

Prevalencia y factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria en mujeres

Prevalence and risk factors associated with urinary incontinence in women

Franklin J. Espitia-De La Hoz 

Departamento de Uroginecología y Cirugía Reconstructiva del Piso Pélvico, Urogolyn Care; Departamento de Sexología Clínica, Hathor, Clínica Sexológica; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Sport Medical Center IPS, Eje Cafetero. Armenia, Pereira, Colombia

Cómo citar este artículo: Espitia-De La Hoz FL. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria en mujeres. Urol. Colomb. 2026;35;(2):54-63. doi:10.24875/RUC.25000053.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU) en mujeres y describir los factores de riesgo asociados. **Método:** Estudio de corte transversal, en 795 mujeres que asistieron a consulta externa de ginecología en tres clínicas privadas del Eje Cafetero, Colombia, entre 2022 y 2025. Se utilizó el cuestionario ICIQ-UI SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form) para evaluar la presencia y la gravedad de la IU. **Resultados:** La edad promedio fue de $41,79 \pm 5,81$ años. En el ICIQ-UI SF, la puntuación media fue de $9,57 \pm 5,82$, compatible con IU moderada. La prevalencia de IU fue del 47,67% (379/795), siendo de esfuerzo el 41,95% (159/379), de urgencia el 36,67% (139/379) y mixta el 21,37% (81/379). La edad mayor de 50 años (ORa: 6,85; IC 95%: 4,90-9,58; $p < 0,001$) y la multiparidad (ORa: 5,14; IC 95%: 3,71-7,13; $p < 0,001$) fueron factores de riesgo. **Conclusiones:** Cerca de la mitad de la población de mujeres del Eje Cafetero presenta IU, la cual es predominantemente de esfuerzo. Esto resalta la necesidad de trabajar en intervenciones preventivas y rehabilitadoras, así como en fomentar políticas públicas que permitan abordar la IU como un problema de salud pública.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Prevalencia. Mujeres. Factores de riesgo. Ginecología.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of urinary incontinence (UI) in women and describe the associated risk factors. **Method:** A cross-sectional study was conducted with 795 women attending outpatient gynecology clinics at three private clinics in the Eje Cafetero of Colombia, between 2022 and 2025. The ICIQ-UI SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form) was used to assess the presence and severity of UI. **Results:** The mean age was 41.79 ± 5.81 years. The mean ICIQ-UI SF score was 9.57 ± 5.82 , consistent with moderate UI. The prevalence of UI was 47.67% (379/795), being stress UI 41.95% (159/379), urge UI 36.67% (139/379) and mixed UI 21.37% (81/379). Age over 50 years (ORa: 6.85; CI 95%: 4.90-9.58; $p < 0.001$) and multiparity (ORa: 5.14; CI 95%: 3.71-7.13; $p < 0.001$) are risk factors. **Conclusions:** Nearly half of the female population in the Coffee Region experiences UI, which is predominantly stress-induced. This highlights the need to work on preventive and rehabilitative interventions, as well as to promote public policies that address UI as a public health problem.

Keywords: Urinary incontinence. Prevalence. Women. Risk factors. Gynecology.

Correspondencia:

Franklin J. Espitia-De La Hoz

E-mail: espitiafranklin71@gmail.com

0120-789X / © 2026 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 11-09-2025

Fecha de aceptación: 25-04-2026

DOI: 10.24875/RUC.25000053

Disponible en internet: 29-06-2026

Urol. Colomb. 2026;35(2):54-63

www.urologiacolombiana.com

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) ha sido definida por la International Continence Society como «cualquier queja de pérdida involuntaria de orina»¹. No se sabe con exactitud por qué, cómo ni en qué medida surge este trastorno², pero lo que sí es evidente es la clara afección en las mujeres, y dependiendo de su gravedad puede tener un gran impacto en la calidad de vida relacionada con la salud³.

En Colombia, la prevalencia de IU se ha reportada en un 25,2%⁴. En el presente año, en un metaanálisis de 13 estudios con una muestra total de 19.283 participantes, la prevalencia de IU en las mujeres fue del 27%⁵. Sin embargo, en el año 2010, en la *Fourth International Consultation on Incontinence*, expertos mundiales identificaron, recopilaron y revisaron la mejor evidencia disponible, encontrando que la mayoría de los estudios reportan algún grado de IU en el 25% al 45% de las mujeres, en el 7% al 37% de las de 20 a 39 años y en el 9% al 39% de las mayores de 60 años⁶.

Entre los factores de riesgo identificados se incluyen la edad ≥ 50 años, el índice de masa corporal (IMC) ≥ 24 kg/m², el ejercicio de alto impacto, el bajo nivel educativo, el antecedente de prolapso de órganos pélvicos, la cirugía pélvica previa, el embarazo, el parto vaginal, la multiparidad, la menopausia, la diabetes y el estreñimiento^{5,6}.

En cuanto a la comorbilidad asociadas a la IU destacan disminución en la calidad de vida y la productividad, aumento de la ansiedad y la depresión, incremento de las infecciones de las vías urinarias y de la piel, afectación de la actividad sexual, mayor riesgo de caídas y fracturas (no traumáticas y no espinales) en las mujeres mayores; además, supone una mayor carga para los cuidadores⁷⁻⁹. Una revisión sistemática con metaanálisis reportó que la IU se asoció con aumento de la mortalidad (*hazard ratio*: 2,22; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,77-2,78), y el riesgo aumentó con la gravedad de la IU¹⁰. En otro estudio se encontró que la IU se asoció con un aumento del 24% en el riesgo de mortalidad por cualquier causa¹¹.

