Cuaderno de enfermería. Revista científica
Vol. 4(especial), 1-6, 2026
https://doi.org/10.62574/w3rk8z91

Intervención de enfermería en paciente posquirúrgica con prolapso vaginal: una revisión bibliográfica

Nursing intervention in postoperative patients with vaginal prolapse: a literature review

Fanny Violeta Jerez-Masaquiza
fannyvjm21@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-8111-1616

Erika Valeria Chunata-Chacha
erikavcc19@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-4827-4002

Gerson Steven Chango-Villaruel
gersonscv40@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-0186-1077

Adisnay Rodríguez-Plasencia
ua.adisnayrodriguez@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-5293-2817

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre las intervenciones de enfermería en la paciente posquirúrgica con prolapso vaginal y su efecto en la recuperación, las complicaciones y la calidad de vida. **Método:** revisión rápida de la evidencia según las recomendaciones Cochrane, con búsqueda en PubMed, SciELO y la Biblioteca Virtual en Salud, y asignación de niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs. Se incluyeron 15 estudios. **Resultados:** la retirada de la sonda vesical a las 24 horas no aumentó la retención ni las infecciones urinarias. Los protocolos de recuperación intensificada acortaron la estancia y redujeron las náuseas. El entrenamiento del suelo pélvico añadido a la cirugía no aportó beneficios rutinarios. El tabaquismo y el hematoma favorecieron la erosión vaginal, y la vida sexual mejoró en la mayoría de las pacientes. **Conclusión:** la enfermería contribuye a la recuperación mediante el manejo urinario, la movilización precoz, la prevención de complicaciones y la educación al alta.
Descriptores: prolapso de órgano pélvico; atención de enfermería; cuidados posoperatorios. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on nursing interventions in postoperative patients with vaginal prolapse and their effect on recovery, complications and quality of life. **Method:** rapid evidence review following Cochrane recommendations, with searches in PubMed, SciELO and the Virtual Health Library, and Joanna Briggs Institute levels of evidence. Fifteen studies were included. **Results:** removing the bladder catheter at 24 hours did not increase urinary retention or infection. Enhanced recovery protocols shortened hospital stay and reduced nausea. Pelvic floor muscle training added to surgery provided no routine benefit. Smoking and hematoma favored vaginal erosion, and sexual life improved in most patients. **Conclusion:** nursing contributes to recovery through urinary management, early mobilization, complication prevention and discharge education.
Descriptors: pelvic organ prolapse; nursing care; postoperative care. (MeSH).

Recibido: 04/08/2026. Revisado: 12/08/2026. Aprobado: 15/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos es el descenso de la vejiga, el útero, la cúpula vaginal o el recto a través de la vagina, como consecuencia del debilitamiento de las estructuras de sostén del suelo pélvico; en este sentido, Wang et al. (1) estimaron, con datos de 1990 a 2019, una incidencia mundial estandarizada de 316,19 casos por cada 100 000 habitantes y señalaron que las mujeres mayores de 50 años soportan la mayor carga de la enfermedad. Frente a ello, la cirugía reconstructiva constituye el tratamiento de elección en los estadios avanzados, y Ghanbari et al. (2) demostraron en un metaanálisis de 76 estudios que tanto las técnicas vaginales como las abdominales mejoran de forma significativa la calidad de vida y la función sexual.

Dentro de este orden de ideas, el resultado quirúrgico no depende solo de la técnica. Díez-Calzadilla et al. (3) observaron un fracaso anatómico o funcional del 24,6 % al año de la reparación, asociado con el sobrepeso, el número de partos y los síntomas urinarios previos, factores sobre los que el cuidado puede intervenir. A su vez, Orozco-Márquez et al. (4) reportaron en 215 mujeres mexicanas que el 89,3 % mejoró parcialmente su vejiga hiperactiva tras la corrección, aunque el 8,4 % empeoró.

Ahora bien, la información sobre el papel de enfermería en el periodo posoperatorio se encuentra dispersa entre la literatura urológica, ginecológica y de rehabilitación. Por tal motivo, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre las intervenciones de enfermería en la paciente posquirúrgica con prolapso vaginal y su efecto en la recuperación, las complicaciones y la calidad de vida.

