



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE  
INTERVENCIONES DE MANTENIMIENTO DE  
SALUD PARA ADULTOS MAYORES EN PRIMER  
NIVEL DE ATENCIÓN**

**GUÍA EN VERSIÓN CORTA**

**GPC N° 36  
DICIEMBRE 2020**

**SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

Fiorella Molinelli Aristondo

**Presidenta Ejecutiva, EsSalud**

Alfredo Barredo Moyano

**Gerente General, EsSalud**

**INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN – IETSI**

Cecilia María Bedoya Velasco

**Directora (e) del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

Beatriz Paulina Ayala Quintanilla

**Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Gabriela Emperatriz Minaya Martínez

**Gerente de la Dirección de Investigación en Salud**

Héctor Miguel Garavito Farro

**Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia**

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

**Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

### **Grupo elaborador**

- María Sofía Cuba Fuentes, Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales, EsSalud
- Jorge Santiago Aguayo Barbachan, Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, EsSalud
- Cinthia Lucía Vilela Cáceres, Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, EsSalud
- Cinthia Mercedes Rosas Ramos, Programa de Atención Domiciliaria, EsSalud
- Augusto Alfredo Quispe Chau, Policlínico Santa Cruz, EsSalud
- Christopher A. Alarcón Ruiz, Universidad Científica del Sur
- Gandy Dolores Maldonado, IETSI EsSalud
- Stefany Salvador Salvador, IETSI EsSalud
- Vladimir Santos Sánchez, IETSI EsSalud

### **Revisor Metodológico**

Álvaro Renzo Taype Rondán, Médico Epidemiólogo. Maestría en Ciencias en Investigación Epidemiológica, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Lima, Perú.

### **Exclusión de responsabilidad**

El presente documento es una versión adoptada de documentos de recomendación de la *U.S. Preventive Services Task Force*. Todos sus documentos son de acceso abierto. La presente adopción no ha sido revisada o aprobada por la *U.S. Preventive Services Task Force*.

### **Financiamiento**

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación EsSalud de Perú.

### **Citación**

Este documento debe ser citado como: "Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica Sobre Intervenciones de Mantenimiento de Salud para Adultos Mayores en Primer Nivel de Atención. Lima: EsSalud; 2020".

### **Agradecimientos**

Agradecemos a las siguientes personas por su colaboración en la búsqueda y revisión crítica de la literatura:

- Ana Brañez Condorena, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
- David R. Soriano Moreno, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú
- Mario E. Díaz Barrera, Universidad Nacional de Trujillo

### **Datos de contacto**

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

Correo electrónico: vladimir.santos@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953 – 1978

**Tabla de contenido**

I.	FINALIDAD .....	5
II.	OBJETIVOS .....	5
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
	Población objetivo:.....	5
	Usuarios:.....	5
	Ámbito asistencial: .....	5
IV.	CONSIDERACIONES GENERALES.....	5
V.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	6
VI.	Anexos .....	10
	Anexo N° 1: Pruebas para determinar factores de riesgo para caídas .....	10
VII.	Referencias bibliográficas .....	14

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE INTERVENCIONES DE MANTENIMIENTO DE SALUD PARA ADULTOS MAYORES EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

### VERSIÓN CORTA

#### I. FINALIDAD

Realizar intervenciones tempranas para evitar el progreso de algunas patologías, y así mitigar su impacto en la capacidad funcional del adulto mayor, convirtiéndose así en uno de los elementos claves para el envejecimiento saludable. Sin embargo, se reconoce que la presente GPC no abarca por completo el concepto de envejecimiento saludable, y que las recomendaciones formuladas aquí no limitan las acciones realizadas en otros ámbitos de salud en adultos mayores no abarcados en la GPC, por ejemplo: fragilidad, demencia, salud bucal, salud ocular, entre otros.

#### II. OBJETIVOS

Brindar recomendaciones para la atención del adulto mayor en el primer nivel de atención, para la identificación temprana de diabetes mellitus, hipertensión arterial, depresión, e intervención para la prevención de caídas y mejora de estilos de vida.

#### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

##### **Población objetivo:**

- Adultos de 60 a más años de edad, que se atienden en los diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención.

##### **Usuarios:**

- Esta GPC está dirigida al personal médico y no médico que participa en la atención interdisciplinaria del paciente adulto mayor. Asimismo, podrá ser utilizada como referencia por estudiantes de profesiones relacionadas al ámbito de la salud y pacientes.

##### **Ámbito asistencial:**

- El ámbito asistencial incluye los servicios o unidades de medicina general, medicina interna, medicina familiar y geriatría de EsSalud. A su vez, también se incluye a los servicios o unidades de endocrinología, cardiología, medicina física y rehabilitación, psiquiatría, psicología, nutrición y terapia física que se encuentren disponibles en el primer nivel de atención de EsSalud.

#### IV. CONSIDERACIONES GENERALES

Un proceso adecuado de envejecimiento es un logro para la salud pública, sin embargo, muchos de los adultos mayores requerirán mayor atención de parte del sistema de salud al

que pertenecen (1). Bajo este contexto, el primer nivel de atención normalmente es el primer lugar de contacto que tienen los pacientes, incluyendo los adultos mayores (adultos de 60 años o más), con el sistema de salud. La atención a los adultos mayores debería ser ordenada, debe contar con personal de salud capacitado, conectada con otros servicios de salud, y motivando la participación del paciente en la toma de decisiones (2). Esta atención en salud debería tener como objetivo lograr un envejecimiento saludable, el cual se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Para lograr ello, el cuidado de salud en los adultos mayores involucra diversas esferas, entre las principales: físicas, afectivas, mentales, sociales, familiares, ambientales (3).

El Seguro Social de Salud (EsSalud) priorizó la realización de la presente guía de práctica clínica (GPC) con la finalidad de establecer lineamientos basados en evidencia para gestionar de la mejor manera a parte de los procesos y procedimientos asistenciales en adultos mayores en el primer nivel de atención. Este documento se convertirá en una herramienta relevante y uno de los elementos claves para el envejecimiento saludable. Esta GPC fue realizada por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud.

## V. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### RECOMENDACIONES SOBRE INTERVENCIONES DE MANTENIMIENTO DE SALUD PARA ADULTOS MAYORES EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

#### **Pregunta 1: En adultos mayores asintomáticos, ¿el tamizaje de glucosa en sangre mejora los resultados en salud?**

En adultos mayores entre 60 a 70 años de edad asintomáticos con sobrepeso, obesidad u otros factores de riesgo, recomendamos realizar tamizaje de glucosa en ayunas en sangre venosa como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular.

#### **Recomendación fuerte a favor**

**Certeza: Moderada (⊕⊕⊕⊖)**

Se sugiere realizar tamizaje de glucosa en ayunas a aquellas personas con los siguientes factores de riesgo: Inactividad física, fumador o exfumador, presión arterial sistólica y/o diastólica elevada, dislipidemia (colesterol total, LDL, triglicéridos elevados, o HDL disminuido), antecedente de síndrome de ovario poliquístico, e historia familiar de diabetes.

#### **Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere repetir el tamizaje de glucosa en ayunas, en un día diferente tan pronto sea posible, si el resultado del tamizaje inicial con glucosa en ayunas en sangre venosa es mayor de 125 mg/dL, considerando el contexto clínico de funcionalidad, cognición y esperanza de vida del paciente.

#### **Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere realizar la prueba de tolerancia oral a la glucosa o repetir el tamizaje de glucosa en ayunas, en un día diferente tan pronto sea posible, si el resultado del tamizaje con glucosa

en ayunas en sangre venosa es 100 a 125 mg/dL, considerando el contexto clínico de funcionalidad, cognición y esperanza de vida del paciente.

