

Estadificación del síndrome de fragilidad mediante la escala de Fried en una población de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Palmira en el año 2025

Staging of frailty syndrome using the Fried scale in a population of institutionalized older adults in the city of Palmira in 2025

Pedro Andrés Molano Agudelo ^a, Leidy Johana Cifuentes Pérez ^b, Jesus Andres Cuastumal Cuastumal ^b, Daniela Pedraza Portela^b.

^a Docente facultad de salud Universidad Santiago de Cali

^b Médicos Internos de la Universidad Santiago de Cali, Facultad de Medicina, seccional Palmira, Colombia

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.molano00@usc.edu.co (Pedro Andrés Molano)

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo y estadificar el síndrome de fragilidad mediante la aplicación de la escala de Fried en una población de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Palmira en el año 2025, con el fin de brindar recomendaciones para políticas públicas o programas de intervención futuras.

Diseño: es un estudio de tipo descriptivo transversal de tipo cuantitativo

Emplazamiento: en el marco de atención comunitaria.

Participantes: La población fue de adultos mayores institucionalizados de dos ancianatos, los criterios de inclusión fueron: ser adultos mayores de 60 años, sin distinción de sexo. El tamaño de este grupo se estableció en 69 participantes.

Mediciones principales: Las variables principales fueron: pérdida de peso no intencional, autoreporte de agotamiento, baja actividad física, valor de fuerza de prensión manual y disminución en la velocidad de marcha. Se clasifica según los criterios de Fried en: frágil (3 o más criterios), pre frágil (1-2 criterios) y robusto (0 criterios). La cual se evaluó en cada participante con otras variables mediante Microsoft Forms.

Resultados: El 46,4% de los participantes no contaban con ningún cuidador. Se encontró la mayor población con fragilidad en las edades 80-89 años (42.5%) (IC 95%: 30.1% a 55.9%).

Conclusiones: Los participantes frágiles presentaron alteraciones principalmente en la movilidad o el equilibrio y trastornos sensoriales, dependencia funcional leve en la escala de Barthel y nivel de dependencia leve a moderada en actividades instrumentales de la vida diaria en la escala de Lawton.

PALABRAS CLAVE: Fragilidad, Anciano Frágil, Salud del Anciano Institucionalizado.

ABSTRACT

Objective: To identify risk factors and stage frailty syndrome by applying the Fried scale to a population of institutionalized older adults in the city of Palmira in 2025, in order to provide recommendations for future public policies or intervention programs.

Design: This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study.

Setting: Within a community care setting.

Participants: The population consisted of institutionalized older adults from two nursing homes. The inclusion criteria were: being older than 60 years of age, regardless of sex. The group size was set at 69 participants.

Main measurements: The main variables were unintentional weight loss, self-reported exhaustion, low physical activity, handgrip strength, and decreased gait speed. Patients were classified according to Fried criteria as: frail (3 or more criteria), pre-frail (1-2 criteria), and robust (0 criteria). Each participant was assessed with other variables using Microsoft Forms.

Results: 46.4% of participants did not have a caregiver. The largest population of frailty was found in the 80–89 age group (42.5%) (95% CI: 30.1% to 55.9%).

Conclusions: Frail participants presented with impairments primarily in mobility or balance and sensory disturbances, mild functional dependence on the Barthel scale, and mild to moderate dependence in instrumental activities of daily living on the Lawton scale.

KEYWORDS: Frailty, Frail Elderly, Health of Institutionalized Elderly.

INTRODUCCIÓN

La prolongación constante de la esperanza de vida en la sociedad contemporánea ha captado la atención de investigadores y profesionales de la salud. Esto refleja avances significativos en la calidad de vida, especialmente para la población de la tercera edad a las personas que presentan una edad igual o superior a los 60 años (1).

El síndrome de fragilidad es una condición clínica caracterizada por una mayor vulnerabilidad en los adultos mayores, lo que les impide adaptarse adecuadamente a situaciones de estrés (2). Esta falta de adaptación se debe a la desregulación de diversos sistemas fisiológicos y aumenta el riesgo de complicaciones graves, como

caídas, fracturas, hospitalizaciones, deterioro cognitivo, discapacidades, disminución de la calidad de vida y mayor mortalidad (3). Además, afecta al 17.9 % de los adultos mayores, siendo más frecuente en personas de edad avanzada, mujeres, residentes de áreas rurales, con bajo nivel educativo y múltiples comorbilidades (4).

