



**Tabla 5: Valoración Multifactorial de Caídas**

| <b>1. MOVILIDAD</b>                     |   |
|---|---|
| Equilibrio                              | Test unipodal, equilibrio tándem <sup>1</sup>   |
| Marcha                                  | VM <sup>[158]</sup> , alternativa TUG <sup>[105]</sup> aunque la evidencia en predicción de caídas es menos consistente <sup>2</sup> (Anexo 3)  |
| Fuerza Muscular                         | Test de levantarse de la silla (componente fuerza SPPB <sup>3</sup> ) (Anexo 3)   |
| Preocupación por caerse                 | Short FES <sup>[201]</sup> . Si está indicado, evaluar ansiedad y considerar derivar a un/a especialista.   |
| Calzado y revisión de los pies          | Valoración de calzado adecuado, preguntar si anda descalzo/a.<br>Valoración de problemas osteoarticulares y de las deformidades de los pies. Si factores de riesgo, valorar consulta a podología. |
| Apoyos a la marcha                      | Si aplica, evaluar el uso de ayudas a la marcha (bastones, caminadores/andadores, etc.), incluyendo posibles defectos mecánicos.  |
| <b>2. DOMINIO SENSORIAL</b>             |   |
| Mareo/función vestibular                | Historia clínica. Si está indicado, derivar a otorrinolaringología.   |
| Visión                                  | Pregunta sobre pérdida visión, y valorar el uso apropiado de gafas (incluyendo multifocales). Si está indicado derivar a oftalmología u optometría.   |
| Audición                                | Test susurro/audiometría <sup>[169]</sup> . Si está indicado derivar a otorrinolaringología o audiología.   |
| <b>3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b> |   |
| Actividades básicas vida diaria         | Índice de Barthel <sup>[152]</sup> (Anexo 3)  |
| Actividades instrumentales vida diaria  | Lawton y Brody <sup>[153,154]</sup> , VIDA <sup>[155]</sup>   |
| <b>4. FUNCIÓN COGNITIVA</b>             |   |
| Cognición                               | MEC <sup>[176]</sup> , MMSE <sup>[177]</sup> , foto test y mini-cog <sup>[178]</sup> , MoCA <sup>[179]</sup>  |
| Delirium                                | Test para la evaluación del delirium 4-AT <sup>[202,203]</sup> , Confusion Assessment Method (CAM) <sup>[204]</sup> . En caso de delirium se recomienda   |

<sup>1</sup> Puede realizarse como alternativa valoración con componentes de equilibrio, marcha y fuerza del SPPB<sup>[101]</sup>

<sup>2</sup> Ver nota al pie número 18.

<sup>3</sup> Ver nota al pie número 18.



|   |   |
|---|---|
|   | evaluar la causa y tratarlo y hacer una evaluación más profunda <sup>[205]</sup> .  |
| <b>5. FUNCIÓN AUTONÓMICA</b>  |   |
| Hipotensión ortostática   | Medir la presión arterial primero en decúbito supino (después de un mínimo de 5 minutos de reposo en cama) y repetidamente al ponerse de pie. Preferiblemente de forma continua, o alternativamente en intervalos de 1 minuto hasta un mínimo de 3 minutos y óptimamente 5 minutos, verificando si hay síntomas   |
| Incontinencia   | Historia clínica. Cribado con ICIQ test <sup>[162]</sup> . Valorar indicación de derivación a urología, ginecología o coloproctología.  |
| <b>6. VALORACIÓN DE ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (revisión de antecedentes personales)</b> |   |
| Enfermedad cardiovascular   | <p>Historia clínica y exploración física centrada en síntomas cardiovasculares, medición de la hipotensión ortostática (ver en el apartado anterior). Electrocardiograma de 12 derivaciones. Toma de pulso para valoración de frecuencia cardíaca (FC) y electrocardiograma de 12 derivaciones para valorar fibrilación auricular (FA). Considerar derivación a cardiología o especialista en síncope para pruebas adicionales (mesa basculante, masaje carotídeo, monitorización ambulatoria del ritmo y/o monitorización de la presión sanguínea).</p> <p>En ausencia de anomalías en la evaluación inicial, no se precisa más evaluación, a no ser que se sospeche síncope (ej. caídas recurrentes inexplicadas).</p> <p>En caso de caídas inexplicadas la evaluación cardiovascular debe ser la misma que para síncope, junto a la evaluación multifactorial de caídas.</p> |
| Enfermedad Parkinson  | Evaluar los problemas de movilidad (bradicinesia, rigidez muscular, alteraciones de la marcha y el equilibrio, fuerza) (ver en el apartado 1 de esta tabla). Incluir valoración: congelación marcha, cognición (ver en el apartado 4 de esta tabla) e hipotensión ortostática (ver en el apartado 5 de esta tabla).   |
| Síndrome depresivo  | Hacer despistaje de depresión. Escala de Depresión geriátrica Yesavage 5 o 15 ítems (GDS) <sup>[180-182]</sup> o anamnesis dirigida.  |



