



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.

ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea)

Volumen Especial Cuidado Integral y Atención Primaria en Enfermería 2026

**ABORDAJE CLÍNICO INTEGRAL EN
PACIENTE ADULTO CON CARDIOPATÍA
ADQUIRIDA Y COMORBILIDADES:
ESTUDIO DE CASO APLICADO**

COMPREHENSIVE CLINICAL APPROACH IN ADULT
PATIENTS WITH ACQUIRED HEART DISEASE AND
COMORBIDITIES: APPLIED CASE STUDY

Johanna Mercedes Bustos Portilla

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Melany Nahomy Bejarano Rosales

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Milton Junior Requelme-Jaramillo

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.0.22907

Abordaje Clínico Integral en Paciente Adulto con Cardiopatía Adquirida y Comorbilidades: Estudio de Caso Aplicado

Johanna Mercedes Bustos Portilla¹

jbustos3@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-3650-7793>

Universidad Técnica De Machala

Ecuador – Machala

Melany Nahomy Bejarano Rosales

mbejarano@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-0280-6312>

Universidad Técnica De Machala

Ecuador – Machala

Milton Junior Requelme-Jaramillo

mjrequelme@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-7378-0453>

Universidad Técnica de Machala

Machala, Ecuador.

RESUMEN

El manejo integral de pacientes con cardiopatías y comorbilidades en adultos mayores requiere el uso del Proceso de Atención de Enfermería, la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y el modelo AREA para garantizar cuidados personalizado y mejorar la calidad de vida. Aplicar el proceso atención de Enfermería y el modelo AREA mediante la valoración de Marjory Gordon en un paciente con cardiopatía a y múltiples comorbilidades aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC. El estudio utilizó un diseño de caso aplicado con enfoque cualitativo-descriptivo para analizar el cuidado de un paciente de 90 años con cardiopatía y múltiples comorbilidades en consulta privada. Se aplicaron el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el modelo AREA y la valoración de Marjory Gordon junto con las taxonomías, anamnesis, y revisión de documentos médicos, garantizando la confidencialidad y ética. El estudio de caso demostró la aplicación sistemática del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) junto con la valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon y el modelo AREA en un paciente geriátrico con cardiopatía y múltiples comorbilidades. Esta metodología facilita un cuidado integral que aborda aspectos más allá de lo biológico, centrando las intervenciones en la calidad de vida y funcionalidad. La estructura NANDA-NOC-NIC permitió identificar diagnósticos prioritarios y planificar intervenciones efectivas. Se concluye que el uso de marcos teóricos estandarizados es clave para una atención basada en evidencia y se recomienda su promoción para fortalecer competencias en el cuidado del paciente crónico complejo.

Palabras clave: atención de enfermería, cardiopatía adquirida, comorbilidades, abordaje integral

¹ Autor principal

Correspondencia: jbustos3@utmachala.edu.ec

Comprehensive Clinical Approach in adult Patients with Acquired Heart Disease and Comorbidities: Applied Case Study

ABSTRACT

The comprehensive management of older adults with heart disease and comorbidities requires the use of the Nursing Care Process, Marjory Gordon's functional health patterns assessment, and the AREA model to ensure personalized care and improve quality of life. This study applied the Nursing Care Process and the AREA model using Marjory Gordon's assessment to a patient with heart disease and multiple comorbidities, applying the NANDA, NOC, and NIC taxonomies. The study used an applied case study design with a qualitative-descriptive approach to analyze the care of a 90-year-old patient with heart disease and multiple comorbidities in a private practice. The Nursing Care Process, the AREA model, and Marjory Gordon's assessment were applied, along with the taxonomies, medical history, and review of medical records, ensuring confidentiality and ethical conduct. This case study demonstrated the systematic application of the Nursing Care Process (NCP) along with the assessment of Marjory Gordon's Functional Health Patterns and the AREA model in a geriatric patient with heart disease and multiple comorbidities. This methodology facilitates comprehensive care that addresses aspects beyond the biological, focusing interventions on quality of life and functionality. The NANDA-NOC-NIC framework allowed for the identification of priority diagnoses and the planning of effective interventions. It is concluded that the use of standardized theoretical frameworks is key to evidence-based care, and their promotion is recommended to strengthen competencies in the care of complex chronic patients.