La detección del síndrome de fragilidad se realiza mediante modelos como el de fenotipo de Fried, que clasifica a los pacientes en frágiles, prefrágiles y robustos según la presencia de al menos tres de los siguientes criterios: pérdida de peso, fatiga, debilidad muscular, lentitud de la marcha y baja actividad física (5).

La identificación temprana del síndrome de fragilidad en adultos mayores institucionalizados es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida. Este estudio, de enfoque descriptivo, cuantitativo y transversal, aplica el modelo de fenotipo de Fried para detectar y clasificar la fragilidad en personas mayores de 60 años residentes en dos centros de la ciudad de Palmira. Se busca fortalecer el diagnóstico oportuno, establecer una base de datos sobre su prevalencia y factores de riesgo, y promover intervenciones preventivas que disminuyan la morbilidad y mortalidad en esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal de carácter cuantitativo, entre los meses de febrero y marzo de 2025, en la ciudad de Palmira, Valle del Cauca, Colombia. La población abarcó a los adultos mayores institucionalizados de dos ancianatos. Para determinar su inclusión se emplearon los siguientes criterios; adultos mayores de 60 años, sin distinción de sexo, y que se encuentren institucionalizados en las mencionadas entidades. Se excluyeron a aquellos individuos que no proporcionaron su consentimiento informado, presentaban condiciones de salud que impedían su participación activa, estaban ausentes durante el intervalo de recolección de datos y aquellos con información insuficiente

proporcionada en la encuesta. Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, finalmente el tamaño de este grupo se estableció en 69 personas.

Previo a iniciar el estudio, todos los participantes brindaron voluntariamente su consentimiento informado por escrito, tras recibir una explicación detallada donde se especificó que el estudio se limitaría a evaluaciones funcionales sin incluir aplicación de procedimientos invasivos que representen riesgos para su salud (6). El estudio fue revisado y avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Santiago de Cali, asegurando el cumplimiento de los lineamientos éticos nacionales establecidos en la Resolución 8430 de 1993, los principios internacionales de la Declaración de Helsinki y el código de Nuremberg (7).

Las variables principales que se han analizado son las que conforman los criterios del fenotipo de fragilidad de Fried: pérdida de peso no intencional, autoreporte de agotamiento, baja actividad física, valor de fuerza de prensión manual y disminución en la velocidad de marcha. También se registraron otras variables relevantes que hacen referencia a datos sociodemográficos y clínicos, tales como la edad, el género, deterioro cognitivo y condiciones socioeconómicas (8).

La clasificación del estado de fragilidad de la población estudiada se realizó siguiendo los criterios aportados por Fried (ver tabla 1). De esta manera, se establece como frágil a las personas que presentan tres o más criterios, pre frágiles quienes tienen uno o dos criterios, y con un estado robusto a aquellas que no presentaban ningún criterio (9). El modelo de Fried, validado precisamente en el Cardiovascular Health Study (2001) (5), ha demostrado ser una herramienta práctica, de buena fiabilidad y sensible para determinar de manera precoz adultos mayores con riesgo de sufrir eventos adversos como hospitalización, deterioro funcional o mortalidad (10).

Por otro lado, se evaluó la funcionalidad mediante dos instrumentos validados: el Índice de Barthel (IB) para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la Escala de Lawton y Brody (ELB) en cuanto a la realización de actividades instrumentales (11).

Para la recopilación de información se empleó la escala de Fried mediante encuestas, con una duración aproximada de 15 minutos por participante. La información fue registrada en formularios digitales a través de la plataforma Microsoft Forms, lo que facilitó su posterior sistematización. El análisis se llevó a cabo de manera descriptiva univariada y bivariada utilizando Microsoft Excel, con el apoyo de tablas dinámicas y gráficos que permitieron examinar frecuencias, moda y porcentajes, consiguiendo establecer la prevalencia de la fragilidad dentro de la muestra analizada y su relación con factores asociados.

Tabla 1. Criterios de fragilidad según el modelo de Fried.

