



Recibido: 12 de enero de 2011

Aceptado: 22 de marzo de 2011

Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico

Viridiana Gorbea-Chávez,* Rosmery del Carmen Hernández-Contreras,‡
Silvia Rodríguez-Colorado,* María del Pilar Velázquez-Sánchez,|| Jorge Kunhardt-Rasch¶

* Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

† Médico Residente del Curso de Especialización en Urología-Ginecológica Generación 2004-2006. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

|| Hospital Ángeles México.

¶ Hospital Médica Sur Lomas.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo obstétricos y maternos para la incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia anal posterior al evento obstétrico. **Material y métodos:** Estudio de casos y controles. Se revisaron 720 mujeres seis semanas después del parto. Los casos de incontinencia urinaria ($n = 49$), se definieron como mujeres que presentaron por interrogatorio presencia de pérdida de orina durante el esfuerzo. Los casos de incontinencia anal ($n = 26$) se definieron como mujeres que presentaron escape involuntario de gases, heces o manchado fecal. Los controles para la incontinencia urinaria ($n = 265$) y para incontinencia anal ($n = 288$) se definieron como mujeres que no presentaron al momento del interrogatorio la sintomatología evaluada. Del expediente médico obstétrico se obtuvieron los siguientes datos: edad materna, edad gestacional, peso del recién nacido, paridad, vía de resolución de embarazo, presencia de desgarro de tercer grado, realización de episiotomía, duración del segundo periodo de trabajo de parto. **Resultados:** La frecuencia de incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 15.6% y la de incontinencia anal 8.3%. Se encontró que el peso mayor de 4 kg en el recién nacido aumentó el riesgo de presentar incontinencia urinaria de esfuerzo (OR 1.2; IC 95%, 1.1-1.2); sin embargo, al ajustar por paridad, uso de fórceps, presencia de desgarro, episiotomía, duración del segundo periodo de trabajo de parto, no se encontró asociación significativa (OR 2.6; IC 95%, 0.9-7.2). El desgarro perineal de tercer grado aumentó el riesgo de presentar incontinencia anal (OR 7.9; IC 95%, 2.3-26.7). El parto instrumentado se asoció con un aumento en el riesgo de incontinencia anal (OR 4.7; IC 95%, 2.0-11.4), pero esta asociación no se mantuvo en el análisis ajustado (OR ajustado, 2.6; IC 95%, 0.6-10.7). El segundo periodo de trabajo de parto alargado y el peso del recién nacido mayor de 4 kg, aumentan el riesgo de incontinencia anal. La cesárea resultó ser un factor protector tanto para incontinencia urinaria (OR, 0.4; IC 95%, 0.2-0.8) como para incontinencia anal (OR 0.1; IC 95%, 0.05-0.6). **Conclusiones:** La incontinencia urinaria y anal se presenta frecuentemente posterior al parto y existe asociación entre la ruptura del esfínter anal durante el parto y el desarrollo de incontinencia anal. La cesárea es un factor protector.

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia anal, evento obstétrico.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to identify obstetric and maternal risk factors for stress urinary incontinence and anal incontinence after an obstetric event. **Methods:** 720 women were evaluated six weeks after the obstetric event. The cases of urinary incontinence were defined as those women who had urine leak during stress. The cases of anal incontinence were defined as those women who had an involuntary passing of gas, liquid or solid feces or fecal staining. The controls for urinary and anal incontinence were defined as those that did not show all these symptoms before or during pregnancy. We reviewed the following characteristics: maternal age, gestational age, newborn birth weight, parity, type of delivery, presence of third degree tear, episiotomy, duration of the second stage of labor. **Results:** The frequency of stress urinary incontinence was 15.6% and anal incontinence was 8.3%. The newborn weighing 4 kg increases the risk of stress urinary incontinence (odds ratio, 1.2; CI 95%, 1.1-1.2); however, after adjusting, we find a not significant association (odds ratio, 2.6; CI 95%, 0.9-7.2). Third degree perineal tear increased the risk of anal incontinence (adjusted odds ratio, 7.9; CI 95%, 2.3-26.7). Cesarean section became a protecting factor both for urinary incontinence (odds ratio, 0.4; CI 95%, 0.2-0.8), as well as for anal incontinence (odds ratio, 0.1; CI 95%, 0.05-0.6). **Conclusions:** Urinary and anal incontinence are often present after the obstetric event and there is an association between anal sphincter injury during delivery and the development of anal incontinence. Cesarean section is a protective factor for both.

