



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Intervención enfermera en la fragilidad y prevención de
la dependencia en el adulto mayor**

Lucia Pastor Marcilla

Tutelado por: Esther Bahillo Ruiz

Soria, 26 de mayo de 2022

“Cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento son mutuamente interdependientes”

Erich Fromm

Resumen:

Introducción: La fragilidad es uno de los grandes síndromes geriátricos en el cual la enfermera desarrolla un papel fundamental. En ocasiones, la fragilidad evoluciona hasta un estado en el que el adulto mayor termina perdiendo la capacidad para llevar a cabo por sí mismo las Actividades de la Vida Diaria (AVD), disminuyendo su autonomía personal, lo que conlleva un aumento de la dependencia.

Objetivos: El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer las diferencias entre fragilidad y dependencia, cómo evoluciona una persona mayor frágil a dependiente y qué intervenciones podemos llevar a cabo como enfermeras para prevenir la dependencia y abordar la fragilidad.

Resultados: de las diferentes bases de datos consultadas se escogieron diecinueve artículos de los cuales finalmente se seleccionaron nueve para la revisión bibliográfica.

Conclusión: las intervenciones de enfermería centradas en el ejercicio físico, la promoción del envejecimiento activo, la salud y los estilos de vida saludables son elementos clave para la prevención de la dependencia en el adulto mayor frágil. La enfermera de atención primaria desempeña un papel fundamental en este campo ya que en este ámbito se consigue una mayor continuidad asistencial e individualización de los cuidados.

Palabras clave: persona mayor, enfermería, fragilidad, dependiente.

Índice de contenidos:

1. Introducción.....	3
1.1 La Fragilidad en la persona mayor.....	3
1.2 La dependencia en la persona mayor.....	5
2. Justificación.....	6
3. Objetivos.....	6
4. Metodología.....	7
5. Resultados.....	9
6. Discusión.....	11
6.1 Fragilidad y dependencia. Diferencia.....	11
6.2 Evolución de fragilidad a dependencia.....	11
6.3 Intervenciones de enfermería.....	12
6.3.1 Plan de cuidados de enfermería.....	13
7. Conclusiones:.....	16
8. Bibliografía.....	17
9. Anexos.....	I
Anexo I: Cuestionario Frail para detección de la fragilidad en el adulto mayor. (Tello & Varela, 2016).....	I
Anexo II: índice de Rockwood y Mitnitsky.....	I
Anexo III: índice de fragilidad basado en la Valoración Geriátrica Integral.....	II
Anexo IV: Share-Fi.....	III
Anexo V: Frailty Trait Scale.....	III

Índice de tablas

Tabla 1: Pregunta PICO.....	7
Tabla 2: Decs Mehs.....	8
Tabla 3: Resultados.....	9
Tabla 4: Plan de cuidados.....	14

Índice de figuras

Figura I: Diagrama de flujo.....	8
----------------------------------	---

Índice de abreviaturas

AVD: Actividades De La Vida Diaria

ABVD: Actividades Básicas De La Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales De La Vida Diaria

AP: Atención Primaria

BVD: Baremo Valoración De La Dependencia

DeCS: Descriptores Ciencias De La Salud

MeHS: Medical Subject Headigs

NANDA: North American Nursing Diagnossis Association

NOC: Sistema De Clasificación De Resultados De Enfermería

NIC: Sistema De Clasificación De Intervenciones De Enfermería

PICO: Persona, Intervención, Comparación, Resultados

1. Introducción.

Desde la segunda mitad del siglo XX nos encontramos ante un proceso global de envejecimiento de la población como consecuencia de tres factores demográficos: el aumento de la esperanza de vida al nacer, el descenso de la tasa de natalidad y el descenso de la tasa de mortalidad.

Esto hace que actualmente España se encuentre con una sociedad muy envejecida en la que, según datos del Instituto Nacional de Estadística de 2017, el porcentaje de mayores de 65 años era del 18,96%, con previsiones de alcanzar el 37% para el año 2052 (Castro et al., 2021)

El envejecimiento se trata de un proceso fisiológico que condiciona cambios en múltiples sistemas y se asocia con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, reduciendo así la reserva fisiológica del individuo. Debido a su carácter irreversible no podemos evitar o frenar este envejecimiento, por lo que se intentará fomentar la consecución de un envejecimiento saludable (Mateo et al., 2021).

1.1 La Fragilidad en la persona mayor.

La persona mayor frágil o de riesgo es aquel que, por sus reservas funcionales reducidas, presenta mayor riesgo de eventos adversos y de mortalidad (Castro et al., 2021). La fragilidad es un síndrome geriátrico que incrementa la vulnerabilidad física, predisponiendo al adulto mayor a una disminución de la autonomía personal, la dependencia, un aumento del riesgo de caídas, hospitalización, institucionalización y mortalidad. Es un síndrome que implica a varios órganos y sistemas corporales, además, se asocia a eventos adversos graves para la salud y es multidimensional y dinámica, aunque no todos los individuos son frágiles de la misma manera (Castro et al., 2021; Navalón & Martínez, 2020).

Dado que no existe un consenso, los dos principales marcos teóricos sobre los que se elabora el término de fragilidad son, por un lado, Linda Fried que desarrolla un fenotipo como situación de riesgo para desarrollar discapacidad; y por otro lado, Rockwood establece que la fragilidad consiste en la adición de varias condiciones de salud que incluyen, entre otras, comorbilidad y discapacidad (Castro et al., 2021). Los criterios de fragilidad que Linda Fried estableció son los siguientes: pérdida intencional de peso de al menos el 5% en el último año, cansancio, bajo nivel de actividad física, lenta velocidad de la marcha y debilidad muscular. Se considera a la persona mayor frágil cuando cumple al menos tres de los anteriores criterios (Tello & Varela, 2016). Por su parte, Rockwood elaboró un índice de fragilidad de acuerdo con la acumulación de déficits a diferentes niveles incluyendo 70 ítems correspondientes a enfermedades, síndromes geriátricos o condiciones de salud entre otros (Tello & Varela, 2016).

