

ORIGINAL

## ¿Cuál es el prolapso más frecuentemente asociado a las pacientes que presentan defecación obstructiva?

M. Castillo<sup>1</sup>, M. Espuña Pons<sup>2</sup>, M. Fillol Crespo<sup>3</sup>, M.ªA. Pascual Amorós<sup>4</sup>; Grupo de Investigación en Disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM)

<sup>1</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar (Barcelona). <sup>2</sup>Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Plana de Vila-real (Castellón). <sup>4</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

### RESUMEN

El objetivo de nuestro estudio era valorar qué tipo de prolapso se asocia más frecuentemente a las pacientes que presentan defecación obstructiva. La muestra la componían 345 mujeres con prolapso sintomático y con indicación quirúrgica. Las pacientes cumplimentaron los cuestionarios EPIQ (ítems 35, 39 y 40) y PFDI-20 (ítems d, e, f y g). Se comprobó la asociación entre el prolapso genital y los ítems antes señalados, relacionados con la función intestinal, mediante el test de la  $\chi^2$  de Pearson y el test exacto de Fisher; la asociación se consideró significativa con un valor de  $p \leq 0,05$ . Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el ítem PFDI-20e (*splinting*) y el prolapso del compartimento posterior (test exacto de Fisher:  $p \leq 0,046$ ). No encontramos ninguna asociación significativa entre los diferentes compartimentos y grados de prolapso y la sintomatología correspondiente a los ítems del PFDI-20 y EPIQ cuando en el análisis estadístico se tuvo en cuenta el grado de prolapso.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Prolapso de órganos pélvicos, defecación obstructiva, disfunción defecatoria.

### ABSTRACT

#### What is prolapse most often associated with patients with obstructive defecation?

*The aim of our study is to assess that prolapse is most often associated with patients with obstructive defecation. The sample comprised 345 women with symptomatic prolapse and surgical indication. The subjects completed the EPIQ (items 35, 39 and 40) and PFDI-20 (items d, e, f and g) questionnaires. The association between genital prolapse and marked up items related to bowel function, by Pearson chi-square test and Fisher's exact test, significant association if  $p \leq 0.05$  was found. A statistically significant association between the item PFDI-20e (splinting) and posterior compartment prolapse ( $p \leq 0.046$  Fisher) was found. We found a significant association between the different compartments and degrees of prolapse symptoms expressed in items of EPIQ and PFDI-20 and in the statistical analysis when the degree of prolapse had in mind.*

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Pelvic organ prolapse, obstructive defecation, defecation dysfunction.

### Introducción

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una trastorno común que afecta al 38-50% de las mujeres mayores de 40 años de edad<sup>1,2</sup>. Entre los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de POP figuran la edad, la etnia, la paridad y el parto vaginal.

El POP abarca un amplio abanico de defectos anatómicos heterogéneos en los tres compartimentos vaginales: anterior, medio y posterior. Estos defectos pueden estar asocia-

dos a una gran diversidad de sintomatología, y de diferente rango, que puede conllevar para la paciente una disminución importante en la calidad de vida y afectar a su actividad social<sup>3,4</sup>. Mientras que algunas mujeres presentan numerosos síntomas de diferente índole, otras permanecen asintomáticas. Los síntomas que refieren las mujeres con POP se han agrupado en cuatro categorías<sup>5,6</sup>:

1. Sensación de protrusión, o de tener un «bulto».
2. Disfunción del tracto urinario inferior.
3. Disfunción sexual.
4. Disfunción defecatoria (DD).

#### Dirección para correspondencia:

Maitte Castillo Vico. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital del Mar. Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona.  
Correo electrónico: mcastillovico@yahoo.es

La sintomatología de la DD es muy común, pero no necesariamente específica del prolapso. Las alteraciones o tras-

¿Cuál es el prolapso más frecuentemente asociado a las pacientes que presentan defecación obstructiva?

