

### *Rischi, indicazioni, alternative e controindicazioni al catetere vescicale a permanenza (Foley) nei pazienti anziani.*

Nelle persone anziane la cateterizzazione vescicale è procedura frequente, forse troppo, in tutti i setting curativo-assistenziali (ospedale, residenze e domicilio). Per visionare la metodologia dell' inserzione del catetere in vescica si vedano i video relativi alla manovra nell' uomo e nella donna. <https://www.youtube.com/watch?v=AQ1EsxzUcgl> ; <https://www.youtube.com/watch?v=m1XskNd-o7g>; la procedura è di solito di competenza infermieristica.

Il catetere vescicale (CV) deve essere inserito solo con una precisa indicazione clinica; esso deve poi essere rimosso il più presto possibile e non appena l'indicazione all'uso cessa di esistere; al medico spetta la decisione. La incontinenza urinaria è l' indicazione più frequente anche se di per sé non costituisce un'indicazione al posizionamento del CV. In condizioni non critiche, il monitoraggio delle urine si può fare con metodi alternativi come il condom-catetere nell' uomo. L' infezione delle vie urinarie ( IVU ) è complicanza frequente del CV con possibile urosepsi (febbre intermittente con dolore); servono pertanto precauzioni igieniche continue come il lavaggio delle mani, l' inserzione del catetere con tecniche asettiche e attrezzature sterili, mantenere corretta la posizione del catetere in modo da agevolare il deflusso urinario; sono da evitare le angolature del CV e del tubo di raccolta; la sacca di raccolta va tenuta sotto il livello della vescica per evitare il reflusso. I cateteri devono essere gestiti con attenzione per quanto riguarda il flusso (possibile la loro ostruzione) e la qualità (colore, limpidezza) della urina che si raccoglie nel sacchetto.

Perché si mette il CV? Nella popolazione anziana la cateterizzazione vescicale (anche in forma di condom o ottenuta per via soprapubica) è frequentemente motivata dalla incontinenza urinaria (IU) acuta o cronica che non raramente è transitoria e non dovrebbe essere oggetto di accertamenti diagnostici, ma di attenzioni cliniche qualificate. L' anamnesi e l' esame obiettivo con la valutazione multidimensionale geriatrica configurano al meglio questa sindrome geriatrica che ha conseguenze sociali ed emozionali rilevanti anche in termini di autostima del malato. Considerando i rischi che la cateterizzazione comporta al paziente anziano con multipatologia questa procedura invasiva dovrebbe essere considerata come l' ultima spiaggia qualora non siano proponibili altre misure alternative (in particolare l' uso dei pannoloni); la sua indicazione deve essere riconsiderata spesso nel tempo. Il CV ha finalità diverse: diagnostiche, terapeutiche (nel caso che ci sia ritenzione urinaria) e anche preventive (per esempio nel paziente con piaghe da decubito). A seconda dello scopo il CV avrà caratteristiche per foggia e dimensione diverse. I parametri che distinguono i cateteri sono: il calibro, il materiale (lattice, PVC o silicone), la consistenza, il numero delle vie, l'estremità prossimale; il diametro esterno del catetere si misura in Charrier (1 CH equivale a 1/3 di mm). In linea di massima si deve scegliere il catetere con il diametro di minor calibro possibile che sia in grado di garantire il drenaggio senza traumatizzare la mucosa uretrale. I cateteri possono essere a una, 2 o 3 vie: Con i cateteri a 2 vie una favorisce il deflusso delle urine e l'altra, dotata di valvola permette la distensione di un palloncino in vescica che conferisce stabilità al dispositivo, si usano pertanto quando il catetere deve rimanere in sede per più tempo. Quelli a 3 vie sono usati nei casi in cui è necessario irrigare la vescica. Il CV è a

