



*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Ultra resumen con los temas: Inmovilidad, Incontinencia urinaria, Inestabilidad y caídas en el Adulto Mayor.***

*Parcial: **3°***

*Nombre de la Materia: **Geriatría***

*Nombre del profesor: **Dr. Darinel Navarro Pineda***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **6°***

***San Cristóbal de las Casas, Chis, 24 de Mayo de 2024.***

## ULTRA RESUMEN DE INMOVILIDAD, INCONTINENCIA URINARIA, INESTABILIDAD Y CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR:

### INMOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR:

La inmovilidad es un síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas causas, que deben ser siempre estudiadas a fin de hallar factores corregibles, y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor.

Las estadísticas muestran que hasta un 20% de los adultos mayores de países en vías de desarrollo tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración. En Chile cerca de un 7% de los ancianos se encuentran postrados.

#### Etiología

Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos

La debilidad puede deberse a desuso de la musculatura, malnutrición, alteraciones de electrolitos, anemia, desórdenes neurológicos o miopatías. La causa más común de rigidez es la osteoartritis, pero el parkinsonismo, la artritis reumatoide, la gota y pseudogota también ocurren en este grupo etáreo. La polimialgia reumática no debe ser pasada por alto en pacientes con rigidez y dolor, particularmente si la cintura pélvica y hombros están afectados y existen síntomas sistémicos asociados.

El dolor, ya sea del hueso, articulaciones, bursa o músculo, puede inmovilizar al paciente. Mención aparte constituyen los problemas en los pies, ya que son extremadamente frecuentes; el calzado inadecuado es causa frecuente de estas afecciones.

Condiciones psicológicas, como ansiedad severa, depresión o catatonia pueden producir o contribuir a la inmovilización. También es destacable que la condición de postración puede tener algunos aspectos gananciales para ciertos pacientes, como es el hecho de ser más atendidos y contar con apoyos económicos extras.

#### Consecuencias

Son múltiples las limitaciones que causa la inmovilidad.

**Sociales.** Destacan las pérdidas del empleo, de actividades esparcimiento, de relaciones sociales, de la capacidad cuidar a terceros y de autocuidado.

**Psicológicas.** Puede haber depresión, temor a las caídas, pérdida del control e incapacidad aprendida.

**Físicas.** Puede conducir a caídas, incontinencia, pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, alteraciones metabólicas (disminución de glucosa, balance negativo de calcio y nitrógeno), úlceras por decúbito, contracturas y trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.

#### Tratamiento

##### Manejo de la inmovilidad

Además del tratamiento de todos los factores identificados como contribuyentes a la inmovilidad, la consulta a un kinesiólogo debería siempre

ser considerada, pues él se encargará tanto del entrenamiento y rehabilitación física del paciente, como de ayudar a solucionar los problemas ambientales (por ejemplo instalar pasamanos, bajar las camas, sillas de altura apropiada, etc.).

Manejo de complicaciones específicas

**Úlceras de decúbito.** Son una grave complicación de la inmovilidad y están frecuentemente asociadas a hospitalizaciones prolongadas y costosas, con alto grado mortalidad. La presión mecánica, maceración y fricción predisponen a su desarrollo. También se han identificado otros factores que contribuyen a la génesis de las úlceras, como la alteración cognitiva, la incontinencia fecal o urinaria y el estado general del paciente, en cuanto a nutrición y gravedad de sus enfermedades de base.

**Debilidad muscular, baja de peso y osteoporosis.** Los ejercicios graduados y deambulación temprana son efectivos aun en los pacientes con más años y más frágiles. A nivel del músculo esquelético se produce una reducción de la cantidad de ATP y glicógeno celular, la velocidad de degradación proteica aumenta y tanto la fuerza como la velocidad de acortamiento de las miofibrillas disminuye. Es frecuente encontrar hipercalcemia en estos pacientes, la cual se revierte con el ejercicio.

**Acortamientos y retracciones musculares.** Estas pueden ser evitadas por la temprana instalación de ejercicios para mantener o mejorar rangos de movilidad articular. Cambiar al paciente inmóvil desde su cama a una silla no es suficiente, pues se puede producir acortamiento de los músculos isquiotibiales en 90 % o más de rodillas; es necesario agregar ejercicios de extremidades inferiores y ejercicios generales en cama en forma progresiva.