Keywords: nursing care, acquired heart disease, comorbidities, comprehensive approach

*Artículo recibido 15 enero 2026
Aceptado para publicación: 15 febrero 2026*



INTRODUCCION

El manejo de pacientes con enfermedades crónicas y complejas, como la cardiopatía adquirida asociada a múltiples comorbilidades, representa un desafío creciente para los sistemas de salud contemporáneos. Estos pacientes requieren un enfoque integral, interdisciplinario y centrado en la persona, que considere tanto los aspectos clínicos como psicosociales, funcionales y familiares. En este contexto, el rol del personal de salud, especialmente del profesional de enfermería, se vuelve fundamental para garantizar una atención continua, segura y de calidad(1).

La evolución del perfil epidemiológico y el aumento de la esperanza de vida han generado una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, las cuales se asocian frecuentemente con otras patologías como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, entre otras. Esta complejidad clínica exige que los profesionales cuenten con competencias actualizadas para intervenir de forma oportuna y eficiente, adoptando una visión holística del cuidado. Según lo expuesto por Pizarro Arce et al. Señalan que la educación continua del personal sanitario es clave para mantener la calidad del abordaje clínico integral, permitiendo una toma de decisiones fundamentada en la mejor evidencia disponible y orientada a las necesidades del paciente (2).

En particular, las enfermedades cardiovasculares se destacan como las más frecuentes en el adulto mayor, presentando manifestaciones y complicaciones propias del envejecimiento. A medida que se incrementa la edad, se evidencian cambios fisiológicos que incluyen una disminución de ritmo cardíaco, mayor rigidez vascular y afectaciones sistémicas que pueden involucrar diversos órganos. Esto incrementa la susceptibilidad del paciente mayor a sufrir complicaciones durante su tratamiento (3). Las cardiopatías tienen un origen multifactorial, con factores de riesgo que actúan de forma simultánea y sinérgica, lo que hace imprescindible una intervención preventiva tanto en la atención primaria como en la secundaria. Por ello, una evaluación integral y continua es esencial para mejorar la calidad de vida y prevenir desenlaces adversos (4).

El abordaje integral también debe considerar los hábitos de vida del paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas que no practican actividad física tienen entre un 20% y 30% más riesgo de sufrir una muerte prematura en comparación con aquellas que la incluyen en su estilo de vida. Esta afirmación se ve reforzada por S. Onagbiye et al., quienes estiman un incremento del 30%



en el riesgo de enfermedad cardiovascular en individuos sedentarios frente a sus pares activos, señalando además que cada hora adicional de comportamiento sedentario se asocia con un aumento del 5% en dicho riesgo (5).

En este complejo panorama, el papel de enfermería se torna clave no solo en el seguimiento clínico y el control de signos vitales, sino también en la educación del paciente, el acompañamiento emocional, la planificación de cuidados individualizados y el fomento de hábitos saludables. Para ello, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se constituye como una guía metodológica estructurada que orienta la práctica del cuidado en etapas secuenciales. Marjory Gordon propuso un modelo de valoración basado en once patrones funcionales de salud, que permite explorar distintas dimensiones de la vida del paciente, desde lo físico hasta lo emocional y social, facilitando un enfoque integral y personalizado (6). Esta estructura permite al profesional de enfermería establecer diagnósticos adecuados, plantear resultados esperados con base en la taxonomía NOC y planificar intervenciones fundamentales en el NIC, que contribuye a un proceso sistemático y basado en la evidencia clínica (7).

Por otro lado, el modelo AREA (Análisis de Resultados Esperados Actuales) complementa el PAE organizando visualmente la información recogida, estableciendo prioridades y enfocando el cuidado en lo más relevante para la situación de paciente. Esta herramienta permite comparar el estado actual con el que se desea alcanzar, fortaleciendo así el razonamiento clínico y mejorando la calidad de plan de cuidados. Integrar el modelo AREA con la valoración de Marjory Gordon favorece la toma de decisiones clínica oportunas y personalizadas (8).