breve permanenza o a breve termine quando il catetere è mantenuto in sede per pochi giorni (al massimo fino a 30 giorni); si parla invece di cateterismo a lunga permanenza se il catetere è mantenuto per un periodo superiore. Si parla invece di cateterismo intermittente se il catetere è rimosso subito dopo il passaggio delle urine. Il cateterismo intermittente può essere svolto dal paziente stesso. In tal caso si parla di autocateterismo. Il cateterismo urinario deve essere limitato solo ai casi in cui altre alternative non sono praticabili. Le indicazioni più importanti sono: ostruzione delle vie urinarie a livello uretrale non risolvibile chirurgicamente; alterazione della pressione sanguigna o della volemia che necessita di un continuo e accurato controllo del volume delle urine emesse; necessità di misurare il volume di urine in maniera accurata in un soggetto non collaborante; disfunzione neurologica permanente della vescica; intervento chirurgico che richieda la vescica vuota; trattamento delle neoplasie vescicali; incontinenza urinaria e gravi casi di macroematuria e piuria per evitare il tamponamento vescicale. Non è certa la frequenza ottimale per sostituire il catetere: si suggerisce pertanto di sostituirlo quando necessario. Il momento adatto per la sostituzione va stabilito in base alle condizioni generali del soggetto cateterizzato, delle urine e in base alle caratteristiche specifiche del catetere. In particolare nei soggetti a rischio di ostruzione l'intervallo di sostituzione deve essere più breve di quello raccomandato dalle aziende produttrici. La necessità di mantenere il catetere in sede dovrebbe essere rivalutata periodicamente: il catetere va rimosso appena possibile per l'alto rischio di infezioni delle vie urinarie. La durata della cateterizzazione va decisa in base al rischio di possibili complicanze. Al cambio del catetere **non** serve somministrare l'antibiotico tranne in caso di infezione urinaria (febbre, brividi, dolore al basso ventre). Gli esami colturali delle urine nei soggetti con catetere non sono utili perché la batteriuria asintomatica è presente in un'alta percentuale di soggetti con catetere a breve permanenza e in tutti i soggetti con catetere da 30 giorni. L'esame colturale è opportuno solo in caso di sintomatologia infettiva (febbre, brividi, dolore al basso ventre, al fianco, alla schiena) o altra indicazione medica.

Le complicanze più frequenti del CV sono: infezioni delle vie urinarie; ostruzione da ematuria; ostruzione da struvite; perdita di urina; lesioni da decubito; traumatismi uretrali. In presenza di ematuria il catetere può ostruirsi per la formazione di coaguli; in tal caso è indispensabile l'utilizzo di un catetere Couvelaire che favorisce il drenaggio. L'ostruzione da struvite è una complicanza frequente nei soggetti portatori di catetere. La causa sono i batteri produttori di ureasi che possono trovarsi nelle urine. Tali batteri scindono l'urea in ioni ammonio innalzando il pH delle urine. L'ambiente basico alla temperatura di 37 °C favorisce la precipitazione di sali di fosfato di ammonio. L'efficacia dell'acidificazione delle urine con succo di mirtillo è discussa, tuttavia spesso è utilizzata nella pratica clinica. Sembra invece che il catetere in silicone sia da preferire nei soggetti con ostruzioni frequenti. Il CV a lungo termine è indicato quando la ritenzione urinaria non è trattabile con terapia medica o chirurgica, incontinenza fecale o urinaria che provoca contaminazione delle ferite, malattia terminale o debilitazione grave nella quale i movimenti frequenti provocano disagi notevoli, insuccesso di altre modalità di trattamento, unito alla preferenza del paziente per il cateterismo

Le infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale sono tra le infezioni ospedaliere più frequenti; tra il 60 e l'80% dei soggetti con CV presenta infezioni nosocomiali del tratto urinario e la probabilità di isolare batteri nel tratto urinario aumenta del 3-6% per ogni giorno in più di permanenza del catetere in vescica. L'infermiere ha un

ruolo centrale nella prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate all'uso del catetere e attua alcune misure fondamentali per limitare il disagio del paziente e l'aumento della durata del ricovero e della mortalità del portatore di CV.