La IU, según su causa y sintomatología, se suele clasificar en tres tipos principales^{12,13}:

- De esfuerzo (IUE): se asocia a debilidad del esfínter uretral o a hipermovilidad uretral (produce una pérdida predecible de orina con actividades que aumentan la presión intraabdominal, como hacer ejercicio, estornudar o reír)¹⁴.

- De urgencia (IUU): se relaciona con la hiperactividad del detrusor y provoca pérdida involuntaria de orina; se asocia a urgencia y aumento de la frecuencia urinaria o nicturia, y se caracteriza por una necesidad repentina e incontrolable de orinar (las pacientes suelen perder orina de camino al baño)¹⁵.

- Mixta (IUM): es una combinación de las dos anteriores y puede mostrar la fisiopatología de ambas¹⁶.

El diagnóstico de IU en la mujer incluye una detallada historia clínica, una completa anamnesis y una exhaustiva exploración física³. Resultan útiles el diario miccional y los cuestionarios validados; también se podrían utilizar el análisis de orina con urocultivo, pruebas de función de la vejiga (urodinamia) o cistoscopia^{3,17-19}.

Se debe considerar realizar algún tipo de intervención en pacientes con síntomas molestos de IU, siempre y cuando deseen tratamiento. Se promueve un enfoque gradual del tratamiento, dirigido al subtipo de IU, comenzando con manejo conservador y escalando a fármacos, dispositivos físicos y, finalmente, intervenciones quirúrgicas²⁰⁻²².

En definitiva, la IU femenina es un problema de salud común en todo el mundo, que puede causar aislamiento social y afectar la calidad de vida de las pacientes y sus familiares, con consecuencias físicas, higiénicas, psicosociales y económicas²³⁻²⁵. Por lo tanto, el objetivo primario de esta investigación consistió en determinar la prevalencia de IU en mujeres del Eje Cafetero y describir los factores de riesgo asociados, y secundariamente hacer una aproximación a la prevalencia de los diferentes tipos de IU.

Método

Diseño y población

Estudio descriptivo de corte transversal en el que se incluyeron mujeres mayores de 18 años que asistieron a consulta externa de ginecología en tres clínicas privadas del Eje Cafetero, Colombia (instituciones de alta complejidad y referencia, que atiende a pacientes con aseguramiento contributivo y subsidiado por el Estado en el Sistema de Salud colombiano), entre el 1 de mayo de 2022 y el 30 de abril de 2025. Se excluyeron las gestantes y aquellas en las que habían transcurrido menos de 12 meses tras el último parto, las usuarias de fármacos anticolinérgicos, las que tenían antecedente de cirugía para la incontinencia, cáncer de cualquier tipo, deterioro cognitivo, antecedente de fractura en el año anterior, incapacidad para comprender las instrucciones de la entrevista o el cuestionario, y las

que no desearon participar. En el cálculo del tamaño de muestra se aplicó la fórmula: $n = P \times Q / (E/Z)^2$ y se tuvo en cuenta la población promedio de mujeres atendidas en los 3 años previos (36.000), un porcentaje mínimo de IU esperado del 50%, un margen de error tolerado del 5% y un nivel de confianza del 95%, obteniendo así un tamaño de muestra de 654 participantes. En previsión de pérdidas, se aumentó la muestra un 20%. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático.

Procedimiento

El investigador abordó a las mujeres en la consulta externa de ginecología, las invitó a participar y evaluó los criterios de inclusión; si los cumplían, les explicaba el objetivo de la investigación señalando los aspectos éticos y permitiendo la lectura del consentimiento informado para incluirlas formalmente en el estudio. Una vez firmado el consentimiento informado, la paciente era conducida por una enfermera profesional a un área privada para diligenciar el instrumento *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-UI SF) de forma escrita y anónima. Una auxiliar de enfermería aplicó el cuestionario para la toma de la información sobre las características sociodemográficas, los hábitos y las variables de salud sexual y reproductiva y de comportamiento sexual. Para este último punto se procedió a utilizar un cuestionario semiestructurado en Excel. Se trató de controlar el sesgo de información, generando un ambiente privado y de confianza para evitar alteraciones en el recuerdo y vergüenza por el tema de estudio. Se hizo la verificación al 100% de los registros para corregir los eventuales datos faltantes y fuera de rango.

