

## **ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DIABÉTICAS MENOPAUSICAS Y POSMENOPAUSICAS Y SU INFLUENCIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE ESTAS PACIENTES**

Regidor Miguel, María<sup>1</sup>, Diego García, Alfonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Cantalejo (Segovia), <sup>2</sup>Servicio de Urología del Hospital General de Segovia

María Regidor, Centro de Salud de Cantalejo, Ctra de Sepúlveda nº 54, 40.320 Cantalejo, Segovia. [m.regidor@hotmail.com](mailto:m.regidor@hotmail.com)

**Resumen.** La incontinencia urinaria y la diabetes mellitus son patologías frecuentes con gran repercusión sobre la calidad de vida de la paciente. La incontinencia urinaria, definida como “cualquier pérdida involuntaria de orina”, tiene prevalencia muy alta en mujeres mayores de 50 años, siendo ésta del 24.5% en éste grupo de edad, y aumentando hasta el 66% en mujeres posmenopáusicas mayores de 55 años. La diabetes mellitus en España afecta al 10% de la población entre 30-89 años y se considera factor de riesgo para el desarrollo de la incontinencia urinaria, encontrándose en el 35.4% de mujeres diabéticas, siendo con frecuencia de mayor severidad que en las no diabéticas. La incontinencia de orina y la diabetes mellitus suponen dos de las 15 enfermedades o trastornos que más impacto negativo tienen en la calidad de vida de quienes los padecen, según la escala del Nottingham Health Profile. El objetivo general de este estudio es conocer la afectación de la calidad de vida en mujeres diabéticas menopáusicas y posmenopáusicas con incontinencia urinaria. Disponemos al inicio del estudio de 223 mujeres diabéticas mayores de 50 años en la ZBS de Cantalejo y según las estadísticas encontradas estudiaremos un tamaño muestral de 80 mujeres; se estudiarán dos grupos de pacientes: I, mujeres menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años, diabéticas y con incontinencia urinaria y II, mujeres menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años, no diabéticas con incontinencia urinaria. Ambos grupos se compararán con un grupo control (III), de mujeres menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años que no sean diabéticas ni tengan incontinencia urinaria. Se realizará una valoración de la calidad de vida utilizando el Cuestionario de Salud SF-36 y una valoración de la incontinencia urinaria y su influencia sobre la calidad de vida utilizando los cuestionarios King's Health Questionnaire y el ICIQ-36. Se espera encontrar que las mujeres menopáusicas o posmenopáusicas, mayores de 50 años, diabéticas, con incontinencia de orina tienen una mayor afectación de la calidad de vida y la frecuencia de incontinencia es mayor, frente a las mujeres no diabéticas.

**Introducción.** La incontinencia urinaria es una patología frecuente, que aunque no es grave, tiene mucha repercusión sobre la calidad de vida de quien la padece. La incontinencia urinaria se define, según la Sociedad Internacional de Continencia, como “cualquier pérdida involuntaria de orina”. Se puede clasificar en incontinencia urinaria transitoria, la que dura menos de cuatro semanas y puede ser reversible, y en incontinencia urinaria establecida. Hay situaciones que pueden causar una incontinencia urinaria reversible que en algunos casos puede ser tratada, como la presencia de un síndrome confusional agudo, una demencia, la utilización de determinados fármacos, infecciones del tracto urinario y vaginitis, enfermedades metabólicas y endocrinas diferentes de la diabetes mellitus, restricción de la movilidad-inmovilidad y un estreñimiento severo. Estas situaciones se dan con mayor frecuencia en ancianos con afectación de su estado general e incapacidades psico-físicas. La incontinencia urinaria

