

Probleme specifice în asistența medicală a vârstnicului

Diagnosticul geriatric

- **diagnostic clinic al bolilor**
- **diagnostic gerontologic**->aprecierea vârstei biologice (a ritmului de îmbătrânire)
- *-date morfologice, antropologice, fiziologice:*
 - -modificări ale staturii și posturii
 - -modificări ale greutateii
 - -modificări musculo-scheletale

Diagnosticul geriatic

- -*date clinice*->modificări organice generale:
 - -modificări cardio-vasculare
 - -aparat respirator
 - -aparat uro-genital
 - -aparat gastro-intestinal
 - -sistem articular
 - -sistem musculo-scheletal

Diagnosticul geriatric

- *-date psihologice:*
 - -comportament echilibrat
 - -comportament patologic : depresie, teamă de medicamente, tendință la automedicație, degradarea funcțiilor cognitive
- *-date biochimice*->glicemie, lipide, colesterol
- *-date paraclinice*->examen Rx (osteoporoză)

Diagnosticul geriatric

diagnostic social

- -pot sau nu pot munci
- -locuiesc – unde și cu cine?
- -se pot autoîntreține ? au suport material ? se pot deplasa?
- -necesită asistență medicală ? la spital sau la domiciliu?
- -în ce constă asistența la domiciliu ?
 - -necesită asistență la pat
 - -necesită asistență la îmbrăcare
 - -necesită asistență la alimentație
 - -necesită asistență pt.toaleta zilnică (baie – WC)
 - -necesită asistență pt.alte tipuri de dependență

- 50 ani: presenescenta
- 60 ani: varstnic
- 75 ani: batran
- 85 ani: longeviv

Procesul imbatranirii – ipoteze

- Fiecare diviziune celulara scade numarul de telomeri, care au rol in diviziunea celulara (telomeraza intervine in sinteza telomerilor)
- Acumularea de erori genetice, ceea ce duce la modificarea AND si la sinteza unor protein modificate
- Factorii epigenetici, metilarea AND, modificarea histonelor si a proteinelor care intervin in procesul de transcriptie si transductie
- Slabirea sistemului imunitar, cu tolerarea unor protein modificate sau chiar a unor cellule modificate (canceroase)

Procesul imbatranirii – ipoteze

- Radicalii liberi (au un electron celibatar care confera o mare reactivitate) actioneaza asupra membranelor, a ADN-ului, a organismelor celulare.
- Radicalii liberi depend de intensitatea metabolismului, dar pot fi crescuti de poluare, effort fizic, fumat, alcool, raze ultraviolet, stress, unele medicamente.
- Radicalii liberi sunt scazuti de antioxidante interne si externe: SOD, vitamina C, vitamina E, coenzima Q

Procesul imbatranirii – ipoteze

- Melatonina – efect antioxidant
- Dehidroepiandrosteronul – previne ateroscleroza, aparitia tumorilor si a tulburarilor de memorie

Prevenirea procesului de imbatranire

- Factori genetici 30%
- Factori de mediu 30%
- Stilul de viata 40%

Prevenirea procesului de imbatranire

- Evitarea factorilor de risc
- Cultivarea factorilor sanogenetici
- Corectarea tulburarilor produse de procesul de imbatranire (ex. Tulburari endocrine)
 - Dehidroandrosteron
 - Melatonina
 - Terapie de substitutie hormonala
 - Risc de cancer de san, cancer mamar

Etapele varstei a treia

- 50 ani – presenescenta
- Capacitatea de efort a inimii scade cu 15%
- Capacitatea vitala scade cu 20%
- Capacitatea musculara scade cu 40%

- Infarctul miocardica si varsta
- Dintre cazurile de IM:
 - 30% sub 50 ani
 - 40% intre 50-60 ani
 - 25% intre 60-70 ani
 - 5% dupa 70 ani
- La femei, incidenta infarctului miocardic creste dupa varsta de 50 ani.