El ICIQ-UI SF es un cuestionario autoadministrado que identifica la IU y evalúa los síntomas y su efecto en las actividades diarias de las pacientes. Presenta unos altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad, con una fiable estabilidad entre moderada y muy buena en el análisis test-retest. Ha demostrado confiabilidad y consistencia interna, con un índice Kappa que oscila entre 0,58 y 0,73, y con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95^{26,27}. El cuestionario es breve (consta de tres ítems puntuables y un ítem de autodiagnóstico sin puntuación) y permite no solo detectar la prevalencia de la IU, sino también categorizar a las pacientes de acuerdo con la frecuencia y la gravedad de los síntomas, la causa percibida de la IU, así como su impacto en la vida cotidiana³. Los tres primeros ítems (frecuencia, cantidad y afectación), más un grupo de

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque solo una respuesta)	
- Nunca	0
- Una vez a la semana	1
- 2-3 veces/semana	2
- Una vez al día	3
- Varias veces al día	4
- Continuamente	5
2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente, tanto si lleva protección como si no. (Marque solo una respuesta)	
- No se me escapa nada	0
- Muy poca cantidad	2
- Una cantidad moderada	4
- Mucha cantidad	6
3. ¿En qué medida los escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Nada	Mucho
4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa.	
- Nunca. - Antes de llegar al servicio. - Al toser o estornudar. - Mientras duerme. - Al realizar esfuerzos físicos o ejercicio. - Cuando termina de orinar y ya se ha vestido. - Sin motivo evidente. - De manera continua.	

Figura 1. *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-UI SF).

ocho preguntas relacionadas con el tipo de incontinencia, permiten valorar la gravedad con puntuaciones de 0 a 21 (0 significa que no hay pérdida de orina y 21 es la situación más grave). Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación > 0. La gravedad se clasifica en leve (1-5), moderada (6-12), grave (13-18) y muy grave (19-21)²⁷⁻²⁹ (Fig. 1).

Variables medidas

Se consideraron variables sociodemográficas (edad, raza, nivel educativo, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, condición espiritual o religiosa, área de residencia), IMC, hábitos (tabaquismo, ingesta de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, sedentarismo), salud sexual y reproductiva (paridad, vía del parto vaginal o cesárea, episiotomía, parto instrumentado, edad de la menopausia, tiempo en menopausia, uso de la terapia hormonal de la menopausia), comportamiento sexual (orientación sexual, frecuencia promedio de relaciones sexuales mensuales), enfermedades crónicas, prolapsos, histerectomía, antecedente personal de estreñimiento y antecedentes familiares de

IU. Se indagaron el tipo y la gravedad de la IU utilizando el ICIQ-UI SF. El análisis de la prevalencia se realizó por subgrupos de edad (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 y ≥ 70 años).

Aspectos éticos

El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron avalados por el Comité de Ética. A todas las participantes elegibles se les solicitó firmar el consentimiento informado previo a la participación en el estudio. Se garantizaron la confidencialidad de los datos y la privacidad de las mujeres incluidas, anonimizando los datos para el análisis.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 24.0. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas como media y desviación estándar (DE), o mediana, según su distribución. La normalidad se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para la comparación entre grupos se aplicaron la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher en las variables categóricas, y en las variables continuas se emplearon la prueba t de Student para distribuciones normales y la prueba U de Mann-Whitney en caso de distribución no normal. Se calcularon las *odds ratios* (OR) con sus respectivos IC 95% para evaluar la asociación entre variables, y se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

De las 36.924 mujeres atendidas en el periodo de estudio se excluyeron 20.429 por no cumplir con los criterios de inclusión y 5616 que no desearon participar; en total, se aleatorizaron 2570 mujeres para finalmente obtener 795 que aceptaron participar luego de la explicación y la aclaración de las dudas. Todas ellas fueron tomadas en cuenta en el análisis final de la investigación (Fig. 2).

Acerca de las características sociodemográficas de las mujeres participantes (Tabla 1), la edad promedio fue de $41,79 \pm 5,82$ años (rango: 27-87). El 85,28% residían en el área rural. El 80,88% profesaban la religión católica. El 78,99% estaban afiliadas al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas por incontinencia urinaria (n = 795), Eje Cafetero, Colombia, 2022-2025

Variables	n	%
Edad, años (media $\pm$ DE)	41,79 $\pm$ 5,82	
Raza		
Hispánica	428	53,83
Afrocolombiana	286	35,97
Indígena	81	10,18
Estrato socioeconómico		
Alto	209	26,28
Medio	461	57,98
Bajo	125	15,72
Estado civil		
Casada o unión libre	341	42,89
Soltera	166	20,88
Divorciada a o separada	193	24,27
Viuda	95	11,94
Ocupación		
Ama de casa	293	36,85
Empleada	259	32,57
Desempleada	94	11,82
Pensionada	149	18,74
Nivel educativo		
Primaria	73	9,18
Secundaria	356	44,77
Técnica	235	29,55
Profesional	131	16,47

DE: desviación estándar.

El IMC fue de $25,56 \pm 4,17$ (rango: 21,3-41,5) y la obesidad estuvo presente en 144 (18,11%) mujeres.

En cuanto a los antecedentes de salud sexual y reproductiva, la paridad reportó una mediana de 4 hijos (rango: 0 y 12). La población de las mujeres en menopausia fue de 221 (27,79%). La edad promedio de la menopausia fue de $48,95 \pm 6,73$ años (rango: 36-54). El tiempo en menopausia fue de $7,25 \pm 3,86$ años (rango: 3-27). El uso de la terapia hormonal de la menopausia se detectó en el 18,55% de las mujeres en menopausia (41/221). La orientación sexual fue predominantemente heterosexual (89,18%). Respecto a cuántas veces tuvieron relaciones sexuales el mes pasado (periodo definido como el lapso de los 30 días anteriores), el 63,14% afirmaron tener relaciones sexuales coitales tres veces por mes (rango: 0-6). En la tabla 2 se detallan la caracterización de la edad, los hábitos y las variables de salud sexual y reproductiva de las mujeres participantes.