Key words: Stress urinary incontinence, anal incontinence, obstetric event.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria y la incontinencia anal son disfunciones frecuentes del piso pélvico, que constituyen uno de los principales problemas de salud de la mujer. Aproximadamente, 50% de las mujeres adultas reportan algún tipo de incontinencia urinaria y del 2 al 10% incontinencia anal.¹ El parto vaginal constituye la principal causa de disfunción; sin embargo, muchos aspectos del daño obstétrico sobre el piso pélvico se desconocen.

La prevalencia de incontinencia urinaria en el puerperio varía de 0.7 a 38%. Esta prevalencia es mucho menor en cesáreas en comparación con el parto vaginal.² Múltiples publicaciones reportan a la cesárea como un factor protector; otros estudios encontraron una fuerte asociación entre incontinencia urinaria de esfuerzo y la paridad.³ En algunos estudios, la duración del periodo expulsivo, el peso del recién nacido, la circunferencia céfálica fetal y la práctica de episiotomía se asociaron con mayor incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo.⁴

La etiología de la incontinencia anal es compleja. Los desgarros del complejo esfinteriano son los responsables del 90% de la incontinencia anal posterior al parto vaginal y éstos se diagnostican en 0.5-3%; sin embargo, esta incidencia aumenta hasta un 15% con la práctica de la episiotomía media.⁵ La incidencia de incontinencia anal ha sido reportada hasta en un 23% en primíparas, 9 a 12 meses después de un desgarro de III grado durante el parto.⁶ Por otra parte, se ha reportado que la incontinencia anal a flatos es seis veces más frecuente en mujeres que tuvieron lesión del esfínter anal durante el parto.⁷ En cuanto al parto instrumentado, ocho de cada 10 mujeres luego del uso de fórceps presentan defectos sonográficos del esfínter anal.⁸ Un factor predisponente de lesiones ocultas del esfínter anal es la episiotomía, la que se ha relacionado directamente con el desarrollo de incontinencia anal.⁹ Algunos estudios señalan una relación entre síntomas de incontinencia anal y nacimiento de niños con un peso $\geq 4,000$ g; sin embargo, otros trabajos no han encontrado esta relación.^{10,11}

El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre factores obstétricos con el desarrollo de incontinencia urinaria y anal posterior al evento obstétrico en una población de pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles. Se incluyeron mujeres al término del puerperio que tuvieron nacimientos > 37 semanas de gestación, en el periodo comprendido del 1° de diciembre de 2004 al 31 de mayo de 2005, y que fueron atendidas en la Clínica de Urología Ginecológica. Se excluyeron las pacientes con expediente clínico incompleto, mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria y/o anal, establecido antes o durante el embarazo, pacientes con embarazos gemelares, los casos de nacimientos en presentación pélvica y productos malformados.

Los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo ($n = 49$) se definieron como mujeres que refirieron al interrogatorio presencia de pérdida de orina durante el esfuerzo; y que se comprobó la pérdida de orina transuretral por medio de la prueba de la tos. Esta maniobra fue realizada en la paciente con deseos normales de orinar en posición supina solicitándole que realizara un esfuerzo abdominal como toser fuertemente, observando la pérdida urinaria con este esfuerzo. Antes de efectuar la prueba de la tos, se descartó infección urinaria con prueba de estearasa leucocitaria en tira reactiva e interrogatorio dirigido de síntomas urinario; en los casos con estos dos datos positivos se realizó urocultivo. Las pacientes a quienes se les diagnosticó una IVU recibieron tratamiento antimicrobiano. Posteriormente, al finalizar el esquema de antibióticos se realizó nuevamente el interrogatorio de incontinencia urinaria y la prueba de la tos.

Los casos de incontinencia anal ($n = 26$) se definieron como mujeres que presentaron: escape involuntario de gases, heces líquidas, sólidas o manchado fecal.

Los controles para la incontinencia urinaria ($n = 265$) y para incontinencia anal ($n = 288$) consistieron en mujeres que no tuvieron el diagnóstico de las entidades evaluadas.

