

Incidencia y factores asociados a la incontinencia urinaria oculta, en mujeres en posmenopausia, con procidencia genital

Incidence and factors associated with hidden urinary incontinence, in postmenopausal women, with genital procidence

FRANKLIN JOSÉ ESPITIA DE LA HOZ*, MD

Resumen

Introducción: el prolapso de los órganos pélvicos es la herniación de estos más allá de las paredes vaginales; se caracteriza por ser una condición común en las mujeres en la posmenopausia. Su presencia puede tener un impacto perjudicial en la imagen corporal y en la sexualidad. El tratamiento requiere importantes recursos sanitarios; el costo anual del cuidado ambulatorio es cercano a los 300 millones de dólares.

Objetivo: evaluar la incidencia y establecer los factores asociados a la incontinencia urinaria oculta en mujeres con procidencia genital.

Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional prospectivo de corte trasversal en una población de mujeres con procidencia genital a las que se les diagnosticó incontinencia urinaria oculta. Se obtuvo información socio-demográfica y de antecedentes personales, se determinó la incidencia de incontinencia urinaria oculta, y se evaluaron los factores asociados al desarrollo de esta última. Se establecieron asociaciones según la naturaleza de las variables.

Resultados: se analizaron 201 mujeres con procidencia genital, de las cuales el 72,13% (n 145) presentaron incontinencia urinaria oculta, el 47,58% era leve; 43,44%, moderada, y 10,34%, severa. El síntoma predominante, en el total de las 201 (100%) pacientes, fue la sensación de bulto vaginal, seguido del dolor pélvico (77,61 %). Al evaluar la asociación entre los factores de riesgo para incontinencia urinaria oculta y la procidencia genital, se observó mayor riesgo en el parto vaginal (OR 8,4; IC 95%: 2,7-21,3), la multiparidad (OR 8,7; IC 95%: 2,1-34,5) y la edad mayor a 60 años (OR 5,4; IC 95%: 1,8-14,7). La nuliparidad (OR 0,31; IC 95%: 0,17-0,59) y la no realización de episiotomía (OR 0,26; IC 95%: 0,08-0,91) resultaron ser un factor protector.

Conclusiones: la incontinencia urinaria oculta es frecuente en mujeres con procidencia genital, estando por encima de las tres cuartas partes de la población estudiada. De acuerdo con este estudio, tiene indicación la realización de procedimientos antiincontinencia, en mujeres sometidas a cirugía por prolapso genital severo.

Palabras clave: incidencia; incontinencia urinaria; prolapso; genitales; mujeres.

* Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Militar Nueva Granada. Máster en Sexología: Educación y asesoramiento sexual. Universidad de Alcalá de Henares. Uroginecología y Cirugía Piso Pélvico/FUCS-Hospital de San José/Unicamp, Brasil. Miembro del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (FACOG). Especialista en Sexología Clínica, Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación sexual (FLASSES). Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.

Abstract

Introduction: The prolapse of the pelvic organs is the herniation of the pelvic organs towards or beyond the vaginal walls; It is characterized by being a common condition in postmenopausal women. Their presence can have a detrimental impact on body image and sexuality. The treatment requires important health resources; being the annual cost of ambulatory care, close to 300 million dollars.

Objective: To evaluate the incidence and establish the factors associated with occult urinary incontinence in women with genital prolapse.

Materials and methods: A prospective, cross-sectional, observational study was conducted in a population of women with genital prognosis who were diagnosed with hidden urinary incontinence. Socio-demographic and personal background information was obtained, the incidence of hidden urinary incontinence was determined, and the factors associated with the development of the latter were evaluated. Associations were established according to the nature of the variables.