El antecedente familiar de IU se detectó en 479 (60,25%) mujeres. La histerectomía se observó en el 24,52% (195/795), con un 40,51% (79/195) abdominales,

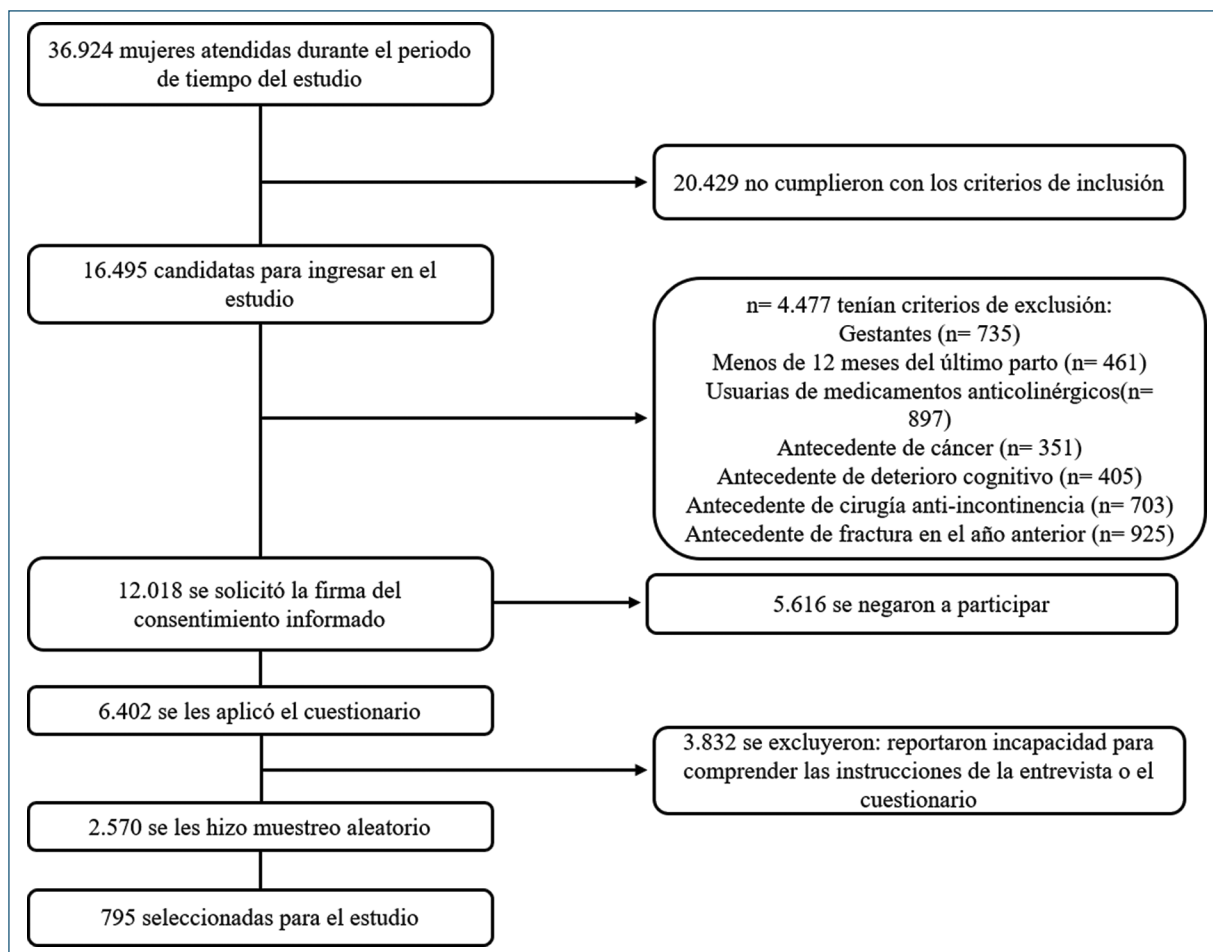


Figura 2. Diagrama de flujo de la población participante en el estudio.

un 34,87% (68/195) vaginales y un 24,61% (48/195) laparoscópicas.

En cuanto a la comorbilidad, el 22,26% (177/795) presentaban alguna afección, destacando hipertensión arterial (22,26%), hiperlipidemia (20,33%), enfermedades cardiovasculares (14,68%), osteoporosis (12,99%), diabetes (10,16%), hipotiroidismo (8,47%) y neumopatías crónicas (6,21%). El estreñimiento estuvo presente en el 21,13% (168/795).

Se detectó prolapso genital en el 34,33% (273/795) de la población total: anterior en el 17,48% (139/795), posterior en el 6,54% (52/795), apical en el 5,53% (44/795) y procidencia genital en el 4,77% (38/795). Se observó que el prolapso de órganos pélvicos fue del 35,53% (97/273) en las mujeres no menopáusicas y del 64,46% (176/273) en aquellas en menopausia ($p < 0,05$). La coexistencia de prolapso de órganos pélvicos e IU se encontró en 133 (16,72%) mujeres.

