

El SCENIHR examinó diversas opciones para el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico, para lo que estudió la bibliografía científica disponible y las directrices de sociedades científicas y autoridades sanitarias, además de los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos y los diferentes tipos de mallas. El dictamen resultante se centra en los riesgos para la salud de las mallas utilizadas en cirugía uroginecológica, la identificación de los grupos de pacientes de alto riesgo y las necesidades de evaluación.

El SCENIHR concluyó que el resultado clínico tras la implantación de malla depende de distintos factores: las propiedades de los materiales, el diseño del producto, el tamaño total de la malla, la vía de implantación, las características de las pacientes, los procedimientos asociados (por ejemplo, la histerectomía) y la experiencia del cirujano, todo lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de elegir una terapia adecuada.

El SCENIHR afirma que la utilización de mallas sintéticas por vía vaginal para la reparación del POP puede tener mayores riesgos y que solo debería utilizarse cuando hayan fracasado otros procedimientos quirúrgicos o se tengan razones para pensar que no darían buenos resultados.

La evaluación de los riesgos notificados indica que las mallas de polipropileno de tipo 1 son las mallas sintéticas más adecuadas para uso vaginal y las de polipropileno de tipo 1 y poliéster de tipo 3 para su inserción por vía abdominal.

Es muy importante seleccionar y asesorar adecuadamente a las pacientes para conseguir un resultado óptimo en todos los procedimientos quirúrgicos, especialmente los de esta naturaleza.

El SCENIHR recomienda limitar la cantidad de mallas en todos los procedimientos en la medida de lo posible y establecer un sistema de certificación para los cirujanos, basado en las directrices internacionales existentes y creado en cooperación con las asociaciones quirúrgicas europeas.

En el dictamen definitivo, publicado en diciembre de 2015 tras una consulta pública sobre el dictamen preliminar, se encuentran la evaluación completa y otros detalles sobre el uso de mallas quirúrgicas en cirugía uroginecológica ³¹.

3.2. EAU (ASOCIACIÓN EUROPEA DE UROLOGÍA) - EUROPEAN UROGINAECOLOGICAL ASSOCIATION (EUGA)

La EAU recomienda que la malla sintética para POP se debe usar solo en casos complejos con POP recurrente en el mismo compartimento y restringida a aquellos cirujanos con la capacitación adecuada que trabajan en centros de referencia multidisciplinarios ³².

Recomendaciones para paciente: Los pacientes deben conocer las terapias alternativas y los posibles riesgos y complicaciones de este tipo de tratamiento. La malla sintética para tratar el POP se debe usar solo en casos complejos con POP recurrente en centros de referencia.

La EAU publica las siguientes recomendaciones para el uso de mallas en el tratamiento del POP: a) entrenamiento adecuado y certificación, b) comunicación de número de casos por año y sus complicaciones, c) existencia de centros especializados para tratamiento de las complicaciones, d) información completa y adecuada a la paciente y e) creación/modificación de consentimiento informado específico.

3.3. 6TH INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE (ICI) (2017):

La ICI en su último tratado afirma que las mallas transvaginales para el POP deben limitarse para los casos complejos de POP recurrente en el mismo compartimento tratado y restringir su aplicación a cirujanos expertos en equipos multidisciplinarios de centros de referencia.

Las pacientes deben ser informadas de las expectativas (resultados esperables) tras la cirugía y de los potenciales eventos adversos de las mallas en comparación con otras alternativas quirúrgicas y deben participar activamente en la toma de decisión ³³.

3.4. ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RANZCOG)

En Australia se ha prohibido el uso de mallas para el tratamiento del POP (puede consultarse la información en la web: https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/MeshImplants/Submissions).

El colegio australiano de obstetras y ginecólogos desaconsejan el uso de mallas transvaginales en la cirugía de primera intención para la corrección del POP (de cualquier compartimento); además, enfatiza que debe de discutirse con las pacientes exhaustivamente otras opciones de tratamiento e incluso derivar a las pacientes para una segunda opinión (disponible en: <https://www.ranzcog.edu.au/mesh-resources>)³⁴.