**Trombosis venosa.** Tiene especial interés, por la altísima morbi-mortalidad que acarrea. La presencia de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar puede darse en pacientes por el solo hecho de estar inmóviles y en mucho mayor medida en aquellos que tienen factores congénitos condicionantes para estas enfermedades (déficit de proteína C activada por mutación del Factor V de Leyden, mutación 20210 del gen de protrombina, déficit de proteína C y S, déficit de antitrombina III, etc).

**Incontinencia urinaria y fecal.** Es frecuente que estos pacientes sufran incontinencia fecal secundaria a impacto fecal con pseudodiarrea y luego incontinencia urinaria por fecaloma. Por lo tanto, debe realizarse tacto rectal frente a la sospecha de este cuadro y manejarse una dieta rica en fibra, líquido abundante y uso de prokinéticos, para prevenir la aparición de constipación y sus consecuencias.

## **INCONTINENCIA URINARIA:**

Se define como la pérdida involuntaria de orina desde la vejiga. Esta pérdida ocurre habitualmente por vía uretral, pero también puede haber escape de orina a través de fistulas (ej. vesicovaginal, uretrovaginal), las cuales constituyen una entidad aparte, pero siempre deben ser consideradas y sospechadas en el diagnóstico diferencial de la IU.

## **Fisiología y fisiopatología básica de la continencia y micción**

La vejiga es un órgano que cicla en dos fases de manera constante: la fase de continencia y la fase miccional. Para su adecuado funcionamiento requiere de complejas relaciones anatómicas y funcionales entre el músculo de su pared (detrusor) y su tracto de salida (esfínter interno, externo y uretra).

Anatómicamente, la fase de continencia depende de la viscoelasticidad del detrusor (acomodación) y de la coaptación (resistencia pasiva) del tracto de salida. La fase miccional depende así mismo de la viscoelasticidad del detrusor y de la conductancia del tracto de salida (ausencia de obstrucción)

La incontinencia urinaria es, por definición, un trastorno de la fase de continencia y puede obedecer a problemas del tracto de salida, del detrusor, o de ambos. En el primer caso nos referimos a las incontinencias “de esfuerzo”. En esta situación habitualmente existe un problema en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, la cual no se coapta debidamente por la pérdida de soporte de los órganos pélvicos, debido al daño de la base músculoaponeurótica del perineo (ej. daño por multiparidad, hipoestrogenismo perimenopáusico, cirugías pelvianas).

### **Cambios del tracto urinario inferior asociados al envejecimientoVejiga**

En adultos mayores se describen volúmenes miccionales disminuidos, aumento del residuo postmiccional, menor capacidad vesical y mayor prevalencia de hiperactividad del detrusor. A diferencia de pacientes más jóvenes, en los que la presencia de detrusor hiperactivo se correlaciona con una mayor contractilidad del detrusor en la fase miccional, en adultos mayores es frecuente observar una condición que se presenta con hiperactividad del detrusor durante la fase de continencia y detrusor hipocontráctil durante la fase miccional. Esta condición se conoce como “detrusor hiperactivo con contractilidad deteriorada” (DHIC, del inglés *Detrusor Hyperactivity with Impaired Contractility*) y constituye una entidad muy desafiante para el manejo clínico.

El deterioro de la contractilidad determina que la vejiga pierde progresivamente la eficiencia para vaciarse en adultos mayores sanos, sin existir un factor obstructivo. Como consecuencia del vaciado vesical incompleto disminuye la capacidad funcional vesical, lo que se manifiesta clínicamente como frecuencia y nicturia, dos síntomas frecuentes en adultos mayores.

### **Vagina**

La caída de estrógenos después de la menopausia juega un rol importante en los cambios vaginales asociados a la edad. Los estrógenos tienen un efecto trófico sobre gran parte del tracto urinario inferior de la mujer (hay receptores de estrógeno en vagina, vestíbulo, uretra distal, trigono vesical, músculos pelvianos y ligamento

redondo). De todas formas, a pesar de la correlación entre hipoestrogenismo y los cambios a nivel del tracto urinario inferior, no es posible esperar que el reemplazo hormonal sea capaz de revertir estos cambios, restaurar funciones o aliviar síntomas.

