

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 14 de septiembre de 2021

Aceptado: 7 de octubre de 2021

Publicado: 20 de octubre de 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****Susana Rodríguez Gómez (1), María Consuelo Company-Sancho (2), Natalia Teixidó Colet (3) y Delia Peñacoba Maestre (4)**

(1) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Sevilla. España.

(2) Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria. España.

(3) CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). España.

(4) Servicio de Atención Centrada en la Persona y Autonomía. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Oviedo. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

En la actualidad, una mayor unanimidad con la definición de la fragilidad, aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incorporan los conceptos de capacidad intrínseca (CI) y capacidad funcional (CF), así como la cada vez mayor prevalencia de estas situaciones en la población mayor, reflejan la necesidad de desarrollar estrategias de intervención en los diferentes sistemas sanitarios para prevenir y abordar la fragilidad. En este artículo se analiza la implicación del rol de las enfermeras, así como su marco de actuación y competencias específicas para la prevención y abordaje de las necesidades y problemas de salud relacionados con la persona mayor frágil, a través del uso sistemático de la valoración integral, la existencia de diagnósticos enfermeros relativos a la fragilidad y sus riesgos y de las intervenciones y criterios de resultados vinculados a los cuidados de la persona mayor frágil. Especialmente, se exponen las actuaciones y competencias de las enfermeras que desarrollan su actividad en atención primaria y el contexto comunitario, en los programas de atención al mayor y atención domiciliaria, que implican tanto a la persona mayor frágil como a las personas que los cuidan.

Palabras clave: Enfermeras, Fragilidad, Atención de enfermería, Atención primaria de salud.

ABSTRACT**Nurses in the approach to frailty.
Reflective analysis on the importance
of nursing care in frail elderly**

At present, the definition of frailty provided by the World Health Organization (WHO), which incorporates the concepts of intrinsic capacity and functional capacity, as well as the increasing prevalence of these situations in elderly people, reflect the need to develop intervention strategies in the different health systems to prevent and address frailty. This article analyzes the implication of the nursing role, as well as its framework of action and specific competencies for the prevention and addressing of the health needs related to the frail elderly person. This role is developed through the systematic use of comprehensive assessment, existence of nursing diagnoses related to frailty and its risks and the interventions and outcome criteria related to the care of the frail elderly person. Specifically, this article expose the actions and competences of nurses who carry out their activity in primary care and in the community context, in care programs for the elderly and home care, which involve both the frail elderly person and the people who care for them.

Key words: Nurses, Frailty, Nursing care, Primary health care.

Correspondencia:
Delia Peñacoba Maestre
Servicio de Atención Centrada en la Persona y Autonomía
Dirección General de Cuidados, Humanización
y Atención Sociosanitaria
Consejería de Salud del Principado de Asturias
C/ Ciriaco Miguel Vigil, 9
3006 Oviedo, España
delia.penacobamaestre@asturias.org

Cita sugerida: Rodríguez Gómez S, Company-Sancho MC, Teixidó Colet N, Peñacoba Maestre D. 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. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 20 de octubre e202110175.

CONSENSO SOBRE LA DEFINICIÓN ACTUAL DE FRAGILIDAD E IMPACTO EN NUESTRO ENTORNO

El término fragilidad se usa comúnmente de un modo vago e inespecífico para describir una variedad diversa de afecciones en las personas mayores, que puede incluir además de la debilidad general, el deterioro cognitivo. Independientemente de la conceptualización fisiopatológica, se asume que la fragilidad es un proceso dinámico que conduce a una espiral de declive en varios dominios funcionales y que exacerba el riesgo de síndromes geriátricos⁽¹⁾. Sin embargo, envejecer no es en sí mismo un requisito previo para volverse frágil⁽²⁾.

No existe una definición unánime de la fragilidad, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como *“un deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos”*⁽³⁾. Cuando hablamos de capacidad intrínseca (CI), según la OMS y en relación al envejecimiento, nos referimos a *“la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, incluyendo su capacidad para caminar, pensar, ver, escuchar y recordar estando influenciados por varios factores como la presencia de enfermedad, lesiones y cambios relacionados con la edad”*. La capacidad intrínseca de la persona, las características de su entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características, son los componentes que definen la capacidad funcional (CF) de una persona, entendiéndose esta como *“los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella”*⁽³⁾.