M. Castillo, M. Espuña Pons, M. Fillol Crespo, M.ªA. Pascual Amorós;

Grupo de Investigación en Disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM)

tornos del compartimento posterior, como la DD, pueden deberse a trastornos funcionales por enfermedades sistémicas, o bien a otras causas, y en este segundo grupo puede haber alteraciones funcionales o anatómicas (bulto o protrusión). En las alteraciones funcionales no existe una etiología sistémica o un defecto anatómico, sino que se deben a trastornos de la motilidad colónica; en cambio, el prolapso posterior se ha asociado a la DD, especialmente a la defecación obstructiva (DO), aunque existe una considerable superposición con otros trastornos anorrectales<sup>7</sup>.

La DO es una alteración potencialmente relacionada con los defectos anatómicos de soporte de los órganos pélvicos y con la disinergia defecatoria, que el médico debe distinguir y tratar adecuadamente.

La DD se define como un trastorno heterogéneo que abarca cualquier dificultad defecatoria, excepto la incontinencia fecal, mientras que la DO se define como una forma de DD debida a un defecto anatómico (prolapso del compartimento posterior) y que se asocia a síntomas de evacuación anormales: un esfuerzo importante en la defecación, una evacuación/vaciado incompleto, la necesidad de presionar con los dedos el periné o la vagina y la evacuación manual/digitalización (necesidad de poner los dedos en la vagina o el recto para evacuar). En la población asistida en las consultas de uroginecología, los síntomas de DO se pueden detectar en entre el 9 y el 60% de los casos<sup>8</sup>. Los síntomas asociados con mayor frecuencia son:

- La necesidad de presionar con los dedos el periné o la vagina (entre el 18 y el 25%).
- El esfuerzo al defecar (27%).
- La evacuación incompleta (26%)<sup>9-11</sup>.

En la mayoría de publicaciones revisadas, un motivo de interés es saber el punto o el grado a partir del cual el prolapso es sintomático; en el caso del compartimento posterior, se ha propuesto el punto Bp  $\geq 0$  (según la clasificación Pelvic Organ Prolapse Quantification System [POP-Q]) o grado II (clasificación de Baden-Walker), a partir del cual existe una asociación significativa entre el prolapso del compartimento posterior y la sintomatología de la DO<sup>7</sup>.

Se requieren estudios multicéntricos prospectivos de buena calidad que ofrezcan datos procedentes de nuestro medio para ayudar a los especialistas a decidir la mejor estrategia quirúrgica y obtener una corrección anatómica adecuada del POP que elimine los síntomas derivados de la percepción de bulto y, al mismo tiempo, lograr la mejor función postoperatoria. Por ello, el Grupo de Investigación en Disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM) llevó a cabo un estudio sobre las disfunciones uroginecológicas en las mujeres con prolapso genital quirúrgico: impacto de la cirugía vaginal en la incontinencia de esfuerzo (estudio CIRPOP-IUE).

**Tabla 1. Datos de la población de estudio, recogidos con el cuestionario EPIQ**

	Sí	No
EPIQ-3		
¿Ha estado alguna vez embarazada?	339 (98,26%)	5 (1,45%)
EPIQ-4		
¿Ha tenido algún hijo?	341 (98,84%)	2 (0,58%)
EPIQ-4b		
Parto vaginal	333 (96,52%)	
EPIQ-4b		
Cesárea	7 (2,03%)	
EPIQ-8		
Menopausia	307 (88,99%)	36 (10,43%)
EPIQ-9		
Tratamiento hormonal	32 (9,28%)	308 (89,28%)
EPIQ-9a		
Tratamiento hormonal sustitutivo actual	3 (0,87%)	29 (8,41%)

## Objetivo

Identificar el prolapso más frecuentemente asociado a las pacientes que presentaban defecación obstructiva.

## Material y métodos

Estudio epidemiológico, longitudinal, de cohortes, multicéntrico, de 22 meses de duración. Participaron en él 37 unidades especializadas en suelo pélvico de ámbito nacional que forman parte del GISPEM. La muestra estaba constituida por las pacientes incluidas en el estudio CIRPOP-IUE: 374 mujeres con POP tributario de tratamiento quirúrgico, de las que fueron evaluables 345.