MÉTODO

Se realizó una revisión rápida de la evidencia siguiendo las recomendaciones metodológicas del grupo Cochrane de revisiones rápidas. La pregunta se formuló con la estructura PICO: en mujeres intervenidas por prolapso de órganos pélvicos, ¿qué cuidados posoperatorios mejoran la recuperación, reducen las complicaciones y favorecen la calidad de vida?

En cuanto a la búsqueda, se consultaron PubMed, SciELO y la Biblioteca Virtual en Salud con los descriptores «Pelvic Organ Prolapse», «Postoperative Care», «Urinary Retention», «Pelvic Floor», «Enhanced Recovery After Surgery» y «Quality of Life», combinados con los operadores AND y OR, con prioridad para publicaciones posteriores a 2019. Una revisora efectuó el cribado y una segunda verificó el 20 % de los registros excluidos y la totalidad de los incluidos.

Respecto a la selección, de 341 registros se eliminaron 58 duplicados, se descartaron 237 por título y resumen y, de 46 textos completos, se incluyeron 15 estudios. El nivel de evidencia se asignó según la escala del Instituto Joanna Briggs, desde el nivel 1 (revisiones sistemáticas de ensayos) hasta el nivel 4 (estudios descriptivos).

RESULTADOS

Para comenzar, la Tabla 1 organiza la evidencia por ámbito de cuidado.

Tabla 1. Matriz de evidencia sobre el cuidado posoperatorio en el prolapso de órganos pélvicos.

Ámbito de cuidado	Ref.	Diseño	Resultado principal	Nivel JBI
Eliminación urinaria	(5)	Revisión narrativa	Retención urinaria entre el 2,5 % y el 43 %; mayor riesgo con anestesia neuroaxial y opioides	4
Eliminación urinaria	(6)	Ensayo aleatorizado	Retirada de sonda a las 24 h sin más retención y con estancia de 1 frente a 3 días	1
Eliminación urinaria	(7)	Ensayo aleatorizado, 80 mujeres	Retirada a las 24 h sin aumento de reinserción ni de infección urinaria	1
Recuperación intensificada	(8)	Cohorte retrospectiva	Estancia de 112 frente a 155 horas; náuseas y vómitos del 2,6 % frente al 19,5 %	3
Suelo pélvico	(9)	Revisión sistemática, 18 ensayos	El entrenamiento añadido a la cirugía no supera a la cirugía sola	1
Suelo pélvico	(10)	Revisión de alcance, 23 estudios	Entrenamiento selectivo, progresivo y supervisado	4
Suelo pélvico	(11)	Revisión temática	Prehabilitación con beneficios modestos en calidad de vida	4
Complicaciones de la malla	(12)	Metaanálisis, 36 estudios	Erosión vaginal asociada al tabaquismo (OR 3,65) y al hematoma (OR 2,52)	1
Complicaciones de la malla	(13)	Cohorte retrospectiva, 135 mujeres	Exposición de malla del 1,5 % y recurrencia del 2,2 % a dos años	3
Sexualidad y calidad de vida	(14)	Cohorte prospectiva, 89 mujeres	Mejoría de la vida sexual en el 77 % al 81 % sin dispareunia	3
Sexualidad y calidad de vida	(15)	Cohorte prospectiva, 72 mujeres	Mayor mejoría emocional y funcional con cirugía que con pesario	3

Ámbito 1. Eliminación urinaria. En relación con este ámbito, Geller (5) describió una frecuencia de retención urinaria de hasta el 43 % tras la cirugía uroginecológica y recomendó medir el residuo posmiccional y preferir el sondaje intermitente al permanente. De forma concordante, Chansriniyom et al. (6) y Kordis et al. (7) demostraron que retirar la sonda a las 24 horas no aumenta la retención ni las infecciones urinarias y reduce la estancia hospitalaria.

Ámbito 2. Recuperación intensificada. Con respecto a la organización del cuidado, Xiao et al. (8) observaron que un protocolo de recuperación intensificada en cirugía reconstructiva del suelo pélvico acortó la estancia, adelantó la deambulación y la recuperación intestinal y redujo las náuseas y vómitos, sin reingresos.