Estas definiciones están incluidas en el programa ICOPE (*Implementation of Integrated*

Care For Older People)⁽⁴⁾ que se centra en un enfoque integrado de la persona para mantener las CI a lo largo del curso de la vida con el fin de conservar al máximo la CF. Con esta finalidad, se han venido desarrollando los programas específicos de prevención de la fragilidad y promoción del envejecimiento activo, que proponen intervenciones multidisciplinares con participación de las personas en su autocuidado, para fomentar el ejercicio físico y una alimentación saludable, continuar realizando actividades que potencien la formación continua y el aprendizaje y las actividades que permitan mantener las relaciones interpersonales y prevengan de la soledad.

Además de estos conceptos, se maneja en la literatura científica y en los documentos de referencia y uso en la práctica clínica, un estadio previo a la situación de fragilidad, que se ha venido denominando como prefragilidad. Este concepto, también se ha querido concretar en diferentes definiciones que sitúan este estadio de prefragilidad como estado inicial o intermedio de fragilidad, en el que existe un riesgo temprano pero reversible, a partir del cual se puede predecir y actuar de manera precoz para evitar y/o retrasar la conversión a fragilidad y sus consecuencias (caídas, deterioro de la movilidad, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, hospitalización y muerte)⁽⁵⁾.

Independientemente de la definición adoptada, lo que sobre todo utilizamos en la práctica son los diferentes instrumentos o herramientas de evaluación, que nos permita la detección de estos estadios de prefragilidad para desarrollar intervenciones tempranas y/o de prevención de la fragilidad, entre ellas podemos encontrar instrumentos como el *Short Physical Performance Battery* (SPPB) o la VM (Velocidad de la marcha). También se utilizan diferentes índices de fragilidad como el Índice Frágil-VIG que permite clasificar la fragilidad en inicial, intermedia y avanzada o la clasificación de Fried por

la que “*se consideran prefrágiles aquellas personas que cumplan con 1 o 2 de los criterios o componentes por los que este autor define la fragilidad: pérdida de peso, astenia, baja actividad física, baja velocidad de la marcha y baja fuerza de prensión. Las personas que cumplen tres o más criterios se consideran frágiles*”⁽⁶⁾.

Teniendo en cuenta el avance en los últimos años de todos estos conceptos, para datar el impacto y rápido crecimiento de esta situación de fragilidad en nuestro contexto nacional los datos referidos a 2015 (donde se inicia proactivamente en nuestros sistemas sanitarios una tendencia sistemática a realizar el cribado y registro de la fragilidad utilizando instrumentos como los antes nombrados) revelan una prevalencia de la población en estado de fragilidad variable en este período de inicio de entre un 8,4% y un 20,4% siendo el porcentaje de la población que cumple los criterios de prefragilidad aún mayor, entre un 41,8% y un 48,5%. Esta cifra se ve aumentada cuando el adulto mayor se encuentra institucionalizado, situándose la prevalencia de la fragilidad en un 53,7%⁽⁷⁾.

Ya en 2020, la prevalencia se sitúa más concretamente en torno a un 15% de las personas de 65 o más años y aumenta a un 25%-50% en mayores de 85 años en el medio comunitario. La fragilidad, por tanto, aumenta con la edad y especialmente entre las mujeres. El determinar que una persona se encuentra en estado de fragilidad, confiere una gran vulnerabilidad frente a factores estresantes y aumenta el riesgo de sufrir resultados adversos en salud, tales como caídas (OR 1,7), hospitalización (OR 1,9), institucionalización (OR 5,8), discapacidad (OR, para alteración de actividades básicas de la vida diaria [ABVD] 2,8) y muerte (OR 2)⁽⁸⁾. En ámbitos no comunitarios la prevalencia de fragilidad es de un 45% (IC95% 27%-63%)⁽⁹⁾.

A tenor del impacto creciente de las situaciones de fragilidad y sus consecuencias

especialmente entre la población mayor, desde la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud se publica en 2014, como marco de referencia a nivel nacional, el *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor* con la finalidad de poder servir de base y referencia para el desarrollo de intervenciones concretas desde los diferentes sistemas sanitarios de las comunidades autónomas⁽¹⁰⁾.

Desde su publicación, los diferentes sistemas sanitarios han ido implementado estrategias propias o programas específicos de intervención en estas situaciones de fragilidad o en su prevención. A partir de la información aportada por una evaluación de la implementación de estas estrategias o programas sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor realizada en 2019, en el marco de la *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS*, se observa que estos programas han sido muy variables y en algunas ocasiones pierden especificidad al integrarse con otras estrategias priorizadas, como los planes y estrategias relacionadas con el envejecimiento activo, la cronicidad o cronicidad compleja cuya presión absorbe las mayores atenciones en el sistema sanitario, tanto en atención primaria como hospitalaria. Y en otros casos, simplemente no se han centralizado en estrategias o proyectos específicos, sino que, a partir de los documentos de referencia, son en su mayor parte los equipos profesionales quienes incluyen intervenciones dirigidas a la prevención y abordaje de la fragilidad: sistemas de cribado, intervenciones específicas de actividad física, otras relacionadas con la fragilidad o problemas asociados. A estas observaciones se suma la aparente dificultad para llevar a cabo la promoción y prevención de la fragilidad de forma específica, desplegando acciones en el ámbito comunitario.