Además de los criterios de Fried o el índice de Rockwood, la fragilidad se ve influida por otros factores sociodemográficos como son: la economía, vivir solo, el género femenino, la edad > 65 años, la pluripatología, la polimedicación, los estilos de vida y el medio ambiente que rodea a la persona (Fernández et al., 2019; Tello & Varela, 2016).

Es importante tener en cuenta que, en la fragilidad como en muchas patologías, la detección e intervención precoces son fundamentales para disminuir los problemas y complicaciones futuras. Existen diferentes escalas o instrumentos empleados en la detección y medición de la fragilidad (Mateo et al., 2021; Pons et al., 2016)

- Escala Frail: se compone por 5 ítems y está basada en los cinco criterios de fragilidad de Fried (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso). Cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto, considerando fragilidad puntuaciones \geq a 3. (Anexo I)
- índice de Rockwood y Mitnitsky: desarrollaron su constructo de fragilidad basándose en la acumulación de déficits a diferentes niveles. Posteriormente, esos déficits se agruparon hasta construir una escala jerárquica con siete niveles. La principal crítica a estos criterios es la inclusión de ítems de discapacidad, cuando se parte de la premisa de que la fragilidad es un estado que la antecede. (Anexo II)
- índice de fragilidad basado en la valoración geriátrica integral: se valora el dominio funcional, nutricional, cognitivo, emocional, social, síndromes geriátricos, síntomas graves y enfermedades. Se basa en una acumulación de déficits por parte de paciente: a mayor número de déficits mayor vulnerabilidad. (Anexo III)
- EISHARE-FI (Instrumento de fragilidad para la atención primaria de la encuesta de salud, envejecimiento y Jubilación en Europa) basado en los criterios de Fried y Waltson. Es aplicable en el ámbito de la atención primaria para pacientes no residentes en instituciones diferenciados por sexo. (Anexo IV)
- The Frailty Trait Scale (FTS): desarrollada recientemente en España, mide las características biológicas de la fragilidad basándose en el modelo de fragilidad de Fried, aunque también incorpora del marco propuesto por Rockwood. Identifica 7 dimensiones de fragilidad: balance energético, nutrición, actividad física, sistema nervioso, sistema vascular, fuerza, resistencia y velocidad de la marcha. (Anexo V)

Estas escalas se combinan con la valoración geriátrica integral que aporta una visión más global y completa del paciente en su día a día, su capacidad para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en adelante AIVD), movilidad, estado cognitivo y sensorial, así como la situación sociofamiliar del paciente. Permite que los profesionales de todos los niveles asistenciales puedan valorar lo antes posible al paciente y aumentan la probabilidad de que vuelvan a casa con menor declive funcional, cognitivo y menor tasa de mortalidad (Iglesias et al., 2019; Tello & Varela, 2016).

Las actividades instrumentales de la vida diaria son las que primero se ven afectadas. La necesidad de ayuda para estas actividades es un indicador temprano de deterioro funcional, que influye de manera importante en la calidad de vida de los individuos. Suele solaparse con la presencia de fragilidad, por ello se considera que en muchas ocasiones la fragilidad es el paso previo a la dependencia (Molés et al., 2016; Pons et al., 2016).

1.2 La dependencia en la persona mayor.

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia define la dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (Ley orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006)

La dependencia se clasifica en tres grados:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria. Al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. (Ley orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006)

Para valorar el grado de dependencia en España se emplea el Informe de Salud que recoge datos actuales y pasados acerca del estado de salud del paciente que puedan condicionar la situación de dependencia como pueden ser: medicación, enfermedades crónicas, caídas previas, silla de ruedas, alteraciones sensoriales, inmovilidad, dieta, si el paciente está institucionalizado o no, así como el tiempo que lleva, etc. El informe de salud se combina además con algunas escalas de valoración geriátrica integral como el Índice de Barthel (evalúa el nivel de dependencia/independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria) o el Índice Lawton (evalúa el nivel de dependencia/independencia en las Actividades Instrumentales de la vida diaria) (Estévez & Fernández, 2013; González et al., 2019). Esta evaluación es llevada a cabo por profesionales de enfermería que han recibido una formación específica para ello. (Ley orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006)(González et al., 2019).

2. Justificación.

Como personal de enfermería cumplimos un papel fundamental en el tratamiento y cuidado del mayor frágil ya que estamos en continuo contacto con el paciente, valorando las necesidades, los riesgos y las posibles complicaciones con el fin de llevar a cabo intervenciones que nos permitan prevenirlas y proporcionar los mejores cuidados de acuerdo con la situación individual de cada paciente. Cuando una persona pierde total o parcialmente la autonomía y aumentan sus necesidades de ayuda para las actividades de la vida diaria. Este es el punto de partida de la dependencia.

Fragilidad y dependencia son dos conceptos diferentes, pero no independientes. Me llama la atención la gran cantidad de bibliografía que confunde ambos términos e incluso que utiliza uno u otro indistintamente. Además, considero que se pueden llevar a cabo intervenciones propias de enfermería que ayuden en el manejo de la fragilidad y que pueden retrasar la aparición de la dependencia si no logran prevenirla. Como he señalado anteriormente, en muchas ocasiones la fragilidad en el anciano es un predictor o la antesala de la dependencia, sabiendo esto deberíamos preguntarnos: ¿Qué diferencia la fragilidad de la dependencia?