Fuerza de prensión palmar (menos del 20% en la mano dominante)
Fatiga/paciente exhausto (respuesta positiva)
Menos activo físicamente (menos de 20% del gasto calórico)
Marcha lenta (menos de 20% para caminar de 3 a 6 metros)
Pérdida de peso no intencional (4.5 kg/año)

* Tomado de: Jauregui JR, Rubin RK. Fragilidad en el adulto mayor. Vol. 32, Rev. Hosp. Ital. B.Aires. Argentina; 2012 Apr.

RESULTADOS

Características sociodemográficas:

Como se evidencia en la tabla 2, se encuentran las diferentes características sociodemográficas halladas en todos los participantes. Algunos hallazgos fueron: la mayoría de la población se encontraba en los rangos de 80 a 89 años con un 36.2% y un 58% reportó tener bajos ingresos.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes

VARIABLE		PARTICIPANTES N=69	
EDAD	60-69	14	20,3%
	70-79	24	34.8%
	80-89	25	36.2%
	90-99	6	8.7%
SEXO	Hombre	57	82.6%
	Mujer	12	17.4%
BAJOS INGRESOS	SI	40	58%
	NO	29	42%
APOYO	Cuidador	20	29%
	Familiar	13	18.8%
	Amigo/conocido	4	5.8%
	Nadie	32	46.4%
RESIDENCIA EN INSTITUCIÓN/HOSPITAL DIA	Si	62	90%
	No	7	10%