En este contexto, es necesario volver a insistir en que los mayores frágiles necesitan

un enfoque diferente para satisfacer sus necesidades. Una mejor formación de carácter multidisciplinar para los profesionales implicados y trabajar desde la evidencia. Estos pueden ser los puntos de partida para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de los mayores en estas situaciones de fragilidad y su prevención⁽¹¹⁾, donde los elementos más prometedores son el cribado y el seguimiento desde Atención Primaria^(8,12), además de fomentar la participación comunitaria y la incorporación de activos en salud.

LA FRAGILIDAD EN EL ENTORNO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO

En la actualidad, debido al aumento y mayor impacto de estas situaciones de fragilidad en nuestro entorno y más aún con las variables introducidas por la pandemia de COVID-19, desde la perspectiva de la salud, sus consecuencias contextuales y su relación con las situaciones de fragilidad en la persona mayor⁽⁹⁾, es claro el interés existente por continuar profundizando en la mejora de la prevención y abordaje de fragilidad. Aunque por su carácter multicomponente la prevención y abordaje de la fragilidad necesitan una respuesta multidisciplinar, integral e integrada en construcción en la mayor parte de nuestros sistemas sanitarios, las enfermeras ya tenían incorporado sistemáticamente entre sus actuaciones y competencias la atención a las necesidades de cuidados derivadas de las situaciones de fragilidad.

La detección de estas situaciones de fragilidad por parte de la enfermera se realizaba muchas veces de una forma intuitiva o instintiva (comprobando el tiempo que un mayor tarda en abrir la puerta cuando acuden a un domicilio, valorando su capacidad de movilidad o el ritmo de la marcha durante su visita)⁽¹³⁾ y se completaba esta primera detección de

signos- síntomas de fragilidad, con una valoración enfermera holística integral, que permitiese una planificación de los cuidados proporcionados a la persona adaptados a sus posibilidades de respuesta y participación, y cubriendo áreas que incluyen desde la percepción de la salud, nutrición, eliminación, actividad física, sueño, situación cognitiva, autopercepción, relaciones interpersonales, sexualidad, tolerancia al estrés o valores/creencias⁽¹⁴⁾.

Generalmente, los programas de salud y las guías de práctica referente a una etiología clínica o patología específica proponen con sus contenidos un abordaje del paciente de forma fragmentada. Estos planteamientos conllevan la concepción de la persona como individuo con necesidades o problemas de salud a su percepción restrictiva como enfermo: ser un diabético, un hipertenso, una insuficiencia cardiaca, o una EPOC, tanto en el abordaje del paciente adulto en general como en niños y/o mayores. Stardfield B. determina que es necesario evitar esta despersonalización⁽¹⁵⁾. Con esta misma finalidad de evitar la despersonalización, en sus actuaciones la enfermera comienza a intervenir realizando una valoración integral, que recoge todas las áreas del paciente y proporciona de inicio una visión completa de las necesidades y problemas de salud de las personas, así como de las respuestas que éstas están dando a esas necesidades y problemas, en su proceso de adaptación a los mismos. El proceso de enfermería no sigue el modelo de fraccionamiento propuesto por estos programas relacionados con cada patología, lo que le confiere al profesional de enfermería el situarse como elemento clave para dar cohesión e integrar el conjunto de la atención prestada.

En el caso de la fragilidad, durante la entrevista de valoración integral enfermera se recoge información sobre aspectos específicos y aspectos relacionados con la fragilidad: caídas, movilidad (deficiencias motoras, sensoriales, problemas de

equilibrio, marcha), utilización de ayudas para la marcha, disfunciones de los sistemas de excreción (continencia/ incontinencia urinaria e intestinal), problemas crónicos de salud que puedan influir, conocimientos y capacidad de aprendizaje, alimentación, problemas con el apetito, dificultades para masticar y/o tragar alimentos, problemas digestivos (náuseas, vómitos, piro-sis), fármacos, adherencia terapéutica, ejercicio, sedentarismo, lesiones cutáneas, problemas en los pies, uñas, problemas de memoria, concentración y/o lenguaje, estado de ánimo y situación sociofamiliar y relacional⁽¹⁶⁾.