Results: 201 women with genital prolapse were analyzed, of which 72.13% (n 145) presented hidden urinary incontinence, 47.58% were mild, 43.44% moderate and 10.34% severe. The predominant symptom, in the total of the 201 (100%) patients, was the sensation of a vaginal bulge, followed by pelvic pain (77.61%). When evaluating the association between risk factors for hidden urinary incontinence and genital prolapse, there was an increased risk in vaginal delivery (OR 8.4, 95% CI: 2.7-21.3), multiparity (OR 8.7, 95% CI: 2.1-34.5) and age over 60 years (OR 5.4, 95% CI: 1.8-14.7). The nulliparity (OR 0.31, 95% CI: 0.17-0.59) and non-performance of episiotomy (OR 0.26, 95% CI: 0.08-0.91) were found to be a protective factor.

Conclusions: Hidden urinary incontinence is frequent in women with genital prolapse, being above $\frac{3}{4}$ parts of the population studied. According to this study, it is indicated the performance of anti-incontinence procedures in women undergoing surgery for severe genital prolapse.

Key words: Incidence; Urinary Incontinence; Prolapse; Genitalia; Women.

Introducción

El prolapso genital, en la mujer, es definido como la protrusión de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal y/o recto) en el canal vaginal o hacia fuera de este^{1,2}. En la procidencia genital (prolapso genital severo), la porción más distal que protruye se encuentra a más de 2 cm sobre el largo vaginal total (LVT-2) de acuerdo con lo referido por el sistema de estadificación del prolapso de los órganos pélvicos conocido como POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System)¹⁻³.

La prevalencia de la procidencia genital varía entre el 3 y el 6%^{1,4,5}. Los factores de riesgo más destacados son edad mayor, multiparidad, sobrepeso, constipación crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva, episiotomía,

laceración del esfínter anal, parto instrumentado, neumopatías crónicas (EPOC), tabaquismo, menopausia, raza, y otras de menor incidencia.⁵

La incontinencia urinaria es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS, por sus siglas en inglés) como la pérdida involuntaria de orina⁶; su prevalencia en mujeres oscila entre el 13,7 y el 69%^{7,8}.

La aparición concomitante de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria es una afección común en las mujeres, dado que ambas entidades resultan del daño del piso pélvico⁹.

En las mujeres con prolapso grado III o IV (procidencia genital) coexisten el déficit del piso pélvico y del mecanismo de continencia urinaria; sin embargo, subjetivamente podrían parecer continentes, ya que el descenso de la

base de la vejiga puede torcer o comprimir mecánicamente la uretra¹⁰; por lo tanto, la mejor forma de evaluar la existencia de la incontinencia urinaria es mediante la reducción del prolapso, a fin de detectar la incontinencia urinaria oculta, cuya prevalencia varía de manera significativa, entre el 6 y 80%¹¹⁻¹⁴, lo cual es el reflejo de la falta de criterios universales para su diagnóstico.

A sabiendas de que algunos estudios proponen la realización de procedimientos antiincontinencia, en toda mujer que sea sometida a una cirugía por prolapso genital, con independencia del estado de continencia^{15,16}, hemos realizado este estudio para evaluar la incidencia y establecer los factores asociados a la incontinencia urinaria oculta en mujeres con procidencia genital.

Materiales y métodos

Estudio observacional prospectivo de corte transversal, en el que se incluyó una población de mujeres con procidencia genital, a las que se les diagnosticó incontinencia urinaria oculta. Se realizó en la Clínica La Sagrada Familia, una institución privada, de alta complejidad, en la ciudad de Armenia, que atiende población perteneciente al régimen contributivo y subsidiado. El diagnóstico se hizo mediante el sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System)^{1,17}, el cual es un método de medición del prolapso genital, aprobado por la International Continence Society, la American Urogynecologic Society y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos. Las mujeres fueron seleccionadas de la población de adultas con diagnóstico de prolapso genital.

