



Caso clínico

Intervención enfermera en Atención Primaria para mejorar la autogestión del tratamiento en una persona mayor con deterioro cognitivo y riesgo de fragilidad: un caso clínico

Jesús Vivas Galeano^{1*}

1 Enfermero en la Unidad de Pool. Hospital San Pedro de Alacántara de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. Cáceres (España)

Correspondencia: currovivas71@gmail.com

Recibido: 06/03/2026; Aceptado: 09/04/2026; Publicado: 22/05/2026

Resumen

Introducción: El envejecimiento de la población se asocia a un aumento de riesgo de fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad, especialmente en presencia de deterioro cognitivo y polifarmacia. Las dificultades en la autogestión del tratamiento constituyen un factor clave en la aparición de descompensaciones clínicas y eventos adversos evitables, situando a la enfermera de Atención Primaria en una posición estratégica para su detección e intervención. **Objetivo:** Describir el abordaje enfermero en Atención Primaria de una persona mayor con deterioro cognitivo y riesgo de fragilidad, centrado en la mejora de la autogestión del tratamiento y la preservación de la autonomía funcional. **Descripción del caso:** Varón de 80 años, con multimorbilidad, polifarmacia y deterioro cognitivo moderado, que vivía solo y presentaba descompensaciones clínicas repetidas. La valoración enfermera identificó limitaciones en las actividades instrumentales, apoyo social insuficientemente estructurado y riesgo de fragilidad. **Intervención enfermera:** Se diseñó un plan de cuidados progresivo e individualizado basado en la Evaluación Geriátrica Integral, que combinó educación terapéutica adaptada, apoyo en la toma de decisiones compartidas, supervisión domiciliaria y uso de ayudas tecnológicas como complemento al apoyo humano. **Resultados:** Se observó una mejora sostenida del control clínico, una reducción de los olvidos en la toma de la medicación y una mayor aceptación del apoyo externo, manteniéndose la independencia funcional y la permanencia en el domicilio. **Conclusiones:** La intervención enfermera integral y centrada en la persona permitió mejorar la gestión del tratamiento y reducir el riesgo de eventos adversos en una persona mayor con deterioro cognitivo y riesgo de fragilidad, reforzando el papel de la enfermera de Atención Primaria en la prevención de la fragilidad y la preservación de la autonomía.

Palabras claves: Ancianos frágiles, Valoración geriátrica, Polifarmacia, Deterioro cognitivo.

Case report

Nursing intervention in primary care to improve treatment self-management in an older person with cognitive impairment and at risk of frailty: a case report

Abstract

Background: Population ageing is associated with an increased risk of frailty among community-dwelling older adults, particularly in the presence of cognitive impairment and polypharmacy. Difficulties in treatment self-management represent a key factor in the development of clinical decompensations and preventable adverse events, highlighting the strategic role of primary care nurses. **Objective:** To describe a primary care nursing approach for an older adult with cognitive impairment and frailty risk, focused on improving treatment self-management and preserving functional autonomy. **Case description:** An 80-year-old man with multimorbidity, polypharmacy and moderate cognitive impairment, living alone, presented with recurrent clinical decompensations related to inadequate treatment adherence. Nursing assessment identified limitations in instrumental activities of daily living, insufficiently structured social support and frailty risk.

Nursing Intervention: A progressive and individualized care plan based on Comprehensive Geriatric Assessment was implemented, combining tailored therapeutic education, shared decision-making support, home supervision and the use of digital tools as a complement to human support. **Results:** Sustained improvement in clinical control was observed, with reduced medication omissions and increased acceptance of external support, while maintaining functional independence and remaining at home. **Conclusions:** A comprehensive, person-centred nursing intervention improved treatment management and reduced the risk of adverse events in an older adult with cognitive impairment and frailty risk, reinforcing the key role of primary care nurses in frailty prevention and autonomy preservation.