**Punto de buena práctica clínica**

**Pregunta 2: En adultos mayores de la comunidad, ¿el tamizaje de hipertensión arterial mejora los resultados en salud?**

En adultos mayores de 60 años o más asintomáticos, recomendamos realizar tamizaje de hipertensión arterial.

**Recomendación fuerte a favor**

**Certeza: Alta (⊕⊕⊕⊕)**

Se sugiere obtener al menos una medición de presión arterial adicional fuera del ambiente clínico (domicilio, farmacia, u otros) para confirmación diagnóstica, antes de iniciar tratamiento, siguiendo la técnica sugerida para la medición de presión arterial.

**Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere realiza el tamizaje de hipertensión arterial anualmente, siguiendo la misma técnica sugerida, en aquellos que presentan valores normales de presión arterial.

**Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere, en primer lugar, que la toma de presión arterial se realice una vez en cada brazo, para usar el brazo con presión arterial más alta. Luego, se sugiere medir la presión arterial por una segunda vez (separado por al menos 1 minuto) en el mismo brazo seleccionado, durante la consulta médica, y considerar como valor de presión arterial final al promedio de ambas mediciones del mismo brazo.

**Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere que la toma de presión arterial siga las siguientes recomendaciones: 1) El paciente debe estar relajado, con la vejiga vacía, y sentado en una silla con los pies en el piso por al menos 3 minutos sin hablar o moverse. 2) El paciente debería haber evitado consumir cafeína, ejercicio o fumar al menos 30 minutos antes de la medición. 3) El lugar de donde se colocará el brazalete debe estar completamente expuesto. 4) El brazo del paciente debe estar reclinado en un soporte. 5) El brazalete debe ir en el medio del brazo del paciente a la altura de la aurícula derecha (mitad de esternón). 6) Durante la insuflación del brazalete se deberá palpar el pulso radial, y se insuflará el brazalete hasta 20 a 30 mmHg por encima de la presión donde desaparece el pulso radial. 7) Se deberá desinflar el brazalete 2 mmHg por segundo. 8) Para auscultar los ruidos de Korotkoff se puede usar el diafragma o la campana del estetoscopio sobre el pulso de la arteria humeral.

**Punto de buena práctica clínica**

**Pregunta 3: En adultos mayores de la comunidad, ¿el tamizaje de episodio depresivo mejora los resultados en salud?**

En adultos mayores de 60 años o más, recomendamos realizar tamizaje de episodio depresivo.

**Recomendación fuerte a favor**

**Certeza: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**

Se sugiere utilizar el *Geriatric Depression Scale* (Yesavage) en su versión corta de 4 preguntas de Van Marwijk para el tamizaje de episodio depresivo. Considerando una pregunta o más positiva como diagnóstico de episodio depresivo.

- ¿En general, está satisfecho/a con su vida? – Respuesta positiva: No
- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? – Respuesta positiva: Sí
- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? – Respuesta positiva: No
- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? – Respuesta positiva: Sí

**Punto de buena práctica clínica**

**Pregunta 4: En adultos mayores de la comunidad, ¿realizar intervenciones de prevención de caídas disminuye la incidencia de caídas y otros desenlaces en salud?**

En adultos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas, recomendamos realizar intervenciones con ejercicios para prevenir caídas.

**Recomendación fuerte a favor**

**Certeza: Moderada (⊕⊕⊕⊖)**

En adultos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas, sugerimos realizar intervenciones multifactoriales para prevenir caídas.

**Recomendación débil a favor**

**Certeza: Moderada (⊕⊕⊕⊖)**

Se sugiere considerar los siguientes factores asociados a riesgo de caída: Ayuda para deambular, uso de medicamentos relacionados con caídas (psicotrópicos, benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, inhibidores de colinesterasa, opioides, antihipertensivos, hipoglicemiantes), capacidad visual disminuida, antecedente de caída previa, o problemas en el balance y movilidad limitada o marcha lenta. Estos últimos evaluados con la escala de Balance de Berg, prueba de Timed get up and go (Levántate y anda con tiempo), 5 veces parar-sentarse y/o test de velocidad de la marcha.

**Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere que la rutina de ejercicios sea supervisada por un profesional de la salud (médico con competencias en rehabilitación, médico especialista en medicina física y rehabilitación, o fisioterapeuta). Se recomienda una rutina de ejercicios personalizada para cada adulto mayor, enfocadas en el fortalecimiento muscular, aeróbicos y ejercicio de balance. Se deberá realizar por lo menos 150 minutos de ejercicios, dividido en 3 a 5 sesiones por semana o según las propias condiciones del adulto mayor lo permitan. La rutina puede organizarse por el centro de salud donde se encuentra el paciente o en colaboración con los centros del adulto mayor de EsSalud más cercano, coordinando criterios de intervención comunes.

**Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere que las intervenciones multifactoriales estén dirigidas a solucionar o controlar los factores de riesgo modificables para caídas o problemas identificados en la evaluación inicial del paciente. Esta evaluación inicial podría incluir una valoración geriátrica integral



interdisciplinaria o una evaluación de varios de los componentes individuales de la valoración geriátrica integral (equilibrio, movilidad, marcha, visión, presión arterial postural, medicación, medio ambiente domiciliario del adulto mayor, cognición y salud mental). En caso no se tenga posibilidad de realizar la valoración geriátrica integral o parte de ella, debido a que en el centro de salud no se tenga la capacidad para realizarla, se sugiere referir al paciente a un centro de salud de mayor complejidad para realizarla.

**Punto de buena práctica clínica**

**Pregunta 5: En adultos con exceso de peso y factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (ECV) ¿Se recomienda ofrecer o referir intervenciones intensivas de asesoramiento conductual fomentando dieta saludable y actividad física para prevenir la ECV?**

En personas adultas con exceso de peso y/o factores de riesgo cardiovascular se recomienda intervenciones intensas de asesoramiento conductual para la prevención de ECV.

**Recomendación fuerte a favor**

**Certeza: Moderada (⊕⊕⊕⊖)**

Se sugiere realizar las intervenciones intensas de asesoramiento conductual a aquellas personas con los siguientes factores de riesgo: edad avanzada, presión arterial sistólica o diastólica elevada, fumador o exfumador, dislipidemia (colesterol total, LDL, triglicéridos elevados, o HDL disminuido), hipertrofia ventricular izquierda, diabetes mellitus y exceso de peso definido con un índice de masa corporal  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> o con una circunferencia abdominal  $\geq 102$  cm en varones y  $\geq 88$  en mujeres.

**Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere que la asesoría conductual tenga como objetivo el cambio de comportamientos dirigidos a una dieta saludable y actividad física regular. La asesoría conductual se realizará inicialmente con entrevistas motivacionales personales, complementadas con seguimiento periódico por vía telefónica y debates didácticos y abiertos en grupos pequeños. En ese sentido, la intervención deberá consistir en una educación didáctica, preparación para resolver problemas y dudas, y planes de atención individualizados, considerando la participación también de la familia y/o cuidadores del paciente en la asesoría conductual.

**Punto de buena práctica clínica**

Se sugiere que las intervenciones sean impartidas por profesionales especialmente capacitados, incluidos dietistas o nutricionistas, fisioterapeutas o profesionales del ejercicio, educadores de salud o psicólogos.

**Punto de buena práctica clínica**

**VI. Anexos**

**Anexo N° 1: Pruebas para determinar factores de riesgo para caídas**

- 1. Escala de Balance de Berg:** Incluye la evaluación de 14 dominios, cada uno con un posible puntaje de 0 a 4 puntos. Para obtener el puntaje final, se sumará el puntaje de todos los dominios. Puntaje mínimo 0 y puntaje máximo: 56. **Se considera como un puntaje positivo como un factor de riesgo de caída: ≤50 puntos.**

**1. DE SEDESTACIÓN A BIPEDESTACIÓN**

INSTRUCCIONES: Por favor, levántese. Intente no ayudarse de las manos.