- 60-70 ani – varstnicul
- Scade debitul cardiac
- Scade capacitatea vitala
- In concluzie: scade capacitatea de efort
- Nevoile energetice se reduc (alimentatia trebuie adaptata)
- Scade capacitatea intelectuala (scade numarul de neuroni si numarul de mediatorii sinaptici, scade fluxul cerebral)

- 75-85 ani – batranul
- Debitul cardiac este scazut
- Fluxul sanguine cerebral este scazut
- Viteza de conducere nervoasa scade cu 30%
- Masa osoasa scade cu 30%
- Diminuarea secretiilor digestive
- Reducerea mecanismelor de aparare imunitara

- 75-85 ani – batranul
- Batranul devine vulnerabil factorilor patogeni
- trebuie evaluat gradul de autonomie al batranului

- Peste 85 ani – longevivul
- 1 din 2: deficit intelectual
- 1 din 5: boala Alzheimer

- Sindromul de instabilitate = boala caderilor
- Caderile sunt determinate de
 - Tulburari de echilibru
 - Scaderea fortei musculare
 - Tulburari de vedere
 - Hipotensiune ortostatica
 - Tulburari neuropsihice
 - Consumul de alcool
 - Medicamente
 - Conditii de locuit

- Sindromul de incontinență urinară
- Poate fi determinat de
 - Infecții urinare
 - Uretrită atrofică
 - Diabet zaharat
 - Vezică hiperactivă
 - Hiperreactivitatea detrusorului
 - Hiporeactivitatea detrusorului
 - Obstrucția uretrala
 - Stres
 - Alcool
 - Unele medicamente

- Sindromul de disfunctie intelectuală
- Peste 65 ani: 10% au disfunctie intelectuală ușoară (stare de confuzie, începutul unei demențe)

Prevenirea sindromului geriatric

- Ameliorarea stilului de viata
- Alimentatie
- Exercițiu fizic
- Implicarea familiala si sociala
- Cultivarea unor factori spirituali

- Boli specifice varstei a treia

- Tulburările de menopauza
- Varsta medie 45-48 ani

Mecanisme implicate in menopauza

- Scaderea sensibilitatii la gonadotrofine a foliculilor ovarieni restanti
- Creste FSH
- Creste LH
- Scade estrogenul
- Scade progesteronul

Cele mai frecvente manifestari clinic in menopauza

- Bufeurile
- Starile depressive
- Transpiratiile
- Tulburarile de somn

Menopauza este considerate definitiva daca

- Testul cu progesterone este negativ timp de trei luni consecutive (normal apare menstruatiia dupa administrarea de progesteron daca mai exista o cantitate suficienta de estrogeni)

Complicatiile locale ale menopauzei

- Atrofia vaginului
- Atrofia vulvara
- Dispareunie
- Atrofia uretrei
- Cistite recurente
- Incontinenta urinara

Complicatiile generale ale menopauzei

- Osteoporoza
- Tulburari metabolice
 - Sindromul metabolic de menopauza
- Boala cardiovasculara

- Osteoporoza primara este determinata de
- Fenomene de involutie

- Osteoporoza secundara:
- Tulburari endocrine
- Tulburari digestive
- Tulburari metabolice

- Osteoporoza de menopauza
- Este de tip I
- Apare la 50-70 ani
- Este mai frecventa la femei decat la barbati

- Osteoporoza senila
- Este de tip II
- Apare peste 70 ani

- Tratamentul nefarmacologic al menopauzei
- Regim alimentar
 - Regim hipocaloric (datorita tendintei de crestere ponderala)
 - Regim hipolipidic (20-30% din valoarea calorica, 10% lipide saturate)
 - Calciu
 - Vitamine
 - Fitoestrogeni
- Exercițiu fizic

Alimente cu continut mare in fitosteroli

- Soia
- Fasolea
- Legumele
- Telina
- Castravetii
- Rosiile
- Morcovii
- Spanacul
- Merele

Tratamentul hormonal de substitutie - indicatii

- Menopauza premature
- Tulburari severe de menopauza
- Atrofii tegumentare si mucosae
- Risc crescut de osteoporoza
- Antecedente cardiovasculare
- Diabet zaharat