Se revisó el expediente médico obstétrico de las pacientes incluidas al estudio, y en él se buscaron las siguientes variables: edad materna, edad gestacional al momento de la resolución del embarazo, peso del recién nacido (gramos), paridad, vía de resolución de embarazo (eutocia, fórceps o cesárea), presencia de desgarro de tercer grado, realización de episiotomía (sí/no), duración del segundo periodo de trabajo de

parto (minutos, prolongado > 90 minutos en multi-gestas y > 60 minutos en primigestas).

Para el análisis estadístico se utilizó prueba de chi-cuadrada, para las variables categóricas y prueba t de Student para variables continuas. Se calculó el Odds ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para cada variable predictora. La búsqueda de la asociación se realizó mediante un análisis univariado, y posteriormente se ajustaron las variables en evaluación mediante un modelo estratificado.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio existieron 2,255 nacimientos \geq 37 semanas de gestación.

En 314 mujeres se evaluó la frecuencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, la cual se diagnosticó en el 15.6% de las pacientes, mientras que la incontinencia anal se diagnosticó en el 8.3%.

La edad promedio de las mujeres incluidas en la muestra fue de 28.5 ± 6.9 años. El 70.4% de las mujeres eran primíparas y 189 (60.2%) tuvieron la resolución del

embarazo por vía vaginal: En 110 (52.2%) se llevó a cabo el uso de fórceps. En 163 de los partos (86.2%) se realizó episiotomía, siendo media en 156 mujeres y mediolateral en 7. Los desgarros de III grado se presentaron en 27 (14.3%) de los partos, mientras que 32 (10.2%) de las pacientes presentaron un periodo expulsivo prolongado.

En el cuadro I se comparan las características de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y sus controles, donde se observa que las pacientes controles presentaron mayor número de cesáreas ($p = 0.018$). Los casos y controles no difirieron significativamente en cuanto a edad materna, edad gestacional, peso del recién nacido, paridad, presencia de desgarro perineal, expulsivo prolongado y macrosómico.

En el análisis no ajustado (Cuadro II) se encontró que el peso mayor a 4,000 g en el recién nacido aumentó el riesgo de presentar incontinencia urinaria de esfuerzo (OR 1.2; IC 95%, 1.1-1.2); sin embargo, al ajustar por paridad, uso de fórceps, presencia de desgarro, episiotomía y expulsivo prolongado, esta asociación ya no fue significativa (OR 2.6; IC 95%, 0.9-7.2). La presencia de incontinencia anal se asoció con incontinencia urinaria con un OR 4.8 (IC 95%, 1.6-13.8).

Cuadro I. Características de los casos y controles con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Variable	Casos (n = 49)	$X \pm DE$	Incontinencia urinaria	Valor p
			Controles (n = 265)	
Edad	28.5 + 6.9		26.9 ± 7.6	0.17
Edad gestacional	38.7 ± 1.38		38.1 ± 2.43	0.05
Peso del recién nacido (g)	3,157.1 ± 413.0		2,938.9 ± 582.9	0.01
Paridad				
– Nulíparas	25 (67.6%)		108 (71.1%)	0.69
– Multíparas	12 (32.4%)		44 (28.9%)	0.69
Vía de resolución del embarazo				
– Parto eutóxico	14 (28.6%)		65 (24.5%)	0.59
– Parto instrumentado	23 (46.9%)		87 (32.8%)	0.07
– Cesárea	12 (24.5%)		113 (42.6%)	0.01
Desgarro perineal tercer grado	8 (16.3%)		19 (11.9%)	0.46
Episiotomía (total)	33 (89.2%)		130 (85.5%)	0.79
Expulsivo prolongado	9 (23.1%)		23 (15.1%)	0.23
Peso del recién nacido > 4,000 g	0 (0%)		6 (2.2%)	0.59

X : promedio. DE: desvío estándar.

La comparación de las características de las mujeres con incontinencia anal y sus controles se muestran en el *cuadro III*. El parto instrumentado, el desgarro perineal de tercer grado y un periodo expulsivo prolongado fueron más frecuentes en los casos. Los controles presentaron mayor número de cesáreas (42.4%).