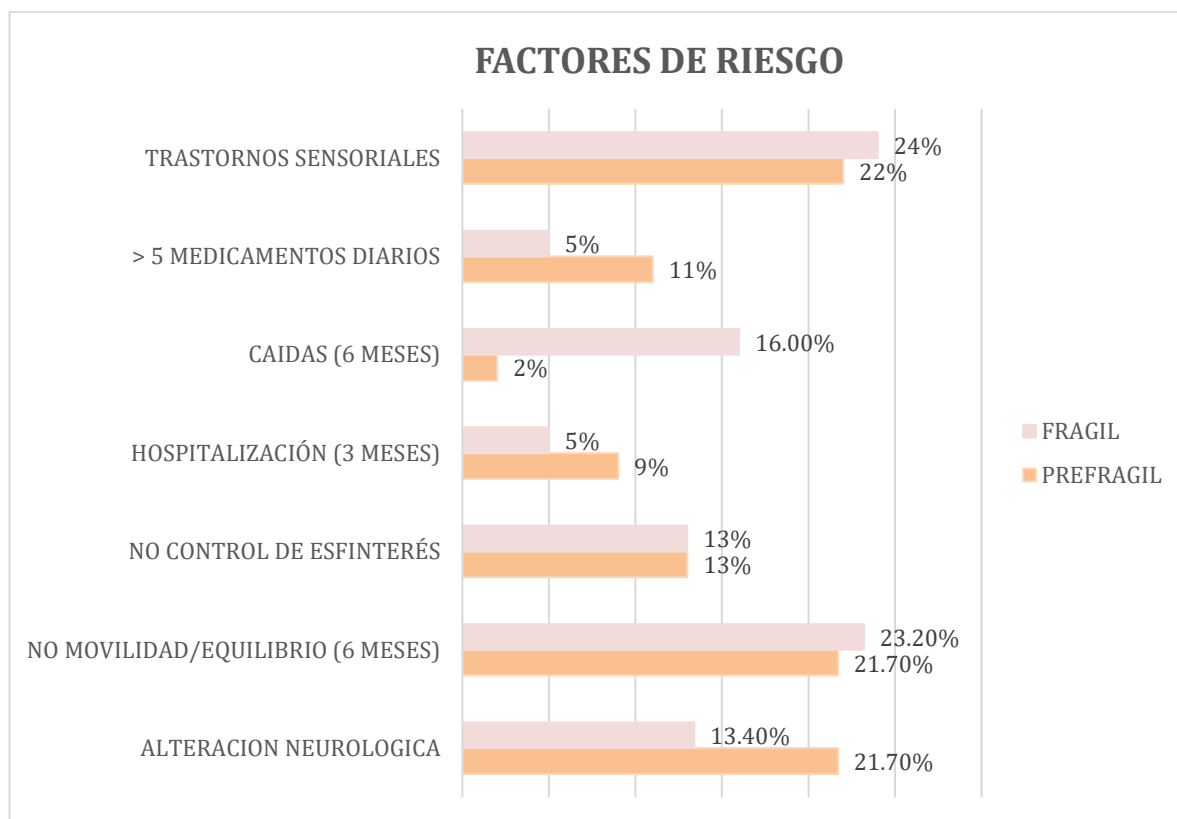
***Fuente:** Elaboración propia

Factores de riesgo asociados según la clasificación de Fried

Como se aprecia en el siguiente diagrama de barras (Gráfica 1), se presentan los factores de riesgo encontrados en la clasificación de pre frágiles y frágiles cuantificado mediante porcentaje; en cuanto a la población frágil presentó como

factores de riesgo mayoritariamente trastornos sensoriales en un 24% y alteración en la movilidad o el equilibrio en un 23,2%.

Gráfica 1. Factores de riesgo asociados según la clasificación de Fried.



***Fuente:** Elaboración propia

Factores comparativos con criterios de Fried

Como se muestra en la tabla 3, los diferentes factores valorados durante la encuesta se encuentran distribuidos como variables y clasificados según la escala de Fried. De acuerdo con ello, según la Escala de Barthel, que evalúa la independencia funcional, el 70% (IC 95%: 53.6% a 86.4%) de los frágiles estaba en dependencia ligera. En la Escala de Lawton, que mide actividades instrumentales de la vida diaria, los frágiles se concentraron en dependencia ligera (40%) a moderada (40%).

Tabla 3. Factores comparativos con criterios de Fried

VARIABLE		ROBUSTO N=5 (7,2%)	PREFRAGIL N=24 (34.8%)	FRAGIL N=40 (58%)	IC 95% DE FRAGIL
SEXO	HOMBRE	3 (60%)	20 (83.3)	33 (82.5%)	65 a 100
	MUJER	2 (40%)	4 (16.7%)	7 (17.5%)	9.7 a 26.3
EDAD	60-69	1 (20%)	5 (21%)	8 (20%)	11.2 a 28.8
	70-79	3 (60%)	10 (41.7%)	11 (27.5%)	17.6 a 38.4
	80-89	1 (20%)	7 (29.2%)	17 (42.5%)	30.1 a 55.9
	90-99	0 (0%)	2 (8.3%)	4 (10%)	3.8 a 16.2
ESCALA DE BARTHEL	Independiente (100)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
	Leve (60-95)	5 (100%)	18 (75%)	28 (70%)	53.6 a 86.4
	Moderada (40-55)	0 (0%)	1 (4.2%)	3 (7.5%)	1.8 a 12.2
	Grave (20-35)	0 (0%)	3 (13%)	5 (12.5%)	5.2 a 18.8
	Total (<20)	0 (0%)	2 (8,3%)	4 (10%)	3.8 a 16.2
ESCALA DE LAWTON	Autónomo	0 (0%)	3 (12.5%)	1 (2.5%)	-0.8 a 4.8
	Dependencia ligera	4 (80%)	11 (45.8%)	16 (40%)	27.6 a 52.4
	Dependencia moderada	0 (0%)	8 (33.3%)	16 (40%)	27.6 a 52.4
	Dependencia grave	1 (20%)	2 (8.3%)	6 (15%)	7.4 a 22.6