Además, la bibliografía en fragilidad suele centrarse en su identificación, etiología y riesgos existiendo un vacío en cuanto al tratamiento o abordaje de la misma. Recientes recomendaciones sobre manejo de la fragilidad, aconsejan tres pasos para la evaluación, diagnóstico y tratamiento que están dentro de las funciones que realiza la enfermera en su contexto asistencial: utilización de una herramienta validada para su identificación, recomendación de programas de actividad física progresiva individualizada con entrenamiento en resistencia, y una revisión de la medicación y riesgos potenciales derivados de la misma⁽¹⁷⁾.

Especialmente, la enfermera juega un papel fundamental en la detección de la fragilidad aprovechando las diferentes consultas de las personas mayores de 70 años y la realización oportunista del cribado de fragilidad a partir del uso de herramientas validadas, que permitan su detección, para a partir de aquí, poder planificar su abordaje en estadios iniciales donde es más potencialmente reversible, como se recomienda en la Guía Fisterra para la detección y gestión en Atención Primaria de las personas mayores frágiles⁽¹⁸⁾.

Desde la perspectiva de la prevención de la fragilidad, la OMS hace un llamamiento para desarrollar enfoques integrales e introducir

intervenciones en atención primaria para prevenir el deterioro de la capacidad, centrados en la persona y apoyando a los cuidadores⁽⁴⁾. También bajo este enfoque, son las enfermeras quienes lideran el apoyo a las personas que cuidan a través de programas e intervenciones dirigidas tanto a las personas frágiles, como dependientes como a sus cuidadores familiares⁽¹⁹⁾. La principal tarea de las enfermeras con las personas cuidadoras consiste en la formación y el asesoramiento con el objetivo de ampliar conocimientos y habilidades en el cuidado y el autocuidado⁽²⁰⁾.

IMPLICACIONES DE LAS/LOS ENFERMERAS/OS EN LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Atención Primaria (AP) es el medio asistencial idóneo para detectar y manejar la fragilidad^(10,21). Para la detección y abordaje de la fragilidad las enfermeras son una pieza clave en AP, ya que es en este contexto desde donde se tiene acceso a este tipo de situaciones para actuar con la persona mayor frágil y las personas que los cuidan, pudiendo intervenir mediante actuaciones de cribado y valoración de la fragilidad y respondiendo a las necesidades de cuidados concretas para su abordaje y avance, minimizando o evitando riesgos, orientando las intervenciones hacia el mantenimiento del autocuidado y de la interacción con el entorno, garantizando una mayor coordinación multidisciplinar y facilitando la continuidad asistencial durante el proceso.

Las enfermeras en atención primaria han ido asumiendo cada vez más actividades y responsabilidades específicas en la atención al paciente mayor frágil y han tomado protagonismo en los programas de atención al mayor de los diferentes sistemas sanitarios y en la atención domiciliaria^(22,23). Son los profesionales los que

lideran las visitas a domicilio en la comunidad. A nivel nacional, según los datos facilitados por la Estrategia de cronicidad el 11,7% de las personas mayores de 75 años reciben visitas en el domicilio, que son proporcionadas por enfermeras⁽²⁴⁾.

El domicilio constituye un entorno de abordaje para la atención a la persona mayor frágil, donde las enfermeras pueden realizar actuaciones para prevenir la progresión de esta situación en adultos mayores. El ámbito domiciliario es un espacio propicio para el cuidado humanizado y centrado en las potencialidades y necesidades de la persona atendida⁽²⁵⁾ con la implicación y participación del entorno familiar. Los programas de visita domiciliaria preventivos, basados en una evaluación geriátrica multidimensional y con un seguimiento prolongado y población menos mayor, han demostrado mayor reversibilidad en las primeras etapas de deterioro⁽²⁶⁾. Para avanzar en el abordaje y prevención de la fragilidad en relación a estos aspectos, además del abordaje individual es necesario completar la oferta asistencial con el desarrollo de intervenciones grupales orientadas a la promoción y prevención de la fragilidad y a la detección y/o generación de activos comunitarios que puedan servir de apoyo al cuidado. En promover todos estos aspectos las enfermeras de atención primaria han de desarrollar un papel esencial, que debe ser reconocido e inducido desde los sistemas sanitarios, si verdaderamente se quiere aportar una respuesta completa a las necesidades de atención y cuidados derivadas de la fragilidad.

En lo que se refiere a la prevención de estas situaciones de fragilidad, la fragilidad se considera prevenible o incluso reversible si se desarrollan las intervenciones adecuadas dirigidas a aspectos físicos, psicológicos y sociales relacionados con la persona, que puedan ayudarle a mantener o incluso restaurar sus capacidades.