Luego de la menopausia, el epitelio vaginal pierde la mayor parte de su capa superficial e intermedia. Esto puede asociarse a inflamación, con evidente eritema, telangiectasias, petequias, friabilidad y erosiones del tejido. Esto puede explicar en parte la urgencia y frecuencia de algunas mujeres mayores. Adicionalmente, ocurre pérdida de glicógeno y lubricación, y el pH cutáneo aumenta desde 4.5-5.5 a 7.0-7.4. Estos cambios pueden llevar a pérdida de la flora adherente habitual (lactobacilos) y a colonización con organismos patógenos como *Escherichia coli* y otros enteropatógenos.

### **Uretra**

Por su origen embriológico común, la uretra femenina sufre cambios relacionados con el envejecimiento a nivel mucoso y estromal similares a la vagina. La densidad vascular submucosa y flujo sanguíneo disminuyen. El adelgazamiento mucoso y pérdida de proteoglicanos afecta la coaptación uretral. Estudios cadavéricos indican que además hay pérdida de fibras estriadas del rabdoesfinter (1% por año). Todos estos cambios explicarían por que la presión de cierre uretral disminuye con la edad, aproximadamente 15cmH<sub>2</sub>O por década a partir de los 20 años.

Los cambios en la mucosa uretral pueden extenderse hasta el trigono vesical, causando irritación de aferencias nerviosas y posiblemente gatillando hiperactividad del detrusor. Adicionalmente, la sensibilidad neural está aumentada y esto también puede contribuir a una vejiga hiperactiva.

### **Próstata**

La hiperplasia prostática benigna (HPB) histológica está fuertemente asociada al envejecimiento y puede conducir a crecimiento prostático, el cual puede llegar a obstruir el tracto de salida de la vejiga. El 80% de los hombres a los 80 años tiene HPB histológica. El volumen prostático promedio aumenta en forma variable con la edad.

Las teorías más actuales dicen que un ambiente predominantemente estrogénico en la próstata es capaz de promover la proliferación estromal de la próstata. Esto ocurriría porque los niveles de dihidrotestosterona disminuyen con la edad, mientras que la de estradiol aumenta. La hiperplasia epitelial, por otra parte, es mediada por una serie de factores estromales.

### **Piso pélvico**

Los cambios en piso pelviano de hombres mayores normales no ha sido bien estudiado. En mujeres, el efecto de la edad en la estructura y función del piso pélvico es difícil de diferenciar de los efectos del estado hormonal y paridad. De esta manera,

hay estudios que no han encontrado relación entre edad e incontinencia de esfuerzo o vejiga hiperactiva al ajustar por obesidad, paridad, menopausia y uso de hormonas.

### **Factores que contribuyen a la incontinencia urinaria de adultos mayores**

Con la edad, aumenta la frecuencia de patologías crónicas, por lo que la población de adultos mayores con incontinencia urinaria suelen tener comorbilidades que pueden ser determinantes para el diagnóstico y manejo de sus síntomas urinarios.

#### **Fármacos**

Es muy frecuente encontrar polifarmacia (definida como 5 o más medicamentos) en adultos mayores. Mientras más tratamientos farmacológicos reciba el paciente, más probable es que reciba algún fármaco que causa STUI. Una amplia gama de medicamentos han sido implicados como causantes de incontinencia urinaria con diferentes niveles de evidencia.

#### **Trastornos neurológicos y psiquiátricos**

Los trastornos neurológicos y psiquiátricos son particularmente prevalentes en adultos mayores. Los trastornos neurológicos que causan lesiones cerebrales pueden interferir con la vía de la micción, impidiendo la capacidad de inhibirla. Del mismo modo, estas lesiones pueden asociarse a deterioro cognitivo y a trastornos motores que deterioran la movilidad e independencia de los pacientes para ir al baño.

La depresión es un trastorno anímico frecuente de encontrar en adultos mayores. Esta puede ser consecuencia o estar exacerbada por la presencia de IU, al mismo tiempo que puede ser un factor que determine falta de motivación para seguir los tratamientos que buscan resolver su incontinencia.

#### **Diagnóstico**

La IU debe ser considerada un síntoma, y como tal puede ser manifestación de muchas condiciones clínicas o patologías subyacentes. Por esto, en la evaluación diagnóstica es necesario hacer un estudio detallado para determinar las causas subyacentes que son susceptibles de ser tratadas o modificadas.