Keywords Frail elderly, Geriatric assessment, Polypharmacy, Cognitive impairment.

Introducción

Mantener la autonomía en personas mayores con enfermedades crónicas y deterioro cognitivo incipiente constituye uno de los retos actuales de la práctica enfermera en Atención Primaria. En este grupo poblacional, la coexistencia de comorbilidad, polifarmacia y vida en el domicilio propio configura un perfil clínico vulnerable en el que el riesgo de fragilidad adquiere especial relevancia. La identificación temprana de situaciones de fragilidad y de dificultades en la autogestión de la salud resulta clave para prevenir descompensaciones clínicas y eventos adversos evitables, situando a la enfermera como un agente fundamental en la valoración integral y la implementación de estrategias de apoyo individualizadas (1,2).

El envejecimiento progresivo de la población se asocia a un aumento de la fragilidad en las personas mayores que viven en la comunidad. Estudios recientes estiman que aproximadamente un 10% de las personas mayores de 65 años presentan fragilidad, porcentaje que se incrementa

de forma significativa con la edad, superando el 15% en el grupo de 80 a 84 años y alcanzando cifras superiores al 25% en mayores de 85 años (1,3). La Organización Mundial de la Salud define la fragilidad como un estado clínico reconocible caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica y funcional, que incrementa la vulnerabilidad frente a factores estresantes cotidianos o agudos (4).

La fragilidad es un fenómeno dinámico y multifactorial, condicionado por la interacción de factores clínicos, funcionales, cognitivos y sociales. Entre los factores más frecuentemente asociados en población comunitaria se encuentran la edad avanzada, la polifarmacia, el deterioro cognitivo, la diabetes, los antecedentes de caídas y las dificultades en la gestión del tratamiento, muchos de ellos modificables mediante intervenciones tempranas (1,2).

En este contexto, la Evaluación Geriátrica Integral (EGI) se ha consolidado como una herramienta fundamental para la detección precoz del riesgo de

fragilidad y la planificación de cuidados individualizados. La evidencia disponible muestra que la EGI permite orientar intervenciones coordinadas y centradas en la persona, con efectos positivos sobre los resultados clínicos, funcionales y de permanencia en el entorno habitual de las personas mayores que viven en la comunidad (5). Cuando este abordaje se desarrolla en el domicilio, se asocia además a mejoras en la continuidad asistencial y en la permanencia en el entorno habitual, especialmente en personas mayores en situación de riesgo de fragilidad (6,7).

Por otro lado, la polifarmacia se ha relacionado de forma consistente con la fragilidad y con una mayor probabilidad de progresión hacia estados de prefragilidad o fragilidad, incluso en personas inicialmente consideradas robustas, lo que subraya la importancia de un abordaje cuidadoso de la autogestión del tratamiento farmacológico (8). En este sentido, las intervenciones de salud digital, particularmente las aplicaciones móviles de apoyo a la adherencia terapéutica han mostrado resultados prometedores en personas mayores con deterioro cognitivo, al mejorar determinados dominios de la salud, la función cognitiva y algunos aspectos de la fragilidad cuando se utilizan como complemento al apoyo humano (4,9,10).

El objetivo de este caso clínico fue describir el abordaje enfermero en Atención Primaria de una persona mayor con deterioro cognitivo y riesgo de fragilidad que vive en la comunidad, centrado en la identificación de dificultades en la autogestión del tratamiento y en la implementación progresiva de estrategias de apoyo individualizadas -incluyendo la participación familiar, la supervisión domiciliaria y el uso de herramientas digitales- orientadas a mejorar el control clínico, reducir el riesgo de eventos adversos y preservar la autonomía funcional del paciente.

Descripción del caso

Varón de 80 años atendido en el ámbito de Atención Primaria, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica con función sistólica conservada, fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol, tromboembolismo pulmonar bilateral previo y adenocarcinoma de próstata estadio IV con afectación ósea. Presentaba, además, antecedentes de

fracturas por fragilidad y episodios de caídas previas, sin lesiones graves recientes.