Y es con esta orientación hacia donde podremos encaminar las intervenciones de las enfermeras en la práctica clínica, con el objetivo de prevenir o disminuir la fragilidad y prevenir o retrasar sus resultados adversos. Las enfermeras pueden realizar intervenciones relacionadas con: ayudar a comprender a la persona la información relacionada con su estado de salud, mejorar los aspectos relacionados con su estado nutricional, la polifarmacia, la adherencia al tratamiento, la prevención de las caídas, realización de ejercicio, estimulación cognitiva y actuaciones sobre el estado de ánimo (apoyo emocional, potenciación de la autoestima, mejora de la autoconfianza, mejora del afrontamiento, apoyo en la toma de decisiones y participación en grupos de apoyo) y potenciación de la socialización^(27,28,29).

Además, en un reciente estudio en el que se llevó a cabo una revisión integrativa con el objetivo de Identificar intervenciones para promover la salud de personas mayores frágiles y/o con riesgo de fragilidad, se identificaron las siguientes intervenciones con participación de enfermeras: reuniones educativas de grupos multidisciplinares, entrenamiento físico, visita domiciliaria/programa de atención domiciliaria, evaluación y suplementación nutricional, programas para el mantenimiento de la salud y entrenamiento cognitivo; modelos/programas de gestión y monitoreo, uso de dispositivos de tecnología asistida y programa de internación para rehabilitación geriátrica. Las intervenciones para personas mayores en riesgo de fragilidad fueron estrategias dirigidas a personas independientes en todas las actividades básicas (ABVD) o instrumentales de la vida diaria (AIVD), mientras que las intervenciones para ancianos frágiles estaban dirigidas a los ancianos con dependencia funcional en las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, pudiendo estar asociada o no con condiciones de salud difíciles de manejar⁽²⁵⁾.

En conexión con estos aspectos y en relación con las intervenciones específicas a desarrollar por las enfermeras en el entorno familiar y comunitario, encontramos que dentro de la formación especializada de enfermería, se incluyen estas competencias dirigidas a la prevención y abordaje de la persona mayor frágil (tabla 1)⁽³⁰⁾. En concreto y entorno a la prevención y abordaje de la fragilidad desarrolladas por las enfermeras en Atención Primaria, incluimos las competencias recogidas en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, sin dejar de resaltar la mayor especificidad competencial para la atención a la persona anciana en situaciones complejas de la Especialidad de Enfermería Geriátrica⁽³¹⁾ y su mayor desarrollo actual en la práctica en contextos de hospitalización y de dispositivos sociosanitarios.

USO DE LENGUAJES Y SISTEMAS DE REGISTRO ENFERMERO RELACIONADOS CON LA FRAGILIDAD

Desde la perspectiva enfermera en relación a la fragilidad, también se podría aportar un avance respecto a otro del hándicap que tiene la fragilidad en relación al uso de nomenclaturas en los sistemas de información y registro. En las clasificaciones internacionales de enfermedades como CIE (CIE 9,10 y 11) o CIAP (CIAP 2) no existe una nomenclatura que se aproxime a la definición de fragilidad establecida por la OMS y reconocida igualmente por el proyecto ADVANTAGE. En estos sistemas de lenguaje la fragilidad se determina asociada a condiciones patológicas como anemia, ortostasis, pérdida de peso, sarcopenia, anorexia, polifarmacia, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus⁽²⁹⁾ pero no tiene una clasificación propia. En el caso de los sistemas de lenguaje enfermero, entendemos que el avance se puede aportar desde la clasificación internacional *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁽³²⁾ ya que

contempla este problema a través de dos diagnósticos de cuidados, “*Riesgo del Síndrome de fragilidad del anciano*” y “*Síndrome de fragilidad del anciano*” cuya definición es “*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*”, con sus correspondientes características definitorias y factores relacionados. Este último diagnóstico, además está incluido en el *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms* (Snomed CT), lo que facilita la estandarización del trabajo. Desde la *Estrategia de Promoción y Prevención en el SNS* se está trabajando actualmente en la optimización del registro de fragilidad en el GT de prevención de fragilidad y caídas. En este grupo de trabajo se está evaluando el avance que puede suponer el uso de estos diagnósticos enfermeros como nomenclatura idónea para aproximarse a la definición de fragilidad establecida por la OMS.