Tratamentul hormonal de substitutie – contraindicatii

- HTA maligna
- Tromboflebite
- Tulburari de coagulare
- Boli de sistem
- Hipercolesterolemie
- Hepatita cronica
- Insuficienta renala
- Tumori-estrogeno-dependente
- Fibrom uterin
- Cancer mamar
- Cancer ovarian

- Tratamentul hormonal de substitutie – efecte secundare
- Crește riscul de:
 - HTA
 - Trombembolism
 - Cancer uterin
 - Cancer mamar
- Raloxifen (antagonist al receptorilor estrogeni de la nivelul organelor genitale, agonist al receptorilor estrogeni de la nivelul celorlalte organe – reduce riscul osteoporozei și a BCV, fără a crește riscul de cancer al organelor genitale)

Ateroscleroza

- Pe fondul de ateroscleroză cerebrală difuză, pot să apară și accidentele vasculare. Uneori aceste accidente sunt tranzitorii.
- Ele se caracterizează printr-un debut brusc, cu instalarea unor deficiențe neurologice de focar, așa cum ar fi apariția unei hemipareze, a unei amauroze, a unui sindrom optic-piramidal în cazul afectării teritoriului carotidian, sau a unui vertij, asociat cu tulburări de vedere, de vorbire și de deglutiție, în cazul afectării teritoriului bazilar.
- În cazul accidentelor vasculare tranzitorii, aceste tulburări dispar după câteva minute, sau după câteva ore.
- În 20% din cazuri, după ele poate apărea însă un accident vascular netranzitor.
- Din păcate, procesul de ateroscleroză progresează neîncetat și de la neurastenia aterosclerotică și de la sindromul pseudobulbar, se ajunge la demențele senile și la accidentele vasculare cerebrale ireversibile.

- Spre deosebire de demențele presenile, care apar între 40 și 65 de ani, demențele senile apar după 65 de ani și afectează în 5% și 20% dintre indivizii trecuți de 65 de ani.
- Ele se suprapun în mare parte peste senilitatea biologică. Apariția lor este favorizată, desigur, de procesul de involuție cerebrală, dar ea este favorizată și de o serie întreagă de factori patogeni, așa cum ar fi tulburările metabolice, printre care ateroscleroză și diabetul zaharat ocupă un loc deosebit, infecțiile, intoxicațiile, intervențiile chirurgicale, traumatismele cerebrale și stresurile psihice.
- Tabloul clinic al demențelor este caracterizat de o degradare neuropsihică accentuată, în care, pe fondul unor tulburări de memorie severe, apare o dezorientare spațio-temporală totală.
- Bolnavul nu știe unde locuiește, etc.
- El are tulburări de vorbire și de înțelegere, precum și tulburări de coordonare motorie.

Tulburarea cognitivă la vârstnici

Factori de risc:

- vârstă (cel mai puternic factor de risc cunoscut pentru tulburarea cognitivă)
- factori de risc cardiovascular (diabetul zaharat, consumul de tutun, hipercolesterolemia și hipertensiunea arterială)
- traumatismele craniene
- sindromul Down
- depresia
- abuzul de alcool
- fragilitatea fizică
- nivelul de educație scăzut
- lipsa unui suport social

Screening

- Nu sunt dovezi concludente pentru efectuarea screeningului
- Testul ceasului
- Testul MMSE – Mini Mental State Examination

- Demența senilă
- primară (boala Alzheimer)
 - -deteriorare neuro-psihică progresivă pornind de la un stadiu inițial normal
 - -deteriorare somatică graduală
 - -deteriorare globală a funcțiilor cognitive->stări depresive,idei paranoide
 - -prezervarea stării de veghe sau discretă dezorientare temporo-spațială inițială
- secundară
 - -debut brusc al semnelor clinice
 - -↓ capacității intelectuale și fizice
 - -evidențierea unei cauze->AVC,boli sistemice,boli psihice etc.
 - -examinări de laborator modificate->hepatice,renale,ECG,EEG,Rx toracic

Tratament:

- -măsuri de menținere a stării de sănătate fizică și psihică
- -suport ambiental
- -demențe netratabile->tratament simptomatic
- -demențe tratabile->tratarea cauzei
- -tratament medicamentos:
 - -benzodiazepine->Diazepam,Oxazepam,Alprazolam,Lorazepam
 - -sedative->Medazepam
 - -antipsihotice->clorpromazină,tioridazin
 - -antidepresive triciclice->amitriptilină,nortriptilină,desipramină
 - -anticolinergice->Foladon

Depresia

Factori de risc

- femeile au un risc mai mare decât bărbații
- persoane cu probleme sociale, șomeri
- episoade depresive în antecedentele familiale
- istoric psihiatric (adicții, istoric personal de depresie sau de alte afecțiuni psihice)
- boli cronice
- declin cognitiv
- evenimente specifice vârstei: pensionare, doliu, însingurare, retragere într-o casă de bătrâni

Screening

- Pre-screening:
- chestionar cu 2 întrebări
 - sensibilitate 96%
 - specificitate 57%
- un răspuns pozitiv la ambele întrebări necesită chestionare mai complexe

Instabilitatea

- Căderile reprezintă o problemă majoră pentru vârstnici, mai ales pentru femei.
- Anual, 30% dintre persoanele aflate în îngrijirea instituțiilor sociale cad, din care jumătate au peste 80 ani, înregistrându-se traumatisme grave la fiecare al patrulea caz.
- Aproximativ 5% dintre căderi sunt urmate de fractură.
- Căderile sunt a șasea cauză de deces la vârstnici și reprezintă un factor favorizant în 40% din internările bătrânilor la azil.
- Fracturile de șold consecutive și teama de cădere sunt cauze majore ale pierderii independenței.

Factorii de mediu care influențează riscul de cădere

Zona ambientală factorul de mediu	Obiective și recomandări
Toate zonele casei	Asigurarea luminozității; deschiderea ușoară a ușilor de la camere; iluminatul nocturn al dormitorului, holului, băii
Podelele	Covoare cu firul scurt, cu dosuri antiderapante, fixarea capetelor; ceară antiderapantă pe podele; îndepărtarea obiectelor de pe traseul de deplasare, îndepărtarea obiectelor mărunte de pe podea (încălțăminte)
Scările	Iluminare suficientă cu comutatoare la cele două capete ale scărilor; balustrade bilaterale bine fixate și la o distanță suficientă de pereți; prima și ultima treaptă marcate cu bandă reflectorizantă strălucitoare; înălțimea treptelor nu trebuie să depășească 15 cm; trepte în stare bună; nici un obiect depozitat pe treptele scării
Bucătăria	Obiectele așezate în așa fel încât să nu fie necesară întinderea sau aplecarea; dacă este necesar urcatul este necesară o scară sau scaun fixat bine; mese prinse bine, nedeplasabile

Zona ambientală factorul de mediu	Obiective și recomandări
Baia	Bare de sprijin pentru cadă, dușuri și toaletă; covorașe antiderapante sau de cauciuc în cadă sau la duș; scaune de duș, cap de duș manevrabil; carpete antiderapante în baie; scaun de toaletă înălțat; îndepărtarea încuietorilor de la uși pentru a înlesni accesul în caz de urgență
Curtea și intrările	Repararea spărturilor din pardoseală, a gropilor din peluză; îndepărtarea pietrelor, sculelor și a altor surse de împiedicare; alei scări și trepte bine netezite, fără gheață sau frunze umede
Locuință	Toate cele de mai sus; patul la o înălțime convenabilă (nici prea sus, nici prea jos); curățarea promptă a lichidelor vărsate pe podea; folosirea corespunzătoare a mijloacelor de sprijin pentru mers și a cărucioarelor rulante
Încălțăminte	Pantofii cu tălpi dure, nealunecoase și neaderente; tocuri joase, se va evita mersul în ciorapi sau cu papuci largi

Factorii de risc intrinseci care predispun la de căderi și intervențiile posibile asupra acestora