El paciente vivía solo en su domicilio habitual y mantenía independencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). No obstante, presentaba dificultades para el manejo de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), especialmente en la gestión del tratamiento farmacológico. En los meses previos al inicio del seguimiento se había objetivado un deterioro cognitivo de intensidad moderada, que condicionaba olvidos frecuentes y dificultades para el seguimiento de las pautas terapéuticas prescritas.

Desde el punto de vista social, era viudo y contaba con apoyo familiar parcial. Además de vivir solo, el paciente mantenía una vida social activa, con salidas frecuentes a comer con un grupo estable de amigos, prácticamente a diario, lo que formaba parte de su rutina habitual y de su percepción de bienestar. Mantenía buena relación con sus hijos y una hermana, aunque rechazaba reiteradamente la posibilidad de convivir con ellos o institucionalizar cuidados, manifestando un claro deseo de preservar su autonomía y permanecer en su domicilio. De forma inicial, la supervisión de la medicación se realizaba de manera intermitente por parte de su hermana, sin que pudiera garantizar una correcta administración diaria.

Valoración de Enfermería

Valoración de Enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

De forma global, la valoración por patrones permitió identificar una interacción compleja entre deterioro cognitivo moderado, dificultades en la autogestión del régimen terapéutico y una red de apoyo insuficientemente estructurada, configurando una situación de riesgo de fragilidad y eventos adversos potencialmente evitables, susceptible de intervención enfermera progresiva orientada a preservar la autonomía y la seguridad del paciente.

Patrón I. Percepción-manejo de la salud: Alterado

El paciente presenta dificultades en la gestión de su régimen terapéutico, con olvidos frecuentes en la toma de la medicación y descompensaciones clínicas repetidas, en un contexto de deterioro cognitivo moderado y polifarmacia. Aunque manifiesta interés por mantener su salud, muestra una conciencia

limitada del impacto de una adherencia inadecuada sobre el control de sus patologías crónicas.

Patrón II. Nutricional-metabólico: Alterado

Realiza con frecuencia las comidas fuera del domicilio, lo que dificulta el seguimiento de las recomendaciones dietéticas y el control metabólico. No se objetivan alteraciones relevantes de la integridad cutánea.

Patrón III. Eliminación: Alterado

El paciente presenta estreñimiento crónico relacionado con una ingesta insuficiente de fibra. No se objetivan alteraciones en la eliminación urinaria ni incontinencia.

Patrón IV. Actividad-ejercicio: Alterado

Mantiene independencia para las ABVD, pero presenta limitaciones en las AIVD, especialmente en las que se requiere planificación y organización como el manejo de la medicación. Refiere antecedentes de caídas en el último año que, junto con la edad y comorbilidades, incrementa el riesgo de nuevos eventos.

Patrón V. Sueño-descanso: No Alterado

No se detectan alteraciones significativas ni necesidad de intervenciones específicas en este ámbito.

Patrón VI. Cognitivo-perceptual: Alterado

Se objetiva deterioro cognitivo moderado, con afectación predominante de la memoria y en la capacidad de toma de decisiones, lo que interfiere directamente en la adherencia al tratamiento y en la gestión autónoma de su proceso de salud.

Patrón VII. Autopercepción-autoconcepto: Alterado

Aunque mantiene una percepción positiva de sí mismo y expresa un fuerte deseo de conservar su autonomía, presenta una percepción limitada de sus dificultades reales, con tendencia a justificar conductas poco saludables y resistencia inicial a aceptar ayuda externa.

Patrón VIII. Rol-relaciones: Alterado

Mantiene relaciones familiares y vida social activa, aunque la red de apoyo resulta insuficiente para garantizar una supervisión continuada del

tratamiento. Existe resistencia a modificar su rol y aceptar cambios en su estilo de vida a pesar de las necesidades detectadas.

