

EDITORIAL

La importancia de valorar las caídas del paciente anciano de forma holística

The importance of holistic evaluation of older patients who fall

Dolors García-Pérez

Las caídas son un problema común en la población de 65 años o más y constituyen una causa importante de discapacidad, mortalidad e institucionalización prematura¹. La frecuencia de las caídas aumenta con la edad y la fragilidad. Un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las personas de más de 85 años caen al menos una vez al año². El estudio previo basado en el registro FALL-ER de Miró *et al.*³ puso de manifiesto la elevada frecuencia de consecuencias inmediatas sufridas por los pacientes ancianos atendidos en urgencias tras una caída. El registro FALL-ER es de gran interés epidemiológico por su extensa cohorte prospectiva multicéntrica de pacientes estudiados en los servicios de urgencias (SU). Constató que las caídas en esta población son un problema de salud pública y sugieren que los SU tienen un papel relevante tanto en su detección como en su prevención.

En este sentido, en el presente número de Emergencias, García-Martínez *et al.*⁴ investigan las características asociadas a una nueva caída tras la atención en urgencias por una caída no intencionada y desarrollan un modelo de riesgo para predecirlas. Para ello emplearon el registro FALL-ER, una cohorte prospectiva multicéntrica de 1.313 pacientes de 65 años o más, de los cuales 147 (11,2%) habían presentado una nueva caída tras el episodio índice. Se trata de una cohorte de personas mayores (79 años), con un 70% de mujeres, con comorbilidades, polimedicadas y un 6% procedentes del ámbito residencial, que cabe considerar representativa de los pacientes ancianos que se atienden en urgencias por caídas. Las variables asociadas de forma independiente a una nueva caída fueron: caída en los 12 meses anteriores, enfermedad neurológica, anemia, toma de analgésicos no opiáceos, caída en domicilio y durante la noche, traumatismo craneoencefálico y necesidad de ayuda para levantarse de la silla. Los autores desarrollan un modelo predictivo de nueva caída basado en estas siete variables. La precisión diagnóstica global del indicador, con una área bajo la curva de la característica operativa del receptor de 0,688 (IC 95%: 0,640-0,736), fue moderada para predecir nuevas caídas, lo que limita su uso en la práctica clínica como

bien señalan los mismos autores. A pesar de ello, este estudio ofrece una visión global de los factores asociados a futuras caídas a tener en cuenta.

Estamos de acuerdo con los autores en que pueden haber otras variables distintas a las recogidas en este estudio que también se asocien al riesgo de caídas. Variables relacionadas con la anamnesis, la exploración física y constantes vitales que no se han tenido en cuenta permitirían mejorar la capacidad discriminativa del indicador. En este sentido, la valoración de la fragilidad desde el punto de vista multidimensional podría ser una de ellas. La fragilidad se define como un deterioro progresivo relacionado con la edad y se caracteriza por una pérdida de la reserva fisiológica que condiciona una incapacidad para mantener la homeostasis necesaria frente a situaciones de estrés⁵. Es un buen predictor de eventos adversos y discapacidad a corto, medio y largo plazo⁶, incluso mejor que otros parámetros frecuentemente utilizados como la comorbilidad o la multimorbilidad⁷. La fragilidad se puede detectar, prevenir y revertir con intervenciones concretas⁸.

Las caídas son uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. La mitad de personas que caen presentan fragilidad. Numerosos estudios han demostrado que a más fragilidad más riesgo de caídas^{2,9}. En el estudio de Hollinghurst *et al.*², con 781.081 participantes, las personas con fragilidad grave presentaban un mayor riesgo de ser atendidas en el SU respecto a las que no tenían fragilidad (*odds ratio* de 2,62 con un intervalo de confianza del 95% de 2,56 a 2,68). Si bien es cierto que los autores han hecho una aproximación a la fragilidad registrando la situación funcional previa con el Índice de Barthel < 90, presencia de síndromes geriátricos con preguntas autorreferidas, consumo de fármacos crónico y evaluando la fragilidad física según la necesidad de ayuda para levantarse de la cama o de la silla o la incapacidad de caminar en tándem, sería recomendable utilizar herramientas de fragilidad multidimensional de fácil aplicación en urgencias como el *Identification of Senior at Risk* (ISAR)¹⁰, la escala *Clinical Frailty Scale* (CFS)¹¹, el Índice frágil-VIG¹² o la herramienta 3D/3D+¹³.

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias y Emergencias, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España. Facultad de Medicina, Universidad de Vic-Universidad Central de Catalunya (UVic-UCC), Vic, España. Grupo de Investigación en Cronicidad de la Cataluña Central (C3RG).

Contribución de la autora: La autora ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Dolors García-Pérez. Servicio de Urgencias y Emergencias. Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Dr. Joan Soler, 1-3. 08243 Manresa, Barcelona, España.