Durante el reclutamiento (de julio de 2013 a marzo de 2014) de las pacientes y como protocolo de estudio, las pacientes autocumplimentaron dos cuestionarios específicos y validados para mujeres con disfunciones del suelo pélvico: el Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ)<sup>12</sup> y el Pelvic Floor Distress Inventory-Short Form 20 (PFDI-20)<sup>13</sup>. Para evaluar el objetivo señalado, seleccionamos los ítems 35, 39 y 40 del EPIQ y los ítems d, e, f y g del PFDI-20. En la visita inicial se realizó una exploración física dirigida a identificar la IUE y a evaluar el POP. La clasificación usada para el POP fue la de Baden-Walker.

Para llevar a cabo el estudio estadístico se empleó el test de la  $\chi^2$  de Pearson para el análisis de variables categóricas y el test exacto de Fisher cuando fue necesario, y se definió

**Tabla 2. Datos de historia obstétrica de la población, recogidos con el cuestionario EPIQ**

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
EPIQ-3a					
¿Cuántas veces ha estado embarazada?	335	0	9	3,09	1,45
EPIQ-3b					
¿Cuántos de estos embarazos resultaron en abortos naturales o provocados o en embarazos extrauterinos?	333	0	3	0,39	0,68
EPIQ-4a					
¿A qué edad tuvo su primer hijo?	335	15 años	47 años	24,89 años	4,20
EPIQ-4c					
¿Cuánto pesó su primer hijo?	319	1.240 g	5.000 g	3.432,95 g	582,54
EPIQ-6a					
¿Cuántos partos vaginales ha tenido?	335	0	9	2,71	1,26
EPIQ-6c					
De los niños que ha dado a luz mediante parto vaginal, ¿cuánto pesó el de mayor peso?	309	2.290 g	5.400 g	3.737,38 g	550,65

un nivel de significación estadística de 0,05 para comprobar la asociación entre el POP y los ítems PFDI-20 y EPIQ relacionados con la disfunción intestinal.

## Resultados

En el estudio se incluyeron 330 mujeres, de las 345 evaluadas, que fueron reclutadas en el CIRPOP-IUE, y de quienes disponíamos de la clasificación del POP de Baden-Walker. La edad media de las pacientes fue de 64,82 años (desviación estándar: 9,87; mínimo de 20 y máximo de 86,44). En las tablas 1 y 2 se ofrecen los datos demográficos de la población estudiada recopilados mediante el cuestionario EPIQ (ítems 3, 3a, 3b, 4, 4a, 4b, 4c, 6a, 6c, 8, 9 y 9a) en relación con la historia ginecoobstétrica de las pacientes.

En la tabla 3 y la figura 1 se recoge la frecuencia del POP de nuestra muestra poblacional, la distribución del prolapso según los compartimentos y el grado del mismo. Cabe destacar que el POP más frecuente en nuestra muestra es el del compartimento anterior, con 318 pacientes, siendo el cistocele de grado III el más numeroso, con 183 mujeres. Le sigue el POP del compartimento central, siendo también el histerocele de grado III el más habitual, con 126 pacientes. En cuanto al compartimento posterior, el más numeroso es el rectocele de grado I.

En cuanto a los resultados obtenidos con los ítems antes señalados del PFDI-20 y el EPIQ para valorar la posible presencia de POP y la afectación que suponía para las pacientes la sintomatología que presentaban (tabla 4), observamos que en el ítem PFDI-20d («¿Tiene un bulto o algo que le esté saliendo que puede ver o sentir en el área de la

vagina?») 329 pacientes contestaron que sí (95,36%), frente a 12 (3,48%) que respondieron que no. De las pacientes que contestaron afirmativamente, a 288 (87,54%) les molestaba de una forma moderada o importante.

En relación con el ítem PFDI-20e («¿Tiene que empujar las paredes de la vagina o alrededor del recto para poder defecar o terminar de defecar?»), respondieron que sí 81 (23,58%) pacientes, frente a 259 (75,07%) que dijeron que no. De las que contestaron que sí, 51 (62,96%) referían un grado de molestia moderado o importante.

