

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

Pregunta PICO:

Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
Adultos mayores	Intervenciones de prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas • Caídas con daño • Fracturas • Hospitalización • Mortalidad • Calidad de vida • Efectos adversos

Elección de GPC a adoptar para este tema:

Para este tema, se revisó la GPC del USPSTF Caídas 2018, por ser la guía seleccionada para su adaptación.

Resumen de la evidencia de la GPC:

Para la intervención multisectorial

Una intervención multisectorial incluye una evaluación inicial de factores de riesgo modificables para caídas (Balance, caminata, visión, salud cardiovascular, medicación, ambiente domiciliario, cognición y salud psicosocial) a través de la valoración geriátrica integral (VGI). La VGI es un proceso diagnóstico y terapéutico multidimensional e interdisciplinario que permite determinar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades físicas, funcionales, psíquicas y sociales del adulto mayor con el objetivo de desarrollar un plan de prevención, cuidados, tratamientos, rehabilitación y/o seguimiento, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar la calidad de vida del adulto mayor (35,36).

Además, también incluye múltiples intervenciones como ejercicios supervisados, terapia cognitivo conductual, mejoramiento de nutrición, aumento de conocimiento para prevención caídas, manejo adecuado de medicación, manejo de incontinencia urinaria, modificación del ambiente domiciliario, y un sistema de referencias a especialistas u otros profesionales de salud de ser necesario.

La GPC USPSTF Caídas 2018 (37) emitió una recomendación indicando las intervenciones multisectoriales para prevenir caídas en adultos mayores con alto riesgo de caídas. Para ello, realizó una revisión sistemática en donde encontraron 26 ensayos clínicos aleatorizados (ECA). La mayoría de los ECA incluidos incluyó a adultos mayores con moderado-alto riesgo de caídas que incluían: historia de caída, problemas de balance, movilidad limitada, marcha lenta u otros factores de riesgo a caídas, y excluían a aquellos con deterioro cognitivo. Solo 4 ECA fue en adultos mayores a nivel comunitario, otros ECA incluían a paciente en el ámbito clínico u hospitalario. Se encontró **menor** incidencia de caídas en el grupo de intervención multisectorial a los 6-12 meses de seguimiento (Razón de tasa de incidencias [RTI]: 0,79; IC 95%: 0,68 a 0,91; I²:87,2%). Sin embargo, no encontró diferencias para caídas con daño, fracturas, mortalidad por cualquier causa, hospitalización, ni en calidad de vida. Por otro lado, utilizando 4 ECA no encontraron diferencias en dolor lumbar entre el grupo de

intervención y el control. Se reportan en total 3 caídas sin daño asociado al componente del ejercicio de la intervención multisectorial.

Para los ejercicios

Los ejercicios propuestos en los diferentes estudios son diversos, sin embargo, la mayoría intervenciones de ejercicio consideran la necesidad que sean realizadas bajo la supervisión por un instructor especializado, terapeuta físico o un profesional de salud, que se realicen en grupos con o sin ejercicios complementarios en casa, 3 veces por semanas, por 12 semanas. Los tipos más comunes de ejercicios incluyen los de marcha, de equilibrio y entrenamiento funcional.

La GPC USPSTF Caídas 2018 (37) emitió una recomendación indicando a los ejercicios para prevenir caídas en adultos mayores con alto riesgo de caídas. Para ello, realizaron una revisión sistemática en donde encontraron 21 ensayos clínicos aleatorizados (ECA). La mayoría de los ECA incluidos incluyó a adultos mayores de la comunidad con moderado-alto riesgo de caídas que incluían: historia de caída, problemas de balance, movilidad limitada, marcha lenta u otros factores de riesgo a caídas. Se encontró **menor** incidencia de caídas con daño (Razón de tasa de incidencias [RTI]: 0,81; IC 95%: 0,73 a 0,90; I²:0%). Sin embargo, no encontró diferencias para incidencia de caídas, fracturas, mortalidad por cualquier causa, hospitalización, ni en calidad de vida. Por otro lado, utilizando 8 ECA (n=4107) se reportaron en su mayoría dolor y hematomas en pocos casos, no siendo significativos en comparación con los controles. En total se reporta 1 fractura de cadera y 3 caídas con daño.