#### **1. Incontinencia urinaria por causa detrusor**

- Incontinencia urinaria de urgencia: Son pacientes que presentan pérdida de orina secundaria a contracciones no inhibidas del detrusor, de causa idiopática (primaria). Pueden manifestar adicionalmente urgencia miccional, muchas veces acompañada de frecuencia miccional elevada y nicturia.

- Incontinencia por pérdida de acomodación vesical: Son pacientes que tienen vejigas que aumentan de presión rápidamente a medida que ocurre el llene vesical. El aumento de presión vesical vence la resistencia del tracto de salida y ocurre el escape urinario.

- Incontinencia por ineficiencia de vaciado: Pacientes que presentan vaciado vesical incompleto dejando residuos postmiccionales elevados. Puede deberse a una uropatía obstructiva baja (ej. crecimiento prostático, prolapso genital) o a un detrusor hipocontráctil durante la fase miccional. Los residuos elevados pueden llevar a incontinencia urinaria por rebosamiento.

## **2. Incontinencia urinaria por causa tracto de salida**

- Incontinencia urinaria de esfuerzos: Pacientes que presentan pérdida de orina en asociación a esfuerzos como toser, reír o levantar pesos. Puede ser por hipermovilidad uretral (debilidad de piso pelviano) o por deficiencia intrínseca del esfínter urinario.

## **3. Incontinencia urinaria mixta**

- Incontinencia urinaria mixta: Pacientes que presentan síntomas de incontinencia de urgencia y de esfuerzos, pudiendo haber predominio de un tipo sobre el otro.

## **4. Incontinencia urinaria en casos especiales**

- Incontinencia urinaria funcional: Son pacientes sin patología urológica ni neurológica, pero que presentan dificultades físicas para alcanzar el baño.

- Incontinencia urinaria secundaria: Son pacientes sin patología urológica ni neurológica, pero que beben en exceso, tienen efectos secundarios de drogas o tienen patología general que afecta la continencia, como diabetes mellitus con poliuria, insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia renal con nicturia, entre otros.

- Incontinencia urinaria con base neurológica: Son pacientes con patología neurológica que repercute en su funcionamiento vesical, cognitivo y/o limita su capacidad física, como hidrocefalia normotensiva, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares, traumatismos raquímedulares, etc

## **Anamnesis**

La anamnesis próxima debe enfocarse en evaluar las características de la IU, identificando factores desencadenantes como el esfuerzo, la tos, la presencia de urgencia y de urgeincontinencia. Se debe interrogar sobre otros síntomas asociados

como hematuria, expulsión de litiasis de la vía urinaria o presencia de sintomatología de infección del tracto urinario.

En la anamnesis remota es muy importante considerar la presencia de condiciones asociadas previamente discutidas y que alteran la función del detrusor y/o del esfínter. Muchas de estas condiciones son transitorias, relativamente fáciles de corregir y deben descartarse en particular en pacientes añosos, tales como estado confusional, depresión y otros trastornos psicológicos severos, infección urinaria, uretritis y/o vaginitis atrófica, exceso de ingesta líquida o de diuresis (por uso diuréticos o hiperglicemia), movilidad restringida y alteraciones del tránsito intestinal (fecaloma).

### **Examen físico**

Dentro del examen físico, en la mujer debe evaluarse algunos elementos generales como la obesidad y estrogenismo y otros más particulares como el trofismo de la vulva, presencia de prolapso genital así como hipermovilidad de la uretra. Se debe descartar masas periuretrales, evaluar el estado de la musculatura pélvica y realización de pruebas sencillas como el test de Marshall-Bonje. Este test clínico básicamente consiste en objetivar el escape urinario uretral en relación a valsalva y evaluar su cambio en respuesta a la maniobra de suspender la uretra con compresión lateral a ésta, sin obstruirla, de modo de evaluar si bajo condiciones de corrección de la hipermovilidad, la continencia mejora. Además, se debe evaluar la presencia de cicatrices en área abdominal baja y perineal que pueden ser relevantes.

En el hombre, el tacto rectal es fundamental para caracterizar la próstata

### **Estudios complementarios**

Los estudios complementarios están orientados a descartar patología asociada relevante y a determinar con precisión el tipo de incontinencia (con su mecanismo fisiopatológico) con miras a proponer un plan terapéutico racional.