Procedimiento. Para reclutar a las participantes del estudio se solicitó al equipo de auxiliares, que hacen parte del equipo de investigación, hacerles seguimiento a las mujeres diagnosticadas con procidencia genital. Una vez recibida la autorización por parte de la paciente, se le explicaban los objetivos de la investigación y se las invitó a ingresar. A todas las que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio y aceptaron participar, se les entregó el consentimiento informado para la firma. A continuación, se recogió información socio-demográfica, antecedente personal y en salud sexual y reproductiva. Sin

excepción, todas las participantes se sometieron a una evaluación clínica meticulosa, que incluyó la historia clínica completa y un examen físico riguroso con inclusión de la prueba del Q-tip test. La evaluación clínica se hizo luego del reposicionamiento del prolapso genital, mediante la utilización de un pesario vaginal ajustado a la medida de la paciente.

Criterios de inclusión

Mujeres con 40 o más años de edad en posmenopausia, con procidencia genital (prolapso grado IV de POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification).

Criterios de exclusión

Mujeres con antecedente de cirugía para la corrección de prolapso y/o incontinencia urinaria, uso de terapia de remplazo hormonal, evidencias clínicas de incontinencia de orina en la anamnesis o durante el examen físico sin reducción del prolapso.

Variables medidas. Las variables se dividieron en factores socio-demográficos; antecedentes personales, en salud sexual y reproductiva; estilos de vida, y adicciones. Entre los factores socio-demográficos se evaluaron: edad, nivel educacional, procedencia y religión. Respecto a los estilos de vida se estudió el consumo de tabaco, alcohol o drogas. De las conductas sexuales se evaluaron edad de inicio de la actividad sexual, antecedentes de embarazo adolescente y sintomatología de ingreso a la consulta. Adicionalmente se tomaron en cuenta para el análisis, los factores asociados a la incontinencia urinaria oculta.

Análisis estadístico. En primera instancia se realizó un análisis descriptivo de los datos (se calcularon frecuencias absolutas y relativas de cada variable); para realizar un análisis exploratorio de los factores asociados a incontinencia urinaria oculta, se calculó el odds ratio (OR), y sus intervalos de confianza (IC) al 95 %. Para las variables numéricas se utilizó la prueba de t de Student para grupos independientes. Se aceptó como diferencia significativa un valor de alfa menor o igual a 0,05. El análisis de los datos se realizó en el paquete estadístico Stata v.[®]

Aspectos éticos. El protocolo de la investigación fue aprobado desde el punto de vista ético por la comisión de investigación de la Clínica La Sagrada Familia. Se garantizó la confidencialidad de la información y la privacidad de las participantes.

Resultados

El estudio fue realizado entre del 01 de febrero de 2009 al 31 de enero de 2019. Un total de 348 mujeres fueron invitadas a participar en la investigación; 255 cumplieron con los requisitos de inclusión: de estas un total de 219 aceptaron ingresar al estudio y se perdieron 18 durante el seguimiento (por cambio de domicilio o por teléfono erróneo), por lo que se analizaron los resultados de 201 mujeres. Al final la proporción de mujeres reclutadas fue del 78,82% (n 201/255).

La edad promedio de la población estudiada fue de $67,13 \pm 12,56$ años (rango entre 42 y 84). Eran mayoritariamente obesas, de raza blanca, bachilleres, estrato medio, en unión libre, amas de casa, procedencia urbana, católicas y pertenecientes al régimen de aseguramiento contributivo. Las características socio-demográficas se describen en la tabla 1.

Los antecedentes personales de comorbilidad, más frecuentes, fueron la HTA (34,82%), DM (7,96%), osteoporosis (14,42%), hipotiroidismo (6,46%), artritis reumatoide (2,48%) y trastornos mentales (20,39%).

La edad promedio de la menarquia fue $14,79 \pm 1,53$ años (rango entre 11 y 19). La edad de inicio de la menopausia fue de $50,27 \pm 6,41$ años (rango entre 40 y 51), con una duración media de la menopausia de $10,74 \pm 5,31$ años (rango entre 6 y 21).

La edad promedio del primer parto fue $17,51 \pm 1,46$ años (rango entre 15 y 21). La mediana de la paridad fue de 7 (rango entre 1 y 18). El 35,82% había tenido 6 o más partos. El 32,83% de los partos fueron atendidos por parteras. El 62,18% tenían antecedente de episiotomía. El 6,96% tenían antecedente de parto instrumentado.