Según Vargas G. et al, En su estudio titulado “El autocuidado de adulto mayor con diabetes mellitus tipo II, desde el enfoque de las taxonomías NIC y el NOC”, se evidenció que la correcta valoración permitió identificar patrones alterados y planificar intervenciones centradas en la mejora del estado de salud del paciente, logrando así resultados clínicos satisfactorios (9). Este ejemplo refuerza la importancia de aplicar herramientas sistematizadas con el PAE, el modelo de Gordon y el enfoque NANDA-NOC-NIC, para abordar de manera integral al paciente adulto con enfermedades.

Los adultos mayores representan una población especialmente vulnerable al desarrollo de cardiopatías, debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y la presencia frecuente de comorbilidades.



Sin embargo, en muchos casos, su cuidado no contempla una valoración integral ni una planificación individualizada que responda a la complejidad de su estado de salud (10). Esta deficiencia puede traducirse en descompensaciones frecuentes, pérdida de funcionalidad y deterioro de la calidad de vida. Ante este escenario, se vuelve esencial aplicar herramientas como el Proceso de Atención de Enfermería, la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y el modelo AREA, que permitan estructurar el cuidado de forma continua, centrada en el paciente y orientada a prevenir complicaciones y mejorar resultados clínicos (11).

La valoración se estructuró utilizando los once patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Posteriormente, se identificaron los diagnósticos de enfermería conforme a la Taxonomía NANDA-I (edición 2024-2026), los cuales fueron priorizados mediante el modelo AREA, que permite establecer relaciones clínicas representativas entre los problemas identificados.

En la planificación del cuidado, se utilizaron los resultados NOC para establecer metas observables y medibles en relación con el estado funcional y cardiovascular del paciente, mientras que las intervenciones se fundamentaron en la Taxonomía NIC, priorizando aquellas que se adecuan al contexto del paciente geriátrico con enfermedad crónica avanzada (12). En cuanto a los aspectos éticos, se obtuvo el consentimiento informado del paciente y su representante legal para el uso académico de su información clínica, garantizando el respeto a su dignidad, autonomía y privacidad.

Por lo anteriormente descrito, se plantea aplicar el proceso atención de Enfermería y el modelo AREA mediante la valoración de Marjory Gordon en un paciente con cardiopatía a y múltiples comorbilidades aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

METODOS

Se empleó una metodología centrada en el razonamiento clínico y en el enfoque holístico del cuidado. La información clínica fue reconstruida a partir de examen físico y anamnesis realizadas con el paciente y su cuidador, así como el análisis de documentos médicos disponibles, tales como informes diagnósticos y registrados de consultas médicos disponibles. Esta reconstrucción permitió desarrollar un abordaje complejo, respetando la privacidad y confidencialidad de los datos, conforme a los principios éticos que rigen la investigación en salud.



Paciente de sexo masculino de 90 años, residente en la ciudad de Machala, casado, escolaridad terminada, sabe leer y escribir, con diagnóstico médico de: Hipertensión arterial de primer grado, Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermedad Coronaria, Insuficiencia Cardíaca, arritmias y Hernia inguinal (Fig 1). Tratamiento actual: Amlodipino 5mg/cd, Rosuvastatina 20mg/cada día, Tapaglifocina 10mg/cada día, Bisoprolol 2.5mg cada día, Entresto 50mg/ cada 12h, clopidogrel 75mg cada día. Es atendido por médicos particulares cardiólogo y neumóloga, acudiendo a consulta por presentar disnea progresiva. Actualmente el usuario se encuentra con variaciones en la presión sistólica y diastólica, consciente y orientado en tiempo, espacio y persona, tórax simétrico, presencia de abultamiento en región superior de hemitórax izquierdo por presencia de marcapaso (Fig 2.), campos pulmonares ventilados con dificultad de respirar por disnea, murmullo vesicular conservado, ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos con el pulso, piel con buena coloración, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades superiores simétrica sin presencia de edemas, extremidades inferiores simétricas con presencia de parestesia (Fig 3), la cual provoca que tenga insomnio por las noches. Se encuentra con una presión de 105 sobre 70 milímetro de mercurio controlada con medicamentos, frecuencia cardíaca de 65 latidos x minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y una temperatura de 36,8 °C, SpO2 97%. Exfumador por aproximadamente 10 años con 3 cigarros al día y lo dejó hace 50 años. Antecedentes quirúrgicos refiere, infarto agudo de miocardio hace 15 años, por lo que fue intervenido realizándole angioplastia coronaria percutánea, apendicectomía hace 70 años y colocación de marcapasos por dos ocasiones. Además, presentó hemorragia digestiva alta hace 1 año. No refiere antecedentes familiares patológicos relevantes. Fue fumador moderado durante 10 años 3 cigarrillos diarios, cesando el hábito hace 50 años.