Pertanto si deve ricorrere al catetere solo se strettamente necessario, lavarsi le mani prima e dopo l'inserimento del catetere e prima e dopo lo svuotamento o la sostituzione della sacca di drenaggio; inserire il catetere con tecnica asettica e presidi sterili. Più propriamente l'infezione associata a catetere è quella che si presenta nel paziente con CV in situ o rimosso da 48 ore. Più lunga è la durata della cateterizzazione e maggiore il rischio di infezione delle vie urinarie (trattasi di infezione nosocomiale); il rischio è 1-2% per la singola cateterizzazione, 10-40% se di breve durata (< 7 giorni); 100% se a lungo termine (> 100%). Una volta messo il catetere l'incidenza giornaliera di infezione è 3-10%. Il 10-30% dei pazienti presenta batteriuria asintomatica dopo cateterizzazione a breve termine, diventa del 90-100% se la cateterizzazione è a lungo termine. La batteriuria non è infezione, ma indica colonizzazione batterica. L'UTI è verosimile se le urine sono positive all'esterasi leucocitaria e ai nitrati; il **TENA u-test** è un test di riconoscimento rapido delle infezioni del tratto urinario attraverso il rilevamento di nitriti e/o leucociti nelle urine; è comodo da indossare, facile da interpretare e adatto anche all'utilizzo a domicilio da parte di personale non specializzato. I sintomi dell'IU sono febbre anche intermittente, ma anche ipotermia, dolorabilità soprapubica o all'angolo costovertebrale, frequente cambiamento delle caratteristiche delle urine che diventano alcaline e a volte maleodoranti.

Nella batteriuria da cateterismo a breve termine è coinvolto un solo germe patogeno urinario, per lo più l'*E. coli*; la batteriuria dovuta al cateterismo a lungo termine è caratteristicamente polimicrobica, in genere con 2-5 microrganismi diversi, tra i quali l'*E. coli*, il *P. Mirabilis*, la *K.pneumoniae*, l'*Enterococcus*, la *Providencia stuartii* e la *M. morgani*. Sono stati chiamati in causa anche diversi altri batteri e lieviti patogeni.

I batteri, spesso, raggiungono le vie urinarie a partire dalla colonizzazione periuretrale da parte della flora saprofitica del paziente; in seguito, può verificarsi la migrazione dei microrganismi tra il catetere e l'epitelio urinario, fino alla vescica e alle vie urinarie superiori. Di rado, i patogeni urinari penetrano attraverso soluzioni di continuità nel sistema chiuso di raccolta delle urine; inoltre, i batteri sono in grado di colonizzare la superficie intraluminale del catetere e della sacca, migrando poi in direzione prossimale contro il flusso dell'urina, fino alle vie urinarie. La complicanza più frequente della batteriuria asintomatica da catetere è l'infezione sintomatica (che può causare febbre, delirio, pielonefrite, batteriemia, urosepsi, morte). In aggiunta, il cateterismo a lungo termine può provocare l'insorgenza di uretrite, calcolosi urinaria, epididimite, reflusso vescicoureterale, pielonefrite cronica e nefrite tubulointerstiziale cronica, con deformazione dei calici e cicatrizzazione del parenchima renale: per questo si deve essere cauti nella prescrizione della cateterizzazione a permanenza. Le infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale sono tra le infezioni ospedaliere con la più alta incidenza: fra il 60 e l'80% dei soggetti con catetere presenta infezioni nosocomiali del tratto urinario e la probabilità di isolare batteri nel tratto urinario aumenta del 3-6% per ogni giorno in più di permanenza del catetere in vescica. L'infermiere ha un ruolo centrale nella prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate all'uso del catetere; la batteriuria non richiede obbligatoriamente la prescrizione di antibiotici; la necessità di mantenere in situ il catetere deve essere rivalutata periodicamente; il suo impiego deve essere il più breve possibile; inserire il catetere con tecnica asettica e presidi sterili; la profilassi antibiotica non è da fare

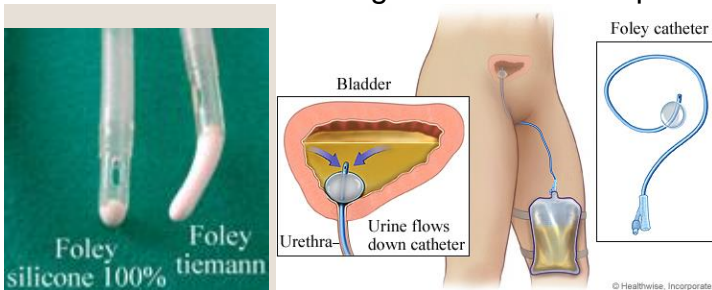
### Tipi di catetere vescicale .