En cualquier caso, para ambos diagnósticos, el de Síndrome de fragilidad del anciano y su diagnóstico de riesgo, se han validado además, los resultados-NOC (*Nursing Outcomes Classification*)⁽³³⁾, como objetivos a alcanzar por las personas sobre las que se interviene, e intervenciones-NIC (*Nursing Interventions Classification*)⁽³⁴⁾ más adecuadas para la práctica clínica de las /los profesionales de enfermería que ayudan a concretar acciones y medir resultados⁽²⁸⁾.

Otros lenguajes enfermeros como ATIC, (Arquitectura, Terminología, Interfase, Información, enfermería y Conocimiento), utilizados en la Comunidad Catalana, también contemplan el abordaje a la fragilidad⁽³⁵⁾.

La identificación del problema de salud y su concreción en un diagnóstico enfermero en

Tabla 1

Competencias prioritarias, avanzadas y específicas de la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria, implicadas en la atención a la persona mayor en su ámbito familiar y comunitario relacionadas con la prevención y abordaje de la fragilidad.

Competencias generales prioritarias	Aumentar el seguimiento y la atención longitudinal al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas de la vida, con especial atención a aquellos que deben ser atendidos en su domicilio.
	Responder eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.
	Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
	Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.
	Favorecer el funcionamiento de los equipos multiprofesionales, a través de la participación, la reflexión, el análisis y el consenso y desde el respeto a las competencias propias y del resto de especialistas y profesionales.
Competencias generales avanzadas	Utilizar el proceso enfermero: valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud/diagnósticos enfermeros y objetivos del usuario (familia o grupo), planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y evaluación de los resultados.
	Establecer una comunicación efectiva y relación terapéutica con pacientes, familias y grupos sociales en el ámbito de la especialidad.
	Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas e integrar e indicar otras medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.
	Detectar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.
	Trabajar en equipo
	Gestionar, liderar y desarrollar la atención familiar y comunitaria desde la perspectiva de la seguridad del paciente.
	Liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados basados en la gestión de casos.
Fuente: Boletín Oficial del Estado. <i>Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio</i> . BOE núm. 157, de 29-06-2010.	

Tabla 1 (continuación)

Competencias prioritarias, avanzadas y específicas de la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria, implicadas en la atención a la persona mayor en su ámbito familiar y comunitario relacionadas con la prevención y abordaje de la fragilidad.

Competencias Específicas	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud de las personas mayores en su entorno familiar y comunitario.
	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar, junto con otros profesionales y especialistas, programas de prevención de las complicaciones y problemas de salud más frecuentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.
	Detectar e intervenir de modo precoz sobre los problemas de salud prevalentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.
	Detectar e intervenir precozmente en situaciones de fragilidad o aislamiento social de las personas ancianas.
	Desarrollar programas de salud para la atención en situaciones de dependencia.
	Gestionar la capacitación de las personas cuidadoras familiares para la atención del anciano en el ámbito familiar.
	Gestionar los cuidados dirigidos a las personas cuidadoras familiares en el entorno familiar.
	Identificar y movilizar los recursos (propios, de la red social y/o comunitaria) que mejor se adaptan a las necesidades de los mayores y sus cuidadores.
	Identificar necesidades y promover el uso adecuado de materiales e instrumentos de ayuda y adaptación necesarios para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana.
	Cuidar en su entorno al paciente y a su familia en el final de la vida, respetando sus decisiones.
Fuente: Boletín Oficial del Estado. <i>Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio</i> . BOE núm. 157, de 29-06-2010.	

relación a la fragilidad, tras una valoración integral, permite la enfermera seleccionar las intervenciones que proporcionan el mejor plan de cuidados, acorde a las necesidades del/de la paciente y su familia. Además del uso de planes de cuidados individualizados, se han desarrollado planes de cuidados enfermeros estandarizados referidos específicamente a la fragilidad⁽³⁶⁾.

Otro de los puntos importantes a tratar en la fragilidad, según la OMS y en el programa ICOPE, en su directriz III⁽⁴⁾, es el apoyo a los cuidadores. La enfermera utiliza diagnósticos específicos sobre los cuidadores: “*Riesgo de Cansancio del rol de cuidador*” y “*Cansancio del rol de cuidador*”. Centrar el diagnóstico, ayuda a elaborar planes de cuidados con intervenciones y actividades para prevenir o intervenir con las personas cuidadoras.

¿QUÉ ES LO IMPORTANTE SOBRE LAS COMPETENCIAS Y ACTUACIONES DE LAS ENFERMERAS EN TORNO A LA FRAGILIDAD?