3. Objetivos.

Los objetivos que se plantearon para la elaboración del trabajo son los siguientes:

a. Objetivo general:

Describir los términos de fragilidad y dependencia, así como los criterios que los definen.

b. Objetivos específicos:

1: Explicar la diferencia entre fragilidad y dependencia

2: Analizar el proceso a través del cual una persona frágil evoluciona a situación de dependencia

3: Establecer que intervenciones enfermeras podemos llevar a cabo en la prevención de la dependencia en relación con la fragilidad.

4. Metodología.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos CINHALL, DIALNET, LILACS y SCOPUS donde se han obtenido 226 resultados. Tras una exhaustiva lectura de los abstract, de los 226 resultados obtenidos, se escogieron 19 y de todos ellos finalmente se seleccionaron 9 para la revisión bibliográfica.

Las palabras clave empleadas fueron fragilidad, persona mayor, intervención de enfermería y situación de dependencia. Los operadores booleanos empleados en la búsqueda fueron AND, OR, NOT. Los criterios de inclusión empleados fueron artículos de acceso libre, texto completo o abstract publicados entre el 2012 y el 2022, en castellano o inglés y que contengan las palabras clave. Los criterios de exclusión fueron los artículos publicados antes del 2012, que no contengan las palabras clave, publicados en idiomas distintos al español o al inglés.

Pregunta PICO: Como profesionales de enfermería, ¿Qué acciones podemos llevar a cabo para prevenir que el estado de fragilidad en una persona mayor evolucione a una situación de dependencia?

Tabla 1: Pregunta PICO. Fuente: elaboración propia

P	Población	Persona mayor que cumple con los criterios de fragilidad y / o dependencia.
I	Intervención	Intervenciones y cuidados enfermeros para prevenir que el estado de fragilidad evolucione a una situación de dependencia
C	Comparación	Eficacia de las intervenciones enfermeras en la persona mayor frágil para prevenir la dependencia.
O	Resultados	Las intervenciones que llevemos a cabo están encaminadas a: <ul style="list-style-type: none">- Mejorar la fragilidad- Prevenir la dependencia- Diferenciar entre la fragilidad y la dependencia.

Tabla 2: Decs, Mehs y palabras clave. Fuente: elaboración propia

P- PACIENTE	I-INTERVENCIÓN	C- COMPARACIÓN	O- RESULTADOS
Decs y Mehs			
Anciano	Enfermería	Estado funcional	Prevención
		Fragilidad	
Aged	Nursing	Frailty	
Palabras clave			
Persona mayor	Enfermería	Dependencia	Prevención
		Fragilidad	

Diagrama de flujo:

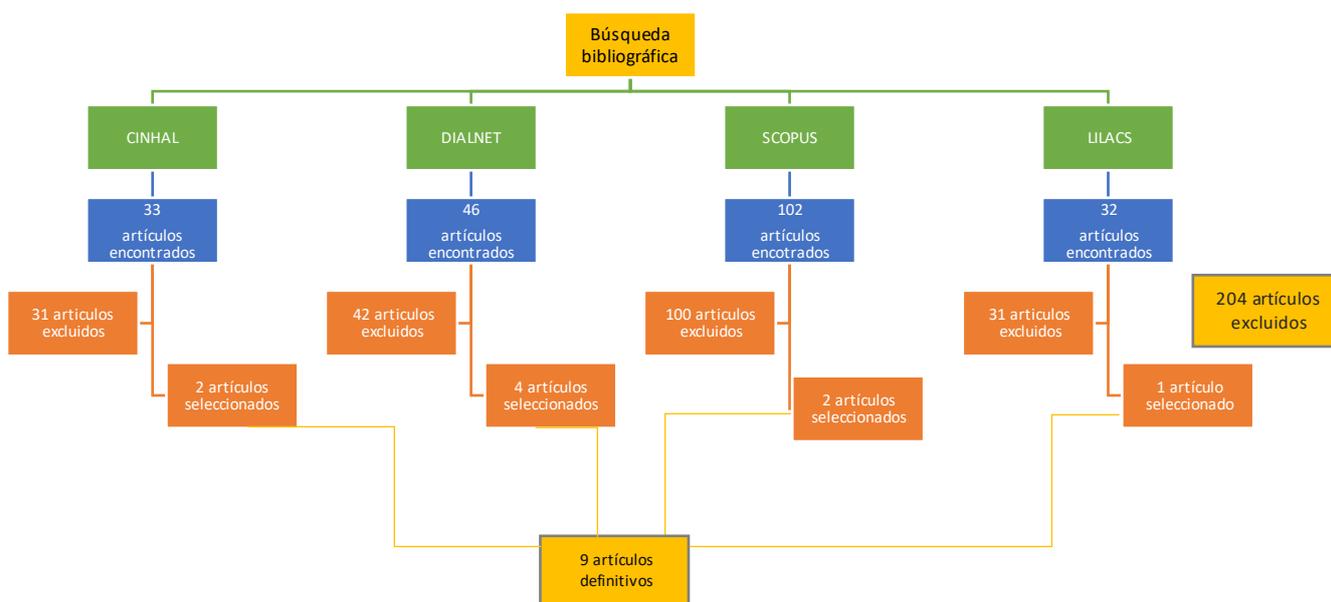


Figura 1: Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia

5. Resultados.

Los resultados obtenidos tras la búsqueda y revisión se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 3: Resultados. Fuente: elaboración propia