I cateteri vescicali si differenziano sulla base della forma e delle caratteristiche dell'estremità prossimale. Il catetere standard è quello di Nelaton con l'estremità prossimale arrotondata e rettilinea. E' dotato di uno o 2 fori di drenaggio contrapposti (figura sotto). Il catetere di Mercier (semirigido) ha la punta arrotondata con un angolatura di 30-45° e uno o 2 fori di drenaggio : l'angolo serve per favorire l'introduzione nell'uretra membranosa o prostatica. E' usato principalmente in caso di ritenzione urinaria da ipertrofia prostatica.

Il catetere di Tiemann (semirigido) è indicato per uomini con restringimento dell'uretra. L'estremità ha forma conica e può essere rettilinea (catetere conicolivare) oppure può avere angolatura di 30°(si veda figura che segue)



Il catetere di **Foley** ha all'estremità distale un palloncino gonfiabile che ne permette l'ancoraggio in vescica. Il palloncino va gonfiato con 8-10 ml di soluzione fisiologica sterile. L'estremità prossimale invece è simile a quella del catetere di Nelaton (figura precedente), ma sono disponibili anche cateteri di Foley con punta Tiemann (figura sotto) per i soggetti con difficoltà uretrali. L'estremità ha 2 fori contrapposti e simmetrici. La sua flessibilità ed elasticità assicura un alto grado di confort al paziente cateterizzato .

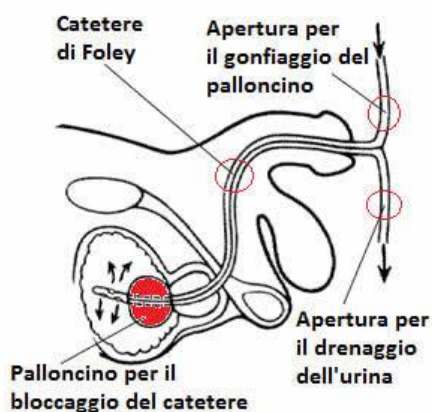


I CV sono comunemente usati nei pazienti anziani per la ritenzione urinaria, l'incontinenza, soprattutto in presenza di ulcere da decubito, il cancro vescicale, per il confort dell'anziano....e forse, a volte, per rendere la vita del personale sanitario più facile! Circa 1 su 4 di CV inseriti in pazienti ospedalizzati ultra70enni e 1 su 3 di CV inseriti in quelli ultra85enni non sono necessari. L'uso dei CV a dimora in Europa è molto frequente negli anziani di sesso maschile (problemi prostatici?), con demenza avanzata e non autosufficienti, particolarmente in Francia, Germania ed Italia . Alcuni Paesi come Olanda, Finlandia, Svezia, Norvegia e Gran Bretagna hanno decisamente ridotto l'uso di CV . Una delle cause di tali differenze geografiche in ambito della prevalenza di CV, potrebbe essere la pratica medica basata sulle abitudini piuttosto che sulla evidenza scientifica. Il declino cognitivo quasi raddoppia il rischio di catetere vescicale a permanenza, mentre tale rischio si quadruplica nella non-autosufficienza; la presenza di ulcere da decubito quasi raddoppia la probabilità dell'inserimento di CV. Attualmente i cateteri di tipo Foley al silicone a due vie, con incorporati un palloncino ed un canale di drenaggio, sono quelli più usati. Qualora siano indicati i lavaggi vescicali vi è il catetere a tre vie con anche il canale

di irrigazione. In passato, i cateteri Foley venivano attaccati a tubi di raccolta che drenavano nei secchi sul pavimento, al lato del letto (il così detto "open-catheter system") con insorgenza di batteriuria già entro 4 giorni ; le sacche di raccolta di plastica ritardano la batteriuria ad oltre 30 giorni. Recentemente è stato messo in commercio un catetere Foley "a circuito chiuso" in silicone, in confezione sterile, già connesso ad una sacca sterile per la raccolta, chiusa all'esterno e dotata di un rubinetto che consente il periodico svuotamento senza mai interrompere il circuito chiuso. I collegamenti fra sistemi sacca-catetere e sacca-rubinetto per lo svuotamento periodico sono dotati di valvola anti-reflusso e filtri che impediscono la risalita di microrganismi.