En el ítem PFDI-20f («¿Siente que tiene que empujar mucho para defecar?»), 99 (28,7%) pacientes contestaron que sí, y 241 (69,86%) que no. La molestia fue moderada o importante en 62 (62,63%) pacientes.

Del ítem PFDI-20g («¿Siente que su intestino no se ha vaciado completamente cuando ha acabado de defecar?»), contestaron que sí 97 (28,12%) pacientes y que no 244 (70,72%). De las que presentaban este síntoma, en 56 (57,73%) la molestia era moderada o importante.

En el ítem EPIQ-35 («¿Tiene la sensación de que tiene un bulto en la vagina o de que hay algo que sale de ella?»), 334 (98,24%) pacientes contestaron que sí y 6 (1,74%) que no. En la respuesta al ítem 35a (escala analógica visual del 1 al 10), se asumió que la molestia era importante a partir del número 5, incluido éste. En el ítem EPIQ-39 («¿Alguna vez ha tenido dificultad para ir a defecar [ir de vientre]?»), 120 pacientes (34,78%) contestaron que sí y 224 (64,93%) que no. Y en el ítem EPIQ-39a, la molestia fue moderada o importante para 93 (77,5%) pacientes.

¿Cuál es el prolapso más frecuentemente asociado a las pacientes que presentan defecación obstructiva?

M. Castillo, M. Espuña Pons, M. Fillol Crespo, M.ªA. Pascual Amorós;

Grupo de Investigación en Disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM)

**Tabla 3. Frecuencia y tipo de prolapso de las pacientes incluidas en el estudio**

Clasificación del prolapso de Baden-Walker		
	n	%
<b>Anterior</b>		
Sin prolapso	10	2,9
Grado I	16	4,64
Grado II	73	21,16
Grado III	183	53,04
Grado IV	60	17,39
	3	0,87
Total	345	100
<b>Central</b>		
Sin prolapso	22	6,38
Grado I	39	11,3
Grado II	106	30,72
Grado III	126	36,52
Grado IV	47	13,62
	5	1,45
Total	345	100
<b>Posterior</b>		
Sin prolapso	114	33,04
Grado I	125	36,23
Grado II	55	15,94
Grado III	27	7,83
Grado IV	13	3,77
	11	3,19
Total	345	100

En el ítem EPIQ-40 («¿Alguna vez ha tenido que apretar con los dedos la vagina o la zona de alrededor del ano para defecar?»), contestaron que sí 86 (24,93%) pacientes y que no 258 (74,78%); en cuanto a la molestia que esto les producía (ítem EPIQ-40a), a 67 pacientes (77,91%) les molestaba de forma moderada o importante.

Al realizar el análisis estadístico para valorar la relación de los ítems señalados con el compartimento del prolapso (tabla 5), sólo se encontró una asociación estadísticamente significativa con el ítem PFDI-20e y el prolapso del compartimento posterior, con un valor de  $p \leq 0,046$  en el test exacto de Fisher. Cuando se efectuó la valoración de los mismos ítems de los test autoadministrados teniendo en cuenta el grado de prolapso, además del

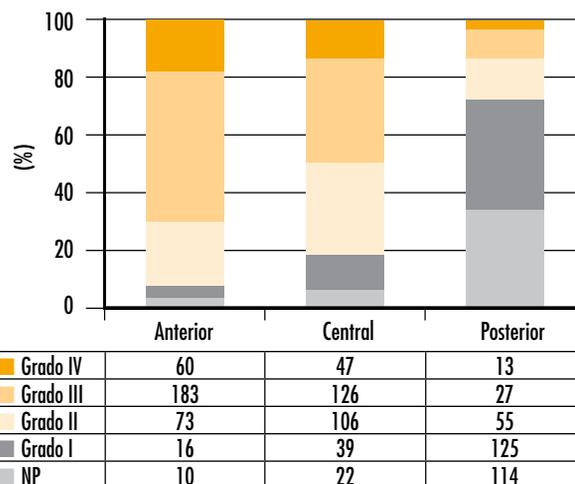


Figura 1. Frecuencia del prolapso de órganos pélvicos en los diferentes compartimentos según su grado

compartimento, no se halló ninguna asociación significativa.