se diferencia en tres tipos fundamentales según sus características clínicas: incontinencia urinaria de estrés o de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta. Las cifras de prevalencia de incontinencia urinaria son muy variables, entre un 5% y un 49%, y hasta un 66%, en las pacientes motivo de este estudio, dependiendo de los estudios realizados, los grupos de edad estudiada e incluso la metodología utilizada. Hay diferencias también entre la prevalencia global y por tipo de incontinencia urinaria, siendo más frecuente la incontinencia urinaria de esfuerzo (40-50%) seguida de la incontinencia urinaria mixta (29%). La prevalencia está subestimada, ya que solo una pequeña proporción de los pacientes que la padecen solicitan ayuda médica, bien por considerarla parte del envejecimiento, miedo o vergüenza. También es diferente la prevalencia según el sexo, en las mujeres aumenta después de los 50 años y, como hemos mencionado, con la menopausia. Es importante tener en cuenta, que la intervención sobre los hábitos y el estilo de vida de determinados pacientes, puede hacer disminuir la prevalencia de la incontinencia urinaria. Existen factores de riesgo y variables que influyen en el desarrollo de la incontinencia urinaria, esto se deduce de diferentes estudios, la mayoría de ellos estudios transversales, por lo cual no hay una relación causal entre factores de riesgo y establecimiento de la incontinencia urinaria. Las variables que aparecen en casi todos los estudios son la edad y la paridad, además se ha relacionado también con la menopausia y la obesidad, factores uroginecológicos y otras enfermedades por las cuales habrá que preguntar durante la realización de la historia clínica.

La diabetes mellitus, enfermedad crónica con gran prevalencia en la población general, es también un problema creciente de salud en la actualidad que afecta la calidad de vida de estos pacientes. En España la prevalencia de la diabetes mellitus se estima en un 6.2% para grupos de edad de 30-65 años y del 10% para grupos de 30-89 años. La diabetes mellitus tipo 2 es la forma más común, aumenta su prevalencia en la tercera década de la vida y hacia la sexta década la prevalencia es 3-4 veces mayor. La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 en los países occidentales es aproximadamente una décima parte que la diabetes mellitus tipo 2. La diabetes mellitus se relaciona en casi todos los estudios con la incontinencia urinaria como factor de riesgo para el desarrollo de esta. Mientras se sabe que la incontinencia urinaria es más común en mujeres con diabetes mellitus y empeora la calidad de vida de éstas pacientes, los mecanismos por los cuales puede contribuir al desarrollo y severidad de la incontinencia urinaria no están bien definidos. En diversos estudios se describe la diabetes mellitus tipo 2 como factor de riesgo importante para el desarrollo de la incontinencia urinaria. La prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres diabéticas es de 35.4%. La duración de la diabetes, el tratamiento con insulina, la neuropatía y la retinopatía diabéticas se han mostrado como los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la incontinencia urinaria en pacientes con diabetes mellitus que tiene mayor probabilidad de ser más severa.

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del paciente se ha convertido en un parámetro de especial importancia en la asistencia sanitaria. La CVRS cubre una amplia gama de experiencias humanas, entre las que se encuentran las necesidades de la vida diaria, actividades asociadas a la realización profesional y felicidad personal. Esta variable refleja la idea que tienen los pacientes de su salud y de su capacidad para funcionar en la vida, así como la sensación global de satisfacción que una persona experimenta en su vida.