Patrón IX. Sexualidad-reproducción: No Valorado

No se recogen datos relevantes para este patrón en el contexto del caso clínico.

Patrón X. Afrontamiento-tolerancia al estrés: No Alterado

Muestra una capacidad de afrontamiento relativamente conservada, aunque presenta dificultades para asumir la necesidad de cambios derivados de su estado de salud.

Patrón XI. Valores-creencias: No Alterado

Manifiesta valores claramente orientados al mantenimiento de su independencia, permanencia en su domicilio y conservación de su vida social habitual.

Valoración Geriátrica Integral

La valoración de enfermería se realizó mediante un enfoque integral, con el objetivo de identificar factores relacionados con el riesgo de fragilidad y las dificultades en la autogestión del tratamiento, atendiendo a las dimensiones clínica, funcional, cognitiva y social del paciente.

La valoración clínica inicial puso de manifiesto un control inadecuado de parámetros clave, con desajustes persistentes en el INR y glucemias capilares, compatibles con adherencia irregular al tratamiento farmacológico y dietético. Estas dificultades no podían explicarse por cambios recientes en el tratamiento, lo que orientó hacia dificultades en la gestión del régimen terapéutico.

Desde el punto de vista funcional, el paciente mantenía un alto grado de independencia para las ABVD, con una puntuación de 95 en el índice de Barthel. Sin embargo, presentaba dependencia moderada para la AIVD, especialmente en aquellas tareas que precisaban planificación y supervisión, como el manejo de la medicación y la organización de rutinas complejas, reflejado por una puntuación de 5 en la escala de Lawton & Brody. Conservaba la capacidad de deambulación, aunque refería antecedentes de caídas en el año previo.

En la valoración cognitiva se objetivó un deterioro de intensidad moderada, evidenciado mediante escalas

estandarizadas, con una puntuación de 5 en el cuestionario de Pfeiffer y 2 en el Mini-Mental State Examination adaptado de Lobo, resultados compatibles con afectación de la memoria y de las funciones cognitivas. Este deterioro se manifestaba clínicamente en olvidos frecuentes y dificultades para recordar la toma de medicación, así como en una limitada conciencia del impacto de estos déficits sobre el control de sus patologías crónicas.

Desde el punto de vista social, el paciente vivía solo en su domicilio habitual, contando con apoyo familiar parcial. La evaluación del entorno social mediante la escala sociofamiliar de Gijón mostró una situación de riesgo social leve, en relación con una red de apoyo existente pero insuficientemente estructurada para garantizar una supervisión continuada del tratamiento. A pesar de mantener buena relación con sus familiares, rechazaba inicialmente la convivencia con estos o la institucionalización de cuidados, priorizando el mantenimiento de su autonomía y su estilo de vida.

De forma global, la valoración enfermera permitió identificar la interacción entre deterioro cognitivo moderado, limitaciones en las actividades instrumentales y un apoyo social insuficientemente organizado, que comprometía la gestión del tratamiento y aumentaba el riesgo de eventos adversos potencialmente evitables, configurando una situación susceptible de intervención enfermera mediante un abordaje progresivo y centrado en preservar la autonomía funcional y la permanencia en su domicilio.

Diagnósticos de enfermería

A partir de la valoración integral realizada, se identificó como problema prioritario la dificultad del paciente para gestionar de forma adecuada su régimen terapéutico, en un contexto de deterioro cognitivo moderado, limitaciones en las AIVD y apoyo social insuficientemente estructurado. Este problema explicaba las descompensaciones clínicas detectadas y constituía el principal factor modificable mediante intervención enfermera.

De forma asociada, el deterioro cognitivo condicionaba olvidos frecuentes y una limitada conciencia del impacto de una gestión inadecuada del tratamiento, lo que interfería en la adherencia terapéutica y en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Asimismo, la red de

apoyo disponible no garantizaba inicialmente una supervisión continuada del tratamiento, lo que contribuía a mantener el problema principal.