## Discusión

El análisis de los datos descriptivos revela que en nuestra población el prolapso más habitual es el del compartimento anterior, y el menos frecuente el del compartimento posterior, unos datos que concuerdan con los publicados en otros estudios<sup>14</sup>.

Nuestros resultados coinciden con los de la bibliografía al sostener que la sintomatología de la DO se asocia al prolapso del compartimento posterior; sin embargo, hemos de subrayar que sólo existe una asociación estadísticamente significativa con el ítem PFDI-20e ( $p < 0,05$ ). Podríamos haber encontrado más asociaciones significativas si nuestra muestra hubiera sido de mayor tamaño, y si el número de pacientes con prolapso del compartimento posterior hubiera tenido una incidencia más alta.

La mayoría de los estudios revisados señalan que el punto de corte en que el prolapso del compartimento posterior sería sintomático es el  $B_p \geq 0$ , o grado II, pero en nuestra muestra el prolapso del compartimento posterior más común fue el grado I. Esto también podría explicar que nosotros no hayamos observado más asociaciones. Y si en el análisis en el que buscábamos la relación de los diferentes ítems estudiados con el tipo y grado de prolapso hubiéramos categorizado a las pacientes en dos grupos (p. ej., un primer grupo que incluyera los grados 0 y I y un segundo grupo que incluyera los grados III y IV), los resultados podrían haber sido diferentes.

**Tabla 4. Respuestas obtenidas en los ítems del PFDI-20 y el EPIQ utilizados para realizar el estudio**

	No	Sí	Molestia moderada/importante
PFDI-20d ¿Tiene un bulto o algo que le esté saliendo que puede ver o sentir en el área de la vagina?	12 (3,48%)	329 (95,36%)	288 (87,54%)
PFDI-20e ¿Tiene que empujar las paredes de la vagina o alrededor del recto para poder defecar o terminar de defecar?	259 (75,07%)	81 (23,58%)	51 (62,96%)
PFDI-20f ¿Siente que tiene que empujar mucho para defecar?	241 (69,86%)	99 (28,7%)	62 (62,63%)
PFDI-20g ¿Siente que su intestino no se ha vaciado completamente cuando ha acabado de defecar?	244 (70,72%)	97 (28,12%)	56 (57,73%)
EPIQ-35 ¿Tiene la sensación de que tiene un bulto en la vagina o de que hay algo que sale de ella?	6 (1,74%)	334 (98,24%)	
EPIQ-35a ¿En qué medida le molesta esta sensación?			293 (87,21%)
EPIQ-39 ¿Alguna vez ha tenido dificultad para ir a defecar (ir de vientre)?	224 (64,93%)	120 (34,78%)	
EPIQ-39a ¿En qué medida le molesta esta sensación?			93 (77,5%)
EPIQ-40 ¿Alguna vez ha tenido que apretar con los dedos la vagina o la zona de alrededor del ano para defecar?	258 (74,78%)	86 (24,93%)	
EPIQ-40a ¿En qué medida le molesta esta sensación?			67 (77,91%)

Tal vez si hubiésemos empleado la clasificación POP-Q, en vez de la de Baden-Walker, los resultados habrían sido distintos, ya que según nuestras sociedades científicas dicha clasificación es la que mejor refleja la estandarización del POP.

### Conclusiones

Los dos test utilizados en nuestro estudio, el EPIQ y el PFDI-20, son muy útiles para la detección de la DD, así como para valorar la calidad de vida de estas pacientes en relación con este trastorno, a pesar de que tan sólo detectamos una asociación significativa con el ítem PFDI-20e.

Cabe señalar que el porcentaje de mujeres con DO para quienes el trastorno implica una molestia y, por tanto, una afectación de su calidad de vida, es siempre superior al 60%, y en algunos de los ítems llega hasta el 93%. Así pues, aunque estas disfunciones del suelo pélvico no repre-

sentan un peligro para la vida de las pacientes, sí suponen un factor de estrés que altera de forma notoria la vida diaria, limitando muchos aspectos que conforman su calidad de vida.