Factor de risc	Intervenții	
	Medicale	Recuperatorii sau asupra mediului
Reducerea acuității vizuale, a adaptării la întuneric și a percepției în profunzime	Ochelari corectori; tratamentul cataractei	Evaluarea siguranței locuinței
Scăderea auzului	Îndepărtarea cerumenului; evaluare audiometrică	Antrenament auditiv, proteză; reducerea zgomotului de fond
Disfuncții vestibulare	Evitarea medicației care afectează sistemul vestibular; examen neurologic al urechii, nasului și al gâtului	Exerciții recuperatorii

Factor de risc	Intervenții	
	Medicale	Recuperatorii sau asupra mediului
Disfuncții proprioceptive, afecțiunile degenerative cervicale și neuropatia periferică	Evaluarea deficitului de vitamină B12 și al spondilozei cervicale	Exerciții de echilibru; corecția mersului; încălțăminte cu tălpi dure; evaluarea siguranței în mediul casnic
Demență	Decelarea cauzelor reversibile; evitarea sedativelor sau a medicației cu acțiune pe sistemul nervos central	Exerciții și deplasări supravegheate; evaluarea siguranței în mediul casnic
Afecțiuni musculo-scheletale	Evaluarea diagnostică corespunzătoare	Antrenamentul echilibrului și al mersului; exerciții de tonifiere musculară; ajutorarea adecvată a mersului; evaluarea siguranței în mediul casnic

Factor de risc	Intervenții	
	Medicale	Recuperatorii sau asupra mediului
Afecțiuni ale piciorului (negi, băătăuri, deformări, edeme)	Curățarea negilor, băătăuri; tratarea edemelor	îngrijirea unghiilor; încălțăminte adecvată
Hipotensiune posturală	Evaluarea medicației; rehidratarea; posibilă modificare a factorilor situaționali	Exerciții; ciorapi elastici cu presiune reglabilă; ridicarea capului patului
Medicamente (sedative: benzodiazepine, fenotiazine, antidepresive, hipotensoare, antiaritmice, anticon-vulsivante, diuretice, alcool)	1. Reducerea medicamentelor adm. 2. Evaluarea riscurilor și beneficiilor pentru fiecare medicament în parte 3. Selecționarea medicației; se alege cel mai puțin activ asupra SNC, cel mai puțin asociat cu hipotensiune posturală și cu timp de acțiune cel mai scurt 4. Prescrierea celei mai mici doze 5. Reevaluări ale riscurilor și ale beneficiilor medicației	

Complicațiile căderilor

- 1. Fracturile: cele mai frecvente sunt cele de la nivelul pumnului, șoldului și vertebrelor.
- Femeile vârstnice cu fractură de șold, au o rată crescută a mortalității (aproximativ 20%/an), mai ales dacă prezintă debilități anterioare fracturii.
- La persoanele vârstnice, teama de o nouă cădere este frecventă, ea duce la pierderea încrederii în forțele proprii sau a independenței de mișcare. Solicitarea unui fizioterapeut, pentru a efectua antrenamentul mersului, este adeseori necesară.
- Uneori este necesară montarea unei linii telefonice de siguranță la nivelul podelelor, un telefon portabil sau un sistem de apel radio portabil, pentru ca vârstnicul să poată anunța căderea și să ceară ajutor, pot fi utile.

- 2. Hematomul subdural este o complicație a căderilor tratabilă, dar ușor trecută cu uneori cu vederea.
 - Trebuie luat în considerație la pacienții vârstnici, ce se prezintă cu semne neurologice apărute recent, inclusiv confuzie.
-
- 3. Deshidratarea, dezechilibre hidroelectrolitice, escare de presiune, rabdomioliza și hipotermia pot de asemenea să apară ca urmare a imobilizării prelungite secundară căderilor, ele periclitând viața pacientului.

Profilaxie și tratament

- Riscul de cădere și traumatism consecutiv, infirmitatea și instituționalizarea potențială pot fi reduse prin modificarea factorilor de risc
- Accentul trebuie pus pe tratarea factorilor patologici favorizanți:
 - reducerea riscurilor din mediul înconjurător;
 - scăderea numărului de medicamente administrate (alfa-blocante, blocante de calciu, nitrați, antiparkinsoniene, antipsihotice, antidepresive triciclice)
 - combaterea edemelor periferice
 - antrenarea forței musculare, a echilibrului și a mersului
 - ameliorarea densității osoase.