La definición de calidad de vida depende de quien evalúe el concepto; una definición general podría ser el efecto funcional de la enfermedad y su tratamiento sobre el paciente tal cual es percibido por éste. Existen cuestionarios desarrollados para el estudio de la calidad de vida que tienen un objetivo general descriptivo y son independientes de las enfermedades o de las condiciones previas de los encuestados. El “Medical Outcomes Study 36-item Short Form o Cuestionario de Salud SF-36 es uno de los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud más utilizados y evaluados; fue desarrollado a primeros de los noventa en Estados Unidos y es aplicable tanto a pacientes como a la población general. Valora los estados tanto positivos como negativos de la salud y está compuesto por 36 preguntas. La versión española del SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en el territorio nacional. Se ha utilizado en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud en distintas poblaciones de pacientes y se puede recomendar su uso tanto en investigación como en la práctica clínica. La incontinencia urinaria afecta de manera negativa a la calidad de vida y cuanto mayor es la incontinencia peor es la calidad de vida de estas pacientes. El impacto de la incontinencia de orina en la calidad de vida supone que sea la quinta enfermedad o trastorno que más la afecta según la escala del Nottingham Health Profile. La diabetes mellitus supone el décimo trastorno en impacto en calidad de vida en esta escala. Hay cuestionarios específicos para el estudio del impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida que incluyen cuestionarios de síntomas y cuestionarios sobre la calidad de vida. Existen muchos de estos cuestionarios; los más utilizados son el “King’s Health Questionnaire” y el cuestionario de calidad de la “Internacional Consultation on Incontinence” ICIQ en su forma abreviada (ICIQ-SF), con el que se pretende evaluar la frecuencia y la gravedad de la incontinencia urinaria y medir su impacto en la calidad de vida para cualquier grupo poblacional y tipo de pacientes. El ICIQ-SF es el primer cuestionario diseñado para el diagnóstico de la incontinencia urinaria validado en España y se recomienda su utilización en la práctica clínica. Es un cuestionario que suele ser entregado a los pacientes para que lo realicen en su domicilio; se ha demostrado que la información obtenida no difiere de cuando se rellena mediante una entrevista clínica a cuando es realizado por el propio paciente en su domicilio.

El objetivo principal del estudio es conocer en nuestro medio la afectación de la calidad de vida en el grupo de mujeres diabéticas menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años con incontinencia urinaria y comprobar que las mujeres diabéticas y con incontinencia urinaria tienen peor calidad de vida que las mujeres no diabéticas e incontinentes.

Diseño del estudio. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, que se va a realizar en la zona básica de salud de Cantalejo que tiene una población de 8005 habitantes. Se va a estudiar a todas las mujeres menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años que padezcan incontinencia urinaria, diferenciándolas en dos grupos según estén diagnosticadas de diabetes mellitus o no. En la población de estudio diana se va a diferenciar: grupo I, mujeres menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años que sean diabéticas y tengan incontinencia urinaria, y grupo II, mujeres menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años no diabéticas y con incontinencia urinaria. El grupo control o grupo III, esta formado por mujeres menopáusicas o posmenopáusicas mayores de 50 años, que no sean diabéticas ni tengan incontinencia urinaria, que acuden a la consulta por motivos diversos, siendo incluidos en el estudio de forma sucesiva (tabla

1). Disponemos en Cantalejo de un total de 223 pacientes diabéticas en el momento de comenzar el estudio; según las estadísticas encontradas, la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres diabéticas es 35.4%, lo que justificaría un tamaño muestral de 80 mujeres diabéticas e incontinentes.

