



Tabla 6: Valoración Geriátrica Integral y Valoración Multifactorial de Caídas Conjunta

1. ÁREA FUNCIONAL	
Constituye el centro de la VGI y reflejo de la repercusión del resto de áreas y situación global de salud de la persona. Se evalúa, en general, a través de la valoración de actividades de la vida diaria y pruebas de ejecución o desempeño. Conviene siempre reflejar su situación a través de estas pruebas	
Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Índice de Barthel ^[152] (Anexo 3)
Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Lawton y Brody ^[153] , VIDA ^[208] . El seguimiento-monitorización en AP puede detectar aquellas personas con deterioro funcional precoz e incipiente
Valoración de actividad física	Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) ^[156] , Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) ^[157]
Pruebas de ejecución complementarias a las realizadas previamente	VM ^[158] , SPPB ^[101] , TUG ^[105]
Equilibrio	Test unipodal, equilibrio tándem ¹
Marcha	VM ^[158] , TUG ^[105] ² (Anexo 3)
Apoyos a la marcha	Si aplica, evaluar el uso de ayudas a la marcha (bastones, caminadores/andadores, etc.), incluyendo posibles defectos mecánicos
Fuerza Muscular	Test de levantarse de la silla (componente fuerza SPPB ^[101]) ³ (Anexo 3)
2. ÁREA FÍSICO-CLÍNICA	
Incluye la valoración de antecedentes personales, comorbilidad y medicación habitual, anamnesis y exploración física dirigidas, actividades preventivas generales (hábitos tóxicos, inmunizaciones, tensión arterial, etc.) y específicas (síndromes geriátricos como incontinencia, inmovilismo, sentidos, dolor, etc.), estado nutricional, y pruebas complementarias si son pertinentes	
Valoración de la multimorbilidad	Contaje de enfermedades; Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) ^[159,160]
Síndromes Geriátricos: Incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, síndrome confusional agudo, alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas, sarcopenia ^[161]	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica • Incontinencia: ICIQ test^[162]. Valorar indicación de derivación a urología, ginecología o coloproctología. • Sarcopenia: SARC-F y dinamometría (cuando esté disponible)
Evaluación del estado nutricional: alimentación, pérdida de peso, obesidad, anorexia, disfagia, estado de la boca, etc.	Despistaje malnutrición MNA-SF ^[163,164] , GLIM (malnutrición) ^[165] EAT-10 (disfagia) ^[166] . Evaluación completa del estado nutricional. Deficiencias vitaminas: vitamina D (ver en la fila siguiente), vitamina B1, vitamina B12 y fólido.

¹ Ver nota al pie número 18.

² Ver nota al pie número 18.

³ Ver nota al pie número 18.



<p>Vitamina D</p>	<p>Determinar la vitamina D en personas mayores que viven en la comunidad^[207] 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^[7].</p>
<p>Revisión y adecuación de la medicación, en especial de la polimedicación, medicación potencialmente inapropiada, adherencia y valoración de deprescripción</p>	<p>STOPP/START^[167] (medicación potencialmente inadecuada); contaje de fármacos (polimedicación); Test de Morisky – Green^[168] y receta electrónica (adherencia). En caso de caída, revisión estructurada de fármacos que aumenten riesgo de caídas STOPPFalls^[206] (ver versión combinada en Tabla 13).</p>
<p>Evaluación de los órganos de los sentidos de la vista y oído</p>	<p>Pregunta sobre pérdida visión, y valorar el uso apropiado de gafas (incluyendo multi-bifocales). Si está indicado derivar a oftalmología u optometría. Test susurro/audiometría^[169]. Si está indicado derivar a otorrinolaringología o audiología.</p>
<p>Valoración de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas</p>	<p>Alcohol: En población general se recomienda como herramienta de cribado el AUDIT C^[170], aunque existen escalas específicas validadas para el cribado de consumo de alcohol en personas mayores, como S-MAST^[171] Drogas: ASSIST^[172]</p>
<p>Estado vacunal</p>	<p>Principalmente gripe, tétanos, neumococo, herpes zoster y COVID-19⁴</p>
<p>Evaluación del dolor</p>	<p>EVA^[173], CDE^[174] en personas con demencia PAINAD^[175]</p>
<p>Calzado y revisión de los pies</p>	<p>Valoración de calzado adecuado, preguntar si anda descalzo/a. Valoración de problemas osteoarticulares y de las deformidades de los pies. Si factores de riesgo, valorar consulta a podología.</p>
<p>Mareo/función vestibular</p>	<p>Historia clínica. Valorar derivar a otorrinolaringología.</p>
<p>Hipotensión ortostática</p>	<p>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.</p>