Título y autores	Referencia bibliográfica	Base de datos	Publicado en:	Conclusiones
Determinación de la situación de dependencia funcional y fragilidad en adultos mayores activos. <u>Autores:</u> Rubén González Rodríguez Manuel Gandoy Crego Miguel Clemente Díaz	González, R. Gandoy, M. Clemente, M. (14 de Marzo de 2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. <i>Gerokomos</i> , 28(4):184-188	CINHAL	2017	La valoración de la dependencia e España se realiza a través del baremo valoración de la dependencia (BVD), lo que permite una valoración objetiva individual y fiable de cada persona. A través de las escalas que forma parte de la valoración geriátrica integral como la escala de Barthel, Katz, Mini mental o Lawton y Brody.
La enfermera especialista en geriatría como respuesta clave en la atención a la persona mayor, la cronicidad compleja y sus consecuencias en la dependencia. <u>Autores:</u> María viña-García Beriucia e Isabel Román Medina	Viña, M. y Romá, I.(2019). La enfermera especialista en geriatría como respuesta clave en la atención a la persona mayor, la cronicidad, la cronicidad compleja y sus consecuencias en la dependencia. <i>Elsevier España</i> , 29(6), 381-384. doi:10.1016/j.enfcli.2019.09.013	CINHAL	2019	Paciente geriátrico: aquella persona de edad avanzada, con enfermedades crónicas, dependencia, problemas cognitivos o necesidad de recursos sociosanitarios. La atención por enfermeras especialistas en geriatría fundamental para hacer frente a las necesidades de cuidados de este escenario demográfico-epidemiológico Los cuidados a los mayores requieren una formación específica, ya que el envejecimiento conlleva una vulnerabilidad y una fragilidad que va incrementando y que desencadena en situaciones de gran complejidad
Presente y futuro del abordaje de la fragilidad en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de salud <u>Autores:</u> Elena Pola Ferrández, Soledad Justo Gil, Inés Zuza Santacilia, Sara Gil Tarragato y Pilar Campos Esteban	Pola, E., Justo, S., Zuza, I., Gil, S. y Campos. P. (2021). Presente Y Futuro Del Abordaje De La Fragilidad En El Marco De La Estrategia De Promoción De La Salud Y Prevención En El Sistema Nacional De Salud. <i>Revista Española de Salud Pública</i> , 95(8). e202110165	DIALNET	2021	El reto que se plantea es dotar de calidad de vida los años ganados fomentando el mantenimiento de la capacidad funcional, limitando la aparición de discapacidad y dependencia, actuando en los factores modificables y sujetos a intervención, como la fragilidad. La Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad aproada e 2019: estrategias, planes y programas atención a la persona mayor, la cronicidad y fragilidad. Abordaje intersectorial y multidisciplinar. Objetivo: lograr un envejecimiento activo y saludable. Concienciación de la población y formación de los profesionales.
Profesionales de enfermería en el abordaje de la fragilidad. Análisis reflexivo sobre la importancia de los cuidados en la atención a la persona mayor frágil <u>Autores:</u> Susana Rodríguez Gómez, María Consuelo Company Sancho, Natalia Teixidó Colet Y Delia Peñacoba Maestre	Rodríguez, S., Compay, M.C., Teixido, N., y Peñacoba, D. (2021). Profesionales De Enfermería En El Abordaje De La Fragilidad. Análisis Reflexivo Sobre La Importancia De Los Cuidados En La Atención A La Persona Mayor Frágil. <i>Revista Española de Salud Pública</i> . e202110175	DIALNET	2021	Atención Primaria (AP) es el medio asistencial para detectar y manejar la fragilidad. Intervenciones enfermeras: Reuniones educativas, entrenamiento físico, evaluación nutricional, programas de entrenamiento cognitivo La identificación de la fragilidad es el primer paso para su abordaje, completado la evaluación de las necesidades y problemas de salud de la persona con una valoración integral.