**El examen de orina completo y cultivo** es importante para descartar infección urinaria y hematuria, así como condiciones que generan poliuria como la glicosuria. Dentro de los estudios más específicos hay algunos orientados a caracterizar mejor la anatomía o soporte físico del sistema urinario inferior así como descartar condiciones asociadas, tales como la uretrocistografía, la ecotomografía abdominal y pelviana (que también permite medir residuo postmiccional), tomografía computada y resonancia magnética de abdomen y pelvis (con o sin contraste).

### **Estudios urodinámicos**

En la evaluación de la incontinencia urinaria, la evaluación urodinámica es particularmente importante puesto que caracteriza la dinámica del funcionamiento del sistema urinario inferior y permite entender la condición fisiopatológica de base



del trastorno miccional, así como estimar el peso relativo de distintos factores asociados.

### **Estudios urodinámicos no invasivos**

- Cartilla miccional: Es la herramienta menos compleja y no invasiva, a pesar de lo cual los adultos mayores muchas veces requerirán asistencia para su elaboración. Ayuda a lograr una descripción más objetiva de los patrones miccionales y de IU.

### **Estudios urodinámicos invasivos**

La evaluación urodinámica invasiva no es otra cosa que la reproducción de uno o varios ciclos vesicales, con su fase de continencia y su fase miccional, bajo condiciones controladas que permiten medir objetivamente el desempeño de cada uno de los componentes del complejo véscico esfinteriano. Esta evaluación se puede realizar en forma ambulatoria y no requiere anestesia

### **Tratamiento**

#### **Manejo conservador**

Las ventajas del manejo conservador son su bajo costo, alta efectividad y poca interferencia con otros tratamientos. El manejo de la ingesta líquida es importante, buscando lograr un adecuado balance entre deshidratación e ingesta líquida excesiva. También se busca evitar el alcohol y la cafeína si se identifican como factores causales. La baja de peso mediante dieta y ejercicios pueden ser beneficiosos, pero es un objetivo particularmente difícil de lograr en adultos mayores, sobre todo cuando su condición física es frágil. Un buen control de la diabetes permite al paciente manejar síntomas de la diuresis osmótica y poliuria por hiperglicemia. El manejo de la constipación también es fundamental.

#### **Terapia farmacológica**

Con la edad se producen cambios que pueden afectar la absorción de medicamentos de liberación prolongada (por vaciado gástrico enlentecido) y de formulaciones transdérmicas (por adelgazamiento de la piel), la distribución de fármacos lipofílicos y de fármacos que se unen a proteínas (por pérdida de masa magra), el metabolismo de drogas a nivel hepático (aumentando vida media por disminución del metabolismo hepático) y la depuración de drogas que se eliminan a nivel renal (por disminución de la depuración renal).

#### **Tratamiento quirúrgico**

El tratamiento quirúrgico nunca debe ser descartado sólo en base a la edad cronológica del paciente. Existen reportes de cirugía en octogenarios que muestran que en pacientes bien seleccionados las cirugías son seguras y eficaces.

Dentro del grupo de incontinencia de causa detrusor, el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria por urgencia incluye principalmente la inyección de toxina botulínica en el detrusor y el implante de neuromoduladores a nivel sacro (1,2,7,12,13). Las mismas estrategias tienen utilidad en el manejo de algunas incontinencias por pérdida de acomodación vesical. Los buenos resultados de estos tratamientos han relegado a segundo plano tratamientos quirúrgicos más invasivos y mórbidos como las ampliaciones vesicales y derivaciones urinarias, las cuales se reservan hoy en día principalmente para aquellos casos con severa pérdida de acomodación vesical.

## **INESTABILIDAD Y CAÍDAS:**

Definimos caída como “la precipitación repentina e involuntaria al suelo que puede acompañarse o no de pérdida de conciencia”.

Las actividades que tienen mayor riesgo de producir una caída son:

- Levantarse y acostarse en la cama.
- Levantarse y sentarse en la silla.
- Subir y bajar escaleras.