En función de estos hallazgos, se estableció un diagnóstico de enfermería principal, junto con diagnósticos asociados orientados a abordar de manera integral la autogestión del tratamiento, la aceptación progresiva del apoyo y la preservación de la autonomía funcional del paciente. La selección de los diagnósticos, así como la vinculación con los resultados esperados y las intervenciones enfermeras se realizó siguiendo las recomendaciones de la taxonomía NANDA-I y utilizando la plataforma NNN Consult como apoyo para garantizar la coherencia y adecuación de la relación NANDA-NOC-NIC. La planificación resultante se presenta de forma resumida en la Tabla 1.

Planificación de cuidados

La planificación de cuidados se diseñó a partir de los diagnósticos de enfermería identificados, con un enfoque progresivo, individualizado y centrado en la persona, orientado a mejorar la gestión del régimen terapéutico y reducir el riesgo de eventos adversos, respetando en todo momento la preferencia del paciente por mantener su autonomía y permanencia en el domicilio.

El plan de cuidados priorizó intervenciones dirigidas a reforzar el conocimiento del tratamiento, favorecer la implicación del paciente en la toma de decisiones y estructurar apoyos que compensaran las limitaciones detectadas en las actividades instrumentales, evitando medidas bruscas o no aceptadas inicialmente. Para ello, se combinaron estrategias educativas adaptadas al nivel cognitivo, apoyo en la toma de decisiones compartidas y supervisión progresiva del tratamiento mediante recursos familiares y de ayuda domiciliaria.

Asimismo, la planificación incorporó el uso de ayudas tecnológicas como complemento al apoyo humano, con el objetivo de reforzar las rutinas establecidas y favorecer la adherencia terapéutica en las tomas no supervisadas presencialmente. Este enfoque permitió ajustar el grado de apoyo de forma dinámica, en función de la evolución clínica y de la aceptación del paciente.

La relación entre los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las intervenciones enfermeras se presenta de forma sintética en la Tabla 1, que refleja la

traducción operativa del planteamiento descrito, permitiendo visualizar cómo las estrategias educativas, el apoyo en la toma de decisiones y la supervisión de las

AIVD se integraron en un plan coherente, progresivo y centrado en la preservación de la autonomía funcional del paciente.

Tabla 1. Resumen del plan de cuidados (diagnósticos, NOC y NIC)