⁴ Ver nota al pie número 16



<p>Enfermedad cardiovascular</p>	<p>Historia clínica y exploración física centrada en síntomas cardiovasculares, medición de la hipotensión ortostática. Electrocardiograma de 12 derivaciones. Toma de pulso para valoración de FC y 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 caso de caídas, 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>
<p>Enfermedad de Parkinson</p>	<p>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 la tabla VMC) e hipotensión ortostática (ver en el apartado 2 de esta tabla).</p>
<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 (incluida obesidad sarcopénica), riesgo de fracturas (osteoporosis))^[200]</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>3. ÁREA MENTAL Incluye generalmente la evaluación cognitiva, afectiva, a veces complementada con estado de ansiedad y trastornos del sueño, y esfera psicológica de valores y creencias.</p>	
<p>Evaluación deterioro cognitivo</p>	<p>MEC^[176], MMSE^[177], MoCA^[179], foto test y mini-cog^[113,178].</p>
<p>Delirium</p>	<p>Test para la evaluación del delirium 4- AT^[202,203], Confusion Assessment Method (CAM)^[204]. En caso de delirium se recomienda evaluar la causa y tratarlo y hacer una evaluación más profunda^[205].</p>
<p>Evaluación de depresión</p>	<p>Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) versión de 5 o 15 ítems^[180-182] o anamnesis dirigida.</p>



Evaluación descanso y sueño	Número de horas/día, efecto reparador, ritmo de sueño, insomnio.
Evaluación de valores y creencias	Satisfacción con su vida, planes y opinión de futuro, ideas/creencias relevantes, actitud ante terapias o abordaje sanitario ^[183] .
Preocupación por caerse	Short FES ^[201] . Si está indicado, evaluar ansiedad y considerar derivar a un/a especialista.
4. ÁREA SOCIOFAMILIAR Incluye la identificación de la/s personas cuidadoras y su posible sobrecarga, relación social y soledad percibida, disposición y accesibilidad a recursos formales e informales, barreras y condicionantes del entorno	
Soporte social: <ul style="list-style-type: none"> • Familiar o persona de referencia por si necesita ayuda y si convive o no con ella • Sobrecarga de la persona cuidadora • Apoyo externo en el domicilio • Pérdidas recientes ^[184] 	Escala abreviada de Zarit ^[185,186] (Sobrecarga de la persona cuidadora); TIRS (indicador de riesgo social) ^[187,188] .
Riesgo Social. Interacciones y redes sociales disponibles, apoyo social percibido por la persona.	Escala Gijón ^[189] , Escala de apoyo social MOS ^[190,191] , evaluación sociofamiliar TSO ^[192] . Valorar derivación a trabajo social sanitario.
Actividades de ocio y participación	Explorar activos o recursos comunitarios, actividades lúdicas que realiza, sentido de pertenencia y participación comunitaria (asociaciones u otros colectivos).
Riesgos del entorno y barreras	Barreras y riesgos para su movilidad, presentes en el entorno domiciliario (Anexo 4), fuera del domicilio y en los transportes que frecuenta. Evaluar sus capacidades y comportamientos en relación con los mismos. Evaluar mediante un método clínico cualificado: Westmead Home Safety Assessment ^[209] Falls Behavioural Scale for the Older Person ^[210]
Uso y disponibilidad de ayudas y recursos	Determinar y ofrecer prestaciones sociales disponibles. Indicación de activos y recursos comunitarios ⁵ . Valorar derivación a trabajo social sanitario.
Soledad sentida o no deseada ^[193]	Escala de apoyo social MOS ^[190,191] , escala de Jong Gierverld ^[194,195] , Escala de soledad de UCLA ^[196]

Fuente: elaboración propia

⁵ Ver nota al pie número 11