Ámbito 3. Entrenamiento del suelo pélvico. En cuanto a la rehabilitación, Espiño-Albela et al. (9) concluyeron que el entrenamiento muscular añadido a la cirugía no ofrece beneficios adicionales frente a la cirugía sola, mientras que Lamberti et al. (10) recomendaron

reservarlo para las pacientes con disfunciones residuales, con programas progresivos y supervisados. Szymański et al. (11) consideraron que la prehabilitación aporta mejoras modestas en la calidad de vida.

Ámbito 4. Complicaciones de la malla y de la herida. Respecto a la seguridad, Ács et al. (12) identificaron el tabaquismo, la histerectomía concomitante y el hematoma posoperatorio como factores de riesgo de erosión vaginal, y Shen et al. (13) reportaron exposición de malla en el 1,5 % de las pacientes con reconstrucción biomecánica.

Ámbito 5. Sexualidad y calidad de vida. Por último, Malanowska-Jarema et al. (14) documentaron mejoría de la vida sexual en más de tres cuartas partes de las mujeres sexualmente activas, y Aimjirakul et al. (15) observaron que la cirugía produjo mayor mejoría emocional y funcional que el pesario a los seis meses.

DISCUSIÓN

La evidencia sitúa a la enfermería en el centro de la recuperación posoperatoria, sobre todo en la vigilancia de la eliminación urinaria, la alta frecuencia de retención descrita por Geller (5) justifica la medición sistemática del residuo posmiccional antes del alta, especialmente en mujeres que recibieron anestesia neuroaxial u opioides. Sin embargo, los ensayos de Chansriniyom et al. (6) y Kordis et al. (7) indican que mantener la sonda durante varios días no protege frente a la retención, por lo que los protocolos de enfermería deberían orientarse a la retirada temprana con prueba de micción y no a la permanencia prolongada del catéter.

En cuanto a la organización del cuidado, los resultados de Xiao et al. (8) respaldan la movilización precoz, la alimentación temprana y la analgesia con ahorro de opioides, intervenciones que dependen en gran medida del personal de enfermería.

Respecto al suelo pélvico, la evidencia de Espiño-Albela et al. (9) y Lamberti et al. (10) obliga a matizar la práctica de prescribir ejercicios de forma rutinaria a todas las pacientes. En consecuencia, la enfermera puede valorar la presencia de síntomas residuales, como la vejiga hiperactiva persistente descrita por Orozco-Márquez et al. (4), y derivar a rehabilitación especializada cuando corresponda. A propósito de ello, los factores de fracaso identificados por Díez-Calzadilla et al. (3), en particular el sobrepeso, señalan la educación en control del peso, prevención del estreñimiento y evitación de esfuerzos como un componente del cuidado a largo plazo.

Con respecto a las complicaciones, los factores de riesgo descritos por Ács et al. (12) adquieren valor práctico: el consejo para dejar de fumar, la vigilancia del sangrado y la detección temprana del hematoma son acciones de enfermería que podrían reducir la erosión vaginal. La baja tasa de exposición de malla observada por Shen et al. (13) confirma que estas complicaciones son poco frecuentes, aunque requieren seguimiento prolongado.

Por otra parte, la sexualidad suele quedar fuera de la conversación clínica. Los resultados de Malanowska-Jarema et al. (14), Ghanbari et al. (2) y Aimjirakul et al. (15) muestran que

la mayoría de las mujeres mejora su vida sexual y emocional tras la cirugía, mensaje útil para la educación al alta junto con la orientación sobre el tiempo de abstinencia y los signos de alarma. Cabe destacar, como limitaciones, el carácter rápido de la revisión, el predominio de estudios observacionales y la escasez de investigaciones latinoamericanas que evalúen de manera directa intervenciones de enfermería.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones de enfermería con mayor respaldo en la paciente posquirúrgica con prolapso vaginal son la retirada temprana de la sonda vesical con control del residuo posmiccional, la aplicación de protocolos de recuperación intensificada, la valoración selectiva de la función del suelo pélvico, la prevención de las complicaciones de la herida y de la malla, y la educación sobre la sexualidad y el autocuidado. Se recomienda incorporar estos componentes en guías institucionales y evaluarlos mediante estudios con resultados centrados en la paciente.