Material y métodos. A todas las pacientes de los grupos I y II se les va a realizar una historia clínica dirigida incluyendo un cuestionario para la valoración de la calidad de vida (Cuestionario de Salud SF-36) y unos cuestionarios para la valoración de la incontinencia urinaria (Cuestionario King's Health y cuestionario ICIQ-SF). Para la evaluación inicial de una paciente con incontinencia urinaria, se debe realizar una historia clínica amplia que incluya: la edad, si está en periodo menopáusico o ha pasado ya la menopausia, índice de masa corporal y la presencia de síntomas urinarios asociados a incontinencia urinaria: nicturia, urgencia miccional, poliuria, polaquiuria. Hay muchas causas y situaciones clínicas que pueden acompañar o producir incontinencia urinaria transitoria y situaciones clínicas que precisan un manejo especializado que pueden ser tratadas y replantearnos incluirlas en el estudio, por lo que habrá que preguntar por ellas durante la entrevista clínica junto con los antecedentes personales: diabetes mellitus y sus complicaciones (neuropatía y retinopatía), estreñimiento, enfermedades como hipertensión arterial, accidente cerebro-vascular transitorio, enfermedades endocrinas diferentes de la diabetes y enfermedades metabólicas (hipercalcemia e hipopotasemia), deterioro cognitivo, cirugía abdominal y/o pélvica radical, radioterapia pélvica, infecciones urinarias y/o vaginitis y tratamiento farmacológico habitual (antidiabéticos orales, insulino-terapia, diuréticos, anti-inflamatorios, relajantes musculares y psicotrópos). Muy importante a tener en cuenta son también los antecedentes obstétricos y ginecológicos; en cuanto a los antecedentes obstétricos es importante valorar la paridad, complicaciones en los partos, cirugía pélvica-genital y si la paciente ha sufrido una histerectomía o no. Se evaluará en cada paciente el padecimiento de las 15 enfermedades o trastornos con más impacto en la calidad de vida según la Escala del Nottingham Health Profile. La exploración física también trata de excluir factores de riesgo y posibles causas que contribuyan a desarrollar incontinencia urinaria y debe incluir una valoración ginecológica y neurológica: es importante descartar la presencia de hernias abdominales, prolapso genital (uterino y/o vesical), vaginitis o atrofia vulvo-vaginal así como la existencia de alguna focalidad neurológica. Las situaciones clínicas que pueden precisar una evaluación especializada a las cuales nos referimos son: incontinencia urinaria asociada a dolor, hematuria, infecciones recurrentes, otros síntomas miccionales, radiación pélvica previa, cirugía pélvica radical, sospecha de fistula, retención urinaria y prolapso de órganos pélvicos significativo. Una vez descartadas todas estas causas se realiza una valoración de la incontinencia urinaria para poder determinar si se trata de una incontinencia de esfuerzo, de urgencia o bien mixta, mediante una serie de preguntas sencillas que se recogen en la tabla 2. Además se debe de valorar también la severidad o intensidad de la incontinencia, para ello se utiliza el cuestionario "Incontinence Severity Index" que consta de dos preguntas (tabla 3). Para objetivar la incontinencia, en caso de que fuera una incontinencia de esfuerzo o mixta se realiza el "test de la tos" (visualizar el escape de orina mientras la paciente tose) que se realiza durante la exploración física y para cualquier tipo de incontinencia el "test de la compresa o pad test" de 24 horas de duración (pesar las compresas utilizadas durante 24 horas, restando su peso inicial). Por último, es conveniente disponer de un diario miccional de cada paciente que nos aporta

información sobre los hábitos miccionales, volumen de orina en 24 horas, frecuencia miccional y capacidad funcional de la vejiga (tabla 4). Muy sencillo de realizar a todas las pacientes es un análisis de orina: inicialmente un sistemático de orina y si éste está alterado, confirmar mediante la recogida de un urocultivo la existencia de una infección del tracto urinario para poder tratarla y descartar así una posible causa de la incontinencia urinaria.

Para la valoración de la calidad de vida y la afectación de la incontinencia urinaria en la calidad de vida se utiliza los siguientes cuestionarios: 1. Cuestionario de Salud SF-36, que evalúa la calidad de vida relacionada con el estado de salud; valora el estado subjetivo de salud y es aplicable tanto a pacientes como a la población general, incluye 36 preguntas dirigidas a diferentes campos de la salud que se agrupan en dos áreas (estado funcional y bienestar emocional) y además incorpora la dimensión de la percepción de la salud general y el cambio de salud en el tiempo. 2. Cuestionario King's Health, específico para evaluar la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria y que también incorpora la evaluación objetiva de algunos síntomas urinarios, consta de 21 preguntas que se agrupan en nueve dimensiones; y 3. cuestionario ICIQ-SF, que evalúa la frecuencia y la gravedad de la incontinencia urinaria y mide su impacto en la calidad de vida.

