses and its association with medication adherence of cardiovascular patients: a descriptive correlational study. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;8:100278. <https://doi.org/10.1016/j.ijnrsa.2024.100278>
28. Terry D, Hills D, Bradley C, Govan L. Nurse-led clinics in primary health care: a scoping review of contemporary definitions, implementation enablers and barriers and their health impact. *J Clin Nurs*. 2024;33(5):1724-38. <https://doi.org/10.1111/jocn.17003>
29. Suhonen R, Stolt M, Habermann M, Hjaltadottir I, Vryonides S, Tonnessen S, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2018;88:25-42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
30. Amaral IBST, Silva ALA. Nurses consultation in the Family Health Strategy: a cut-off in Rio de Janeiro. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2021;13:227-33. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8250>
31. Seçer S, Karaca A. Evaluation of nurses' perceptions of nursing diagnoses and their opinions regarding the application of nursing process. *Florence Nightingale J Nurs*. 2021;29(2):229-38. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2021.20034>
32. Gryscek ALFPL, Fraccolli LA, Padoveze MC, Caballero SPOS, Vilas Boas MAA. Critical analysis of the potential use of nursing nomenclatures in primary health care. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2025 May 2];10(7):50-6. Available from: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/2471-13213-2-PB.pdf>
33. Mota BAM, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Effectiveness of nursing appointments in adherence to hypertension treatment. *Rev Salud Publica (Bogota)*.

- 2019;21(3):324-32. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n3.70291>
34. Silva e Lima SG, Juliani CMC, Spagnuolo RS. Nursing consultation in primary care: from the beginning of praxis to daily life. *Rev Baiana Enferm.* 2023;37:e54664. <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.54664>
35. Báfica ACMF, Gomes AMB, Siqueira EF, Souza JM, Paese F, Belaver GM, et al. Comprehensive primary health care: expanding access for strong and resolute nursing. *Enferm Foco [Internet]*. 2021 [cited 2025 Apr 4];12(Suppl 1):61-6. Available from: <https://enfermfoco.org/en/article/comprehensive-primary-health-care-expanding-access-for-strong-and-resolute-nursing/>
36. Silva JFT, Costa ACM. Nursing process: characterization of its application in primary health care. *Enferm Foco [Internet]*. 2024 [cited 2025 May 2];15:e-2024111. Available from: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-e-2024111/2357-707X-enfoco-15-e-2024111.pdf
37. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing care systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03375. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>
38. Li S, Craig S, Mitchell G, Fitzsimons D, Creighton L, Thompson G, et al. Nurse-led strategies for lifestyle modification to control hypertension in older adults: a scoping review. *Nurs Rep.* 2025;15(3):106. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030106>
39. Chase JA, Bogener JL, Ruppert TM, Conn VS. The effectiveness of medication adherence interventions among patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(4):357-66. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000259>
40. Estrada LV, Solano J, Turchioe MR, Cortes YI, Caceres BA. Comparative effectiveness of behavioral interventions for cardiovascular risk reduction in Latinos: a systematic review. *J Cardiovasc Nurs.* 2022;37(4):324-40. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000806>
41. Abbott L, Williams C, Slate E, Gropper S. Promoting heart health among rural African Americans. *J Cardiovasc Nurs.* 2018;33(1):E8-E14. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000410>
42. Barratt J, Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: patient, carer and nurse practitioner qualitative interpretations of communication processes. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e1. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000798>
43. Graarup J, Højskov IE. Patients' perspective of attending nursing consultations - a pilot and feasibility study. *Nurs Open.* 2020;7(5):1482-8. <https://doi.org/10.1002/nop2.522>
44. Kahl C, Meirelles BHS, Cunha KS, Bernardo MS, Erdmann AL. Contributions of the nurse's clinical practice to primary care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):354-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0348>
45. Silva e Lima SG, Spagnuolo RS, Juliani CMC, Colichi RMB. Nursing consultation in the Family Health Strategy and the nurse's perception: Grounded Theory. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(4):e20201105. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1105>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Luciana Assis Couto, Carin Caroline Dzembaty, Dafne Louize Gomes Fernandes, Daiana Bonfim, Andressa Teoli Nunciaroni, Andrea Liliana Vesga Varela.

Contribuciones específicas

Curación de datos: Luciana Assis Couto, Carin Caroline Dzembaty, Dafne Louize Gomes Fernandes, Daiana Bonfim, Andressa Teoli Nunciaroni, Andrea Liliana Vesga Varela. **Supervisión y gestión del proyecto:** Andressa Teoli Nunciaroni, Andrea Liliana Vesga Varela.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos

Todos los datos generados o analizados durante este estudio están incluidos en este artículo publicado.

Recibido: 09.04.2025

Aceptado: 13.12.2025

Editora Asociada:

Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Autora de correspondencia:

Andressa Teoli Nunciaroni

E-mail: andressa.nunciaroni@unirio.br

 <https://orcid.org/0000-0001-6469-592X>

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.