Deberíamos utilizar la clasificación POP-Q en la valoración de nuestras pacientes, ya que es la aceptada por nuestras sociedades científicas para evaluar el prolapso genital, así como por las implicaciones que puede tener para futuras investigaciones y las publicaciones derivadas de éstas. Otro motivo para adoptar esta clasificación es la responsabilidad que tenemos en la formación de futuros especialistas.

Creemos que se necesitan más estudios prospectivos para aclarar la relación entre los cambios en la anatomía del compartimento posterior y la función defecatoria, dado que la revisión de la bibliografía disponible revela que hay cuestiones que siguen sin esclarecerse, entre ellas las siguientes:

¿Cuál es el prolapso más frecuentemente asociado a las pacientes que presentan defecación obstructiva?

M. Castillo, M. Espuña Pons, M. Fillol Crespo, M.ªA. Pascual Amorós;  
Grupo de Investigación en Disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM)

**Tabla 5. Análisis para correlacionar los ítems con el POP, según el compartimento anatómico**

	Presencia de prolapso anterior			Presencia de prolapso central			Presencia de prolapso posterior		
	Sí 316 (92,4%)	No 26 (7,6%)	p de Fisher	Sí 276 (82,06%)	No 61 (17,94%)	p de Fisher	Sí 95 (27,54%)	No 239 (69,28%)	p de Fisher
PFDI-20d	264 (88,59%)	34 (11,41%)	0,51	235 (89,69%)	27 (10,31%)	0,169	82 (92,13%)	7 (7,87%)	0,165
PFDI-20e	48 (62,34%)	29 (37,66%)	0,686	39 (60%)	26 (40%)	0,315	20 (76,92%)	6 (23,08%)	0,046
PFDI-20f	58 (63,34%)	33 (35,87%)	0,679	49 (60,49%)	32 (39,50%)	0,261	20 (62,11%)	11 (30,56%)	0,458
PFDI-20g	53 (59,55%)	36 (40,45%)	0,679	47 (59,49%)	32 (40,51%)	0,546	23 (71,88%)	9 (28,13%)	0,077

- La sintomatología derivada del POP posterior (en este caso la DO) no es proporcional al grado de prolapso.
- No se ha establecido si la reparación quirúrgica, en el caso del compartimento posterior, contribuye a solucionar la sintomatología de la DD. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of females subjects in for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183(2): 277-285.
2. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(6): 1.160-1.166.
3. Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, Weber AM. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(5 Pt 1): 982-988.
4. Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG.* 2005; 112(7): 971-976.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bo 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): 10-17.
6. Romanzi LJ, Chaikin DC, Blaiwas JG. The effect of genital prolapse on voiding. *J Urol.* 1999; 161(2): 581-586.
7. Grimes CL, Lukacz ES. Posterior vaginal compartment prolapse and defecatory dysfunction: are they related? *Int Urogynecol J.* 2012; 23(5): 537-551.
8. Varma MG, Hart SL, Brown JS, Creasman JM, Van den Eeden SK, Thom DH. Obstructive defecation in middle-aged women. *Dig Dis Sci.* 2008; 53(10): 2.702-2.709.
9. Whitcomb EL, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Luber KM. Prevalence of defecatory dysfunction in women with and without pelvic floor disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2009; 15(4): 179-187.
10. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stemhagen A, Chee E, et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. *Am J Gastroenterol.* 1999; 94(12): 3.530-3.540.
11. Bradley CS, Brown MB, Cundiff GW, Goode PS, Kenton KS, Nygaard IE, et al. Bowel symptoms in women planning surgery for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195(6): 1.814-1.819.
12. Espuña M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Prieto M. Validación de la versión en español del cuestionario Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ. *Act Urol Esp.* 2009; 33(6): 646-653.
13. Barber MHS, Walters RC, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires from women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(1): 103-113.
14. Neuman M, Lavy Y. Conservation of the prolapse uterus is a valid option: medium term results of a prospective comparative study with the posterior intravaginal slingoplasty operation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18(8): 889-893.