La prevalencia de IU fue del 47,67% (379/795), siendo IUE el 41,95% (159/379), IUU el 36,67% (139/379) y IUM el 21,37% (81/379). Entre las mujeres en menopausia, la prevalencia de IU fue del 62,89% (139/221) y en las no menopáusicas del 12,5% ($p < 0,05$). La prevalencia de IU se incrementó al aumentar las décadas de vida de forma directamente proporcional, siendo la diferencia estadísticamente significativa después de los 50 años (72,16% frente a 38,76%; $p = 0,00001$). En la [figura 3](#) se detalla la frecuencia de IU por grupos de edad.

En relación con los resultados del cuestionario ICIQ-UI SF, el promedio en la puntuación se situó en $9,57 \pm 5,82$, que se interpreta como IU moderada. El 28,49% (108/379) presentaron puntuaciones ≥ 13 (IU grave). El 29,81% (113/379) perdían orina a diario y el 3,43% (13/379) presentaron pérdida urinaria de forma continua a pesar de no tener fístulas vesicovaginales ni deficiencia esfinteriana intrínseca grave. El 89,97% (341/379)

Tabla 2. Caracterización de la edad, los hábitos y las variables de salud sexual y reproductiva de las mujeres encuestadas por incontinencia urinaria (n = 795), Eje Cafetero, Colombia, 2022-2025

Variables	n	%
Edad, años		
18-29	160	20,12
30-39	314	39,49
40-49	109	13,71
50-59	89	11,19
60-69	76	9,55
≥ 70	47	5,91
Hábitos		
Tabaquismo		
Sí	180	22,64
No	615	77,35
Ingesta de alcohol		
Sí	620	77,98
No	175	22,01
Consumo de sustancias psicoactivas		
Sí	55	6,91
No	740	93,08
Sedentarismo		
Sí	548	68,93
No	175	22,01
Paridad		
Nulípara	62	7,79
Unípara	346	43,52
Múltipara (2-4)	125	15,72
Gran múltipara (≥ 5)	262	32,95
Vía del parto		
Vaginal	408	51,32
Cesárea	387	48,67
Parto instrumentado		
Sí	27	3,39
No	768	96,6
Episiotomía		
Sí	286	35,97
No	509	64,02

de las mujeres con IU consideraron que esta les afectaba su vida diaria (Tabla 3). En relación con la cantidad de orina, el 32,98% refirieron mucha cantidad y principalmente al toser o estornudar (41,95%).

Se detectó una significativa relación entre la puntuación del ICIQ-UI SF y el tipo de IU, siendo más alta en las mujeres con IUM (19,52 ± 3,74, IU muy grave). Se pudo observar que, a medida que la edad de las participantes aumentaba, también lo hacía la puntuación en el ICIQ-UI SF. Las prevalencias de IUU y de IUM fueron más altas en las mujeres mayores de 60 años (IUU 49,43%, IUM: 32,58% y IUE 17,97%) que en las menores de esa edad (IUU 26,89%, IUM 15,86% y IUE: 57,24%) (p = 0,0001), y mucho más bajas en las

Tabla 3. Resultados del *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form* en mujeres con incontinencia urinaria (n = 379), Eje Cafetero, Colombia, 2022-2025

	Puntuación	n	%
Frecuencia de la pérdida de orina			
1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?			
Nunca			
Una vez a la semana o menos	0	-	-
Dos o tres veces a la semana	1	79	20,84
Una vez al día	2	102	26,91
Varias veces al día	3	113	29,81
Continuamente	4	72	18,99
	5	13	3,43
Impresión de la cantidad que cree que se le escapa			
2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente, tanto si lleva protección como si no			
No se me escapa nada	0	-	-
Muy poca cantidad	2	70	18,46
Una cantidad moderada	4	184	48,54
Mucha cantidad	6	125	32,98
4. ¿Cuándo pierde orina?			
Nunca		-	-
Antes de llegar al servicio		35	9,23
Al toser o estornudar		159	41,95
Mientras duerme		8	2,11
Al realizar esfuerzos físicos o ejercicio		136	35,88
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido		25	6,59
Sin motivo evidente		3	0,79
De manera continua		13	3,43

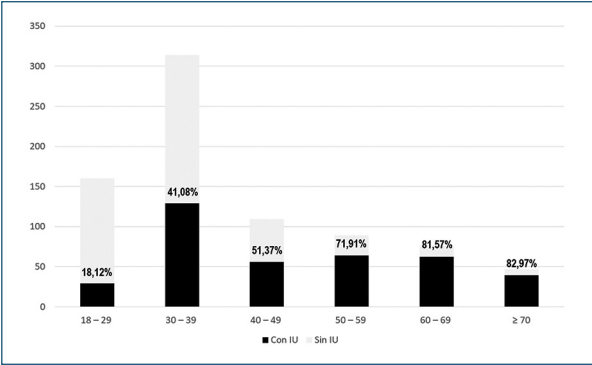


Figura 3. Prevalencia de incontinencia urinaria (IU) según la edad.

mujeres menores de 50 años (IUU 19,91%, IUM 11,94% y IUE 68,14%) (p = 0,0001), en las que destacó la IUE.