#### QUANDO E' REALMENTE NECESSARIA LA CATETERIZZAZIONE?

Data la elevata frequenza di uso inappropriato di CU, prima di decidere di cateterizzare un paziente è importante raggiungere una diagnosi basata su una dettagliata anamnesi, esame obiettivo, misurazione della quantità residua di urine dopo svuotamento, analisi delle urine. Occorre comunque tenere presente che, le complicanze correlate all'eventuale inserimento non sono solamente l' infezione, l'incrostazione, l'ostruzione del catetere ma anche situazioni ancora più gravi quali il trauma uretrale, le perforazioni, i calcoli vescicali, e la sepsi. La domanda da farsi a letto del paziente è : "E' questo catetere realmente necessario?" Esistono delle misure alternative?". Ad esempio, sistemi alternativi alla cateterizzazione potrebbero essere sistemi esterni di raccolta delle urine tipo "condom" negli uomini; cateterismo ad intermittenza nei pazienti con vescica neurogena; utilizzo di pannoloni in caso di incontinenza. Le indicazioni assolute all'inserimento di CU dovrebbero limitarsi al monitoraggio della diuresi nei pazienti anziani critici (stato di shock, coma, scompenso cardiaco), ai gravi casi di macroematuria e piuria, e all'ostruzione acuta delle vie urinarie. L'infezione batterica più comune nell'età geriatrica è l'infezione del tratto urinario , soprattutto negli anziani fragili, sia che essi vivano a casa, sia istituzionalizzati od ospedalizzati . Queste infezioni possono essere molto severe e condurre ad una significativa morbilità e mortalità , allungare la degenza ospedaliera ed aumentare le spese sanitarie.

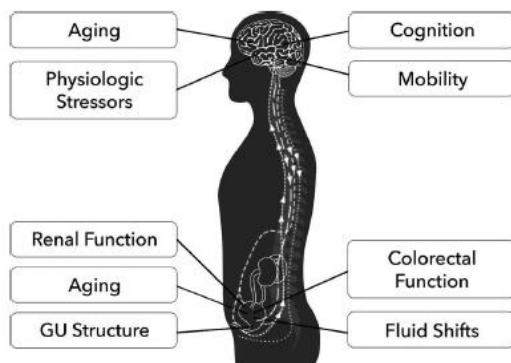


L' IU di per sé non costituisce un'indicazione al posizionamento del catetere. In condizioni non critiche, per il monitoraggio delle urine se possibile si devono utilizzare metodi alternativi come il condom-catetere negli uomini in grado di collaborare. In un'esperienza bolognese il peso dei pannolini delle donne istituzionalizzate si è rivelato un'alternativa praticabile. La gestione del catetere vescicale diventa difficile se compare ematuria : il catetere può facilmente ostruirsi per la formazione di coaguli. In questo caso è indicata

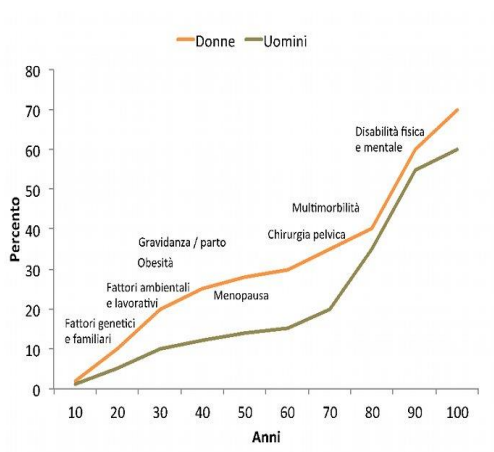
l'utilizzazione del catetere Couvelaire (con ampia apertura a becco di flauto sull'estremità prossimale) che favorisce un buon drenaggio. Questo catetere viene utilizzato nel periodo post operatorio, nei soggetti con neoplasia delle vie urinarie (vescicali, prostatiche e renali), in caso di trauma uretrale o vescicale e nei soggetti con difetto della coagulazione o di sovradosaggio di farmaci anticoagulanti. La struvite è un'altra causa di ostruzione del catetere molto comune nei soggetti con catetere vescicale a lunga permanenza (con urine chiare). La causa sono i batteri produttori di ureasi che possono trovarsi nell'urina dei portatori di catetere. Questi batteri scindono l'urea in ammoniaca, tale reazione chimica determina un aumento degli ioni ammonio e di conseguenza un innalzamento del pH. L'ambiente basico alla temperatura di 37°C favorisce la precipitazione di sali di fosfato ammonio magnesiaci (struvite) che possono ostruire il catetere. I depositi di struvite sulla superficie e all'interno del catetere rendono difficile lo svuotamento vescicale, con aumento della pressione intravesicale e reflusso vescico-ureterale.