La fragilidad es un término discutido en la práctica, pero no acaba de ser entendido, tal vez por la falta de consenso en su definición y de dónde se sitúan los límites entre prefragilidad, fragilidad y dependencia. El interés por su abordaje cada vez es mayor por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios, por lo que una definición universal de fragilidad y su mayor calado entre los profesionales ayudaría a una mayor comprensión de la misma y a la organización para su abordaje entre los profesionales que forman parte de los equipos asistenciales.

El foco de intervención en personas que se encuentran en situación de fragilidad son los cuidados. Las enfermeras proporcionan cuidados centrados en las personas con la mejor evidencia disponible y disponen de diagnósticos

específicos sobre fragilidad para poder orientar sus intervenciones y resultados en salud.

Los sistemas diagnósticos de lenguaje enfermeros definen específicamente la fragilidad y sus problemas asociados. Esta nomenclatura diagnóstica, al igual que la establecida para los criterios de resultados e intervenciones enfermeras, es importante introducirlas en los sistemas de registro de la Historia de Salud de los diferentes sistemas sanitarios, garantizando el fácil acceso y cumplimentación de estos registros para los profesionales.

El cribado de fragilidad se realiza prioritariamente desde atención primaria, donde la presión asistencial es importante, por ello son necesarias herramientas de evaluación sólidas y efectivas pero de uso fácil, completadas en poco tiempo, que no requieran equipamiento especial.

La identificación de la fragilidad es el primer paso para su abordaje, siendo necesario completar la evaluación de las necesidades y problemas de salud de la persona con una valoración integral. El proceso de atención de enfermería se configura desde el inicio con la identificación de necesidades de cuidados a través de una valoración integral para posteriormente continuar con el plan de cuidados individualizado de acuerdo a las preferencias y valores de los pacientes identificados a partir de esa valoración.

Para reforzar las mejores actuaciones en torno a la fragilidad, es necesario que las enfermeras puedan desarrollar sus competencias en programas y actividades comunitarias, disponiendo del tiempo y los recursos oportunos orientados a conocer los activos y actores comunitarios para poder abordar la fragilidad también desde la prescripción social o recomendación comunitaria.

En la prevención y abordaje de la fragilidad, es importante que las actuaciones tengan

un carácter proactivo y un enfoque multidimensional, más allá de la fragilidad física que reconozca los elementos cognitivos y psicosociales necesita de una asociación entre todos los profesionales necesarios (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, especialistas en ejercicio físico, nutricionistas...). La situación de proximidad de las enfermeras de atención primaria en el entorno asistencial de la persona mayor frágil, su perfil de profesional sanitario y sus competencias para responder a sus necesidades de cuidados y a las necesidades de las personas que los cuidan pueden conducir a la idoneidad de estos profesionales para liderar la coordinación de necesidades y gestión del caso en torno a la situación de fragilidad y necesidades derivadas de la misma.

Es preciso saber más sobre la salud en la edad avanzada y definir concretamente qué se puede hacer para mejorarla. Es por ello, que una mayor formación y futuros estudios sobre el impacto de los cuidados de los profesionales de enfermería en la fragilidad ayudarán a aumentar la escasa evidencia que existe en cuanto a las intervenciones en fragilidad, desde la perspectiva del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A *et al.* Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: A systematic review. *JBISIRIR-2017-003382* Disponible en: https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2018/01000/Effectiveness_of_interventions_to_prevent.15.aspx
2. Lally F, Crome P. Understanding frailty. *Postgrad Med J.* 2007; 83(975):16–20. doi: 10.1136/pgmj.2006.048587. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17267673/>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;jsessionid=C5CA4C995E986DC931F1F97A0CB7EED4?sequence=1>
5. Sezgin D, Liew A, O'Donovan MR, O'Caomh R. Pre-frailty as a multi-dimensional construct: A systematic review of definitions in the scientific literature. *Geriatr Nurs.* 2020; 1;41(2):139–146. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2019.08.004
6. Vellas B. EL LIBRO BLANCO DE LA FRAGILIDAD. Versión en español. International Association of Gerontology and Geriatrics. 2016.
7. García CM. Caídas, factores asociados y de riesgo en una población de personas mayores frágiles: estudio transversal con validación del diagnóstico de enfermería [tesis doctoral]. Universidad da Coruña; 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=114204&info=resumen&idioma=ENG>
8. Gorroñoigoitia A, López-Torres J, Martín I, Herreros Y, Acosta MÁ, de Hoyos MC *et al.* Actualización PAPPS GdT Mayor 2020. *Atención Primaria.* 2020;52:114–124. doi: 10.1016/j.aprim.2020.09.005 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actualizacion-papps-gdt-mayor-2020-S0212656720302857>
9. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la covid. 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/COVID19_Fragilidad.pdf
10. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y

caídas en la persona mayor. 2014. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf

11. Borges C, De Freitas M, Guedes MV, Da Silva MJ. Nursing clinical practice in the frail elderly care: reflection study. *J Nurs UFPE* 2016;10(2):914–918. DOI:10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201629. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/299305005_NURSING_CLINICAL_PRACTICE_IN_THE_FRAIL_ELDERLY_CARE_REFLECTION_STUDY_PRATICA_CLINICA_DO_ENFERMEIRO_NO_CUIDADO_AO_IDOSO_FRAGILIZADO_ESTUDO_DE_REFLEXAO_PRACTICA_CLINICA_DEL_ENFERMERO_EN_EL_CUIDADO_AL_AN

12. Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, Combescure C, Buchs B, Schaller P *et al*. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatr*. 2017;17:53 DOI 10.1186/s12877-017-0449-9 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313733153_Integrated_care_at_home_reduces_unnecessary_hospitalizations_of_community-dwelling_frail_older_adults_a_prospective_controlled_trial

13. Britton H. What are community nurses experiences of assessing frailty and assisting in planning subsequent interventions? *Br J Community Nurs*. 2017;22(9):440–445. DOI: 10.12968/bjcn.2017.22.9.440

14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Capítulo 4: METODOLOGÍA APLICABLE A LAS NORMAS NE IG. Proyecto NIPE. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/01Indice.pdf>

15. Starfield B. Point: The changing nature of disease: Implications for health services. *Med Care*. 2011;49(11):971–972 DOI: 10.1097/MLR.0b013e318233a0c1

16. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros - DÉCIMA EDICIÓN. Elsevier España. 2003.

17. Dent E, Lien C, Lim WS, Wong WC, Wong CH, Ng TP *et al*. The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines

for the Management of Frailty. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(7):564–575. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.04.018

18. Martín I, Gorroñoigoitia A, Abizanda P, Justo S. Update of the Spanish Fisterra guideline “Frail elderly people: detection and management in Primary Health Care”. What contributes and highlight. *Health Prim Car*. 2021; 5: 1-5 doi: 10.15761/HPC.1000215 DOI: 10.15761/HPC.1000215 Disponible en: <https://www.oatext.com/pdf/HPC-5-215.pdf>

19. Torres M, Ballesteros E, Sanchez P. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2008;19(1):9–15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002&lng=es

20. Monjo MC, Coll TL, Samper SE. El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Glob*. 2018 ;17(2):515–541. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.297211>. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/297211>

21. Advantag JA [Página web]. Disponible en: <https://www.advantageja.eu/index.php>

22. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: Referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin*. 2014;24(1):5–11. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.12.002 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-S1130862113001915>

23. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Informe de FAECAP sobre la atención domiciliar en España: El liderazgo de enfermería comunitaria. 2015. Disponible en: <https://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atencion-domiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>

24. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

25. Silva CRDT, Carvalho KM de, Figueiredo M do LF, Silva-Júnior FL, Andrade EMLR, Nogueira LT. Health promotion of frail elderly individuals and at risk of frailty. *Rev Bras Enferm.* 2019;72:319–327. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0575>. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/DJ4tM9sxdRgHntNFwjLvpfG/?lang=en>
26. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA.* 2002;287(8):1022–1028. DOI: 10.1001/jama.287.8.1022 Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194675>
27. Rodríguez MT, Pérez-Marfil MN, Cruz-Quintana F. Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. *Gerokomos.* 2014;25(4):137–143. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400002>. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Lucena A, Argenta C, Almeida M, Moorhead S, Swanson E. Validation of Nursing Outcomes and Interventions to Older Adults Care with Risk or Frail Elderly Syndrome: Proposal of Linkages Among NOC, NIC, and NANDA-I to clinical practice. *Int J Nurs Knowl.* 2019;30(3):147–153. DOI: 10.1111/2047-3095.12225 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30370688/>
29. Heuberger RA. The frailty syndrome: A comprehensive review. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2011 Oct;30(4):315–368. DOI: 10.1080/21551197.2011.623931
30. Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio. BOE núm. 157, de 29-06-2010.
31. Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre. BOE núm. 288, de 30-11-2009.
32. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11 edición. Elsevier España. 2019
33. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC - 6a edición: Medición de Resultados en Salud. Elsevier España. 2018.
34. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC - 7ª edición. Elsevier España. 2018.
35. Juvé E. La Terminología ATIC : eje diagnóstico. Naaxpot S.L.U; 2016.
36. Barbero C. Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el “Riesgo del síndrome de la Fragilidad del Anciano”. *Revista Ene de Enfermería.* 2020;14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200009&lng=es&tlng=es