Con relación a los factores de riesgo, el análisis reveló una significativa asociación entre la edad (> 50 años) y la presencia de IU (OR: 8,00; IC 95%: 5,9-10,9; $p < 0,00001$), seguida de la multiparidad (OR: 6,82; IC 95%: 5,1-9,2; $p < 0,00001$) (Tabla 4).

Al elaborar un modelo multivariado se evidenció que la IU en esta población tiene un origen multifactorial, en el cual interactúan factores demográficos (edad > 50 años: OR ajustada [Ora]: 6,85; IC 95%: 4,90-9,58; $p < 0,001$), hormonales (menopausia: ORa: 3,42; IC 95%: 2,31-5,06; $p < 0,001$), obstétricos (multiparidad: ORa: 5,14; IC 95%: 3,71-7,13; $p < 0,001$) y clínicos (prolapso genital: 3,58; IC 95%: 2,52-5,08; $p < 0,001$) (Tabla 5).

Discusión

El estudio encontró una prevalencia de IU del 47,67%. La IUE fue la más frecuente (41,95%). La prevalencia fue mayor en las mujeres con > 50 años (ORa: 6,85; IC 95%: 4,90-9,58; $p < 0,001$) y en las multiparas (ORa: 5,14; IC 95%: 3,71-7,13; $p < 0,001$). El promedio en la puntuación del ICIQ-UI SF ($9,57 \pm 5,82$) caracterizó una IU moderada.

La prevalencia encontrada en este estudio es similar al 46,5% informado en México por Velázquez et al.³⁰ en 800 mujeres de 20 a 80 años, inferior al 62,6% descrito por Rincón³¹ en 289 mujeres chilenas mayores de 30 años, y superior al 26,2% reportado por Tamanini et al.³² en Sao Paulo (Brasil). La diferencia puede explicarse por el tipo de población estudiada, en especial cuando se incluyeron mujeres mayores, en menopausia o con múltiples factores de riesgo, así como por los diversos instrumentos utilizados.

Con respecto al tipo de incontinencia, para la IUE los resultados de esta investigación son superiores al 10,5% reportado por Altintas et al.³³ en Turquía, a pesar de ser inferiores en la prevalencia de IUM (52%) y similares en la prevalencia de IUU (37,5%). Acerca de esto, en China, Zhu et al.³⁴ seleccionaron aleatoriamente a 20.000 mujeres de 20 años o más (media: 45 años; DE: 16) y encontraron una prevalencia general de IU del 30,9%. Las estimaciones de las prevalencias de IUE, IUU y IUM fueron del 18,9%, el 2,6% y el 9,4%, respectivamente, con una distribución proporcional correspondiente del 61%, el 8% y el 31%, respectivamente. La prevalencia de IUM aumentó con la edad, mientras que la prevalencia de IUE alcanzó su máximo en las mujeres de 50 años y la de IUU en las de 70 años o más. La diferencia puede deberse a

la mediana en la paridad, el mayor IMC, la comorbilidad y la edad más avanzada. Por otra parte, algunas mujeres no consideraron la IU como una enfermedad.

En relación con los factores de riesgo, los resultados de este estudio son similares a los informados por Xie et al.³⁵, destacando la edad avanzada, el mayor IMC, el parto y los antecedentes familiares de trastornos del suelo pélvico femenino. Esto también coincide con lo encontrado por Alizadeh et al.³⁶ en 433 mujeres, aunque estas eran una población en posmenopausia. Por su parte, Zeas-Puga et al.³⁷, en 460 mujeres de 30 años o más que asistían a centros de salud públicos en Cuenca, Ecuador, reportaron que los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y urológicos influyeron significativamente en el riesgo de desarrollar IU.

En el estudio de Aly et al.³⁸, al igual que en el nuestro, también se detectó la misma relación entre la puntuación del ICIQ-UI SF y el tipo de IU, siendo más alta en las mujeres con IUM. Esto se alinea con lo publicado por Schreiber Pedersen et al.³⁹ en un estudio realizado en dos regiones de Alemania y Dinamarca, con 8000 mujeres mayores de 18 años, en el que observaron que las mujeres con IUM tuvieron una puntuación media total del ICIQ más alta en todos los grupos de edad que las mujeres con IUU o IUE ($p < 0,001$).

A sabiendas de que la esperanza de vida está aumentando⁴⁰, así como la prevalencia de mujeres posmenopáusicas con sobrepeso u obesidad, y dado que todas estas son fuertes factores de riesgos de IU, es de esperar que la prevalencia de la IU también aumente de manera paralela en el futuro. Ante este sombrío pronóstico, urge concientizar a los profesionales de la salud de este creciente problema de salud pública, y de ahí la necesidad de estudiar y capacitarse en todo aquello relacionado con el manejo holístico de la mujer mayor, e igualmente motivar a las mujeres para mantener un peso adecuado.

Fortalezas y limitaciones

La principal limitación de este estudio es que al ser de corte transversal no se puede establecer causalidad, ya que solo se toman datos en un momento específico, así como la dificultad para generalizar los resultados. Entre las fortalezas destacan el gran número de mujeres participantes, el uso de un instrumento validado y la rigurosidad de la ejecución de la investigación, tanto en la recolección de los datos como en su análisis.

