



PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE SLIDO

Jornada de presentación de la “Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor (2026)”

29 de junio de 2026

Web de la jornada:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/jornadas/actualizacionDoc_FragilidadyCaídasPersonaMayor.htm



**PRESENTACIÓN DE LA
“ACTUALIZACIÓN DEL
DOCUMENTO DE
CONSENSO SOBRE
PREVENCIÓN DE LA
FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN LA
PERSONA MAYOR (2026)”**



INTRODUCCIÓN

El objetivo de este documento es recopilar las preguntas realizadas por las personas en streaming a través de la aplicación Slido® que, por razones de tiempo, no pudieron ser respondidas durante el turno de preguntas de la Jornada de presentación del documento de consenso 2026.

Las respuestas que se reflejan en este informe han sido elaboradas por las personas ponentes del encuentro, dependiendo a quien fueran dirigidas y si estaban relacionadas con sus ponencias. El programa del evento se encuentra disponible aquí: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/jornadas/docs/actualizacionDoc_FragilidadyCaidasPersonaMayor/programa.pdf

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1. Entiendo que se quiera potenciar la prevención primaria, pero fragilidad, un síndrome geriátrico, estaríamos en prevención secundaria, y por tanto un acto sanitario, ¿no?

En el sentido estricto la detección de fragilidad en ámbito sanitario sí es prevención secundaria. Pero si consideramos prevención de la dependencia o las acciones que propone el documento para todas las personas, independientemente de si entran en el programa o no, sí podría considerarse prevención primaria. Cuanto más persigamos detectar la fragilidad incipiente o buscamos detectar pérdidas de capacidad intrínseca más cerca estaremos de movernos en un ámbito de prevención primaria.

Además, por las características de este síndrome geriátrico, podemos considerar que puede asumirse su detección en el medio comunitario no asistencial, pero, como dice el Documento de consenso 2026, usando el FRAIL y derivando a AP para su confirmación.

2. Aragón: ¿Qué canales concretos se utilizaron para que la Dirección de enfermería hiciera esa comunicación con enfermería de A. Primaria para conocer su realidad?

No contamos con una herramienta propia para esta comunicación. Los indicadores de carga de trabajo, cartera de pacientes, etc. y las actividades comunitarias que realiza



cada centro de Atención Primaria son datos con los que la Dirección trabaja de manera rutinaria. Lo que tenemos especialmente robusto es una cadena de comunicación, de manera que la Dirección se comunica preferentemente mediante correo corporativo con las coordinadoras de enfermería de cada centro y ellas con las enfermeras, y devuelven la información.

3. Navarra: ¿Hay resultados de 2021 hasta ahora de cómo impacta el ejercicio físico multicomponente en retardar o revertir la fragilidad en poblaciones mayores de 70 años?

En el momento actual está proceso de publicación el estudio ENFRAPNA donde precisamente se ha demostrado en una muestra de 250 personas mayores con fragilidad el impacto positivo de una intervención en ejercicio físico (talleres grupales desarrollados por profesionales de atención primaria de 10 centros de salud navarros) con mejoras en SPPB y calidad de vida a los 12 meses de la intervención.

Respecto a los sistemas de información de Atención Primaria tenemos una limitación: resulta muy difícil medir el impacto de las intervenciones ya que con frecuencia las propias intervenciones no se parametrizan.

4. ¿La descripción del CIAP de anciano frágil coincide con la descripción de fragilidad?

Ante la ausencia de un CIAP específico de fragilidad y la necesidad de tener un registro de personas mayores con criterios de fragilidad, en Navarra se optó por añadir una extensión al código genérico CIAP A23 (Factor de riesgo no especificado).

Creamos en la historia clínica de Atención Primaria (ATENEA) el código A2301 con el descriptivo de “Anciano frágil”. Este código solo se utiliza para el concepto actual de fragilidad. En breve, para evitar edadismo el descriptivo se va a modificar a “Persona Mayor con fragilidad”

5. El programa “de la pastilla a la zapatilla”, ¿por quién está liderado?: CS, municipio...¿son frágiles? ¿Se pide una valoración física al centro antes de entrar?

Fue una iniciativa conjunta del Ayuntamiento de Huarte y el Centro de Salud de Huarte (Navarra). El programa no sólo incorpora el entrenamiento para personas mayores con fragilidad sino también para programas para personas con problemas osteoarticulares, alto riesgo cardiovascular o problemas neurológicos. Se adjunta link del ayuntamiento



que detalla el programa y su funcionamiento: <https://huarte.es/deporte/de-la-pastilla-a-la-zapatilla/>

6. A Iñaki Martín Lesende: De las múltiples combinaciones para cribado de fragilidad, ¿podríamos entender como recomendable la VM+FRAIL? ¿Alguna combinación es la más recomendada?