<u>Diagnósticos NANDA:</u>	
<i>Diagnóstico principal</i>	
<ul style="list-style-type: none"> 00276- Autogestión ineficaz de la salud, relacionado con deterioro cognitivo y dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo, manifestado por olvidos frecuentes en la toma de la medicación, baja adherencia al tratamiento farmacológico y dietético, y descompensaciones clínicas repetidas (INR y glucemias fuera de rango). 	
<i>Diagnósticos asociados</i>	
<ul style="list-style-type: none"> 00131- Deterioro de la memoria, relacionado con cambios cognitivos asociados a la edad, manifestado por dificultad para recordar la realización de conductas programadas y para confirmar la correcta toma del tratamiento, evidenciado mediante escalas cognitivas estandarizadas. 00358- Red de apoyo social inadecuada, relacionado con apoyo familiar insuficientemente estructurado y resistencia inicial a aceptar ayuda continuada, manifestado por supervisión irregular del tratamiento y rechazo inicial a modificar el entorno de cuidados, pese a la existencia de familiares disponibles. 	
<u>NOC/Criterios de resultados</u>	<u>NIC</u>
01813 Conocimiento: régimen terapéutico	05616 Enseñanzas: medicamentos prescritos
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> 181302 Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso 181315 Técnicas de automonitorización 	<ul style="list-style-type: none"> Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento (especial atención a anticoagulación e insulina). Instruir acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento (dosis, horarios, vía de administración y relación con comidas). Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación (detectando errores, olvidos o creencias incorrectas). Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación (adaptando la información al nivel cognitivo del paciente). Informar sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis (especialmente relevante en anticoagulación). Determinar la necesidad de sistemas de apoyo para mejorar la adherencia (pastilleros, supervisión por terceros y recordatorios digitales). Proporcionar ayudas visuales o tecnológicas (aplicación móvil de recordatorio de tomas).
<p>Escala 20: 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</p>	
01606 Participación en las decisiones sobre la salud	05250 Apoyo en la toma de decisiones
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> 160607 Identifica los obstáculos para la consecución de los resultados deseados 160610 identifica el apoyo disponible para lograr los resultados deseados 160617 utiliza las ayudas proporcionadas para la toma de decisiones 160619 Muestra capacidad emocional para participar en la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la toma de decisiones en colaboración (respetando los valores, preferencias y prioridades del paciente). Ayudar a clarificar valores y expectativas (relacionados con el mantenimiento de la autonomía y la aceptación del apoyo). Servir de enlace entre el paciente y la familia (favoreciendo la comunicación y la toma de decisiones consensuadas). Favorecer la expresión de dudas, miedos o resistencias ante los cambios propuestos en el plan de cuidados.
<p>Escala 13: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado.</p>	
01300 - Aceptación del estado de salud	01805 Ayuda con el autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria
Indicadores	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> 130008 Reconocer la realidad de la situación de salud 130024 Busca apoyo social cuando lo necesita 130014 Realiza tareas de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de ayuda necesario para las AIVD (especialmente en el manejo de la medicación, la preparación de comidas y la organización diaria). Identificar los recursos disponibles y las preferencias del paciente (en relación con el apoyo domiciliario y la supervisión del tratamiento). Establecer rutinas estructuradas para las actividades diarias (adaptadas a las capacidades cognitivas del paciente). Facilitar la implicación de familiares y cuidadores (definiendo claramente el grado de supervisión necesario). Fomentar la independencia (interviniendo solo cuando el paciente no sea capaz de realizar la actividad de forma segura).
<p>Escala 1: 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido</p>	<p>Evaluar de forma periódica la estabilidad o progresión del deterioro cognitivo (ajustando el nivel de apoyo en función de la evolución).</p>

Evolución y resultados

Durante el periodo de seguimiento se observó una evolución progresiva favorable, paralela a la implementación escalonada del plan de cuidados y a la aceptación gradual del apoyo externo por parte del paciente.

En una fase inicial persistieron dificultades en la adherencia al tratamiento, con desajustes en los valores de INR y glucemias capilares, lo que reflejaba la dificultad del proceso de cambio y la resistencia inicial a modificar rutinas consolidadas. A medida que se reforzaron las intervenciones educativas y se avanzó en la toma de decisiones compartidas, el paciente comenzó a mostrar una mayor implicación en su cuidado y una mejor disposición a aceptar apoyos estructurados.

La incorporación progresiva de supervisión domiciliaria (se contrató una persona de ayuda a domicilio en turno de mañana) permitió organizar de forma más estable las rutinas diarias y garantizar una administración más regular de la medicación. De forma complementaria, el uso de la aplicación móvil "Medisafe" como recordatorio de la toma de medicación, contribuyó a reducir los olvidos en las tomas no supervisadas presencialmente, reforzando la adherencia terapéutica.

Como resultado de estas medidas, se objetivó una mejora sostenida del control clínico, con estabilización de los valores de INR en rango terapéutico y mejor control de las glucemias capilares. Durante el periodo final de seguimiento no se registraron episodios de sangrado clínicamente relevantes ni nuevas caídas.

Desde el punto de vista funcional, el paciente mantuvo su nivel de independencia para las ABVD, sin evidenciarse deterioro funcional significativo. Aunque persistieron las limitaciones cognitivas previamente identificadas, se observó una mayor aceptación del apoyo externo y una mejor adaptación a las nuevas rutinas establecidas.