El 41,29% refirió más de 20 años de convivencia en pareja. El 68,65% se declararon como

Tabla 1. Características socio-demográficas de las mujeres de Armenia, con prociencia genital e incontinencia urinaria oculta (n=201)

Variables sociodemográficas	
Edad, X±DE años	67,13±12,56
Edad de la pareja, X±DE	71,5±6,8
Peso, X±DE	64,53±11,72
Talla, X±DE	1,57±0,68
IMC, X±DE	26,78± 4,61
Raza	
Blanca, n (%)	63,18
Afrocolombiana, n (%)	28,85
Indígenas, n (%)	7,96
Nivel de escolaridad	
Ningún año cursado, n (%)	7,46
Primaria, n (%)	17,91
Secundaria, n (%)	49,25
Técnica, n (%)	13,43
Profesional, n (%)	11,94
Estrato social	
Bajo, n (%)	12,93
Medio, n (%)	74,12
Alto, n (%)	12,93
Estado civil	
Casadas, n (%)	28,35
Unión libre, n (%)	40,79
Solteras, n (%)	8,95
Viudas, n (%)	7,46
Divorciadas, n (%)	14,92
Adicciones	
Fumadoras, n (%)	31,34
Exfumadoras, n (%)	12,79
Ingesta de alcohol n (%)	53,73
Ocupación	
Amas de casa, n (%)	62,68
Empleadas, n (%)	33,83
Pensionadas, n (%)	3,48
Origen	
Urbana, n (%)	82,58
Rural, n (%)	17,41
Religión	
Católicas, n (%)	85,57
Otras, n (%)	14,42

sexualmente activas. El inicio de las relaciones sexuales más temprano fue a los 12 años de edad y el mayor fue a los 27, con una mediana de 16 años. El 96,01% afirmó que la actividad sexual fue importante en su vida; el 86,06% manifestó que el sexo ya no era fundamental en su vida, añorando no tener coito. Al 76,61% le preocupaba tener relaciones sexuales coitales bajo las circunstancias actuales.

Se encontró que el 72,13% (n 145) de las pacientes presentaban incontinencia urinaria oculta, de las cuales el 47,58% (n 69/145) era leve, el 43,44% (n 63/145) era moderada y el 10,34% (n 15/145) era severa.

El síntoma predominante en el total de las 201 pacientes (100%) fue la sensación de bulto vaginal, presión/pesadez pélvica o protrusión de tejidos desde la vagina, el cual generaba malestar y dolor pélvico (77,61%: derecho en el 55,76% (87/156), izquierdo en el 36,53 % (57/156) y bilateral en el 7,69% (12/156); además presentaron lumbago (64,17%), dispareunia (56,71%), constipación o síntomas urinarios (52,23%) y sangrado o descarga vaginal (47,76%).

En la exploración de la asociación entre los factores de riesgo para incontinencia urinaria

oculta y la procidencia genital, se encontró asociación con el parto vaginal (OR 8,4; IC 95%: 2,7-21,3); multiparidad (OR 8,7; IC 95%: 2,1-34,5) y edad mayor a 60 años (OR 5,4; IC 95%: 1,8-14,7); por otro lado, se encontró que la nuliparidad (OR 0,31; IC 95%: 0,17-0,59) y la no realización de episiotomía (OR 0,26; IC 95%: 0,08-0,91) disminuyen el riesgo de incontinencia urinaria, independientemente de los otros factores (tabla 2).

No levantar cargas pesadas, el bajo peso, ausencia de antecedente de parto instrumentado, la no macrosomía fetal, mostraron asociación estadística de protección.

Discusión

En esta investigación el 72,13% de las participantes presentaron incontinencia urinaria oculta, de las cuales el 47,58% era leve; 43,44%, moderada, y 10,34%, severa. El síntoma predominante en el total (100%) de las mujeres fue la sensación de bulto vaginal, presión/pesadez pélvica o protrusión de tejidos desde la vagina, el cual generaba malestar.