Según los resultados del estudio DETFRAGIL1, donde se considera el rendimiento diagnóstico de las pruebas de detección de fragilidad considerando el índice de Fried como gold standard, se apoya la utilidad de estrategias combinadas (VM o SPPB + FRAIL ≥ 1). Aunque tampoco son mucho mejores que emplear la VM o SPPB individualmente.

En el estudio DETFRAGIL2 (validez predictiva de las pruebas, incluyendo aquí también el índice de Fried como una prueba más), SPPB + FRAIL ≥ 1 muestra una OR de 5.33 ($p < 0.0001$), bastante similar va la VM y SPPB individualmente, pero mejorando el área bajo la curva (AUC = 0.682); aunque los AUC son bajos.

7. A Iñaki Martín Lesende: ¿Parece que el TUG en el estudio mostrado tiene mejor sensibilidad que el SPPB? ¿Es así? ¿O lo he entendido mal?

En el estudio DETFRAGIL1 el TUG tiene peor sensibilidad que el SPPB (0,61 vs 0.79, y su AUC es ligeramente peor también. En el estudio DETFRAGIL2 también obtiene peores resultados de sensibilidad el TUG.

8. Echo de menos la fisioterapia. Me sorprende que siendo el profesional sanitario que se centra en el movimiento, la movilidad, la funcionalidad, no se considere.

Gracias por la aportación. Entendemos el papel que tiene la fisioterapia en el sistema sanitario y la importancia de fomentar equipos multidisciplinares para llevar a cabo un abordaje exitoso.

No obstante, resulta complejo acotar en un documento de consenso a nivel ministerial/estatal qué figura profesional debe realizar cada intervención, dada la variabilidad de recursos humanos entre CCAA y los diferentes perfiles profesionales disponibles en los servicios de salud autonómicos.



9. Importante coordinar actividades de ejercicio comunitarias de los mayores con la estrategia. Son diferentes instituciones que deben ir hacia el mismo objetivo.

La coordinación del sistema sanitario con la comunidad, y viceversa es clave en la prevención de la fragilidad y caídas. Por ello, en el documento de consenso 2026 se incluye un algoritmo para el ámbito comunitario-sociosanitario, donde se plantea una posible derivación al sistema sanitario para continuar y/o apoyar la intervención iniciada en la comunidad. En el desarrollo del documento se incluye una propuesta específica de criterios de derivación desde el ámbito comunitario al sanitario.

Por otro lado, para facilitar la implementación de programas de ejercicio físico multicomponente en la comunidad, se ha elaborado la [“Guía para el desarrollo de programas de ejercicio físico multicomponente en recursos comunitarios y locales para la prevención de fragilidad y caídas en las personas mayores. Actualización 2026”](#). Este documento se toma como referencia, en el marco del convenio entre el Ministerio de Sanidad y la Federación Española de Municipios y Provincias, para la convocatoria para la selección de actuaciones a las entidades locales para la Intervención Priorizada para la Acción 3, intervención de ejercicio físico para la prevención de la fragilidad y caídas en las personas mayores (*plazo cerrado para la convocatoria 2026*).

10. Todos/as: Según la clasificación, ¿los/las pacientes con riesgo medio deberían ser intervenidos en el centro de salud o en la comunidad en grupos EFM por CAFID?

El documento de consenso 2026 no especifica en qué ámbito debe desarrollarse la intervención de ejercicio físico multicomponente (EFMC) según el riesgo establecido para cada persona. La intervención se desarrollará según los recursos disponibles en cada CCAA y los programas sanitarios y comunitarios que estén implementados.

No obstante, en el programa se recomienda, preferentemente, que se desarrolle en el medio comunitario, con los recursos que la zona disponga (centros de personas mayores, polideportivos u otros centros deportivos, etc.). También se puede realizar en el domicilio mediante la asistencia de profesionales de forma presencial o autoguiado, e incluso en medio hospitalario o residencial sociosanitario.

11. Solo comentar que, aparte de trabajar con la estrategia del ministerio también muchas unidades de distintas CCAA estamos adheridas al BPSO Caídas. Todo suma.

Agradecemos la aportación. Por supuesto que el aumento de la concienciación sobre la importancia de las caídas y su prevención son grandes hitos dentro del sistema sanitario.