Incontinența urinară

Tranzitorie	Psihologică - delir /stări confuzionale Infecție urinară (simptomatică) Atrofie vaginală, uretrită Farmacologică Debit urinar excesiv (de ex., insuficiență cardiacă congestivă, hiperglicemie) Reducerea capacității de deplasare Constipație
Permanentă	Hiperreactivitatea detrusorului Obstrucție uretrală Incompetență uretrală Hiporeactivitatea detrusorului

Cauze tranzitorii

- 1. Cauze psihice în special depresia sau psihozele
- Delirul: alterarea senzorului împiedică atât recunoașterea senzației de micțiune cât și localizarea celei mai apropiate toalete.
- La pacienții spitalizați, delirul este cea mai frecventă cauză de incontinență; acesta odată remis, incontinența se rezolvă.
- 2. Infecția
- adesea infecțiile simptomatice ale tractului urinar produc sau contribuie la incontinență;
- bacteriuria asimptomatică nu produce incontinență.
- 3. Uretrita și vaginita atrofică
- La femei vârstnice uretrita atrofică coexistă frecvent cu vaginita atrofică.
- Inflamația uretrală, adesea extinsă către trigon, contribuie la producerea incontinenței.

- 4. Debitul urinar excesiv:
 - diuretice
 - aport excesiv de lichide (unii oameni cred exagerat că 8-12 pahare de lichide pe zi sunt necesare pentru menținerea unei bune stări de sănătate),
 - anomalii metabolice (ex., hiperglicemie, hipercalcemie, diabet insipid);
 - afecțiuni cu edeme periferice (insuficiența cardiacă, insuficiența venoasă, hipoalbuminemie (ex. malnutriția, ciroza, GNC)
- 5. Scăderea mobilității vârstnicului
- 6. Fecalomul este o cauză obișnuită de incontinență urinară la pacienții spitalizați sau imobilizați. Mecanismul de producere este necunoscut, mobilizarea fecalomului restaurează continența vezicii.
- 7. Medicamente

Tipul medicației	Exemple	Efect posibil asupra stării de continență
Diuretice	Furosemidul	Poliurie, polakiurie, tenesme vezicale
Anticolinerगice	Scopolamina, antihistaminicele, disopiramida	Retenție urinară, incontinență prin prea plin, delir, fecalom
Psihotrope Antidepresive	Amitriptilină	Reacții anticolinerगice, sedare
Antipsihotice	Tioridazin, haloperidol	Reacții anticolinerगice, sedare, rigiditate, imobilitate
Sedative-hipnotice	Diazepam	Sedare, delir, imobilitate
Analgezice, opioide	Toate	Retenție urinară, fecalom, delir

Tipul medicației	Exemple	Efect posibil asupra stării de continență
Blocanți alfa-adrenergici	Prazosin, terazosin	Relaxare uretrală (incontinența de stres la femei)
Inhibitori de ECA	Toate	Incontinența de stres la femei (dacă agentul respectiv provoacă accese de tuse)
Blocante ale canalelor de calciu	Toate	Retenția urinară
Alcoolul		Poliuria, polakiurie, tenesme vezicale, sedare, delir, imobilitate
Vincristina		Retenția urinară

Cauze permanente

- 1. Hipereactivitatea detrusorului
- Hiperreactivitatea detrusorului determină contracții neinhibate ale vezicii urinare, ce duc la pierderi urinare.
- Este cauza cea mai frecventă de incontinență geriatrică permanentă, răspunzătoare pentru 2/3 dintre cazuri.
- Hiperreactivitatea detrusorului poate fi diagnosticată prezumtiv la o femeie, care prezintă pierderi urinare, precedate de o nevoie imperioasă de a urina, care nu poate fi amânată.
- La bărbați simptomele sunt similare, dar fiindcă hiperreactivitatea detrusorului poate fi secundară unei obstrucții uretrale asociate (tumoră, cistită, litiază), pacientul va fi investigat urologic, când se dorește prescrierea unui relaxant vezical.
- Deoarece hiperreactivitatea detrusorului mai poate fi produsă și de o litiază vezicală sau de o tumoră vezicală, debutul brusc al unei incontinențe urinare inexplicabile, mai ales dacă este acompaniată de un disconfort perineal/suprapubian sau hematurie, impune efectuarea promptă a unei cistoscopii și a unui examen citologic.