- ( ) 4 capaz de levantarse sin usar las manos y de estabilizarse independientemente
- ( ) 3 capaz de levantarse independientemente usando las manos
- ( ) 2 capaz de levantarse usando las manos y tras varios intentos
- ( ) 1 necesita una mínima ayuda para levantarse o estabilizarse
- ( ) 0 necesita una asistencia de moderada a máxima para levantarse

**2. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA**

INSTRUCCIONES: Por favor, permanezca de pie durante dos minutos sin agarrarse.

- ( ) 4 capaz de estar de pie durante 2 minutos de manera segura
- ( ) 3 capaz de estar de pie durante 2 minutos con supervisión
- ( ) 2 capaz de estar de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- ( ) 1 necesita varios intentos para permanecer de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- ( ) 0 incapaz de estar de pie durante 30 segundos sin asistencia

**3. SEDESTACIÓN SIN APOYAR LA ESPALDA, PERO CON LOS PIES SOBRE EL SUELO O SOBRE UN TABURETE O ESCALÓN**

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese con los brazos junto al cuerpo durante 2 min.

- ( ) 4 capaz de permanecer sentado de manera segura durante 2 minutos
- ( ) 3 capaz de permanecer sentado durante 2 minutos bajo supervisión
- ( ) 2 capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
- ( ) 1 capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
- ( ) 0 incapaz de permanecer sentado sin ayuda durante 10 segundos

**4. DE BIPEDESTACIÓN A SEDESTACIÓN**

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese.

- ( ) 4 se sienta de manera segura con un mínimo uso de las manos
- ( ) 3 controla el descenso mediante el uso de las manos
- ( ) 2 usa la parte posterior de los muslos contra la silla para controlar el descenso
- ( ) 1 se sienta independientemente, pero no controla el descenso
- ( ) 0 necesita ayuda para sentarse

**5. TRANSFERENCIAS**

INSTRUCCIONES: Prepare las sillas para una transferencia en pivot. Pida al paciente de pasar primero a un asiento con apoyabrazos y a continuación a otro asiento sin apoyabrazos. Se pueden usar dos sillas (una con y otra sin apoyabrazos) o una cama y una silla.

- ( ) 4 capaz de transferir de manera segura con un mínimo uso de las manos
- ( ) 3 capaz de transferir de manera segura con ayuda de las manos

- ( ) 2 capaz de transferir con indicaciones verbales y/o supervisión
- ( ) 1 necesita una persona que le asista
- ( ) 0 necesita dos personas que le asistan o supervisen la transferencia para que sea segura.

#### **6. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA CON OJOS CERRADOS**

INSTRUCCIONES: Por favor, cierre los ojos y permanezca de pie durante 10 seg.

- ( ) 4 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos de manera segura
- ( ) 3 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos con supervisión
- ( ) 2 capaz de permanecer de pie durante 3 segundos
- ( ) 1 incapaz de mantener los ojos cerrados durante 3 segundos pero capaz de permanecer firme
- ( ) 0 necesita ayuda para no caerse

#### **7. PERMANECER DE PIE SIN AGARRARSE CON LOS PIES JUNTOS**

INSTRUCCIONES: Por favor, junte los pies y permanezca de pie sin agarrarse.

- ( ) 4 capaz de permanecer de pie con los pies juntos de manera segura e independiente durante 1 minuto
- ( ) 3 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente durante 1 minuto con supervisión
- ( ) 2 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente, pero incapaz de mantener la posición durante 30 segundos
- ( ) 1 necesita ayuda para lograr la postura, pero es capaz de permanecer de pie durante 15 segundos con los pies juntos
- ( ) 0 necesita ayuda para lograr la postura y es incapaz de mantenerla durante 15 seg