El desgarro perineal de tercer grado aumentó el riesgo de presentar incontinencia anal (OR ajustado, 7.9; IC 95%, 2.3-26.7). El parto instrumentado se asoció con un aumento en el riesgo de incontinencia anal en el análisis univariado (OR, 4.7; IC 95%, 2.0-11.4), pero esta asociación no se presentó en el análisis ajustado (OR ajustado, 2.6; IC 95%, 0.6-10.7). El trabajo

Cuadro II. Asociación de factores obstétricos para el riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Predictor	Incontinencia urinaria OR (IC) no ajustado	OR ajustado (IC)
Nulípara	0.8 (0.3-1.7)	0.69 (0.8-1.7)
Parto eutóxico	1.2 (0.6-2.5)	1
Parto instrumentado	1.8 (0.9-3.3)	1.0 (0.4-2.8)
Cesárea	0.4 (0.2-0.8)	-
Desgarro perineal	1.5 (0.6-3.3)	1.2 (0.3-3.7)
Episiotomía	1.1 (0.4-3.3)	1.3 (0.3-5.3)
Expulsivo prolongado	1.5 (0.6-3.6)	0.9 (0.3-2.7)
Peso recién nacido > 4,000 g	1.2 (1.1-1.2)	2.6 (0.9-7.2)
Incontinencia anal	4.0 (2.4-6.5)	4.8 (1.6-13.8)

Cuadro III. Comparación de los casos y controles con incontinencia anal.

Variable	Casos (n = 49)	X ± DE	Incontinencia urinaria	Valor p
			Controles (n = 265)	
Edad	26.7 ± 6.4		27.2 ± 7.6	0.72
Edad gestacional	38.8 ± 1.0		38.1 ± 2.43	0.15
Peso del recién nacido (g)	3,022.3 ± 423.4		2,968.5 ± 576.3	0.64
Paridad				
– Nulíparas	19 (82.6%)		114 (68.7%)	0.22
– Multiparas	4 (17.4%)		52 (31.3%)	0.22
Vía de resolución del embarazo				
– Parto eutóxico	5 (19.2%)		74 (25.7%)	0.63
– Parto instrumentado	18 (78.3%)		92 (55.4%)	0.04
– Cesárea	3 (11.5%)		122 (42.4%)	0.002
Desgarro perineal tercero grado	10 (38.5%)		17 (9.3%)	0.000
Episiotomía (total)	23 (100%)		140 (84.3%)	0.04
Expulsivo prolongado	9 (39.1%)		23 (13.7%)	0.005
Peso del recién nacido > 4,000 g	0 (0%)		6 (2.1%)	1.00

X : promedio. DE: desvió estándar.

Cuadro IV. Asociación de factores obstétricos para el riesgo de incontinencia anal.

Predictor	Incontinencia anal	
	OR (IC)	OR ajustado (IC)
Nulípara	1.5 (0.5-4.5)	1.3 (0.3-4.8)
Parto eutóxico	0.6 (0.2-1.8)	1
Parto instrumentado	4.7 (2.0-11.4)	2.6 (0.6-10.7)
Cesárea	0.1 (0.05-0.6)	-
Desgarro perineal III grado	4.9 (1.9-12.2)	7.9 (2.3-26.7)
Episiotomía	4.0 (0.5-3.1)	1.2 (0.4-2.0)
Expulsivo prolongado	4.0 (1.5-10.4)	2.8 (0.8-9.3)
Peso recién nacido > 4,000 g	1.1 (1.1-1.13)	0.7 (0.1-3.7)
Incontinencia urinaria	5.4 (2.6-10.9)	4.7 (1.6-13.6)

de parto alargado y el peso del recién nacido mayor de 4,000 g, aumentaron el riesgo de incontinencia anal en el análisis univariado pero no en el análisis ajustado. La cesárea resultó ser un factor protector para la incontinencia anal OR (0.1; IC 95%, 0.05-0.6) (*Cuadro IV*).

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria y anal son alteraciones frecuentes del piso pélvico, encontrándose una prevalencia de 0.7 a 38%² para incontinencia urinaria y 2-10% para incontinencia anal¹ en estudios previos. En nuestro estudio, la frecuencia de estas patologías se presentó en un rango similar al publicado en la literatura, siendo de 15.6% para incontinencia urinaria y 8.3% para incontinencia anal.