<p>Visión del manejo de la fragilidad en atención primaria <u>Autores:</u> Iñaki Martín Lesende, Miguel Ángel Acosta Benito, Nuria Goñi Ruiz y Yolanda Herreros Herreros</p>	<p>Martin, I., Acosta, M.A., Goñi, N. y Herreros, Y. (2021). Visión Del Manejo De La Fragilidad En Atención Primaria. <i>Revista Española de Salud Pública</i>, 95. e202110159</p>	<p>DIALNET</p>	<p>2021</p>	<p>La Atención Primaria (AP) y la comunidad constituyen el medio asistencial primordial para el manejo de la fragilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La AP es el medio prioritario para afrontar la fragilidad. - Diagnóstico y captación activa con herramientas apropiadas a este ámbito asistencial - Valoración geriátrica integral: intervenciones individualizadas. - Ejercicio físico es la principal intervención con evidencia demostrada para la prevención y tratamiento
<p>Valoración del grado de deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores activos. <u>Autores:</u> Rocío Navalón Alcañiz, Ignacio Martínez González-Moro</p>	<p>Navalón, R. y Martínez, I. (2020). Valoración del grado de deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores activos. <i>Retos</i>(38), 576-581</p>	<p>DIALNET</p>	<p>2020</p>	<p>El síndrome de fragilidad conlleva un deterioro en la capacidad física del adulto mayor que incrementa su vulnerabilidad y el riesgo a sufrir eventos adversos.</p>
<p>Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. <u>Autores:</u> A. Casas Herrero, M. Izquierdo</p>	<p>Casas, A. e Izquierdo, M. (2012). Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. <i>An. Sist. Sanit. Navar</i>, 35(1), 69-85.</p>	<p>SCOPUS</p>	<p>2012</p>	<p>El entrenamiento de fuerza, en particular, cada vez tiene más resultados favorables y eficaces para retrasar la discapacidad y los eventos adversos que se asocian habitualmente al síndrome de la fragilidad como las caídas y el deterioro cognitivo</p>
<p>Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. <u>Autores:</u> María Teresa Rodríguez Díaz, María Nieves Pérez-Marfil, Francisco Cruz-Quintana</p>	<p>Rodríguez, M.T., Pérez, M.N. y Cruz, F. (2014). Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. <i>Gerokomos</i>, 25(4), 13-143.</p>	<p>SCOPUS</p>	<p>2014</p>	<p>Fragilidad es un proceso dinámico, continuo y desadaptativo como consecuencia de la suma de factores de riesgo asociados a problemas de salud y relacionado con la resiliencia, el afrontamiento y la capacidad de superar los episodios agudos, que influyen en la capacidad de realización de las actividades de la vida diaria. Prevenir la fragilidad en el anciano implica promover el envejecimiento activo, promoción de la salud y las medidas preventivas como medio para retrasar la aparición de la enfermedad, la dependencia y mejorar la calidad de vida en la vejez</p>
<p>Fragilidad, dependencia y Repercusión social en ancianos atendidos por el equipo multidisciplinario de atención geriátrica <u>Autores:</u> Madalys Díaz Díaz, Pablo Sebastián Silveira Hernández, Tamara Guevara de León, Marta Ferriol Rodríguez</p>	<p>Díaz, M., Silveira., P.S., Guevara, T., y Ferriol, M. (2014). Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. <i>Acta Médica del Centro</i>, 8(2), 46-54. Obtenido de http://www.revactamedicacentro.sld.cu/</p>	<p>LILACS</p>	<p>2014</p>	<p>Los riesgos y eventos adversos asociados a la fragilidad como son por ejemplo las caídas, el vivir solo o la depresión son muchas veces los que, al sucederse, hacen que un paciente considerado como frágil pase a encontrarse en una situación de dependencia, precisando ayuda para dos o más ABVD</p>

6. Discusión.

6.1 Fragilidad y dependencia. Diferencia.

La fragilidad es un síndrome geriátrico en el que se produce un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos asociados al envejecimiento lo que provoca una disminución de las reservas funcionales y una mayor vulnerabilidad a sufrir eventos adversos para la salud (Pola et al., 2021). La persona mayor frágil o de riesgo no necesita ayuda para las ABVD, no tiene necesidades de apoyo intermitente o constante, sino que en la mayoría de las ocasiones son personas activas e independientes (Díaz et al., 2014).

La dependencia es un estado permanente en el que la persona se encuentra por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, por lo que precisa de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria u otros apoyos para su autonomía personal (González et al., 2017). La dependencia conlleva la necesidad de un apoyo permanente en el día a día de la persona mayor y unos cuidados individualizados, íntegros y de calidad de acuerdo con sus necesidades (Viña & Romá, 2019).

Es frecuente en la literatura ver como un término u otro son utilizados de manera indistinta. Algo erróneo dado que, en la fragilidad, el deterioro progresivo de la capacidad funcional asociado al envejecimiento no impide a la persona mantener su autonomía e independencia para desempeñar las AVD. Mientras que la dependencia se define exactamente por la pérdida total o parcial de la autonomía personal para llevar a cabo las AVD.

6.2 Evolución de fragilidad a dependencia

Que una persona mayor sea frágil no implica que sea dependiente, ya que en la fragilidad el adulto mayor sufre un deterioro funcional progresivo, que no supone una pérdida de su autonomía para desarrollar las AVD como en la dependencia, pues la población a pesar de estar envejecida, cada vez se mantiene más activa (Díaz et al., 2014). En la fragilidad el adulto mayor presenta un riesgo de sufrir un evento adverso para su salud que, en caso de suceder, puede conllevar una pérdida de la capacidad para llevar a cabo las ABVD, pérdida de la autonomía y, con ello, dar lugar a un aumento de la dependencia.

En muchos casos, la fragilidad en los adultos mayores se considera un factor de riesgo predisponente para la dependencia (Díaz et al., 2014). Muchos de los factores de riesgo que influyen en la determinación de la fragilidad están a su vez fuertemente relacionados con la dependencia. Estos factores son a su vez otros síndromes geriátricos como la incontinencia urinaria, las caídas, el deterioro cognitivo, malnutrición, o la soledad entre otros (Brigola et al., 2019; Martín et al., 2021).

Estos factores van a condicionar el proceso de pérdida o deterioro por el que la persona mayor sana evoluciona a dependiente. Dicho proceso va desde la persona mayor pre-frágil, la persona mayor frágil hasta la persona mayor dependiente (Rodríguez et al., 2021).

Por ello, la detección precoz, el diagnóstico y el manejo de la fragilidad por parte de los profesionales de enfermería en colaboración con el equipo interdisciplinar, así como el conocimiento del síndrome de fragilidad por parte del adulto mayor son fundamentales para detectar precozmente las pérdidas de autonomía que pueda sufrir el paciente y prevenir la dependencia (Martin et al., 2021; Díaz et al., 2014). Se considera que una persona mayor empieza a ser dependiente cuando obtiene una puntuación < 90% en el Índice de Barthel (Pola et al., 2021).