En el ámbito psicosocial, el paciente consiguió mantener su permanencia en el domicilio habitual y conservar su vida social, objetivos prioritarios para él desde el inicio del seguimiento. La combinación de apoyo familiar, supervisión domiciliaria y herramientas tecnológicas permitió reducir el riesgo de eventos adversos y favorecer un equilibrio entre seguridad y autonomía, en consonancia con el plan de cuidados.

Discusión y conclusiones

El presente caso clínico describe una situación frecuente en la práctica enfermera en Atención Primaria: la atención a una persona mayor que vive en la comunidad, con multimorbilidad, polifarmacia y deterioro cognitivo, en un contexto de riesgo de fragilidad. La literatura identifica este perfil como especialmente vulnerable a resultados adversos como descompensaciones clínicas, caídas y pérdida de autonomía funcional, especialmente cuando existen dificultades en la autogestión del tratamiento (1–3).

La fragilidad se considera actualmente un estado dinámico y multifactorial, resultado de la interacción entre factores clínicos, funcionales, cognitivos y sociales (2,4). En el caso presentado, la coexistencia de deterioro cognitivo moderado, vida en solitario, polifarmacia y antecedentes de caídas, configuró un escenario de alto riesgo coherente con los factores asociados a fragilidad descritos en población comunitaria (1,2). Estos elementos, aunque no siempre determinan por sí mismos la pérdida de autonomía, incrementan la vulnerabilidad ante estresores y dificultan el mantenimiento de un control clínico adecuado.

Los resultados observados refuerzan la evidencia de que incluso grados leves o moderados de deterioro cognitivo pueden comprometer de forma significativa la capacidad de autogestión del tratamiento, especialmente en personas polimedizadas y sometidas a terapias de alto riesgo, como la anticoagulación o la insulino terapia.

Diversos estudios han señalado la estrecha relación entre polifarmacia y fragilidad, así como la mayor probabilidad de progresión hacia estados de prefragilidad o fragilidad, incluso en personas inicialmente consideradas robustas (8).

En este contexto, la EGI desempeñó un papel clave para identificar de forma precoz los factores implicados en el riesgo de fragilidad y orientar un plan de cuidados individualizado. Tal y como describen Briggs et al. (5), la EGI permite una valoración multidimensional que facilita la planificación de intervenciones centradas en la persona. Cuando este abordaje se desarrolla en el domicilio, se asocia además a mejoras en la continuidad asistencial y en la permanencia en el entorno habitual de las personas mayores en riesgo de fragilidad, como señalan Hayes et al. (6) y Apóstolo et al. (7). En el caso descrito, este enfoque

permitió diseñar una estrategia progresiva y adaptada, respetuosa con las preferencias del paciente.

Uno de los aspectos más relevantes fue la implementación escalonada de intervenciones, combinando apoyo familiar, supervisión domiciliaria y uso de herramientas digitales como complemento al apoyo humano. La evidencia disponible indica que las intervenciones complejas en el domicilio pueden mejorar resultados clínicos y funcionales en personas mayores que viven en la comunidad (6,7). En este caso, la estructuración progresiva de las rutinas y la supervisión del tratamiento se asociaron a una mejora objetiva del control clínico y a la reducción del riesgo de eventos adversos.

Asimismo, el uso de intervenciones de salud digital se alineó con la literatura que señala su potencial utilidad en personas mayores con deterioro cognitivo. Revisiones previas han mostrado que las intervenciones digitales pueden contribuir a mejorar determinados dominios de la salud, la función cognitiva y la calidad de vida (9). De forma más específica, estudios recientes sugieren que estas herramientas pueden tener un impacto positivo sobre la fragilidad y la fragilidad cognitiva cuando se integran como complemento y no como sustitución del apoyo humano (4,10), tal y como se aplicó en este caso.