3.5. ASOCIACIÓN CANADIENSE DE UROLOGÍA

En su documento de consenso esta asociación establece que no existe suficiente evidencia disponible para recomendar el uso de mallas transvaginales para la corrección del POP de forma rutinaria, esta recomendación no es aplicable al uso de las mallas abdominales utilizadas en la reparación del POP por vía abdominal, recomienda el uso de mallas transvaginales solo para aquellos casos de recidiva del POP y cuando la colposacropexia esté contraindicada. El uso de mallas vaginales conlleva un riesgo dos veces mayor de cirugía para corrección de complicaciones derivadas de las mismas y en ocasiones puede no aliviar los síntomas asociados al POP. Esta sociedad recomienda que el aviso de salud de Canadá de 2014 debe ser divulgado a los pacientes (disponible en: Surgical mesh – (Complications associated with transvaginal implantation for the treatment of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse - notice to hospitals - recalls & alerts 2014. Healthy Canadians website. [Accessed March 5, 2015]. [www.healthycanadians.gc.ca. http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2014/39475a-eng.php](http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2014/39475a-eng.php). Published May 13, 2014).

Los cirujanos que realizan estos procedimientos deben estar adecuadamente capacitados en la cirugía de POP. Deben ser capaces de reconocer, diagnosticar y tratar las posibles complicaciones relacionadas con el procedimiento³⁵.

Cuando se proponga un procedimiento de reparación del POP con mallas transvaginales la paciente debe estar correctamente informada tanto de otras opciones de tratamiento, como de las posibles complicaciones derivadas³⁵.

3.6. GOBIERNO IRLANDÉS. THE USE OF URO-GYNAECOLOGICAL MESH IN SURGICAL PROCEDURES

El gobierno irlandés publica que existe una sólida evidencia que respalda el uso de malla colocada por vía intraabdominal en el manejo de la POP y que una gran mayoría de pacientes se benefician enormemente de estos procedimientos, con una reducción de las complicaciones a largo plazo y mejores resultados funcionales en comparación con los procedimientos sin malla.

Por otro lado también se afirma en su documento que la colocación transvaginal de malla para el tratamiento de POP ya no se considera un tratamiento de primera línea apropiado. Su uso está restringido por la orientación clínica en algunas jurisdicciones. Las restricciones reglamentarias sobre su uso están vigentes en Australia y Nueva Zelanda

36.

3.7. COMITE INDEPENDIENTE ESCOCES (Scottish Independent Review of the use, safety and efficacy of transvaginal mesh implants in the treatment of stress urinary incontinence and Pelvic organ prolapse in women).

El documento publicado por el gobierno escocés afirma que el tratamiento de la patología relacionada con el POP debe realizarse en centros que dispongan de equipos multidisciplinares. El uso de mallas transvaginales no ha demostrado un beneficio superior a la cirugía con tejidos nativos y si una mayor tasa de complicaciones. El paciente debe tener toda la información disponible con respecto a los distintos tratamientos y la decisión del mismo debe ser compartida. Así mismo se afirma que crearse un registro de complicaciones y efectos adversos relacionados con el uso de implantes¹⁸.

3.8. NICE GUIDELINE: URINARY INCONTINENCE AND PELVIC ORGAN PROLAPSE IN WOMEN: MANAGEMENT. UK. Abril 2019.

La guía NICE en su última publicación al respecto del tratamiento quirúrgico del POP, realizada en abril de 2019 realiza las siguientes recomendaciones:

Compartimento Apical: se reconocen como procedimiento eficaces y seguros la fijación del útero mediante malla al sacro para la histeropexia (abdominal o laparoscópica) y la colposacropexia en el caso de POP de

cúpula vaginal, pudiendo realizarse mediante laparotomía o laparoscopia, con colocación de malla.

Compartimento Anterior: El comité señala que la evidencia apoya la efectividad de la colocación de malla para el prolapso anterior, en circunstancias de POP recurrente, con soporte apical adecuado o abordaje abdominal contraindicado.

Compartimento Posterior: el comité afirma que no existe evidencia de que la cirugía con malla sea mejor que la cirugía sin malla para el prolapso posterior, y la cirugía de malla se asocia con un mayor riesgo de complicaciones. Por lo tanto, el comité acordó que la reparación vaginal sin malla debería ofrecerse a las mujeres con prolapso posterior en todos los casos ³⁶.

Con respecto a la International Urogynaecological Association (IUGA) y la Asociación Americana de Urología (AUA). American Urogynecologic Society (AUGS) and The Society For Urodynamics, Female Pelvic Medicine And Urogenital Reconstruction (SUFU) especificar que estas sociedades solamente se han pronunciado acerca de aspectos relacionados con el uso de mallas en la Incontinencia Urinaria (puede consultarse su posicionamiento en el Documento realizado sobre mallas en la IU en www.sinug.org).