6.3 Intervenciones de enfermería.

Como profesionales de enfermería nuestras intervenciones se centran en la prevención de la fragilidad, promoción del envejecimiento activo, la salud y la autonomía personal en la persona mayor, con el objetivo de que el envejecimiento de la población se produzca de manera activa, saludable y manteniendo la independencia del adulto mayor (Pola et al., 2021).

La prevención de la dependencia en el adulto mayor frágil es un objetivo que debemos abordar trabajando en colaboración con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar. El proceso enfermero permite a los profesionales de enfermería situarse como elemento clave dentro del equipo en la atención a la persona mayor frágil (Rodríguez et al., 2021).

La estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad (Pola et al., 2021).

Dado que la fragilidad se centra en la capacidad funcional de individuo y no tanto en el diagnóstico de enfermedad, la valoración previa del individuo nos permitirá individualizar los cuidados e intervenciones que llevaremos a cabo posteriormente (Pola et al., 2021). Es imprescindible realizar una valoración multidimensional e integral del individuo, que nos permita conocer la situación en la que se encuentra y así poder orientar el resto de nuestras intervenciones, ayudándonos para ello de la valoración integral geriátrica (Pola et al., 2021; Rodríguez et al., 2014). Una vez hecho esto, el siguiente paso es adecuar nuestra intervención en base a las necesidades de la persona mayor. La pérdida de masa y fuerza muscular son dos de los criterios que Fried estableció para determinar el síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Para medir la capacidad física del mayor se utilizan las medidas de rendimiento o capacidad funcional entre las que se encuentran el test de velocidad de la marcha, test Time Up and Go, Short Performance Battery Test, fuerza de presión de la mano dominante o la prueba de estado unipodal (Casas & Izquierdo, 2012).

La principal intervención en base a la fragilidad se centra en integrar al individuo en programas de actividad física que tienen como finalidad revertir la situación de fragilidad y prevenir la dependencia (Pola et al., 2021). El entrenamiento de fuerza resulta una intervención eficaz para mejorar la capacidad física del adulto mayor con resultados a partir de las 6- semanas de entrenamiento (Casas & Izquierdo, 2012). El entrenamiento de la resistencia aeróbica también ha resultado eficaz en la mejora de la capacidad física del adulto mayor e incluso los resultados han sido mejores cuando se combinan ambos entrenamientos de fuerza y resistencia y además

se incluyen la flexibilidad y el equilibrio, lo que se conoce como entrenamiento multicomponente (Casas & Izquierdo, 2012). Todo esto nos lleva a pensar que la práctica de actividad física regular resulta eficaz en la prevención de la dependencia y reversión de la fragilidad.

Otras intervenciones de enfermería fundamentales en la prevención de la dependencia en el adulto mayor frágil son la educación para la salud y los consejos sobre estilos de vida saludables como la alimentación, eliminación, actividad física y entrenamiento físico, prevención de caídas, sueño, consumo de tabaco y alcohol, consejos sobre bienestar emocional, adherencia terapéutica, evaluación del riesgo de caídas, los riesgos en el hogar, relaciones interpersonales y creencias (Pola et al., 2021; Rodríguez et al., 2021).

En estas intervenciones la enfermera de Atención Primaria desempeña un papel fundamental, por ello además de a la persona mayor frágil, las intervenciones están también dirigidas a los cuidadores familiares, formándoles y asesorándoles en sus habilidades y conocimientos sobre el cuidado (Rodríguez et al., 2021).

La elaboración de un plan de cuidados individualizado permitirá satisfacer las necesidades del adulto mayor frágil y así promover la autonomía y prevenir la dependencia.

6.3.1 Plan de cuidados de enfermería

La North American Nursing Diagnosis Association NANDA recoge entre sus diagnósticos el Síndrome de fragilidad del anciano y lo define como el estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad. (NNNConsult, 2022) A continuación, en relación con este diagnóstico, propongo el siguiente plan estandarizado de cuidados de enfermería.

Tabla 4: Plan de cuidados de enfermería. Fuente: elaboración propia.

Plan de cuidados enfermero		
Diagnóstico NANDA: Síndrome de fragilidad del anciano. [00257]		
NOC: Tolerancia de la actividad [0005]		
Indicadores		
<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación del movimiento - Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria - Tolerancia a la caminata 		
NIC	NIC	NIC
Manejo ambiental	Fomentar la mecánica corporal	Terapia de actividad
Actividades	Actividades	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a utilizar la postura y la mecánica corporal para evitar lesiones cuando realiza cualquier actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar los factores de peligro del ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada
NOC: Participación en el ejercicio [1633]		
Indicadores		
<ul style="list-style-type: none"> - Planifica el ejercicio adecuado con el profesional sanitario antes de comenzar el ejercicio - Participa en el ejercicio con regularidad 		

- Varía el ejercicio. (fuerza, flexibilidad, equilibrio)		
NIC	NIC	NIC
Enseñanza ejercicio prescrito	Fomento del ejercicio	Terapia de ejercicios: movilidad articular
Actividades	Actividades	Actividades
- Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito	- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades	- Determinar el progreso hacia la meta fijada.
- Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito	- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.	- Fomentar la deambulaci3n, si resulta oportuno.
- Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria	- Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicio por parte del individuo	- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de rango de movimiento.