REFERENCIAS

1. Wang B, Chen Y, Zhu X, Wang T, Li M, Huang Y, et al. Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: an observational trend study from 1990 to 2019. Front Public Health. 2022;10:975829. doi:10.3389/fpubh.2022.975829
2. Ghanbari Z, Ghaemi M, Shafiee A, Jelodarian P, Hosseini RS, Pouyamoghaddam S, et al. Quality of life following pelvic organ prolapse treatments in women: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med. 2022;11(23):7166. doi:10.3390/jcm11237166
3. Díez-Calzadilla NA, March-Villalba JA, Ferrandis C, Hernández JA, Martínez-Jabaloyas JM, Chuan P, et al. Factores de riesgo en el fracaso de la reparación quirúrgica del prolapso de suelo pelviano. Actas Urol Esp. 2011;35(8):448-53.
4. Orozco-Márquez CB, Murguía-Flores EA, Zaragoza-Torres RM, Rodríguez-Salazar DC. Mejoría de la vejiga hiperactiva posterior a cirugía correctiva de prolapso de órganos pélvicos. Rev Mex Urol. 2021;81(3). doi:10.48193/rmu.v81i3.749
5. Geller EJ. Prevention and management of postoperative urinary retention after urogynecologic surgery. Int J Womens Health. 2014;6:829-38. doi:10.2147/IJWH.S55383
6. Chansriniyom N, Saraluck A, Kijmanawat A, Wattanayingcharoenchai R, Aimjirakul K, Manonai Bartlett J, et al. Rate of postoperative urinary retention after anterior compartment prolapse surgery: a randomized controlled trial comparing early versus conventional transurethral catheter removal. J Clin Med. 2023;12(10):3436. doi:10.3390/jcm12103436
7. Kordis T, Kofol A, Blaganje M. Shortening indwelling catheterization after vaginal surgery for pelvic organ prolapse: results from a prospective randomized trial. J Clin Med. 2025;14(23):8295. doi:10.3390/jcm14238295

8. Xiao Y, Hong S, Wan Y, Tang J, Min J, Hu M, et al. Exploration of enhanced recovery after surgery in female pelvic floor reconstruction: a retrospective study. Front Med (Lausanne). 2025;12:1659074. doi:10.3389/fmed.2025.1659074
9. Espiño-Albela A, Castaño-García C, Díaz-Mohedo E, Ibáñez-Vera AJ. Effects of pelvic-floor muscle training in patients with pelvic organ prolapse approached with surgery vs. conservative treatment: a systematic review. J Pers Med. 2022;12(5):806. doi:10.3390/jpm12050806
10. Lamberti G, Giraudo D, Ciardi G, Levis JK. Pelvic floor muscle training following surgery for pelvic organ prolapse: recommendation from scientific literature. J Clin Med. 2026;15(3):1116. doi:10.3390/jcm15031116
11. Szymański JK, Starzec-Proserpio M, Słabuszewska-Jóźwiak A, Jakiel G. Is PREHAB in pelvic floor surgery needed? A topical review. Medicina (Kaunas). 2020;56(11):593. doi:10.3390/medicina56110593
12. Ács J, Szabó A, Fehérvári P, Skribek B, Cavalcante BGN, Váncsa S, et al. Risk factors for vaginal wall erosion after pelvic organ prolapse surgery with implant: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2025;15:40780. doi:10.1038/s41598-025-24569-5
13. Shen J, Yang X, Gao Z, Li L, Tian D, Li Y, et al. Pelvic floor biomechanical reconstruction for moderate to severe pelvic organ prolapse: two-year outcomes of anatomical restoration and urinary continence. Front Surg. 2026;13:1828203. doi:10.3389/fsurg.2026.1828203
14. Malanowska-Jarema E, Starczewski A, Melnyk M, Fidalgo D, Oliveira D, Dubuisson J. Comparison of sexual function between laparoscopic lateral suspension and laparoscopic sacrocervicopexy with the use of the PISQ-IR questionnaire. Front Med (Lausanne). 2024;11:1456073. doi:10.3389/fmed.2024.1456073
15. Aimjirakul K, Pumtako M, Manonai J. Quality of life after treatment for pelvic organ prolapse: vaginal pessary versus surgery. Int J Womens Health. 2023;15:1017-25. doi:10.2147/IJWH.S406048

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/