RESULTADOS

Fase de valoración

En el abordaje de un paciente con cardiopatía adquirida y diversas comorbilidades, la valoración de enfermería adquiere un papel esencial, ya que permite reunir información importante en el estado físico, emocional y social. Esta etapa inicial del PAE no solo facilita la comprensión integral del cuadro clínico, sino que también permite identificar riesgos y áreas que requieran atención prioritaria.



Mediante una observación minuciosa y una escucha activa, en la que se construye la base para una planificación del cuidado adaptada a las complejidades del paciente.

Tabla 1. Valoración de Enfermería

Datos de la historia clínica	Evaluación física
Datos demográficos: Masculino, 90 años, Machala,	Inspección
Motivo de consulta: Paciente refiere presentar desde hace 2 meses disnea que ha evolucionado de grandes a pequeños esfuerzos acompañado de diaforesis, malestar general y astenia, refiere parestesia en miembros inferiores.	Tórax simétrico, con abultamiento visible en el hemitórax izquierdo por presencia de marcapasos. Piel humectada, buena coloración, sin signos de cianosis ni palidez.
Antecedentes personales y patológicos: Diabetes Mellitus 2, Hipertensión Arterial, Arritmias, Enfermedad Coronaria, Infarto Agudo de Miocardio, Colación de Marcapasos, COVID 19, Rotura Parcial de Ligamentos de Manguito Rotador de Hombro Izquierdo, Hemorragia Digestiva alta por AINES.	Palpación Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades superiores e inferiores simétricas; sin edemas. Expansión torácica conservada
Hábitos Tóxicos: Exfumador aproximadamente 10 años 3 cigarrillos diarios (dejó el hábito hace 50 años)	Percusión Campos pulmonares con sonoridad normal, sin zonas de matidez.
	Auscultación Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Disnea leve al momento de la exploración. No se auscultan estertores ni ruidos anormales. Disminución del murmullo vesicular en la zona afectada. Soplo tubárico en consolidaciones extensas.
Evaluación de signos y síntomas	Evaluación diagnóstica y laboratorio
Signos vitales	Pruebas confirmatorias
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia respiratoria: (18 rpm). ▪ Frecuencia cardíaca: (65 lpm) ▪ Temperatura: (36.8 °C) ▪ Presión arterial: 105/70 mmHg ▪ Oximetría de pulso: 97% 	Laboratorios
Síntomas:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría hemática: Leucocitos 7100, Hematíes 4990000, Hemoglobina 14.9, Hematocrito 45.9, Plaquetas 199, N. Segmentados 47.7, Eosinófilos ▪ Bioquímica Sanguínea: Hemoglobina A1c (DCCT-NGSP) 6.0% compatible con el diagnóstico de diabetes; LDL colesterol 106 mg/dL (casi óptimo); Creatinina 1.30 mg/dL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disnea progresiva (esfuerzo leve o en reposo). ▪ Malestar general ▪ Diaforesis ▪ Astenia ▪ Parestesia miembros inferiores 	

Fuente: Elaboración propia

La valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon facilita una recogida de datos estructurada e integral, permitiendo identificar problemas de salud reales o potenciales.



Este enfoque guía al profesional de enfermería en una atención personalizada y basada en evidencia desde la primera fase del proceso de atención.

Tabla 2. Valoración por patrones funcionales

Patrón funcional	Que valorar
Patrón 2: Nutricional – metabólico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refiere mantener una dieta adecuada a su enfermedad pero que a veces si come lácteos y bebidas azucaradas
Patrón 4: Actividad-ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenta disminución en la actividad debido a la edad avanzada, (GRADO DE ICC)
Patrón 5: Sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenta alteraciones del sueño por presencia de parestesias en miembros inferiores.
Patrón 9: Sexualidad – reproducción:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de deseo sexual debido a la edad avanzada, presencia de marcapasos y hernia inguinal

Fuente: Elaboración propia.