7. Conclusiones:

- Fragilidad y dependencia son conceptos diferentes, pero no independientes ya que, la fragilidad puede ser un factor de riesgo y predictor de la dependencia. Para evitar que la persona mayor frágil evolucione a una situación de dependencia, la figura del personal de enfermería es fundamental, especialmente en Atención Primaria.
- Sin la atención y abordaje adecuados, la fragilidad puede desembocar en la pérdida de la capacidad funcional del individuo y con ello un aumento de la dependencia. Por ello, la prevención de la dependencia en el adulto mayor frágil y las intervenciones enfermeras se centran en la actividad física, la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, así como la promoción del envejecimiento activo. Intervenciones encaminadas a mantener la autonomía y la independencia del adulto mayor para llevar a cabo por sí mismo las Actividades de la Vida Diaria durante el mayor tiempo posible.
- Desde atención primaria, el abordaje de la fragilidad en colaboración con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar permite y facilita la continuidad asistencial al paciente y una mayor individualización de los cuidados.
- Para poder conseguir todo esto, es imprescindible la formación especializada de los profesionales que forman el equipo, así como de la estandarización de los elementos e instrumentos de valoración, diagnóstico e intervención adaptándolos en cada caso a las necesidades del paciente para así garantizar una atención enfermera basada en la evidencia, individualizada, y de calidad.

8. Bibliografía

Amblàs, J., Espauella, J., Gómez, X., Martori, J.C., Molist, N., y Oller, R. (2017). Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(3), 119-127. doi:10.1016/j.regg.2016.09.003

Brigola, A.G., Ottaviani, A.C., Carvalho, D.H. T., et al. (2019). Association between cognitive impairment and criteria for frailty syndrome among older adults. São Paulo Research Foundation. doi:10.1590/0004-282X20190138

Casas, A. e Izquierdo, M. (2012). Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *An. Sist. Sanit. Navar*, 35(1), 69-85.

Castro, J., Fernández, I., Moreno, I. et al. (2021). Prevención de la fragilidad en el paciente geriátrico: una revisión bibliográfica. *Revista sanitaria de investigación*, 11. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-la-fragilidad-en-el-paciente-geriatrico-una-revision-bibliografica/>

Díaz, M., Silveira, P.S., Guevara, T., y Ferriol, M. (2014). Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. *Acta Médica del Centro*, 8(2), 46-54. Obtenido de <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/>

Estévez, M. y Fernández, E. (2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*, 24(1), 8-13.

Fernández, I., Sentandreu-Manó, T. y Tomas J.M. (2019). Impacto del estatus de fragilidad sobre la salud y calidad de vida en personas mayores españolas. Elsevier. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.006>

González, R. Gandoy, M. Clemente, M. (14 de Marzo de 2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*, 28(4):184-188.

Iglesias Guerra, J. A., Casado Verdejo, I., Muñoz Bermejo, L., Vallejo Villalobos, J. R., Castilla Fernández, V., & Postigo Mota, S. (2019). Prevención de la fragilidad en las personas mayores. *Revista ROL de Enfermería*, Update Publisher Name to Ediciones Rol, 42(1), 56-65.

Kenny, R.A., Lawlor, B.A., Romero, R., y Walsh, C. (2010). A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics*.

Ley orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (14 de diciembre de 2006). BOE, num. 299 .

Martin, I., Acosta, M.A., Goñi, N. y Herreros, Y. (2021). VISIÓN DEL MANEJO DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. *Revista Española de Salud Pública*, 95. doi:e202110159

Mateo, A., Negredo, E., Bravo, R., Villanueva, A., Bellés, M. y Sangüesa, A.M. (2021). Envejecimiento y detección de fragilidad. Artículo monográfico. *Revista sanitaria de investigación*, 13.

Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/envejecimiento-y-deteccion-de-fragilidad-articulo-monografico/>

Molés, M.P., Lavedán, A., Jürschik, P., et al. (2016). Estudio de fragilidad en adultos mayores. Diseño metodológico. *Gerokomos*, 27(1), 8-12.

Navalón, R. y Martínez, I. (2020). Valoración del grado de deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores activos. *Retos*(38), 576-581.

NNNConsult. (Febrero de 2022). Síndrome de fragilidad del anciano. Obtenido de <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda/257>

Pola, E., Justo, S., Zuza, I., Gil, S. y Campos. P. (2021). PRESENTE Y FUTURO DEL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Revista Española de Salud Pública*, 95(8). Obtenido de e202110165

Pons, M.E, Rebollo, A. y Jiménez, J.V. (2016). Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla? *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 2(19), 170-173. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000200010>

Rodríguez, M.T., Pérez, M.N. y Cruz, F. (2014). Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. *Gerokomos*, 25(4), 13-143.

Rodríguez, S., Compay, M.C., Teixido, N., y Peñacoba, D. (2021). PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL. *Revista Española de Salud Pública*. Obtenido de e202110175

Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. (2016). Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 2(33), 328-334. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2207

Viña, M. y Romá, I. (2019). La enfermera especialista en geriatría como respuesta clave en la atención a la persona mayor, la cronicidad, la cronicidad compleja y sus consecuencias en la dependencia. *Elsevier España*, 29(6), 381-384. doi:10.1016/j.enfcli.2019.09.013

9. Anexos.

Anexo I: Cuestionario Frail para detección de la fragilidad en el adulto mayor. (Tello & Varela, 2016)

Respuesta afirmativa: 1 a 2 = pre-frágil; 3 o más = frágil
¿Está usted cansado?
¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?
¿Es incapaz de caminar una manzana?
¿Tiene más de cinco enfermedades?
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?