3.9. AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS). JULIO DE 2019

En su documento publicado el 9 de Julio de 2019 en su página web, (https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/productosSanitarios/seguridad/2019/NI-PS_15-2019-Mallas-TransvaginalesPOP.htm) la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios establece que los profesionales implicados en el tratamiento del POP deben informar detalladamente a las pacientes sobre las posibles opciones de tratamiento así como de los riesgos y beneficios de cada una de ellas estableciendo dicho balance riesgo/beneficio de forma individualizada para cada paciente haciendo partícipe a la misma de la toma de decisiones.

Según la AEMPS, en caso de optar por la implantación de una malla quirúrgica ésta sólo debe usarse en casos complejos o fracasos de cirugías previas informando a la paciente de forma exhaustiva de las complicaciones

específicas del tipo de malla indicado en relación con la posibilidad de extrusión, erosión, dolor pélvico, dispareunia y posibilidad de necesidad de reintervención por efectos adversos.

La AEMPS recomienda el uso exclusivo de mallas con marca CE diseñadas específicamente para el uso transvaginal, el establecimiento de un protocolo reglado de seguimiento y la notificación a la agencia de las complicaciones derivadas del uso de mallas

4.- CONCLUSIONES:

POSICIÓN DE LA SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE NEUROUROLOGÍA Y UROGINECOLOGÍA (SINUG) EN RELACIÓN CON EL USO DE MALLAS SINTÉTICAS PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL POP POR VÍA TRANSVAGINAL

En relación con el uso de mallas para el tratamiento quirúrgico del POP, la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y UroGinecología plantea su visión en el presente comunicado, resumen del documento de análisis del estado de situación elaborado por la Sociedad. Si desea ampliar la información sobre el tema puede consultar el mencionado documento en www.sinug.org :

- El tratamiento del prolapso de órganos pélvicos debe realizarse en centros en los que se pueda ofrecer un abordaje multidisciplinar con diferentes opciones de tratamiento. La decisión del tratamiento debe ser compartida con la paciente, ofreciendo a la misma las diferentes opciones disponibles con una información veraz y contrastada.
- El uso de las mallas transvaginales para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos debe ser limitado, no debe ofrecerse este tratamiento de forma rutinaria. La indicación debe ser individualizada en relación al tipo de prolapso, factores de riesgo y condiciones predisponentes de cada paciente de forma específica.
- No se recomienda el uso de malla en el tratamiento del prolapso posterior en ningún caso.

- El uso de las mallas transvaginales para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos debe ser realizado únicamente por especialistas con una adecuada formación en el implante de las mismas. Las complicaciones de la cirugía con mallas para el prolapso genital están en relación con una escasa formación de los cirujanos y con unas indicaciones de tratamiento quirúrgico no adecuadas, entre otros factores.
- El consentimiento informado debe ser claro y preciso, debe contener toda la información relacionada con la técnica y mallas específicas, posibles complicaciones, y debe hacer mención a los diferentes tratamientos disponibles.
- Se recomienda establecer un sistema de certificación para los cirujanos basado en los conocimientos en Uroginecología, en las habilidades para la técnica quirúrgica (curva de aprendizaje superada y número de cirugías al año) y con la capacidad para resolver las complicaciones derivadas de esta cirugía..
- Se recomienda un seguimiento a largo plazo de las pacientes con mallas vaginales implantadas para el tratamiento de POP con la finalidad de valorar las posibles complicaciones, determinar si las mismas son transitorias o permanentes y dar una solución adecuada. Las complicaciones derivadas de las mallas colocadas deberán resolverse en centros con la suficiente experiencia para la resolución de las mismas.
- Se recomienda un registro de complicaciones y efectos adversos relacionados con la cirugía del prolapso y materiales sintéticos de forma específica.
- La creación de un registro nacional de mallas sería una herramienta útil, pero de difícil elaboración y cumplimentación.