L' incontinenza urinaria (IU).

La prevalenza della IU aumenta con l'età, con una prevalenza complessiva del 38% nelle donne e del 17% negli uomini. Nelle donne, la prevalenza è circa del 12.5% in donne di età compresa tra i 60 e i 64 anni e raggiunge circa il 20.9% in donne di età ≥85 anni. Negli uomini, la prevalenza aumenta con l'età, dall'11% in quelli dai 60 ai 64 anni al 31% in quelli di età ≥85 anni. L' anziano è spesso incontinente e non dovrebbe essere consuetudine trovare la soluzione "terapeutica" nella cateterizzazione vescicale permanente. Le cause che concorrono alla emergenza della incontinenza urinario nell' anziano sono riportate nella figura sotto riportata: sono centrali e periferiche (GU: indica genito-urinario).



La prevalenza della incontinenza urinaria nelle diverse età e nei due sessi e le sue cause sono indicate nella figura che segue





Importante identificare le cause dell' incontinenza urinaria; esistono diverse forme riassunte nella tabella (da Benvenuti) con le loro caratteristiche principali compresi i meccanismi fisiopatologici; alcune forme sono trattabili anche con farmaci attivi sulla motilità delle vie urinarie e in particolare sul muscolo detrusore della vescica e sugli sfinteri uretrali.

Tipo di incontinenza	Sintomi principali	Meccanismi fisiopatologici
Urgenza	Urgenza minzionale con incontinenza da urgenza; perdite di solito abbondanti; pollachiuria, nicturia; residuo post-minzionale normale a meno che non coesista una ostruzione o una alterazione della capacità contrattile del detrusore	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iperattività detrusoriale con meccanismi sfinterici coordinati</li> <li>- Iperattività detrusoriale con alterata contrattilità</li> <li>- Alterazione delle caratteristiche di parete per flogosi, ipertrofia</li> </ul>
Sforzo	Piccole perdite contemporanee con lo sforzo; talora pollachiuria; nicturia assente; residuo post-minzionale assente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difetto di trasmissione della pressione addominale all'uretra prossimale</li> <li>- Incompetenza del meccanismo sfinterico uretrale</li> </ul>
Rigurgito	Pollachiuria e perdite frequenti; abbondante residuo post-minzionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostruzione uretrale</li> <li>- Deficit contrattile detrusoriale</li> </ul>
Funzionale	Incapacità a raggiungere, riconoscere o utilizzare i servizi igienici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normale funzionamento delle basse vie urinarie</li> <li>- Alterata mobilità, destrezza manuale, demenza</li> </ul>

Importante il diario giornaliero delle perdite di urine (quantità e timing con le occasioni in

Nome e cognome		Dal		Al per 2-3 gg			
Ora	Minzione Volontaria	Episodio Incontinenza	Volume (minzione o perdita)	Bevande Quali?	Quanto?	Episodio di urgenza	Cosa stavi facendo ? (ricordo, sollevando un peso, stimulando, ginnastica)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

© Aesculap Academia srl

cui si verificano.