*Los factores de riesgo* más importantes de las caídas son:

### Intrínsecos:

- Cambios fisiológicos propios del envejecimiento, (disminución de la agudeza visual, deterioro de la visión nocturna, de la percepción de colores y de la profundidad de objetos, sordera, tapones de cerumen, la “marcha senil” caracterizada con pasos cortos, por menor flexoextensión de cadera, rodilla y tobillos, anteflexión del tronco y cuello, aumento de la base de sustentación y tendencia a la retropulsión, entre otros).
- Enfermedades agudas o crónicas:
  - Respiratorias (neumonías).
  - Infecciones urinarias.
  - Cardiovasculares (síncope).
  - Vértigos.
  - Demencias, ACV, cuadros confusionales.
  - Metabólicas (diabetes).
- Polimedicación (a partir del 4º fármaco riesgo alto de caídas).
- Aspectos psicosociales:
  - Depresión.
  - Intranquilidad.
  - Síndrome post-caída.
- Alteraciones mecánicas:
  - Alteraciones en MMII (UPP, vendajes)
  - Calzado inadecuado.
  - Deformaciones.
- Dolor.

## Extrínsecos:

- Sedentarismo.
- Barreras arquitectónicas tanto en el domicilio como en la calle (baños mal adaptados, alfombras, suelos resbaladizos, mala iluminación, aceras con desniveles y en mal estado...).
- Transporte (movimientos bruscos, accesos inadecuados, tiempo corto de subida y bajada de viajeros).

## *Consecuencias de las caídas*

Aproximadamente se producen fracturas en un 6% de las caídas en personas menores de 75 años y superan el 25% en mayores de 75 años, siendo la fractura de cadera la más frecuente de todas y la que mayor morbimortalidad genera. El pronóstico va a depender a parte de los factores de riesgo (polimedicación, pluripatología, inmovilidad...) y del tiempo de permanencia en el suelo, empeorando este cuando el tiempo es superior a 60 minutos.

Las consecuencias se clasifican en varios grupos:

- Físicas:
  - Fracturas.
  - Traumatismo craneoencefálico o costal.
  - Lesiones de partes blandas.
  - Contusiones, desgarros, heridas.
  - Dolor crónico.
- Psicológicas:
  - Pérdida de autonomía y autoestima. Cuadros depresivos.
  - Restricción de la movilidad (contenciones mecánicas).
  - Síndrome postcaída o síndrome de Kennedy: miedo que desarrolla el anciano a sufrir otra caída produciéndole una limitación de los movimientos que le va a dificultar llevar a cabo por sí mismo las ABVD limitando su independencia.
- Sociales:
  - Aislamiento
  - Cambio en los hábitos de vida.
  - Pérdida de la capacidad funcional, lo que produce aumento de la necesidad de cuidadores o institucionalización.
- Económicas:
  - Elevado coste familiar y sanitario.

## *Medidas de prevención*

Lo más eficaz es realizar una intervención multifactorial:

- Prevención primaria: dirigida a la población anciana en general, el objetivo es evitar la caída. Encontramos varias actividades:
  - Educación para la salud. (recomendar ejercicio físico moderado).
  - Fomento de hábitos de vida saludables.
  - Detección precoz de factores de riesgo intrínsecos (exámenes de salud periódicos, uso correcto de ayudas técnicas) y corrección de los extrínsecos (medidas de seguridad en el entorno).

- Prevención secundaria: Dirigida a conocer y reducir los factores de riesgo ya existentes para evitar nuevas caídas. Encontramos:
  - Valoración individualizada. Alteraciones sensoriales, instrumentos para adaptarse al medio según precise (silla de ruedas, bastón, andador...).
  - Medidas para evitar nuevas caídas:
    - Revisión de tratamientos médicos.
    - Modificación del entorno para hacerlo un lugar seguro. (calzado adecuado, sillas y camas a alturas adecuadas, evitar alfombras, baño y cocina adaptados, suelo no resbaladizo, iluminación adecuada...).
- Prevención terciaria: dirigida a disminuir las consecuencias producidas por las caídas. Encontramos:
  - Evitar síndrome postcaída.
  - Apoyo y educación a familiares y cuidadores.
  - Reeducar marcha y equilibrio. Enseñar al anciano a levantarse solo, (girar hasta quedar en decúbito prono, apoyar ambas rodillas en el suelo y levantarse adoptando una posición similar al gateo, apoyándose en un mueble o superficie fija alcanzar la bipedestación).
  - Características de la caída. Para buscar el factor desencadenante y si puede ser corregirlo.
  - Estado inmediato tras la caída y valorar consecuencias.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-incontinencia-urinaria-el-adulto-mayor-S0716864018300324>
- 2.- <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor/>
- 3.- <https://enfermeriade ciudadreal.es/inestabilidad-y-caidas-en-el-anciano/>