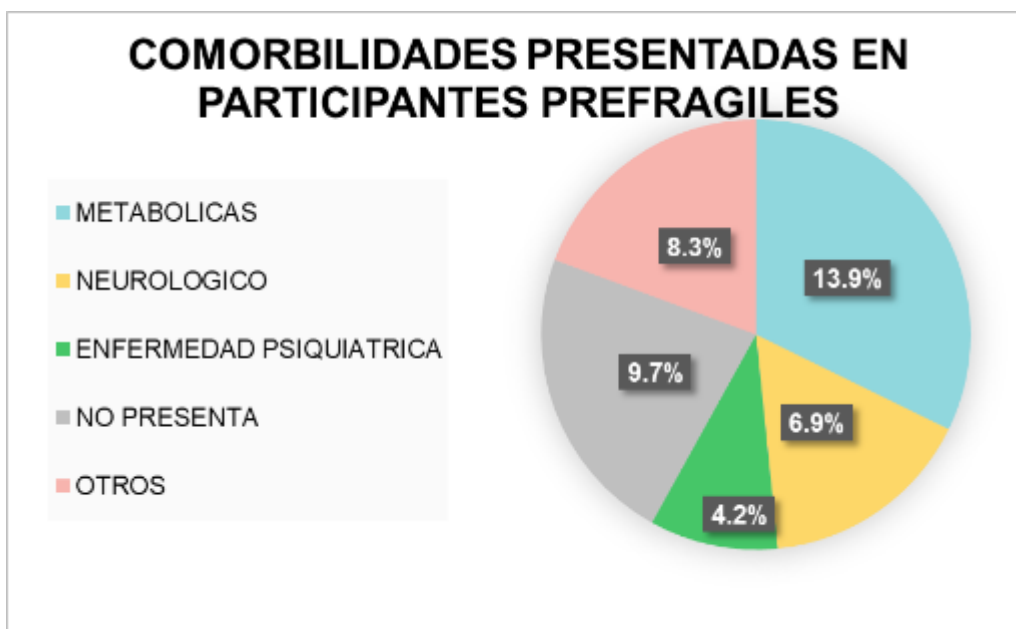
	Dependencia total	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.5%)	-0.8 a 4.8
--	--------------------------	--------	--------	----------	------------

***Fuente:** Elaboración propia

Comorbilidades en los participantes pre frágiles y frágiles

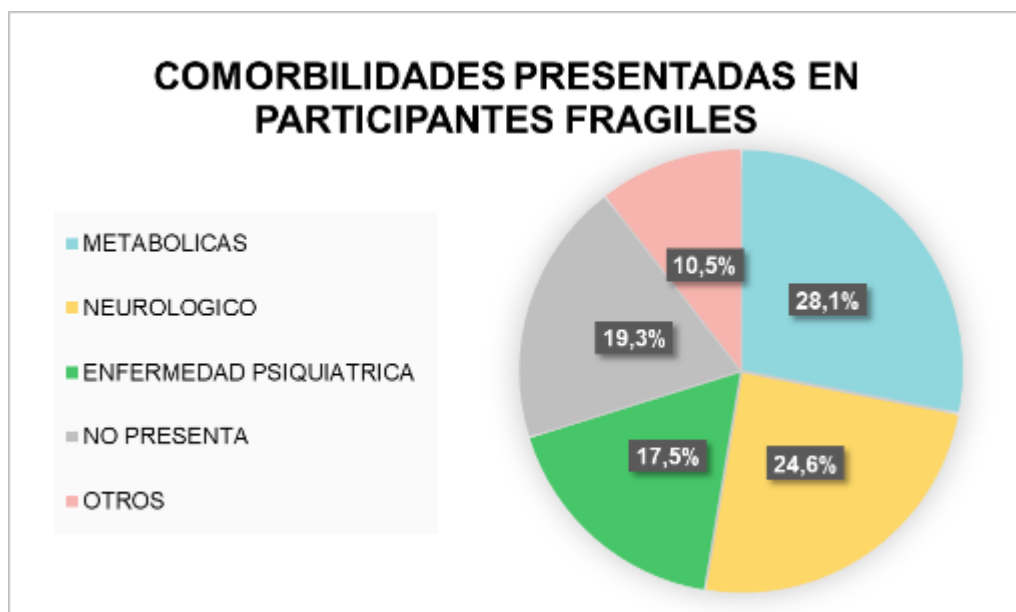
En los siguientes diagramas de pastel se ubican las comorbilidades en los grupos de pre frágiles (Gráfica 2) y frágiles (Gráfica 3). Las comorbilidades en los evaluados ubicados en pre frágiles fueron principalmente aquellas metabólicas en un 13.9%. En cuanto a las comorbilidades en pacientes frágiles un 28.1% presentaron enfermedades metabólicas.

Gráfica 2. Comorbilidades presentadas en participantes pre frágiles.



***Fuente:** Elaboración propia

Gráfica 3. Comorbilidades presentadas en participantes frágiles.



***Fuente:** Elaboración propia

Recomendaciones según los factores de riesgo encontrados

En la tabla inferior (tabla 4) se proponen diferentes recomendaciones según los factores de riesgo encontrados tanto en la población pre frágil, como en la frágil, consecuente a ello, las recomendaciones son aplicables entre si para distintos factores de riesgo.