Los factores de riesgo que mostraron asociación de la incontinencia urinaria oculta con la

Tabla 2. Factores asociados con incontinencia urinaria oculta, en mujeres de Armenia, con procidencia genital.

Variable	Desenlace Con IU n=145		Sin IU n=61		OR	IC 95 %		p
	n	%	n	%		L. inferior	L. superior	
Parto vaginal	37	25,51	4	6,55	8,4	2,7	21,3	0,035
Nuliparidad	13	8,96	2	3,27	0,31	0,17	0,59	0,071
Multiparidad	73	50,34	11	18,03	8,7	2,1	34,5	0,029
No episiotomía	22	15,17	6	9,83	0,26	0,08	0,91	0,083
Edad mayor a 60 años	120	82,75	20	32,78	5,4	1,8	14,7	0,006
Hipoestrogenismo	62	42,75	5	8,19	4,8	1,5	13,8	0,005
Raza blanca	39	26,89	7	11,47	1,82	1,08	3,57	0,001
Presión intraabdominal aumentada crónicamente	26	17,93	3	4,91	2,13	1,2	4,8	0,024

procidencia genital fueron el parto vaginal (OR 8,4; IC 95%: 2,7-21,3); multiparidad (OR 8,7; IC 95%: 2,1-34,5) y la edad mayor a 60 años (OR 5,4; IC 95%: 1,8-14,7); mientras que la nuliparidad (OR 0,31; IC 95%: 0,17-0,59) y la no realización de episiotomía (OR 0,26; IC 95%: 0,08-0,91) disminuyeron el riesgo, independientemente de los otros factores.

Richardson et al.¹⁸ en 1983 concluye, luego de revisar un grupo de pacientes con prolapso genital severo, en las cuales se hicieron evaluaciones urodinámicas, –antes y después de reducir el prolapso con un pesario– que el mecanismo de continencia, en mujeres con prolapso severo, es la obstrucción uretral; por lo tanto, la reducción del prolapso con un pesario puede diferenciar a las pacientes que necesitarán una suspensión de cuello uretro-vesical.

Los resultados de esta investigación son superiores al 27% reportado por Hextall A et al.¹⁹ en Londres, en una población de mujeres cuya edad promedio fue 63,9 años, lo cual puede estar asociado con que contó con la tercera parte de participantes de nuestro estudio, así como con la edad media de las mujeres (59 años, rango entre 34 y 83 años).

En un estudio realizado por Chaikin et al.²⁰, en Nueva York, reportaron que el 58% de las mujeres con prolapso genital presentan incontinencia urinaria, cuando se utilizan estudios urodinámicos después de la reducción del prolapso con un pesario. Lo que es concordante con los resultados de nuestra investigación. Similar a lo publicado por Reena et al.²¹ en Vellore, India, el cual encontró que el 67,9% de las mujeres tenían incontinencia urinaria oculta, en donde las posmenopáusicas tenían el doble de riesgo de desarrollarla.

En una publicación de Ghose et al.²² en la India, se reporta una incidencia de incontinencia urinaria oculta del 7,5%, cifra que representa menos del 10% de lo descrito en nuestra investigación, lo cual puede deberse al efecto de presión generalizada del paquete vaginal usado, ya que no utilizaron el pesario.

La importancia de esta investigación, una vez más, radica en lo expresado por Espitia et al.²³: «la estabilidad y el nivel de acompañamiento con la pareja, el interés por la sexuali-

dad, el equilibrio emocional y el sentirse útil son factores fundamentales en el mantenimiento de una actividad sexual coital frecuente en mujeres con prolapso genital»; es por eso la necesidad de evaluar a estas mujeres en todos los componentes que involucren su calidad de vida.