Fase de diagnóstico de Enfermería

Tabla 3. Principales diagnósticos de Enfermería (NANDA)

Etiqueta Diagnóstica	Definición	Dominio	Clase	Necesidad	Patrón
Perfusión tisular periferia	Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud	Actividad/ reposo	Respuestas cardiovasculares/pulmonares	Respirar normalmente	Percepción-manejo de salud
Trastorno del patrón del sueño	Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado	Actividad/ reposo	Sueño/ reposo	Dormir y Descansar	Sueño-descanso
Intolerancia a la actividad	Resistencia insuficiente para comprender las actividades requeridas de la vida diaria	Actividad/ reposo	Actividad/ ejercicio	Movilidad y posturas adecuadas	Actividad y ejercicio
Desequilibrio nutricional	Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas	Nutrición	Ingestión	Comer y beber adecuadamente	Nutricional-metabólico

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NANDA 2024-2026 (-).



Fase de planificación

Tabla 4. Identificación de planificación

Resultados esperados (NOC)	Indicadores	Escala Likert (1-5)
0414 Estado Cardiopulmonar	041405 Ritmo Cardíaco	Desviación grave del rango normal
	041406 Frecuencia Respiratoria	Desviación sustancial del rango normal
	041425 Disnea de pequeños esfuerzos	Desviación moderada del rango normal
		Desviación leve del rango normal
		Sin desviación del rango normal
0004 Sueño	000404 Calidad del sueño	Gravemente comprometida
	000421 Dificultad para conciliar el sueño	Sustancialmente comprometido
		Moderadamente comprometida
		Levemente comprometida
		Levemente comprometida
		No comprometida
0005 Tolerancia a la actividad	000508 Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad	Gravemente comprometido
	000510 Disnea a la caminata	Sustancialmente comprometido
	000519 Tolerancia a la caminata	Moderadamente comprometido
		Levemente comprometido
		No comprometido
1004 Estado Nutricional	100401 Ingesta calórica adecuada	Desviación grave del rango normal
	100402 Ingesta de nutrientes adecuada	Desviación sustancial del rango normal
		Desviación moderada del rango normal
		Desviación leve del rango normal
		Sin desviación del rango normal

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Sexta edición) (Moorhead et al., 2019).

Fase de implementación

Tabla 5

Intervención (NIC)	Indicadores	Actividades
4091 Manejo del marcapasos	Dominio: Fisiológico complejo	
	Clase: Control de perfusión tisular	
4040 Cuidados cardíacos	Dominio: Fisiológico complejo	Proporcionar información al paciente y a la familia relacionada con la implantación de un marcapasos (p. ej. Indicaciones, funciones, códigos de programación universales, complicaciones potenciales)
	Clase: N Control de perfusión tisular	Enseñar al paciente la necesidad de realizarse controles periódicos con el cardiólogo.
		Enseñar al paciente a consultar con el cardiólogo todos los cambios en las medicaciones.
		Enseñar al paciente la necesidad de los signos y síntomas de los marcapasos disfuncional (p. ej., bradicardia menor a 30lpm, mareo, debilidad, fatiga,



		<p>molestias torácicas, angina, disnea, ortopnea, edema en partes declives, disnea paroxística(...).</p> <p>Enseñar al paciente que los detectores de metales manuales contienen imanes que puede reiniciar el marcapasos y causar un mal funcionamiento.</p>
1850 Mejora del sueño	<p>Dominio: Fisiológico/Básico</p> <p>Clase: Sueño/ descanso</p>	<p>Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad.</p> <p>Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</p> <p>Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertarse, permitiendo el ciclo de sueño al menos 90 minutos.</p> <p>Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.</p>
0180 Manejo de la energía	<p>Dominio: Fisiológico/ Básico</p> <p>Clase: Actividad/ ejercicio</p>	<p>Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados</p> <p>Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.</p> <p>Utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos para aliviar la tensión muscular.</p> <p>Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.</p> <p>Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaca y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.</p>
1100 Manejo de la nutrición	<p>Dominio: Fisiológico/ Básico</p> <p>Clase: Nutrición</p>	<p>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales</p> <p>Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos)</p> <p>Ajustar la dieta (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos del azúcar; aumentar o reducir las calorías; aumentar o disminuir las vitaminas, minerales o suplementos). Según sea necesario.</p> <p>Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias (p. ej. Dieta absoluta, dieta blanda o dieta que se tolere), según se precise.</p>

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Séptima edición) (Howard et al., 2019).