Tabla 4. Recomendaciones según los factores de riesgo encontrados

FACTORES DE RIESGO	RECOMENDACIONES
Apoyo	Trabajo social
Trastorno de la movilidad/equilibrio (6 meses)	Entrenamiento físico
Trastorno sensorial	Fisioterapia
Alteracion neurologica	Especialistas (oftalmología, optometría, otorrinolaringología, fonoaudiología, urología, neurología, psiquiatría)
Trastorno de control de los esfinteres	Rutinas para entrenamiento de su memoria
Dependencia leve-grave en escala de Barthel	Modificación de dieta
Dependencia leve-moderada en escala de Lawton y Brody	Contacto con entidades municipales
Comorbilidades metabolicas	

***Fuente:** Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue la estratificación del síndrome de fragilidad en una población de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Palmira en el año 2025, mediante la escala de Fried. Se trató de un estudio observacional de corte transversal, que permitió clasificar a los participantes en categorías de robustos, pre frágiles y frágiles. Este estudio establece una relevancia clínica y social significativa, ya que la fragilidad impacta directamente en la calidad de vida, la funcionalidad y la aparición de eventos adversos, lo que resalta la necesidad de diseñar estrategias de intervención temprana y eficaz.

En este estudio, el 58% de los adultos mayores institucionalizados evaluados fueron clasificados como frágiles, el 34,8% como prefrágiles y solo el 7,2% como robustos. La fragilidad se presentó con mayor frecuencia en hombres y en el grupo de edad entre 80 y 89 años (42.5%). Estos hallazgos son consistentes con los reportados por Astaiza et al. (2021), quienes encontraron que el 76,6% de los adultos mayores comunitarios de la comuna 19 de Cali estaban en estado de prefragilidad o fragilidad (12). Sin embargo, a diferencia de ese estudio, donde la mayoría de los participantes eran mujeres, en la presente investigación predominó la población masculina (82,6%), lo cual podría estar relacionado con las características particulares de la institución evaluada.

Además de la distribución por sexo y edad, se identifican diversos factores clínicos y funcionales asociados al estado de fragilidad. Se evidencia que los adultos mayores frágiles presentaban alteraciones principalmente en la movilidad o el equilibrio y trastornos sensoriales, así como comorbilidades metabólicas y neurológicas. Estas condiciones han sido ampliamente relacionadas con la fragilidad en diversos estudios, incluyendo el de Astaiza et al., quienes destacaron que la pérdida de fuerza y el deterioro funcional son características comunes en adultos mayores frágiles (12). Estos resultados reafirman la importancia de evaluar de forma integral las condiciones físicas, cognitivas y funcionales en adultos

mayores institucionalizados, dado su impacto directo sobre el nivel de fragilidad y el riesgo de dependencia progresiva.

Se encontró que el 70% de los adultos mayores clasificados como frágiles presentaban un nivel de dependencia funcional leve, de acuerdo con la escala de Barthel. Además, un 7,5% mostró dependencia moderada y otro 12,5% dependencia grave, lo que evidencia una disminución progresiva en la autonomía conforme aumenta el grado de fragilidad. Estos hallazgos son respaldados por el estudio realizado por Escobedo Romero e Izquierdo Fernández (2023), quienes demostraron que los pacientes con una puntuación igual o menor a 60 en el índice de Barthel presentaban un riesgo significativamente mayor de mortalidad (OR: 3,55) y hospitalización en los primeros 9 meses de seguimiento (13). Dicho estudio propone el uso del Barthel como una herramienta sencilla y eficaz para identificar pacientes potencialmente frágiles, lo que refuerza su aplicabilidad como instrumento complementario a la escala de Fried en contextos clínicos, especialmente en poblaciones institucionalizadas.

Se evidencio en el estudio que la escala de Lawton mostró que los adultos mayores frágiles presentaban niveles de dependencia leve a moderada en actividades instrumentales de la vida diaria. Este hallazgo refuerza la relación entre fragilidad y pérdida progresiva de la autonomía funcional, no solo en tareas básicas sino también en actividades complejas del entorno cotidiano.