Conclusión final:

El prolapso de órganos pélvicos es una patología de alta prevalencia y que provoca un importante deterioro en la calidad de vida. La corrección del mismo con cirugía clásica con tejido nativo debe seguir ocupando, de forma general, la primera línea en el tratamiento quirúrgico del prolapso. El uso de materiales sintéticos para la corrección quirúrgica transvaginal del prolapso

genital debe ser limitado, la decisión debe ser consensuada con la paciente y el implante debe realizarse en centros con experiencia acreditada para el uso de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haylen B, de Ridder D, Freeman RM et al. An international urogynecological association (IUGA) / international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodynam* 2010; 29: 4-20. (*Int Urogynecol J.* 2010;21:5-26)
2. 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. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.
3. Lucot JP, Fritel X, Debodinance P, Bader G, Cosson M, Giraudet G, Collinet P, Rubod C, Fernandez H, Fournet S, Lesavre M, Deffieux X, Faivre E, Trichot C, Demoulin G, Jacquetin B, Savary D, Botchorichvili R, Campagne Loiseau S, Salet-Lizee D, Villet R, Gadonneix P, Delporte P, Ferry P, Aucouturier JS, Thirouard Y, de Tayrac R, Fatton B, Wagner L, Nadeau C, Wattiez A, Garbin O, Youssef Azer Akladios C, Thoma V, Baulon Thaveau E, Saussine C, Hermieu JF, Delmas V, Blanc S, Tardif D, Fauconnier A; GROG (groupe de recherche en gynécologie et obstétrique). PROSPERE randomized controlled trial: laparoscopic sacropexy versus vaginal mesh for cystocele POP repair. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013 Jun;42(4):334-41. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.03.012. Epub 2013 Apr 22.
4. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:10-17.
5. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, et al. Erratum to: An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *IntUrogynecolJ.* 2016;27:655-684.

6. Hwa Choi K, Yuo Hong J. Management of Pelvic Organ Prolapse. *Korean J Urol*. 2014; 55: 693-702.
7. Welk, B., Carlson, K., Baverstock, R. et al. Canadian Urological Association position statement on the use of transvaginal mesh. *Can Urol Assoc J*. 2017 Jun; 11(6Suppl2): S105-S107. doi: [10.5489/cuaj.4579](https://doi.org/10.5489/cuaj.4579)
8. Maher C., Feiner, B, Baessler, K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women (Review). The Cochrane Library. 2013.
9. Abrams P et al Members of the Committees. Recommendation of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. In: Incontinence. Paul Abrams, Linda Cardozo, Adrian Wagg, Alan Wein, editors. International Consultation on INcontinence. 6th edition, Tokyo. September. 2016. ISBN: 978-0-9569607-3-3. 2017; 2549-2605.
10. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int urogynecol J*. 2018; 29: 13-21.
11. Amid Pk, Shulman Ag, Lichtenstein Il, Hakakha M.: Biomaterials for abdominal wall hernia surgery and principles of their applications. *Langenbecks Arch Chir* 1994; 379 (3): 168-171.
12. Kenton K, Stoddard AM, Zyczynski H, Albo M, Rickey L, Norton P, Wai C, Kraus SR, Sirls LT, Kusek JW, Litman HJ, Chang RP, Richter HE. 5-year longitudinal follow up after retropubic and transobturator mid urethral slings. *J Urol*. 2015. Jan; 193(1): 203-10. doi: [10.1016/j.juro.2014.08.089](https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.08.089). Epub 2014 Aug 23.
13. Keltie K, Elneil S, Monga A, Patrick H, Powell J, Campbell B, Sims AJ. Complications following vaginal mesh procedures for stress urinary incontinence: an 8 year study of 92,246 women. *Sci Rep*. 2017 Sep 20; 7(1): 12015. doi: [10.1038/s41598-017-11821-w](https://doi.org/10.1038/s41598-017-11821-w).
14. Costantini E, Brubaker L, Cervigni M, Matthews CA, O'Really BA, Rizk D, Giannitsas K, Maher CF. Sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: evidence-based review and recommendations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 205: 60-5.
15. Thomas T, Siff L, Jelovsek E, Barber M. Surgical Pain After Transobturator and Retropubic Midurethral Sling Placement. *Obstet Gynecol*. 2017; 130(1): 118.