Tabla 4. Factores de riesgo en mujeres encuestadas por incontinencia urinaria (n = 795) en el Eje Cafetero, Colombia, 2022-2025

Variable	Categoría	Con incontinencia urinaria		OR	IC 95%	p
		Sí	No			
Edad	> 50 años	312	153	8,00	5,9-10,9	0,00001
	< 50 años	67	263			
Menopausia	Sí	165	56	4,96	3,6-6,9	0,00001
	No	214	360			
Multiparidad	≥ 2	273	114	6,82	5,1-9,2	0,00001
	< 2	106	302			
Parto vaginal	Sí	234	174	2,24	1,7-3,1	0,00001
	No	145	242			
Cesárea	Sí	215	172	1,86	1,4-2,5	0,00001
	No	164	244			
Episiotomía	Sí	192	94	3,52	2,6-4,7	0,0001
	No	187	322			
Parto instrumentado	Sí	20	7	3,26	1,4-7,4	0,01
	No	359	409			
Prolapso genital	Sí	194	79	4,47	3,3-6,1	0,00001
	No	185	337			
Histerectomía	Sí	137	58	3,49	2,5-4,9	0,00001
	No	242	358			
Hipertensión arterial	Sí	24	15	1,81	0,9-3,5	0,1066
	No	355	401			
Obesidad	Sí	102	42	3,28	2,2-4,8	0,00001
	No	277	374			
Diabetes	Sí	12	6	2,23	0,9-5,9	0,1635
	No	367	410			
Neumopatía crónica	Sí	7	4	1,94	0,6-6,5	0,4452
	No	372	412			
Estreñimiento	Sí	118	50	3,31	2,3-4,7	0,00001
	No	261	366			
Tabaquismo	Sí	116	64	2,43	1,7-3,4	0,00001
	No	263	352			
Ingesta de alcohol	Sí	295	325	0,98	0,7-1,4	0,9901
	No	84	91			
Consumo de sustancias psicoactivas	Sí	20	35	0,61	0,3-1,1	0,1095
	No	359	381			
Sedentarismo	Sí	251	297	0,79	0,6-1,1	0,1347
	No	128	119			

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.

Tabla 5. Modelo de regresión logística multivariado de factores asociados a incontinencia urinaria en mujeres (n = 795) del Eje Cafetero, Colombia, 2022-2025

Variable	Categoría	OR cruda	OR ajustada	IC 95%	p
Edad	> 50 años	8,00	6,85	4,90-9,58	< 0,001
	< 50 años	1,00	1,00		
Menopausia	Sí	4,96	3,42	2,31-5,06	< 0,001
	No	1,00	1,00		
Multiparidad	≥ 2	6,82	5,14	3,71-7,13	< 0,001
	< 2	1,00	1,00		
Parto vaginal	Sí	2,24	1,78	1,28-2,46	0,001
	No	1,00	1,00		
Cesárea	Sí	1,86	1,41	1,02-1,96	0,037
	No	1,00	1,00		
Episiotomía	Sí	3,52	2,63	1,89-3,66	< 0,001
	No	1,00	1,00		
Parto instrumentado	Sí	3,26	2,11	1,03-4,31	0,041
	No	1,00	1,00		
Prolapso genital	Sí	4,47	3,58	2,52-5,08	< 0,001
	No	1,00	1,00		
Histerectomía	Sí	3,49	2,74	1,94-3,87	< 0,001
	No	1,00	1,00		
Obesidad	Sí	3,28	2,46	1,64-3,69	< 0,001
	No	1,00	1,00		
Estreñimiento	Sí	3,31	2,52	1,77-3,59	< 0,001
	No	1,00	1,00		
Tabaquismo	Sí	2,43	1,89	1,31-2,71	0,001
	No	1,00	1,00		

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.

Conclusiones

Casi la mitad de las mujeres del Eje Cafetero presentan IU, destacando principalmente la IUE. La edad > 50 años es el principal factor de riesgo. En cuanto al perfil de las mujeres con IU en esta población, destacan estar en posmenopausia, haber tenido dos o más partos vaginales y presentar obesidad.

Se necesitan estrategias de intervención con programas de educación para la salud en las mujeres, con el fin de fomentar medidas preventivas y rehabilitadoras, así como fomentar políticas que permitan abordar la IU como un problema de salud pública.