Más allá de identificar la dependencia funcional, diversos estudios han demostrado que esta condición es potencialmente modificable mediante intervenciones específicas, evidencia recopilada por Martínez-Montas et al. (2025), quienes a través de una revisión sistemática concluyeron que la fragilidad puede ser prevenida o incluso revertida mediante programas de ejercicio físico multicomponente (14). Estas intervenciones, que incluyen entrenamiento de fuerza, equilibrio y resistencia, demostraron mejoras en la autonomía funcional, especialmente en adultos mayores institucionalizados con algún grado de dependencia. Esto refuerza la aplicabilidad

práctica de los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que la identificación temprana de la fragilidad mediante escalas como Fried y Barthel puede orientar la implementación de estrategias de rehabilitación que mejoren la calidad de vida y reduzcan el riesgo de deterioro progresivo.

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda que futuras investigaciones aborden la fragilidad en adultos mayores institucionalizados mediante estudios con un mayor tamaño de muestra y utilizando diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución del síndrome en el tiempo. Asimismo, sería pertinente implementar y valorar la efectividad de intervenciones específicas, como programas de ejercicio físico multicomponente, estimulación cognitiva o estrategias nutricionales, que han demostrado impacto positivo en el estado funcional y la calidad de vida.

De igual forma, se destaca la importancia de diseñar estrategias preventivas dirigidas a los adultos mayores clasificados como robustos y prefrágiles, con el fin de evitar su progresión hacia la fragilidad. Estas intervenciones deben enfocarse en la promoción de la actividad física regular, el fortalecimiento del soporte social, la vigilancia nutricional y el seguimiento periódico de indicadores funcionales. Finalmente, se sugiere comparar diferentes escalas de medición de fragilidad y dependencia funcional, ya que estas ofrecen mayor sensibilidad y aplicabilidad en contextos institucionales y así permitir optimizar la detección temprana y el manejo integral de este síndrome en poblaciones vulnerables.

Un aspecto importante que considerar son las limitaciones del estudio, los cuales podemos encontrar el tamaño reducido de la muestra ($n=69$), lo cual limita la generalización de los resultados a otras poblaciones institucionalizadas. Asimismo, se utilizó un muestreo intencional no probabilístico. Al tratarse de un estudio observacional de corte transversal, no es posible establecer relaciones causales entre los factores evaluados y el estado de fragilidad, sino únicamente asociaciones en un momento determinado. Finalmente, al realizarse en dos instituciones

específicas de la ciudad de Palmira, los resultados no necesariamente reflejan la situación de otros contextos institucionales o comunitarios del país.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las instituciones Obra Social Diocesana y Madre María de Palmira, Valle del Cauca, por su colaboración y por permitir la realización de este estudio en sus instalaciones. Su apoyo fue fundamental para el desarrollo del trabajo de campo y la recolección de datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Santiago de Cali. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio, y firmaron el consentimiento informado antes de participar, garantizando así su participación voluntaria y el respeto a los principios éticos de la investigación en seres humanos.

FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido financiado por la Universidad Santiago de Cali, participando en el envío del artículo para su publicación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud; 2022.

2. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. 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*. 2016;33(2):328-34.
3. Londoño-Morales V, Bautista-Mier H, Parra-Saldarriaga J, Sánchez-Duque J. síndrome de fragilidad en ancianos: enfoque de atención primaria en salud. *Revista Medicina*. 2024; 84: 179-182.
4. Ocampo-Chaparro J, Reyes-Ortiz C, Castro-Flórez X, Gómez F. Frailty in older adults and their association with social determinants of Health. The SABE Colombia Study. *Colomb Med*. 2019; 50(2): 89-101.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-156. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
6. Peacock Aldana S, Cala Calviño L, Labadié Fernández S, Álvarez Escalante L. Ética en la investigación biomédica: contextualización y necesidad. *MEDISAN* [Internet]. 2019 Oct [citado 2025 Abr 20]; 23(5): 921-941. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000500921&lng=es
7. Ministerio de Salud. Resolución 8430. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
8. Acosta-Benito M, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Elsevier. 2022; 54(9). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>
9. Jauregui JR, Rubin RK. Fragilidad en el adulto mayor. Vol. 32, *Rev. Hosp. Ital. B.Aires. Argentina*; 2012 Apr.
10. Gary R. Evaluation of frailty in older adults with cardiovascular disease: *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012 Mar;27(2):120–3
11. Actividades básicas e instrumentales en relación a la situación de fragilidad. *Revista INFAD de Psicología* [Internet]. 2019 Jul. 13 [cited 2025

Apr.20];2(1):283-90.