Correo electrónico: dgarcia@althaia.cat

Información del artículo: Recibido: 27-8-2022. Aceptado: 30-8-2022. Online: 27-9-2022.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/E03.2022

El número y grupos farmacológicos deberían de formar parte de toda valoración por caídas en el anciano. El consumo crónico de más de 5 medicamentos y los psicotrópicos son los dos factores que con mayor frecuencia se asocian al riesgo de caídas y lesiones relacionadas¹⁴. La desprescripción de medicamentos identificados en inglés como *fall-risk-increasing drugs*, FRIDs, fármacos que incrementan el riesgo de caídas ha demostrado ser una medida preventiva y eficaz para la reducción de las caídas¹⁵.

Es interesante prestar atención a los resultados que aportan los autores sobre las características relacionadas con la caída y sus consecuencias inmediatas. El 82% de los pacientes fueron atendidos en el área de traumatología/cirugía y su atención se centró más en el traumatismo que en el motivo de la caída. Esto explicaría que la exploración osteoarticular (86%) y la radiología (86%) sean las exploraciones más realizadas. Hubiera sido interesante conocer si estos resultados fueron diferentes en los pacientes atendidos en el área médica. En este sentido, solo en el 27% de los pacientes se realizó un electrocardiograma, cuando los trastornos del ritmo son uno de los principales motivos de caída en el anciano. No queda claro a cuántos pacientes y cómo se les tomó la presión arterial y si se descartó la hipotensión ortostática. No se detalla tampoco si se excluyeron los pacientes con síncope.

Compartimos totalmente la opinión de los autores sobre la necesidad de modificar el modelo de atención urgente de los pacientes ancianos que acuden a los SU por una caída no intencionada. La atención de estos pacientes no debería centrarse únicamente en el motivo de consulta, sino en la identificación de los factores causantes. La detección y categorización de la fragilidad multidimensional debería formar parte de la práctica asistencial diaria de los urgenciólogos. Disponemos de herramientas válidas y fiables para realizar una valoración básica y rápida sobre estado funcional, movilidad, cognición y medicación. En toda valoración por caídas se debe descartar enfermedad cardíaca, trastorno del ritmo, hipotensión ortostática, síncope y trastornos de la marcha y equilibrio. Como medida preventiva a realizar en urgencias, teniendo en cuenta que el 80% de estos pacientes son dados de alta a domicilio, se deberían pactar estrategias de enlace con la atención primaria para las intervenciones necesarias, seguimiento y control posterior.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: La autora declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: La autora ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el

documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Fabre JM, Ellis R, Kosma M, Wood RH. Falls risk factors and a compendium of falls risk screening instruments. *J Geriatr Phys Ther*. 2010;33:184-97.
- 2 Hollinghurst R, Williams N, Pedrick-Case R, North L, Long S, Fry R, et al. Annual risk of falls resulting in emergency department and hospital attendances for older people: an observational study of 781,081 individuals living in Wales (United Kingdom) including deprivation, frailty and dementia diagnoses between 2010 and 2020. *Age Ageing*. 2022;51:afac176.
- 3 Miró Ó, Nayla Brizzi B, Aguiló S, Alemany X, Jacob J, Llorens P, et al. Profile of older patients attended in the emergency department after falls: a FALL-ER registry study of the magnitude of the problem and opportunities for improving hospital emergency care. *Emergencias*. 2018;30:231-40.
- 4 García-Martínez A, Gil-Rodríguez A, Placer A, Alemany X, Aguiló S, Torres-Machado V, et al. Pacientes ancianos atendidos en urgencias por caídas (Registro FALL-ER): probabilidad de nuevas caídas y factores Asociados. *Emergencias*. 2022;34:444-51.
- 5 Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013;68:62-7.
- 6 Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-56.
- 7 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Documento consenso sobre fragilidad y caídas. Estrategia de promoción de la Salud y Prevención en el SNS. (S. S. Ministerio de Sanidad, Ed.) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2014.
- 8 Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the Frailty Operative Definition-Consensus Conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013;68:62-6.
- 9 Elliot A, Phelps K, Regen E, Conroy SP. Identifying frailty in the Emergency Department-feasibility study. *Age Ageing*. 2017;46:840-5.
- 10 McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1229-37.
- 11 Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173:489-95.
- 12 Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, Romero-Ortuno R. Frail-VIG index: a concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr*. 2018;18:29.
- 13 García-Pérez D, Robles-Perea L, Vena-Martínez A, Arnau A, Robles-Bernabeu G, Espauella-Panicot J. Las 3D/3D+ como herramienta de valoración geriátrica rápida y de adecuación del recurso asistencial al alta de los Servicios de Urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022;S0211-139X(22)00071-3.
- 14 Laflamme L, Monarrez-Espino J, Johnell K, Elling B, Moller J. Type, number or both? A population-based matched case-control study on the risk of fall injuries among older people and number of medications beyond fall-inducing drugs. *PLoS One*. 2015;10:e0123390.
- 15 Seppala LJ, van der Velde N, Masud T, Blain H, Petrovic M, van der Cammen TJ, et al. EuGMS Task and Finish group on Fall-Risk-Increasing Drugs (FRIDs): Position on Knowledge Dissemination, Management, and Future Research. *Drugs Aging*. 2019;36:299-307.