La valutazione del residuo vescicale postminzionale (normale = 60-70 ml) è clinicamente importante e facilmente misurabile. L' IU è più frequente nella donna; l' IU da stress è la più frequente, ma anche la più benigna. Il *test del colpo di tosse* è fondamentale nella donna per orientare la diagnosi. A vescica ragionevolmente piena (almeno 200 ml), s'invita la paziente (rilassata e in posizione supina) a compiere un colpo di tosse singolo e vigoroso. La perdita che avviene simultaneamente al colpo di tosse indica IU da sforzo. La perdita che si prolunga o inizia dopo il colpo di tosse indica che una IU da urgenza è più verosimile. Se negativa la prova è ripetuta in piedi. La funzione minzionale risente della attività anticolinergica di farmaci assunti: si deve ricordare che molti farmaci utilizzati nella incontinenza da urgenza hanno attività anticolinergica e pertanto possono svolgere un'attività sfavorevole sul cervello. L' incontinenza che si manifesta nell' anziano deve far pensare ad un possibile effetto avverso ai farmaci assunti; in un soggetto anziano

raramente l' incontinenza è un problema di esclusiva pertinenza urologica; l' IU è quasi sempre secondaria a diverse patologia acute e anche croniche oppure una complicità di interventi che hanno interessato le vie urinarie oppure il pavimento pelvico. La perdita involontaria di urina può essere veramente fastidiosa, creando un disagio psicofisico all'individuo e condizionandone lo stile di vita con limitazione dei rapporti sociali e compromissione della qualità della vita. Nella IU nell'anziano si deve pensare a fattori transitori come le infezioni delle vie urinarie, uretrite, vaginite atrofica, disturbi psichiatrici; anche la diuresi eccessiva, per esempio causata dall'iperglicemia o dai diuretici e la mobilità limitata può provocare IU. L'urgenza di urinare a volte non consente di raggiungere il bagno, prima che si verifichino le perdite. L'uretrite e la vaginite atrofica, frequenti soprattutto nella post-menopausa, riducono lo spessore della sottomucosa del rivestimento dell'uretra e, quindi, irritazione locale e perdita dell'aderenza della mucosa. L' **incontinenza notturna** può dipendere da alcune patologie, come lo scompenso cardiaco e l'insufficienza venosa periferica edemi periferici che si riassorbono); utile la rilevazione del peso corporea la sera e al mattino per valutare la possibile ritenzione idrica. Fra i disturbi della motilità si ricordano le contrazioni involontarie della vescica (iperattività del detrusore) e dall'incompetenza sfinterica (causa l' IU da stress): si verifica una perdita istantanea di urina soprattutto durante gli sforzi fisici, quando, ad esempio, ci si piega in avanti, si solleva un peso, si tossisce o si ride. Anche l'ostruzione dell' uretra è una causa da considerare soprattutto nell'uomo da ipertrofia della prostata.

Diversi sono i farmaci che causano IU: sono gli antagonisti dei recettori adrenergici, antipsicotici, benzodiazepine, antidepressivi, farmaci anti-Parkinson, farmaci utilizzati per la terapia ormonale sostitutiva, ACE-inibitori, diuretici dell'ansa, farmaci antinfiammatori non steroidei, calcio antagonisti; l'effetto può essere diretto o indiretto e può portare a ciascuno dei vari tipi di incontinenza descritti. Poiché i farmaci vengono frequentemente metabolizzati ed escreti nelle urine, il tratto urinario basso è particolarmente vulnerabile agli effetti avversi dei farmaci; la motilità della vescica è regolata prevalentemente dal sistema parasimpatico.

La stimolazione degli alfa-adrenocettori da parte della norepinefrina aumenta la resistenza di uscita della vescica. Gli alfa-adrenocettori influenzano la funzione del tratto urinario basso non soltanto attraverso un effetto diretto sul muscolo striato, ma anche a livello dei gangli spinali e dei nervi terminali: così essi mediano il deflusso simpatico, parasimpatico e somatico della vescica, del collo vescicale, della prostata e dello sfintere uretrale esterno. Farmaci che bloccano questi recettori, quali prazosina, doxazosina e terazosina potrebbero ridurre la resistenza vescicale di uscita e, quindi, determinare IU. incontinenza. Alcune sostanze come la caffeina, l' alcol e la nicotina dovrebbero essere eliminate negli anziani incontinenti.

Non dimenticare la possibilità che la IU sia provocata da un coesistente fecaloma che comprimendo la vescica e l' uretra determina sintomi di urgenza minzionale o di incontinenza a volte associati ad incontinenza fecale. La rimozione del fecaloma ristabilisce la continenza.