|   |  |
|---|--|
| <p>Otras enfermedades asociadas o presentación atípica de enfermedades (ej. diabetes mellitus, artrosis, artritis, trastornos neurológicos, anemia, trastornos electrolíticos, enfermedades tiroideas, enfermedades respiratorias, neuropatía periférica, ictus y otras enfermedades neurológicas, amputación o prótesis, dolor lumbar, de miembros inferiores, fragilidad, sarcopenia (incluido obesidad sarcopénica), riesgo de fracturas (osteoporosis))<sup>[200]</sup></p> | <p>Revisión de la historia clínica. Evaluar la posible presentación atípica de enfermedades típicas como la neumonía y otras infecciones, especialmente en el contexto de procesos agudos.</p>   |
| <p>Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas)</p>  | <p>AUDIT-C<sup>[170]</sup></p>   |
| <p><b>7. OPTIMIZACIÓN FARMACOLÓGICA</b></p>   |  |
| <p>Medicación</p>   | <p>Realizar una revisión estructurada de fármacos que aumenten riesgo de caídas, así como sus interacciones. Herramienta STOPPFall<sup>[206]</sup>.</p>  |
| <p><b>8. HISTORIA NUTRICIONAL</b></p>   |  |
| <p>Valoración nutricional</p>   | <p>Despistaje malnutrición MNA-SF<sup>[163,164]</sup>, GLIM (malnutrición)<sup>[165]</sup> EAT-10 (disfagia)<sup>[166]</sup>, Evaluación completa del estado nutricional. Deficiencias vitaminas: vitamina D (ver más abajo), vitamina B1, vitamina B12 y fólico.</p>  |
| <p>Vitamina D</p>   | <p>Determinar la vitamina D en personas mayores que viven en la comunidad<sup>[207]</sup> con alta probabilidad de fragilidad, con riesgo de malnutrición o de caídas, para valorar la necesidad de suplementación. La determinación de niveles de vitamina D no está indicada en personas institucionalizadas y su suplementación puede estar justificada al considerarse de alto riesgo<sup>[7]</sup>.</p> |
| <p><b>9. VALORACIÓN RIESGOS AMBIENTALES</b></p>   |  |
| <p>Riesgos ambientales</p>  | <p>Evaluar riesgos en el hogar mediante el cuestionario recogido en el Anexo 4. Evaluar sus capacidades y comportamientos en relación con los mismos.</p>  |
| <p><b>10. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR</b></p>  |  |
| <p>Riesgo social</p>  | <p>Escala de valoración sociofamiliar TSO<sup>[192]</sup>, Escala Gijón<sup>[189]</sup>, Escala de apoyo social MOS<sup>[190,191]</sup></p>  |

Fuente: elaboración propia