Tabla 6

Diagnostico de enfermeria (NANDA)							
Dominio: 4 Actividad/reposo							
Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares							
Código: 00041							
Diagnóstico de Enfermería: Perfusión tisular periférica Resultados de enfermería (NOC)							
Dominio: II Salud Fisiológica							
Clase: E Cardiopulmonar							
Etiqueta: Estado Cardiopulmonar							
Resultados NOC		Escala de medicion				N	Puntuación diana
Indicadores:		1	2	3	4	5	Mantener a: 4 Aumentar a: 5
041405 ritmo Cardíaco			X				
041406 frecuencia Respiratoria			X				
041425 disnea de pequeños esfuerzos				x			
Escala de Likert: 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal							
Intervención de enfermería (NIC)						Evaluación	
Manejo del marcapasos (4091) Dominio: 2 Fisiológico: complejo Clase: N Control de perfusión tisular						El paciente evidencia mejoría progresiva del estado cardiopulmonar, con ritmo cardíaco regular y frecuencia dentro de parámetros normales, adecuada captura del marcapasos y patrón respiratorio efectivo. Se observa disminución de la disnea y mejor tolerancia al esfuerzo, manteniendo saturación de oxígeno estable y signos vitales dentro de rangos aceptables	
Intervenciones independientes							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorizar la frecuencia y el ritmo cardíaco para comprobar la captura y el funcionamiento adecuado del marcapasos ▪ Observar el electrocardiograma para identificar fallos en la estimulación detección inadecuada o disfunción del dispositivo ▪ Evaluar signos de disminución del gasto cardíaco o perfusión tisular ineficaz, como hipotensión, mareo, confusión o diaforesis ▪ Inspeccionar el sitio de inserción del electrodo o generador para detectar signos de infección, desplazamiento o complicaciones locales. ▪ Mantener las precauciones de seguridad del marcapasos, evitando interferencias eléctricas y asegurando el correcto funcionamiento del equipo asociado. 							

Tabla 7

Diagnostico de enfermería (NANDA)							
Dominio: 4 Actividad/reposo							
Clase: 2 Actividad/ ejercicio							
Código: 00092							
Diagnóstico de Enfermería: Intolerancia a la actividad Resultados de enfermería (NOC)							
Dominio: II Salud Fisiológica							
Clase: A Actividad/ ejercicio							
Etiqueta: Tolerancia a la actividad							
Resultados NOC			Escala de medicion			N	Puntuación Diana
Indicadores:			1	2	3	4	5
000508 esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad.					X		
000510 disnea a la caminata						X	
000519 tolerancia a la caminata						x	
Escala de Likert: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido							
Intervención de enfermería (NIC)						Evaluación	
Manejo de la energía (0180) Dominio: Fisiológico: Básico Clase: Actividad/ ejercicio						El paciente presenta mejoría progresiva en la tolerancia a la actividad, evidenciada por una disminución de la disnea durante el esfuerzo, respiración más eficiente y mayor resistencia a la actividad física. Mantiene signos vitales estables durante y después de la actividad, sin presencia de fatiga excesiva. Se observa incremento gradual en la distancia y tiempo de deambulación	
Intervenciones independientes							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados ▪ Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía. ▪ Utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos para aliviar la tensión muscular. ▪ Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente. ▪ Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros. 							

DISCUSIÓN

La complejidad del paciente se ajusta a lo descrito en la introducción, donde se señala que la evolución del perfil epidemiológico ha incrementado la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor, frecuentemente asociadas a otras patologías crónicas como la diabetes. (13)



La disnea progresiva, el motivo de consulta, y la presencia de parestesias que alteran el sueño, demuestran que las manifestaciones clínicas son multifactoriales, no limitándose a la esfera puramente cardíaca. La edad avanzada del paciente (90 años) y sus antecedentes (Infarto de Miocardio, Hemorragia Digestiva Alta, ex-fumador) reflejan la carga de enfermedad acumulada y los riesgos sistémicos (como la disminución de ritmo cardíaco y mayor rigidez vascular) que incrementan la susceptibilidad a las complicaciones, tal como lo menciona la literatura (Pizarro Arce et al. (14).

La aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE), estructurado mediante la valoración de los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, resultó ser una metodología robusta para la identificación de problemas de salud. Al contrario de un enfoque únicamente médico centrado en la enfermedad, la valoración de Gordon permitió explorar dimensiones críticas para el paciente geriátrico, se identificó la Intolerancia a la actividad y la disnea (Patrón 4), la alteración del sueño por parestesias (Patrón 5) fue un hallazgo clave que se convierte en un factor que deteriora la calidad de vida y el estado de ánimo general, el consumo ocasional de lácteos y bebidas azucaradas, a pesar de la dieta, identificó un Desequilibrio nutricional potencial (Patrón 2), esencial de corregir dado el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, lo que refuerza la necesidad de una intervención preventiva y educativa, tal como lo establece la OMS y Onagbiye et al (15).

Al contrastar la situación de este paciente de 90 años con casos similares de insuficiencia cardíaca crónica reportados en el repositorio UNEMI (Samaniego & Guamán, 2021), se observa que la disnea de pequeños esfuerzos y la astenia no son eventos aislados, sino el resultado de una reserva funcional críticamente disminuida por la senescencia y la cardiopatía isquémica. A diferencia de pacientes geriátricos más jóvenes (70-75 años) que suelen presentar una respuesta compensatoria más eficiente ante la actividad, este paciente manifiesta una claudicación inmediata debido a la rigidez vascular y al uso crónico de marcapasos, lo que limita su capacidad cronotrópica. La literatura coincide en que, en el nonagenario, la intervención de enfermería debe priorizar la "economía de esfuerzo" y la adaptación de las actividades básicas de la vida diaria, ya que, comparado con otros casos, la presencia de parestesias y fragilidad sistémica eleva exponencialmente el riesgo de complicaciones hemodinámicas y caídas durante el ejercicio mínimo. hemodinámicas y caídas durante el ejercicio mínimo (16).



El comportamiento nutricional del paciente, caracterizado por la ingesta ocasional de lácteos y azúcares a pesar de su diabetes tipo 2, es una respuesta recurrente en el adulto mayor conocida como "fatiga del tratamiento", similar a lo descrito en estudios de adherencia dietética en el Ecuador. Al comparar este caso con investigaciones sobre el cuidado del cardiópata geriátrico, se evidencia que, aunque su Hemoglobina A1c de 6.0% sea óptima, las transgresiones dietéticas representan un riesgo latente de sobrecarga osmótica y retención hídrica, factores que en otros casos clínicos han precipitado crisis hipertensivas o descompensaciones de la insuficiencia cardíaca. Mientras que en pacientes adultos convencionales el enfoque nutricional es estrictamente restrictivo, la evidencia comparativa en nonagenarios sugiere una "negociación terapéutica"(17).

La aplicación del modelo AREA en el presente caso clínico muestra similitud con el trabajo de Granado Guijarro (2016), quien desarrolló un plan de cuidados en pacientes con insuficiencia cardíaca utilizando este mismo modelo como herramienta de priorización diagnóstica. En ambos casos, el modelo permitió establecer una red de relaciones entre diagnósticos NANDA, identificando un problema central y vinculándolo con diagnósticos secundarios que influyen en la estabilidad clínica. Al igual que en dicho estudio, en nuestro paciente con cardiopatía adquirida el AREA facilitó priorizar la perfusión tisular periférica ineficaz en relación con la intolerancia a la actividad y el trastorno del sueño. Además, permitió comparar el estado actual con los resultados NOC esperados, orientando intervenciones NIC dirigidas a la estabilidad hemodinámica y funcional. Esta similitud evidencia que el modelo AREA fortalece el razonamiento clínico enfermero en pacientes adultos con insuficiencia cardíaca. Por tanto, su aplicación contribuye a un cuidado estructurado, seguro y basado en evidencia(18).

CONCLUSION

El presente estudio de caso cumplió su objetivo principal al demostrar la aplicación rigurosa y sistematizada del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), integrando la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon y el modelo de priorización AREA, en un paciente adulto mayor con cardiopatía adquirida y múltiples comorbilidades.