#### **8. LLEVAR EL BRAZO EXTENDIDO HACIA DELANTE EN BIPEDESTACIÓN**

INSTRUCCIONES: Levante el brazo a 90°. Estire los dedos y llévalo hacia delante todo lo que pueda. El examinador coloca una regla al final de los dedos cuando el brazo está a 90°. Los dedos no debe tocar la regla mientras llevan el brazo hacia delante. Se mide la distancia que el dedo alcanza mientras el sujeto está lo más inclinado hacia adelante. Cuando es posible, se pide al paciente que use los dos brazos para evitar la rotación del tronco

- ( ) 4 puede inclinarse hacia delante de manera cómoda >25 cm
- ( ) 3 puede inclinarse hacia delante de manera segura >12 cm
- ( ) 2 can inclinarse hacia delante de manera segura >5 cm
- ( ) 1 se inclina hacia delante pero requiere supervisión
- ( ) 0 pierde el equilibrio mientras intenta inclinarse hacia delante o requiere ayuda

#### **9. EN BIPEDESTACIÓN, RECOGER UN OBJETO DEL SUELO**

INSTRUCCIONES: Recoger el objeto (zapato/zapatilla) situado delante de los pies

- ( ) 4 capaz de recoger el objeto de manera cómoda y segura
- ( ) 3 capaz de recoger el objeto pero requiere supervisión
- ( ) 2 incapaz de coger el objeto pero llega de 2 a 5cm (1-2 pulgadas) del objeto y mantiene el equilibrio de manera independiente
- ( ) 1 incapaz de recoger el objeto y necesita supervisión al intentarlo
- ( ) 0 incapaz de intentarlo o necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

#### **10. EN BIPEDESTACIÓN, GIRARSE PARA MIRAR ATRÁS**

INSTRUCCIONES: Gire para mirar atrás a la izquierda. Repita lo mismo a la derecha  
El examinador puede sostener un objeto por detrás del paciente al que puede mirar para favorecer un mejor giro.

- ( ) 4 mira hacia atrás hacia ambos lados y desplaza bien el peso
- ( ) 3 mira hacia atrás desde un solo lado, en el otro lado presenta un menor desplazamiento del peso del cuerpo
- ( ) 2 gira hacia un solo lado pero mantiene el equilibrio
- ( ) 1 necesita supervisión al girar
- ( ) 0 necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

#### **11. GIRAR 360 GRADOS**

INSTRUCCIONES: Dar una vuelta completa de 360 grados. Pausa. A continuación, repetir lo mismo hacia el otro lado.

- ( ) 4 capaz de girar 360 grados de una manera segura en 4 segundos o menos
- ( ) 3 capaz de girar 360 grados de una manera segura sólo hacia un lado en 4 segundos o menos
- ( ) 2 capaz de girar 360 grados de una manera segura, pero lentamente
- ( ) 1 necesita supervisión cercana o indicaciones verbales
- ( ) 0 necesita asistencia al girar

#### **12. SUBIR ALTERNANTE LOS PIES A UN ESCALÓN O TABURETE EN BIPEDESTACIÓN SIN AGARRARSE**

INSTRUCCIONES: Sitúe cada pie alternativamente sobre un escalón/taburete. Repetir la operación 4 veces para cada pie.

- ( ) 4 capaz de permanecer de pie de manera segura e independiente y completar 8 escalones en 20 segundos
- ( ) 3 capaz de permanecer de pie de manera independiente y completar 8 escalones en más de 20 segundos
- ( ) 2 capaz de completar 4 escalones sin ayuda o con supervisión
- ( ) 1 capaz de completar más de 2 escalones necesitando una mínima asistencia
- ( ) 0 necesita asistencia para no caer o es incapaz de intentarlo

#### **13. BIPEDESTACIÓN CON LOS PIES EN TANDEM**

INSTRUCCIONES: Demostrar al paciente. Sitúe un pie delante del otro. Si piensa que no va a poder colocarlo justo delante, intente dar un paso hacia delante de manera que el talón del pie se sitúe por delante del zapato del otro pie (para puntuar 3 puntos, la longitud del paso debería ser mayor que la longitud del otro pie y la base de sustentación debería aproximarse a la anchura del paso normal del sujeto).