Diversos autores han asociado la paridad con el desarrollo de incontinencia urinaria,^{3,12} reportando que a mayor número de partos, aumenta el riesgo de desarrollar incontinencia. En nuestro estudio no se encontró diferencia significativa para el desarrollo de incontinencia urinaria entre nulíparas y multíparas; sin embargo, sólo el 30% de la población estudiada eran multíparas. Viktrup y colaboradores⁴ reportaron en análisis multivariado que el expulsivo prolongado, el uso de episiotomía y el peso al nacer fueron factores de riesgo, en tanto que la cesárea fue un factor protector. Casey y colaboradores¹⁰ reportaron que el uso de fórceps se asoció con un incremento en la sin-

tomatología de incontinencia urinaria;⁶ sin embargo, otros autores no han encontrado asociación entre incontinencia urinaria y el expulsivo prolongado, uso de fórceps y peso del recién nacido. Al igual que estos autores, en nuestro estudio tampoco fue posible demostrar la asociación entre el parto instrumentado, el uso de episiotomía, la presencia de desgarros de tercer grado, el peso del recién nacido mayor de 4,000 g y el expulsivo prolongado con el desarrollo de incontinencia urinaria; sin embargo, al igual que lo reportado en la literatura encontramos que la cesárea es un factor protector (OR 0.4, IC 95% 0.2-0.8).

Las pacientes con incontinencia urinaria presentaron recién nacidos con mayor peso en promedio ($3,157.1 \pm 413.0$ vs $2,938.9 \pm 582.9$, $p = 0.013$).

En nuestro estudio existieron claras diferencias entre las pacientes con incontinencia anal *versus* el grupo control. Al igual que lo publicado por otros autores,^{6-8,11,13} se encontró asociación entre parto instrumentado, la presencia de desgarros de tercer grado y el expulsivo prolongado. Sin embargo, luego del análisis estratificado sólo la presencia de desgarros perineales de tercer grado constituyó un factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia anal. En la literatura, se ha reportado que muchos factores se encuentran asociados a estos desgarros, como la nuliparidad, el uso de fórceps y episiotomía media.¹¹ Debemos considerar que en la población estudiada tanto el uso de fórceps como el de episiotomía fue elevado, siendo de 58.2 y 86.2%, respectivamente. La cesárea constituyó un factor protector para in-

continencia anal, al igual que para la incontinencia urinaria.

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria y anal se presentan con frecuencia después del evento obstétrico. Existe asociación entre la ruptura del esfínter anal durante el parto y el desarrollo de la incontinencia anal. La cesárea es un factor protector para ambos.

REFERENCIAS

1. Gregory WT, Nygaard I. Childbirth and pelvis floor disorders. Clin Obstet Gynecol 2004; 47: 394-403.
2. Dannecker C, Anthuber C. The effects of childbirth on pelvis floor. J Perinat Med 2000; 28: 175-84.
3. Persson J, Wolner-Hanssen PAL. Rydhstroem Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. Obstet Gynecol 2000; 96: 440-5.
4. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. Obstet Gynecol 1992; 79: 945-9.
5. Labrecque M, Baillargeon L, Sallaire M, Tremblay A, Pinault JJ. Association between median episiotomy and severe perineal laceration in primiparous women. CMAJ 1997; 156: 797.
6. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JOL. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetric unit in the United States. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 1543-50.
7. Crawford LA, Quint EH, Peral ML, DeLancey JOL. Incontinence following rupture of the anal sphincter during delivery. Obstet Gynecol 1993; 82: 527-31.
8. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt RN, Hullfish LK. Risk factors for perineal injury during delivery. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 255-60.
9. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. Br J Obstet Gynecol 1994; 101: 1064-7.
10. Casey BM, Schaffer JI, Bloom SL, Heartwell SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetrics antecedents for postpartum pelvis floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 1655-62.
11. Eason E, Labrecque M, Macoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. Can Med Assoc J 2002; 166: 326-30.
12. Moller K, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. Obstet Gynecol 2000; 96: 446-51.
13. Parks AG. Anorectal incontinence. Proc R Soc Med 1975; 68: 681-90.

Correspondencia:

Dra. Viridiana Gorvea Chávez
Montes Urales Núm. 800
Lomas de Virreyes
México D.F. 11000
Correo electrónico: direns@inper.mx