Financiamiento

El autor declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20. doi:10.1002/nau.20798.
- Fritel X, Ringa V, Quiboeuf E, Fauconner A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(8):901-910. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01419.x.
- Espitia De La Hoz FJ. Prevalencia de la vejiga hiperactiva y factores de riesgo asociados en mujeres en la posmenopausia. *Rev Per Urol*. 2025;30:10-18. doi:10.24875/RPU.25000018.
- Ángel G, Cortés HA. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia. *Med U.P.B.* 2015;34:16-22.
- Wang C, Wei W, Ma D, Yu H, Yu L. Prevalence and determinants of stress urinary incontinence in middle-aged and older women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Esp Urol*. 2025;78:46-55. doi: 10.56434/j.arch.esp.urol.20257801.6.
- Buckley BS, Lapitan MC; Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children — current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*. 2010;76:265-70. doi: 10.1016/j.urol.2009.11.078.
- Espitia De La Hoz FJ, Orozco Gallego H. Evaluación de la mejoría de la sexualidad en mujeres intervenidas por incontinencia urinaria. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2017;63:537-46.
- Gotoh M, Matsukawa Y, Yoshikawa Y, Funahashi Y, Kato M, Hattori R. Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. *Neurourol Urodyn*. 2009;28:492-6. doi: 10.1002/nau.20675.
- Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, et al. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:721-5. doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb04744.x.
- John G, Bardini C, Combescure C, Dällenbach P. Urinary incontinence as a predictor of death: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11:e0158992. doi: 10.1371/journal.pone.0158992.
- Damián J, Pastor-Barriuso R, García López FJ, de Pedro-Cuesta J. Urinary incontinence and mortality among older adults residing in care homes. *J Adv Nurs*. 2017;73:688-99. doi: 10.1111/jan.13170.
- McKertich K. Urinary incontinence-assessment in women: stress, urge or both? *Aust Fam Physician*. 2008;37:112-7.
- Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA*. 2008;299:1446-56. doi: 10.1001/jama.299.12.1446.
- Lugo T, Leslie SW, Mikes BA, Riggs J. Stress urinary incontinence. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- Kim SJ, Park SG, Pak S, Lee YG, Cho ST. Association between urgency urinary incontinence and cause-specific mortality: a population-based analysis. *World J Urol*. 2024;43:22. doi: 10.1007/s00345-024-05347-w.
- Harris S, Leslie SW, Riggs J. Mixed urinary incontinence. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- Goforth J, Langaker M. Urinary incontinence in women. *N C Med J*. 2016;77:423-5. doi: 10.18043/ncm.77.6.423.
- Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013;87:543-50.
- Gallo ML, Fallon PJ, Staskin DR. Urinary incontinence: steps to evaluation, diagnosis, and treatment. *Nurse Pract*. 1997;22:21-4, 26, 28 passim.
- Huang W, Zheng X, Luo J, Chen Y, Xu Y. Comparative efficacy and adverse effects of β 3-agonists and antimuscarinics in overactive bladder: a network and component network meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 2025;81:1217-27. doi: 10.1007/s00228-025-03855-1.
- Hay-Smith EJC, Starzec-Proserpio M, Moller B, Aldabe D, Cacciari L, Pitangui ACR, et al. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;(12):CD009508. doi: 10.1002/14651858.CD009508.pub2.
- Wang L, Ye L. Clinical efficacy and safety meta-analysis of different surgical approaches for female stress urinary incontinence. *Arch Esp Urol*. 2024;77:479-90. doi: 10.56434/j.arch.esp.urol.20247705.67.
- Hunikaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 2004;93:324-30. doi: 10.1111/j.1464-410x.2003.04609.x.
- Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol*. 2005;48:634-41. doi: 10.1016/j.eururo.2005.04.017.
- Espitia De La Hoz FJ. Evaluación clínica de la incontinencia urinaria en la consulta ginecológica. *Duazary*. 2017;14:1-7. doi: 10.21676/2389783X.1965.
- Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2004;23:322-30. doi: 10.1002/nau.20041.
- Busquets CM, Serra TR. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Rev Med Chil*. 2012;140:340-6. doi: 10.4067/S0034-98872012000300009.
- España Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:288-92. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74212-8.
- Hajebrahimi S, Nourizadeh D, Hamedani R, Pezeshki MZ. Validity and reliability of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form and its correlation with urodynamic findings. *Urol J*. 2012;9:685-90.
- Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75:347-56.
- Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Med Chile*. 2015;143:203-12. doi: 10.4067/S0034-98872015000200008.
- Tamanini JT, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saude Publica*. 2009;25:1756-62. doi: 10.1590/s0102-311x2009000800011.
- Altintas R, Beytur A, Oguz F, Tasdemir C, Kati B, Cimen S, et al. Assessment of urinary incontinence in the women in eastern Turkey. *Int Urogynecol J*. 2013;24:1977-82. doi: 10.1007/s00192-013-2137-4.
- Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*. 2009;16:831-6. doi: 10.1097/gme.0b013e3181967b5d.
- Xie X, Chen Y, Khan A, Long T, Li S, Xie M. Risk factors for urinary incontinence in Chinese women: a cross-sectional survey. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2021;27:377-381. doi: 10.1097/SPV.0000000000000871.
- Alizadeh A, Montazeri M, Shabani F, Bani S, Hassanpour S, Nabighadim M, et al. Prevalence and severity of urinary incontinence and associated factors in Iranian postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC Urol*. 2023;23:18. doi: 10.1186/s12894-023-01186-w.
- Zeas-Puga AL, Méndez-Sacta V, Vega Crespo B, Samijn B, Hervé F, Martínez-Merino P, et al. Prevalence and associated risk factors of urinary incontinence in sexually active women in Ecuador. *Healthcare (Basel)*. 2024;12:2296. doi: 10.3390/healthcare12222296.
- Aly WW, Sweed HS, Mossad NA, Tolba MF. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in frail elderly females. *J Aging Res*. 2020;2020:2425945. doi: 10.1155/2020/2425945.
- Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96:939-48. doi: 10.1111/aogs.13149.
- GBD 2021 Europe Life Expectancy Collaborators. Changing life expectancy in European countries 1990-2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*. 2025;10:e172-88. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00009-X.