- ( ) 4 capaz de colocar el pie en tándem independientemente y sostenerlo durante 30 segundos
- ( ) 3 capaz de colocar el pie por delante del otro de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- ( ) 2 capaz de dar un pequeño paso de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- ( ) 1 necesita ayuda para dar el paso, pero puede mantenerlo durante 15 segundos
- ( ) 0 pierde el equilibrio al dar el paso o al estar de pie.

#### **14. BIPEDESTACIÓN SOBRE UN PIE**

INSTRUCCIONES: Apoyo sobre un pie sin agarrarse

- ( ) 4 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante >10 seg.
- ( ) 3 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla entre 5-10 seg.
- ( ) 2 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante 3 ó más segundos
- ( ) 1 intenta levantar la pierna, incapaz de sostenerla 3 segundos, pero permanece de pie de manera independiente
- ( ) 0 incapaz de intentarlo o necesita ayuda para prevenir una caída

Fuente: ESCALA BERG: valoración del equilibrio en pacientes con Daño Cerebral Adquirido. Disponible en: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/escala-berg-valoracion-del-equilibrio-en-pacientes-con-dca/#:~:text=La%20escala%20de%20Berg%20comprende,del%20paciente%20en%20cada%20Otarea.>

- 2. Prueba de Timed get up and go (Levántate y anda con tiempo):** El paciente debe estar sentado en una silla con respaldo y con la espalda bien apoyada en el mismo. Puede utilizar las ayudas técnicas que usa habitualmente (bastón, por ejemplo). Se le pide que se levante de la silla, a ser posible sin apoyar los brazos, que camine 3 metros rectos, gire, regrese a la silla y se siente nuevamente. Se aconseja realizarlo una vez a modo de prueba y luego dos veces siendo cronometrado. Se considera como resultado final al mejor de los tiempos. **Se considera como un puntaje positivo como un factor de riesgo de caída:  $\geq 12$  segundos.**

Fuente: Anexo 2. Test de velocidad de la marcha y de “levántese y ande”. Disponible en: <https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/Anexo%202.pdf>

- 3. 5 veces parar-sentarse:** El paciente debe estar sentado con la espalda contra el respaldo de la silla. Las manos del paciente deben estar cruzadas sobre su propio pecho. Se le pide que se pare derecho lo más rápido que pueda en 5 veces, sin detenerse en el medio. Cuente cada vez que el paciente se pare, en voz alta, para que se mantenga orientado. Detenga la prueba cuando el paciente alcance la posición de pie en la quinta repetición. **Se considera como un puntaje positivo como un factor de riesgo de caída:  $\geq 12$  segundos.**

Fuente: University of Delaware. 5X Sit-to-Stand Test (5XSST). Disponible en: [http://www.thompsonhealth.com/Portals/0/RehabilitationServices/PT%20Mgmt%20of%20Knee/5XSST\\_handout.pdf](http://www.thompsonhealth.com/Portals/0/RehabilitationServices/PT%20Mgmt%20of%20Knee/5XSST_handout.pdf)

- 4. Test de velocidad de la marcha:** Se le pide al paciente caminar en línea recta, para cronometrar el tiempo que tarda en recorrer una distancia habitualmente de seis u ocho metros rectos. Se aconseja repetir cuatro veces y considerar el mejor de los tiempos. **Se considera como un puntaje positivo como un factor de riesgo de caída: Velocidad de  $< 1$  metro/segundo**

Fuente: Anexo 2. Test de velocidad de la marcha y de “levántese y ande”. Disponible en: <https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/Anexo%202.pdf>

**VII. Referencias bibliográficas**

1. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 17 de mayo de 2016;33(2):311-20.
2. Elliott J, Stolee P, Boscart V, Giangregorio L, Heckman G. Coordinating care for older adults in primary care settings: understanding the current context. *BMC Fam Pract*. 7 de agosto de 2018;19:137
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Geneva: OMS; 2015.