Tras la valoración de la incontinencia urinaria hay que realizar a todas las mujeres incontinentes unas pruebas de diabetes mellitus para confirmar o descartar el diagnóstico. Se hace una glucemia basal y una HbA1c para valorar el control glucémico de cada una de ellas.

En el grupo III, grupo control, se realiza una historia clínica completa, incluyendo antecedentes personales, obstétricos y ginecológicos. Se pregunta también por los posibles factores de riesgo y variables que influyen en el desarrollo de la incontinencia urinaria y se realiza el Cuestionario de Salud SF-36.

Resultados que se van a analizar. Calidad de vida en el grupo de mujeres mayores de 50 años diabéticas con incontinencia urinaria; calidad de vida en el grupo de mujeres mayores de 50 años no diabéticas incontinentes; calidad de vida en el grupo de mujeres mayores de 50 años no diabéticas y continentas; tipo de incontinencia más frecuente en mujeres diabéticas mayores de 50 años; tipo de incontinencia urinaria más frecuente en mujeres no diabéticas mayores de 50 años; grado de severidad de incontinencia urinaria en mujeres diabéticas y no diabéticas mayores de 50 años; y frecuencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 50 años con diabetes mellitus tipo I y II.

Tabla 1. Diseño del estudio

	Diabetes Mellitus	Incontinencia urinaria
Grupo I	Si	Si
Grupo II	No	Si
Grupo III (control)	No	no

Tabla 2. Valoración de la incontinencia urinaria

	IU esfuerzo	IU urgencia	IU mixta
¿Siente deseos fuertes y repentinos de orinar?	No	Si	Si
¿Orina más de 8 veces al día?	No	Si	Si
¿Pierde orina cuando salta, tose, estornuda o coge peso?	Si	No	Si
Cuando tiene pérdidas de orina ¿son abundantes?	No	Si	A veces
Si tiene ganas de orinar ¿puede aguantar hasta llegar al wc?	Si	No	No
¿Se despierta por las noches para ir a orinar?	No	Si	si

Tabla 3. Valoración de la severidad de la incontinencia urinaria

Incontinence Severity Index
A. ¿Cuántas veces experimenta pérdidas urinarias? 1. Menos de una vez por mes 2. Unas pocas veces al mes 3. Unas pocas veces a la semana 4. Cada día y/o noche
B. ¿Qué cantidad de orina pierde cada vez? 1. Gotas 2. Pequeños chorros 3. Chorros grandes
Puntuación total = Valor de A × Valor de B

Tabla 4. Diario miccional

Hora	Bebidas	Micción	Sensación de urgencia	Pérdidas involuntarias	Actividad relacionada	Nº/ Tipo de compresa
	Tipo/cantidad	Nº/cantidad	Si/no	Gotas/mucho	Toser/reir/coger peso	
8h-16h						
16h-24h						
24h-8h						