16. Pesce F. Current management of stress urinary incontinence. *BJU Int* 2004; 94 (Suppl 1): 8-13.
17. Serati M, Braga A, Athanasiou S, Tommaselli GA, Caccia G, Torella M, Ghezzi F, Salvatore S. Tension-free Vaginal Tape-Obturator for Treatment of Pure Urodynamic Stress Urinary Incontinence: Efficacy and Adverse Effects at 10-year Follow-up. *Eur Urol.* 2017 Apr;71(4):674-679. doi: 10.1016/j.eururo.2016.08.054. Epub 2016 Sep 3.
18. Scottish Independent Review of the use, safety and efficacy of transvaginal mesh implants in the treatment of stress urinary incontinence and Pelvic organ prolapse in women). <http://www.gov.scot/About/Review/Transvaginal-Mesh-Implants>.
<http://www.gov.scot/Publications/2015/10/8485/downloads>
19. Paz Valiñas L, Macía Cortiñas M, López-García M. Mallas transvaginales en la reparación del prolapso de órganos pélvicos. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2014. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
20. Haylen BT., Freeman R.M., Swift S.E., Cosson M., Davila G, Deprest J., et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Terminology and Classification of Complications Related Directly to the Insertion of Prosthesis (Meshes, Implants, Tapes) or Grafts in Female Pelvic Floor Surgery *Neurourol Urodyn*, 30 (2011), pp. 2-12 Epub 12/22/2010.
21. Dwyer P.L., Riss P. The mesh debate. *Int Urogyn J*, 23 (2012), pp. 1-2.
22. Khanuengkitkong S, Lo T-S, Dass A. Delayed vaginal and urethral mesh exposure: 10 years after TVT surgery. *Int Urogynecol J.* 2012. Epub 06/27/12.
23. Mucowski S., Jurnalov C., Phelps J. Use of vaginal mesh in the face of recent FDA warnings and litigation. *Am J Obstet Gynecol*, 203 (2010), p. 103 e1-4.
24. Tijdink, M, Vierhout ME, Heesakkers JP, Withagen MI. Surgical management of mesh-related complications after prior pelvic floor

reconstructive surgery with mesh. *Int Urogynecol J*. 2011; 22: 1395-1404.

25. FDA public health notification: serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh in repair of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence 2008. (<http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/PublicHealthNotifications/ucm061976.htm>.)

26. Slack I. M, Ostergard D, Cervigni M, Deprest J. A standardized description of graft-containing meshes and recommended steps before the introduction of medical devices for prolapse surgery. Consensus of the 2nd IUGA Grafts Roundtable: Optimizing Safety and Appropriateness of Graft Use in Transvaginal Pelvic Reconstructive Surgery. *Int Urogynecol J*. 2010. Epub 3/07/2012.,

27. Jacquetin B., Cosson M. Complications of vaginal mesh: our experience *Int Urogynecol J*, 20 (2009), pp. 893-896.

28. Surgical mesh for stress urinary incontinence to be halted immediately in England. *BMJ* 2018; 362 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k3035>. Use mesh implants for stress urinary incontinence only as last resort, says NICE).

29. Morling JR, McAllister DA, Agur W, et al. Adverse events after first, single, mesh and non-mesh surgical procedures for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Scotland, 1997©2016: A population-based cohort study. *Lancet*. 2017;389:629-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32572-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32572-7).

30. Glazener CM, Breeman S, Elders A, Hemming C, Cooper KG, Freeman RM, Smith AR, Reid F, Hagen S, Montgomery I, Kilonzo M, Boyers D, McDonald A, McPherson G, MacLennan G, Norrie J; PROSPECT study group). Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials (PROSPECT). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013 Jun;42(4):334-41. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.03.012. Epub 2013 Apr 22.

31. SCENIHR. Final opinion on the safety of surgical meshes used in urogynecological surgery; 2015. <http://ec.europa.eu/health/>

scientific_committees/emerging/docs/scenih_r_o_049.pdf.

http://ec.europa.eu/dgs/health_foodsafety/dyna/enews/enews.cfm?al_id=1656

32. Chappel, C., Cruz, F., Diffieux, X. et al. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the Use of Implanted Materials for Treating Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. *European Urology* 72 (2017) 424–431. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2017.03.048>)

33. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. INCONTINENCE. 6th Ed 2017. ICS. ISBN 978-0-9569607-3-3 p.p 1741. [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Polypropylene-vaginal-mesh-implants-for-vaginal-prolapse-\(C-Gyn-20\)-Review-November-2016.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Polypropylene-vaginal-mesh-implants-for-vaginal-prolapse-(C-Gyn-20)-Review-November-2016.pdf?ext=.pdf)

34. The use of uro-gynaecological mesh in surgical procedures. Report to the Minister for Health Mr. Simon Harris T.D. hyperlink <https://health.gov.ie/>

35. Welk, B., Carlson, K., Baverstock, R. et al. Canadian Urological Association position statement on the use of transvaginal mesh. *Can Urol Assoc J.* 2017 Jun; 11(6)Suppl2: S105–S107.doi: [10.5489/cuaj.4579](https://doi.org/10.5489/cuaj.4579)

36. Nice Guideline: Urinary Incontinence And Pelvic Organ Prolapse In Women: Management