Anexo II: índice de Rockwood y Mitnitsky. (González et al, 2017)

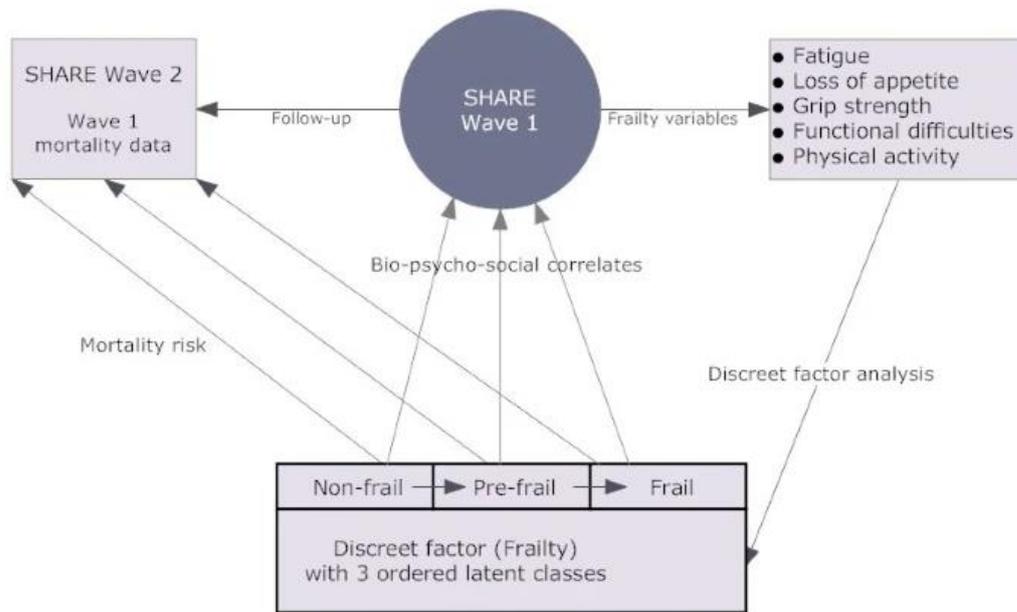
- 1 Very fit – robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age
- 2 Well – without active disease, but less fit than people in category 1.
- 3 Well, with treated comorbid disease – disease symptoms are well controlled compared with those in category 4
- 4 Apparently vulnerable – although not frankly dependent, these people commonly complain of being “slowed up” or have disease symptoms.
- 5 Mildly frail – with limited dependence on others for instrumental activities of daily living
- 6 Moderately frail – help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living
- 7 Severely frail – completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill.

(Rockwood, K. et al. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 173(5): 489-95.)

Anexo III: índice de fragilidad basado en la Valoración Geriátrica Integral (Amblás et al, 2017)

Dominio	Variable	Descripción	Puntos	
Funcional	A/VDs	Manejo de dinero ¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, rentas, restaurantes) ?	Si 1 No 0	
		Utilización de teléfono ¿Necesita ayuda para utilizar el teléfono ?	Si 1 No 0	
		Control de medicación ¿Necesita ayuda para la preparación/administración... de la medicación ?	Si 1 No 0	
	ABVDs	Índice de Barthel (IB)	¿No dependencia (IB > 95) ?	0
		¿Dependencia leve-moderada (IB 90-95) ?	1	
		¿Dependencia moderada-grave (IB 60-90) ?	2	
		¿Dependencia absoluta (IB < 60) ?	3	
Nutricional	Malnutrición	¿Ha perdido 5% de peso en los últimos 6 meses ?	Si 1 No 0	
Cognitivo	Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?	0	
		¿Det. cognitivo leve-moderado (equivalente a GDS < 5) ?	1	
		¿Det. cognitivo grave-muy grave (equivalente a GDS < 6) ?	2	
Emocional	Síndrome depresivo	¿ Necesita de medicación antidepresiva... ?	Si 1 No 0	
	Insomnio/ansiedad	¿ Necesita tratamiento habitual con benzodiazepinas u otros psicofármacos... de perfil sedante para el insomnio/ansiedad?	Si 1 No 0	
Social	Vulnerabilidad social	¿ Existe percepción... por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social ?	Si 1 No 0	
Síndromes Geriátricos	Delirium	En los últimos 6 meses, ¿ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que ha requerido de neurofármacos ?	Si 1 No 0	
	Caidas	En los últimos 6 meses, ¿ha presentado >2 caídas o alguna caída que haya requerido hospitalización... ?	Si 1 No 0	
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (por decúbito o vascular, de cualquier grado)?	Si 1 No 0	
	Polidrografía	¿habitualmente, toma > 5 fármacos ?	Si 1 No 0	
	Disfagia	¿ se atraganta frecuentemente... cuando come o bebe? En los últimos 6 meses, ¿ha presentado alguna infección respiratoria... por broncoaspiración?	Si 1 No 0	
Síntomas graves	Dolor	¿requiere de > 2 analgésicos convencionales... y/o opiáceos mayores... para el control del dolor?	Si 1 No 0	
	Disnea	¿ le disnea basal le impide salir de casa... y/o que requiere de opiáceos... habitualmente ?	Si 1 No 0	
Enfermedades (+)	Cáncer	¿ Tiene algún tipo de enfermedad oncológica... activa ?	Si 1 No 0	
	Respiratorias	¿ Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica... (EPOC, neumoía reactiva...)?	Si 1 No 0	
	Cardíacas	¿ Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	Si 1 No 0	
	Neurológicas	¿ Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (Parkinson, ELA...) o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	Si 1 No 0	
	Digestivas	¿ Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal...)?	Si 1 No 0	
	Renales	¿ Tiene insuficiencia renal crónica... (FG < 60) ?	Si 1 No 0	
Índice Frágil-VIG =			$\frac{x}{25}$	

Anexo IV: Share-Fi (Kenny et al, 2010)



Anexo V: Frailty Trait Scale (Martin et al 2021)

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009, Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.