Disponible

en:

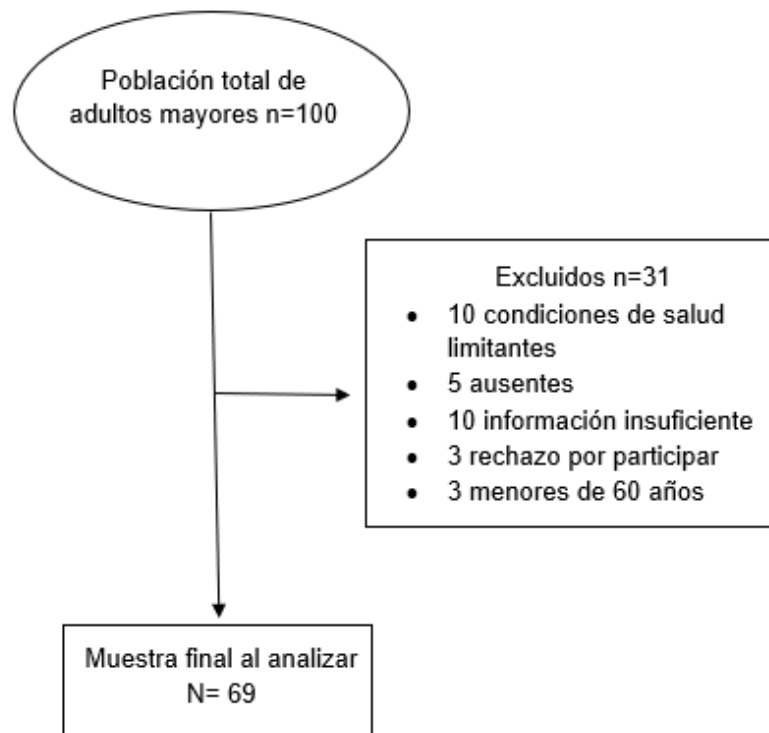
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1441>

12. Astaiza M, Castro N, Hurtado C, Muñoz R, Delgado G. Fragilidad y funcionalidad en adultos mayores de la comuna 19 de la ciudad de Cali, Colombia. *Gerókomos*. 2021;32(3):154–60. doi:10.4321/S1134-928X2021000300005
13. Escobedo-Romero R, Izquierdo-Fernández M. El Índice de Barthel como predictor de fragilidad en el anciano en urgencias. *Dialnet*. 2023; 17 (1): 1666. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000100008&lng=es.
14. Martínez-Montas G.F, Sanz-Matesanz, M, Benítez-Sillero, J.d.D.; Martínez-Aranda, L.M. Prevention and Mitigation of Frailty Syndrome in Institutionalised Older Adults Through Physical Activity: A Systematic Review. *Healthcare* 2025, 13, 276. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030276>

PUNTOS CLAVE

LO CONOCIDO SOBRE EL TEMA	QUÉ APORTA ESTE ESTUDIO
1. El síndrome de fragilidad es frecuente en adultos mayores y se asocia con mayor riesgo de dependencia y eventos adversos. 2. La escala de Fried es una herramienta útil para clasificar el estado de fragilidad. 3. Hay poca evidencia nacional sobre el estado de fragilidad en adultos mayores institucionalizados.	1. Se identificó una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores institucionalizados en Palmira, con predominio en hombres y en mayores de 80 años. 2. Se evidenció la asociación entre la fragilidad y factores como la dependencia funcional, trastornos sensoriales y alteración en la movilidad. 3. Los hallazgos permiten orientar estrategias preventivas que eviten la progresión de robusto a prefrágiles y de prefrágiles a frágil, mediante intervenciones físicas, nutricionales y sociales.

ESQUEMA DEL ESTUDIO



Esquema del estudio: De la población inicial (N = 100), 31 sujetos fueron excluidos: [3] por negativa al consentimiento, [10] por condiciones de salud limitantes, [5] por ausencia durante la recolección, [10] por datos insuficientes y [3] menores de 60 años. La muestra final (n = 69), analizándose la prevalencia de fragilidad y sus factores asociados.