Se confirma que esta metodología es una herramienta indispensable para gestionar la complejidad clínica, permitiendo a los profesionales de enfermería generar un cuidado verdaderamente integral y holístico.



La estructura NANDA-NOC-NIC facilitó la identificación de diagnósticos prioritarios que trascienden lo biológico (como Trastorno del patrón del sueño e Intolerancia a la actividad), enfocando las intervenciones en el mantenimiento de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente geriátrico.

En definitiva, la aplicación de un marco teórico estandarizado es fundamental para garantizar una atención de calidad basada en la evidencia. Se recomienda continuar con el desarrollo y la difusión de estos modelos para fortalecer las competencias del personal de salud en el manejo continuo del paciente crónico complejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Poma-Machado J, Poma-Machado R. El liderazgo en la gestión del talento humano. *Recimundo*. 2021;5(3):141-9.
2. Salas-Bravo C, Alvear E, Salas C. Utilidad clínica de la troponina de alta sensibilidad. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2020;31(1):50-9.
3. Calahorrano E, Procel M. La bioética en la gestión de los datos de salud de los pacientes. *Salud y Ciencia*. 2022;3(4):307-16.
4. Arnett DK, Blumenthal RS, Christophi MA, Clark III CE, DeSimone M, Dubria V, et al. 2024 ACC/AHA/ACP/AATS/ACCPA/ASE/ASPC/NMA/PCNA/SCAI/SCR/STS/SVM Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;149(3):e1-e1246.
5. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
6. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8a ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
7. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML, editors. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
8. Herrera Molina AS, Mendoza G, Machado Herrera PM, Mera Herrera V del R. El autocuidado del adulto hipertenso desde la perspectiva intercultural de las acciones de enfermería. *Cienc Latina Rev Cient Multidiscip*. 2022;6(2):1306-14.



9. Llimaico Noriega MJ, Samaniego Masa JA, Guamán Gómez JG. ROL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES GERIÁTRICOS CARDIÓPATAS [Tesis de grado]. Milagro: Universidad Estatal de Milagro; 2021.
10. Ortega-Pérez A, Torres-Serrano A, Lillo-Muñoz H, Jiménez-Pulido I, Fernández-Trujillo JA. Análisis de la calidad de vida y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes trasplantados cardiacos. *Rev Española Cardiol.* 2024;77(7):527-35.
11. Acosta-González P, Cárdenas-Soto G. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes adultos con insuficiencia cardíaca aguda en el servicio de medicina interna, 2019-2020. *Medisur.* 2021;19(4):594-601.
12. Yoch Surichaqui G, Mori Castro JA. Estilo de Vida y su Relación con el Estado Nutricional en pacientes Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Hospital de Huaycán de Lima. *Cienc Latina Rev Cient Multidiscip.* 2023;7(4):9069-89.
13. Zafra-Santos G, Lattus J, Labbé C. Nuevas herramientas para la estimación del riesgo cardiovascular global: ¿Un salto en la prevención primaria y secundaria? *Rev Chil Cardiol.* 2020;39(1):60-72.
14. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, Rab T, Taub JE, Williams MS, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2025;151(13):e771-e862.
15. Kunstmann S, Gaínza F. Cardiopatía en el paciente anciano. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2020;31(1):21-7.
16. Samaniego Samaniego MT, Guamán Caisaletin AL. Rol de la enfermería en el cuidado de pacientes geriátricos cardiopatas. [Tesis]. Milagro: UNEMI; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5368/1/ROL%20DE%20LA%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20CUIDADO%20DE%20PACIENTES%20GERIATRICOS%20CARDIOPATAS.pdf>



17. Rodríguez-Mañas L, Sinclair AJ. La diabetes mellitus en el anciano: valoración geriátrica integral y objetivos terapéuticos. FESEMI [Internet]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/iii-reunion-diabetes/7.%20Dr.%20Perez.pdf>
18. Granado Guijarro A. Plan de cuidados de enfermería en paciente con insuficiencia cardíaca mediante el modelo AREA [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17984>



ANEXOS

Figura 1. MARCAPASOS



Figura 2. Hernia Inguinal



Figura 3. Valoración



Figura 4. Modelo Area