Desde la perspectiva enfermera, este caso pone de relieve el papel central de la enfermera de Atención Primaria en la detección temprana de problemas de autogestión, la coordinación de recursos formales e informales y el acompañamiento en la toma de decisiones compartidas. Más allá de la educación sanitaria, la intervención enfermera continuada y adaptativa permitió ajustar el nivel de apoyo en función de la evolución clínica y de la aceptación del paciente, favoreciendo un equilibrio entre seguridad y autonomía.

Entre las limitaciones del caso se encuentra su carácter descriptivo y el seguimiento limitado en el tiempo, lo que impide establecer relaciones causales o extrapolar los resultados. No obstante, el caso aporta evidencia clínica relevante sobre la aplicabilidad de intervenciones enfermeras integrales, centradas en la persona, basadas en la EGI y en la prevención de resultados adversos asociados al riesgo de fragilidad en el ámbito comunitario.

Para concluir, este caso clínico muestra que una intervención enfermera integral, progresiva y centrada en

la persona, puede mejorar la gestión del tratamiento, reducir el riesgo de eventos adversos y preservar la autonomía funcional en personas mayores con deterioro cognitivo y riesgo de fragilidad que viven en la comunidad. La combinación de EGI, apoyo familiar estructurado, supervisión domiciliaria y herramientas digitales se presenta como una estrategia factible y alineada con la evidencia actual, reforzando el papel de la enfermera de Atención Primaria como agente clave en la prevención de la fragilidad y en el mantenimiento de la calidad de vida de la población envejecida.

Conflicto de intereses: no se declaran conflictos de intereses.

Financiación: no existió financiación

Referencias

1. Wang X, Hu J, Wu D. Risk factors for frailty in older adults. *Medicine* [Internet]. 2022 Aug 26 [cited 2025 Dec 18];101(34):e30169. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9410572/>
2. Boucham M, Salhi A, El Hajji N, Gbenonsi GY, Belyamani L, Khalis M. Factors associated with frailty in older people: an umbrella review. *BMC Geriatr* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Dec 18];24(1):737. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11376099/>
3. Eidam A, Durga J, Bauer JM, Zimmermann S, Vey JA, Rapp K, et al. Interventions to prevent the onset of frailty in adults aged 60 and older (PRAE-Frail): a systematic review and network meta-analysis. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2024 Oct 1 [cited 2025 Dec 18];15(5):1169. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11614966/>
4. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2016 [cited 2025 Dec 20];Capítulo 5, A69(17):1-43. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
5. Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2022 May 6 [cited 2025 Dec 16];2022(5). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012705.pub2/full>
6. Hayes C, Yigezu A, Dillon S, Fitzgerald C, Manning M, Leahy A, et al. Home-Based Comprehensive Geriatric Assessment for Community-Dwelling, At-Risk, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2025 Jun 1 [cited 2025 Dec 18];73(6):1929. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12205303/>
7. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBIC Database System Rev Implement Rep* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2025 Dec 20];15(4):1154. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5457829/>

8. Palmer K, Villani ER, Vetrano DL, Cherubini A, Cruz-Jentoft AJ, Curtin D, et al. Association of polypharmacy and hyperpolypharmacy with frailty states: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2019 Feb 15 [cited 2025 Dec 21];10(1):9–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32720270/>
9. Marthick M, McGregor D, Alison J, Cheema B, Dhillon H, Shaw T. Supportive Care Interventions for People With Cancer Assisted by

Digital Technology: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2021 Oct 1;23(10).

10. Li Y, Liu M, Yang J, Liu Q, Zhou W, Yu J, et al. Evaluating effectiveness and implementation of digital health interventions for older adults with cognitive frailty: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2025 Sep 1 [cited 2025 Dec 18];111. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40602434/>



© 2026 by the authors; licensee Archives of Nursing Research, Cáceres, Spain. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>).