Contextualización realizada por el GEG de EsSalud:

- Se adaptó la recomendación de la GPC USPSTF Caídas 2018
- Se parafraseó el enunciado según el formato de EsSalud
- Se consideró para la recomendación, sólo a la población adulta mayor de 60 años a más en riesgo de caída, debido a que es la población que fue estudiada en la mayoría de los ECA incluidos en las RS.

Certeza de la evidencia:

- La certeza de la evidencia según la GPC USPSTF Caídas 2018 fue **moderada**. El GEG consideró mantener dicha certeza.

Fuerza de la recomendación:

- Esta recomendación de la GPC USPSTF Caídas 2018 tuvo grado **B**, lo cual fue considerado como una recomendación **fuerte** para la presente GPC. El GEG consideró mantener dicha fuerza de recomendación.
- Esta recomendación de la GPC USPSTF Caídas 2018 tuvo grado **C**, lo cual fue considerado como una recomendación **débil** para la presente GPC. El GEG consideró mantener dicha fuerza de recomendación.

Recomendaciones:

USPSTF Caídas 2018	GPC EsSalud
<p>En adultos de 65 años o más de la comunidad, en riesgo de caída, recomendamos realizar intervenciones con ejercicios para prevenir caídas.</p> <p>Certeza: Moderada Recomendación fuerte a favor</p>	<p>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.</p> <p>Certeza: Moderada Recomendación fuerte a favor</p>
<p>En adultos de 65 años o más de la comunidad, en riesgo de caída, recomendamos ofrecer selectivamente intervenciones multifactoriales para prevenir caídas.</p> <p>Certeza: Moderada Recomendación débil a favor</p>	<p>En adultos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas, sugerimos realizar intervenciones multifactoriales para prevenir caídas.</p> <p>Certeza: Moderada Recomendación débil a favor</p>

Justificación de buenas prácticas clínicas:

- Existen diferentes factores de riesgo asociados a caídas en la población adulta entre los cuales son: edad avanzada, ayuda para deambular, ambiente donde vive, enfermedad crónica, uso de medicamentos (psicotrópicos, benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, inhibidores de colinesterasa, opioides, antihipertensivos, hipoglicemiantes), disminución de capacidad visual, caída previa, problemas en el balance, movilidad limitada, y marcha lenta (38–40). Por otro lado, existen diversas escalas y pruebas que tienen como objetivo el predecir una caída en el futuro. Dos revisiones sistemáticas evaluaron la capacidad predictiva de diversas escalas para predecir caídas en adultos mayores. Ambas llegan a la conclusión que el uso de por lo menos dos escalas, que se complementen en especificidad y sensibilidad (41,42). El GEG considero adecuado sugerir, que además del antecedente de riesgo de caída y los factores de riesgo para caídas identificados en la valoración geriátrica integral, valorar el uso de escalas para determinar problemas de balance, movilidad limitada o marcha lenta, usando la Escala de Balance de Berg (≤ 50), prueba de Timed get up and go (Levántate y anda con tiempo) (≥ 12 segundos), 5 veces parar-sentarse (≥ 12 segundos), y/o test de velocidad de la marcha (< 1 metro/segundo) (41–43) (Anexo).
- Se tomó en consideración la guía para Actividad Física 2018 del Departamento de Salud de los Estados Unidos (44), tomando sus recomendaciones para adultos mayores y para adultos con discapacidad.
 - Actividades de entrenamiento múltiples que incluye: Entrenamiento de balance, ejercicios aeróbicos y actividades de fortalecimiento muscular
 - Se deberá realizar por lo menos 150 minutos dividido en 3 a 5 sesiones por semanas.
 - Cada actividad física será realizada por los adultos mayores según su condición, habilidad, y resistencia.
 - Si es que no puede cumplir por lo menos los 150 minutos por semana debido a alguna condición de salud o discapacidad, debería estar lo más físicamente activo según sus propias habilidades le permitan.

Puntos de BPC:

- 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, 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.
- 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.
- 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 limitada, marcha lenta, 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.

Indicadores anuales:

- **De Indicación:**
 - **Numerador:** Adultos adscritos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas con indicación de realizar ejercicios.
 - **Denominador:** Adultos adscritos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas.
 - **Valor esperado:** $\geq 60\%$
- **Casos Intervenido:**
 - **Numerador:** Adultos adscritos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas con intervención multifactorial.
 - **Denominador:** Adultos adscritos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas.
 - **Valor esperado:** $\geq 60\%$