Esta investigación tiene como fortaleza lo representativo de la muestra, así como la variedad de factores de riesgo analizados. La principal limitación es el hecho de que se realizó en una sola institución del Eje Cafetero, por lo cual la prevalencia no puede extrapolarse a toda la región, además de que no se incluyó en la evaluación de las mujeres el estudio urodinámico, lo cual pudo llevar a sesgos de selección.

Conclusiones

El presente estudio encontró prevalencias altas de incontinencia urinaria oculta en mujeres con procidencia genital, ya que estuvo presente en cerca de las tres cuartas partes de la población estudiada. Según los resultados, se tiene indicación de realizar procedimientos antiincontinencia en mujeres que sean sometidas a cirugía por prolapso genital severo. Estudios similares, realizados a una escala más grande, permitirán esclarecer dicha indicación.

Agradecimientos

A mi maestro el doctor Enrique Patricio Ubertazzi, por sus enseñanzas y por el constante tesón en hacer de la uroginecología la valiosa subespecialidad que es.

Referencias

1. Espitia-De La Hoz FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Urol Colomb*. 2015;24:12-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.003>
2. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(1): 10-7.
3. Bland DR, Earle BB, Vitolins MZ, Burke G. Use of the Pelvic Organ Prolapse staging system of the International Continence Society,

- American Urogynecologic Society, and Society of Gynecologic Surgeons in perimenopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(6):1324-7; discussion 1327-8.
4. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002;14(5):503-7.
5. Espitia-De La Hoz FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *MÉD UIS*. 2015;28(3):309-15. <https://doi.org/10.18273/Revmed.v28n3-2015005>
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
7. Plata M, Bravo-Balado A, Robledo D, Trujillo CG, Caicedo JI, Cataño JG, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in men and women over 18 years old: The Colombian overactive bladder and lower urinary tract symptoms (COBaLT) study. *Neurourol Urodyn*. 2019;38(1):200-7. DOI: 10.1002/nau.23828
8. Espitia-de la Hoz F. Evaluación clínica de la incontinencia urinaria en la consulta ginecológica. *Duazary*. 2017;14(2):197-203. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1965>
9. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998;25(4):723-46.
10. Bump RC, Fantl JA, Hurt WG. The mechanism of urinary continence in women with severe uterovaginal prolapse: results of barrier studies. *Obstet Gynecol*. 1988;72(3 Pt 1):291-5.
11. Haessler AL, Lin LL, Ho MH, Betson LH, Bhatia NN. Reevaluating occult incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2005;17(5):535-40.
12. Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld D, Bhatia NN. Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol*. 1992;79(4):539-42.
13. Chaikin DC, Groutz A, Blaivas JG. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol*. 2000;163(2):531-4.
14. Reena C, Kekre AN, Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;97(1):31-4. DOI: 10.1016/j.ijgo.2006.12.011
15. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter HE, Visco AG, et al. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med*. 2006;354(15):1557-66. doi: 10.1056/NEJMoa054208
16. Twiss C, Triaca V, Raz S. Re: Reevaluating occult stress incontinence. *Eur Urol*. 2007;51(3):850-1.
17. Bump RC. The POP-Q system: two decades of progress and debate. *Int Urogynecol J*. 2014;25(4):441-3. doi: 10.1007/s00192-013-2262-0
18. Richardson DA, Bent AE, Ostergard DR. The effect of uterovaginal prolapse on urethrovesical pressure dynamics. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;146(8):901-5.
19. Hextall A, Boos K, Cardozo L, Tooze-Hobson P, Anders K, Khullar V. Videocystourethrography with a ring pessary in situ. A clinically useful preoperative investigation for continent women with urogenital prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998;9(4):205-9.
20. Chaikin DC, Groutz A, Blaivas JG. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol*. 2000;163(2):531-4.
21. Reena C, Kekre AN, Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;97(1):31-4.
22. Ghose S. Study of occult stress urinary incontinence in pelvic organ prolapse. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2017; 6(4):1392-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20171397>
23. Espitia-De La Hoz FJ. Eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas quirúrgicamente. *Rev Col Menop*. 2018;24(4):7-18.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.