

IL CONSIGLIO dell'INFERMIERA

L'INCONTINENZA NELL'ANZIANO



L'incontinenza urinaria viene tradizionalmente definita come la perdita involontaria di urina in quantità e con frequenza tale da costituire per l'individuo un problema sociale e di salute. Tutti noi nasciamo incontinenti, la continenza è acquisita durante la vita. La frequenza dell'incontinenza urinaria varia tra l'8 e il 34% degli anziani a domicilio ed oltre il 50% dei ricoverati in una struttura per anziani o in ospedale. Il sesso maggiormente colpito è quello femminile: in anziani di età superiore ai 70 anni la frequenza è del 16% nelle donne e del 7% negli uomini. Le conseguenze dell'incontinenza sono rappresentate dal peggioramento dello stato psicologico con conseguenze sulla vita relazionale che portano a isolamento e/o depressione, rischio di istituzionalizzazione, infezioni delle vie urinarie, eruzioni cutanee perineali, lesioni da decubito. I fattori determinanti la continenza urinaria nell'anziano sono: l'integrità dei centri e dei circuiti nervosi, l'integrità delle funzioni cognitive, autonomia funzionale, integrità dell'apparato urinario, assenza di barriere architettoniche, disponibilità del personale d'assistenza in caso di disabilità, motivazione a mantenere la continenza. L'incontinenza si classifica in due forme principali: transitoria (acuta) e persistente o stabilizzata. Quella acuta è la perdita di urina provocata da malattie o condizioni acute intercorrenti o da assunzione di farmaci. Le condizioni patologiche più frequenti sono: infezioni delle vie urinarie, fecalomi (feci "dure"), delirium, scompenso cardiaco acuto, diabete scompensato, immobilità temporanea. I farmaci più frequentemente coinvolti sono: i diuretici, psicofarmaci, anticolinergici, calcio antagonisti e l'abuso di alcool. L'incontinenza persistente si distingue invece in: incontinenza da sforzo, frequente di giorno e assente la notte, dovuta ad alterazioni del collo vescicale, riduzione del tono degli sfinteri e dell'uretra nella donna e nell'uomo a lesioni da prostatectomia; da urgenza: la forma più frequente dovuta a infezioni delle vie urinarie, neoplasie, calcoli, coaguli vescicali, vescica iperattiva, patologie del sistema nervoso che presiede la contrazione vescicale. L'altra forma è detta da rigurgito, sia diurna che notturna, dovuta a traumi del midollo spinale, neoplasie, prolasso uterino, ipertrofia prostatica, ipotonia muscolare sfinterica, che causa una piccola ma costante perdita di urina. L'I.U. è una malattia curabile nella quasi totalità di casi. Spesso la condizione è risolvibile modificando alcune abitudini comportamentali. La diminuzione della vista o la paura di cadere, se corretti, possono migliorare o risolvere l'incontinenza. Le terapie, dopo attenta valutazione multidimensionale geriatrica si divide in: chirurgica, ambulatoriale, farmacologica e di rieducazione pelvica. Nell'anziano quest'ultima è preferibile anche a scopo preventivo. Prima, ovviamente, bisogna valutare lo stato cognitivo e il livello di autonomia, per comprendere se la persona è più o meno capace di collaborare attivamente al recupero della funzionalità minzionale. L'impiego del catetere vescicale a permanenza comporta invece numerose conseguenze negative, tra cui un'aumentata incidenza di infezioni delle vie urinarie e una diminuzione della speranza di vita e soprattutto della qualità della stessa. Pertanto il ricorso a questo presidio deve essere limitato ai casi strettamente necessari.

Sonia