## Bibliografía

1. Peter K. Sand, M.D. Roger Dmochowski, M.D. Analysis of standardisation of terminology of lower urinary tract dysfunction: report from the standardisation subcommittee of the internacional continence society. *Neurourol Urodynam.* 21: 167-78, 2002
2. M.A. Vila Coll y M.J. Gallardo Guerra. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. *SEMERGEN.* Vol. 31, (6), 270-283, jun 2005
3. Kim N. Danforth, MPH, Mary K. Towndend, BA, Karen Lifford, MD, Gary C. Curhan, MD, ScD, Neil M. Resnick, MD, and Francine Grodstein, ScD. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 February; 194(2): 339-345
4. Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol.* 2002;100:1230-8
5. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* 1999; 94: 66-70
6. MA. Pascual Amorós. Epidemiología de la Incontinencia y del Prolapso Genital. En: M. Espuña, J. Salinas, editores. *Tratado de Uroginecología. Incontinencia Urinaria.* Barcelona: Editorial Ars Medica; 2004. p 53-62
7. Jeannette S. Brown, MD, Rena Wing, PHD, Elizabeth Barrett-Connor, MD, Leroy M, Nyberg, MD, PHD, John W. Kusek, "et al." Lifestyle Intervention is Associated With Lower Prevalence of Urinary Incontinence. *Diabetes Care.* 29: 385-390, 2006
8. Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, Miles TP, Resnick HE, Kritchevsky SB, "et al." Urinary incontinence in elderly women : findings from the health, aging and body composition study. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 301-307
9. Jeannette S. Brown, Eric Vittinghoff, Feng Lin, Leroy M. Nyberg, John W. Kusek, Alka M. Kanaya. Prevalence and Risk Factors for Urinary Incontinence in Women with Type 2 Diabetes and Impaired Fasting Glucose. *Diabetes Care.* 29 (6); 2006: 1307-1312
10. Karen L. Lifford, Gary C. Curhan, Frank B. Hu, Robert L. Barbieri, Francine Grodstein. Type 2 Diabetes Mellitus and Risk of Developing Urinary Incontinence. *J Am Geriatr Soc.* 53: 1851-1857, 2005
11. Sara L. Jackson, Delia Scholes, Edward J. Boyko, Linn Abraham, Stephan D. Fihn. Urinary Incontinence and Diabetes in Postmenopausal Women. *Diabetes Care.* 28: 1730-1738, 2005
12. Ragins AI, Shan J, Thom DH, Subak L, Brown JS, Van Den Eeden SK. Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. *J Urol.* 2008 Feb; 179(2):651-5; discussion 655. Epub 2007 Dec 21
13. Vinker S, Kaplan B, Nakar S, Samuels G, Shapira G, Kitai E. Urinary incontinence in women: prevalence, characteristics and effect on quality of life. A primary care clinic study. *Isr Med Assoc J.* 2001 Set; 3(9):663-6.

14. American Diabetes Association. Lifestyle Intervention Is Associated With Lower Prevalence of Urinary Incontinence. *Diabetes Care*. 29: 385-390, 2006
15. J.L. Diaz García, M. Ravina Pisaca, D. Castro Díaz. Evaluación Preurodinámica. Cuestionarios. En: P. Blasco Hernández, F.J. Espinosa Olmedo, M. García Pérez, editores. Atlas de urodinámica. Barcelona: Editorial Glosa; 2005. p 27-34
16. J. Salinas, M. Vírseda. Introducción a la urodinámica. Síntomas de almacenamiento y vaciamiento. En: J. Salinas, M. Vírseda, editores. Controversias en Urodinámica. Madrid: Grupo Editorial Entheos, S.L.; 2006. p 33-47
17. G. Vilagut, M. Ferre, L. Rajmil, P. Rebollo, G. Permanyer-Miralda, J.M. Quintana, "et al." El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19 (2) 135-50
18. Y. Homma and S. Uemura. Use of the short form of King's Health Questionnaire to measure quality of life in patients with an overactive bladder. *BJU Internacional*. 2004; 93, 1009-1013
19. Badia Xg, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 647-52
20. España Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validation of the Spanish versión of the Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence. *Med Clin (Barc)*. 2004 Mar 6; 122(8): 288-92
21. Hajebrahimi S, Corcos J, Lemieux MC. International consultation on incontinence questionnaire short form : comparison of physician versus patient completion and immediate and delayed self-administration. *Urology*. 2004 Jun; 63(6): 1076-8
- 22.. E. Karantanis, M. Fynes, K.H. Moore and S.L. Stanton. Comparision of the ICIQ-SF and 24 hour pad test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinente. *International Urogynecology Journal*. 2004; 15 (2): 111-116
23. España Pons M. Castro Díaz D. Carbonell C. Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urológicas Españolas*. 2007; 31 (5): 502-510
24. España Pons M. Puig Clota M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urol Esp*. 2006, 30 (7): 684-691