Cauze permanente

- 1. Hipereactivitatea detrusorului – tratament
- Pacienții trebuie instruiți să urineze la fiecare 1-2 ore în perioadele vigile.
- Odată ce continența diurnă a fost restabilită, se crește intervalul cu câte 30 de minute, până când se ating intervale de 4-5 ore.
- Majoritatea pacienților la care se obține continența diurnă prin această metodă, vor deveni continenți și în timpul nopții.
- Tratament medical: anticolinerigice
- Deoarece multe medicamente au și efecte secundare asupra musculaturii vezicii, acestea trebuie cunoscute: alfa blocantele, blocantele de Ca și agenții anticolinerigici relaxează sfincterul uretral intern și musculatura vezicală.

Cauze permanente

- 2. Incontinența de stres este a doua cauză de incontinență permanentă a femeilor vârstnice (mai rar a bărbaților)
- Este caracterizată prin pierderi urinare instantanee, secundare unei situații de stres și se datorează incompetenței sfincteriene.
- Pierderile urinare sunt mai importante sau apar numai în timpul zilei, în afara situațiilor când există și alte anomalii (de ex., hiperreactivitatea detrusorului).
- Pentru confirmarea incontinenței de stres se cere pacientului să tușească puternic (o singură dată) în ortostatism, cu vezica plină și cu perineul relaxat.
- Diagnosticul pozitiv impune și excluderea retenției urinare, prin determinarea reziduului postmicțional cu ajutorul ecografice sau a cateterismului vezical.
- Etiologie: prolaps uterin, cistocel, carență de estrogeni, ruptură de perineu

Cauze permanente

- 2. Incontinența de stres – tratament
- Intervenția chirurgicală este cel mai eficient tratament al incontinenței de stres, având o reușită la 75-80%, chiar și la femeile mai vârstnice.
- Pentru incontinența de stres ușoară și moderată, exercițiile musculaturii pelvine pot fi eficiente la paciente cooperante, care doresc să evite intervenția chirurgicală.
- Când este necesar, acestea pot fi asociate cu tehnici de biofeedback sau amplasare de conuri vaginale.

Cauze permanente

- 3. Obstrucția uretrală
- Este ca frecvență a doua cauză de incontinență urinară la bărbații vârstnici, obstrucția uretrală fiind secundară:
 - hipertrofiei de prostată
 - stricturilor uretrale
 - contracțiilor de la nivelul colului vezical
 - cancerului de prostată
- Incontinența se poate prezenta sub forma unor picături apărute după terminarea micțiunii.
- Obstrucția uretrală poate apare și ca incontinență prin preaplin, determinată de retenția urinară.
- Senzația de micțiune imperioasă datorată hiperreactivității detrusorului coexistă în două treimi dintre cazuri.
- Tratament: decompresia chirurgicală este cea mai eficientă metodă pentru îndepărtarea obstrucției uretrale.

Cauze permanente

- 4. Hiporeactivitatea detrusorului
- Hiporeactivitatea detrusorului este cea mai rară cauză a incontinenței, putând fi idiopatică sau secundară disfuncției nervului motor inferior sacrat.
- Hiporeactivitatea detrusorului este asociată cu micțiuni frecvente, nicturie și polakiurie.
- Reziduul postmicțional mare (în general peste 450 ml) o deosebește de hiperreactivitatea detrusorului și de incontinența de stres, dar numai investigarea urologică o diferențiază de obstrucția uretrală la bărbați.
- Tratament
- Tehnicile de amplificare a golirii vezicale (de ex. micțiunea dublă sau exercitarea unei presiuni suprapubiene) se dovedesc adeseori eficiente.
- Antibioticele se vor folosi doar în infecțiile simptomatice ale tractului urinar superior sau profilactic pentru infecțiile simptomatice recurente la pacienții cu cateterizare uretrală intermitentă.