

INFORME EVIDENCIA PARA UN PLAN DE CUIDADOS DEL POSPARTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Autores:

Alcalde Martín-Calero Reyes¹, Rodríguez-Soberado M^a Pilar², Duarte-Climents Gonzalo³, Sánchez-Gómez M^a Begoña³

¹Enfermera, Técnico del Servicio de Programación, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Gerencia Regional de Salud

²Enfermera, Hospital Medina del Campo, Gerencia de Atención Especializada Medina del Campo

³Enfermero/a DC Cuidados Socio sanitarios

Dirección para la correspondencia:

Reyes Alcalde Martín-Calero, Servicio de Programación, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Gerencia Regional de Salud

Paseo Zorrilla, nº 1 – 47011 Valladolid, Teléfono 983.41.25.50

e-mail ralcalde@saludcastillayleon.es

ÍNDICE

Recomendaciones	4
Cuidados.....	4
Lactancia	7
Educación sanitaria	8
Bienestar emocional	10
Continuidad de cuidados	11
Resumen	13
Abstract.....	15
1.-Introducción	17
2.-Objetivos.....	19
3.-Método.....	19
4.-Resultados.....	20
5.-Propuestas al Plan de Cuidados	31
▪ Nuevas Intervenciones	31
▪ Modificaciones	34
6.-Discusión	35
7.-Conclusiones	36
Bibliografía.....	38
Tablas.....	41
Anexo I.....	87
Anexo II.....	93

RECOMENDACIONES

Este informe corresponde a la evidencia encontrada sobre las intervenciones de enfermería correspondientes al **Plan de Cuidados del Posparto en Atención Especializada**. Las intervenciones se clasifican según el nivel de recomendación (NE) y grado de evidencia (GR) por Instituto Joanna Briggs (JBI) Se aportan intervenciones que son recomendaciones de grupos de expertos, ante la falta de estudios primarios.

En la tabla 4.2B se pueden consultar más recomendaciones relacionadas con la planificación familiar, anticoncepción, preedición y detección de riesgo de depresión posparto.

CUIDADOS

- El manejo activo en la tercera fase del parto disminuye el riesgo de Hemorragia Posparto Primaria (HPP) **NE1/GRA**.
- La oxitocina, es el fármaco de elección para la profilaxis de la HPP durante la tercera fase del parto, disminuyendo el riesgo de hemorragia al 60% y el misopropol puede utilizarse en ausencia de oxitocina aunque no es tan efectivo. **NE1/GRA**.
- Administrar Inmunoglobulina anti-D a mujeres Rh - y bebé Rh + en las primeras 72h. **NE1/GRA**.
- La anestesia epidural o raquial puede producir cefaleas. **NE1/GRA**.
- Valoración adicional a la mujer si cefalea intensa y persistente durante las primeras 72 h. **NE1/GRA**.
- Valoración adicional si tensión arterial diastólica >90mmhg y está acompañada de otros síntomas de preclampsia, medidas urgentes. **NE1/GRA**.
- Si tensión arterial diastólica >90mmhg valoración adicional a las 4h, si se mantiene en >90mmhg. medidas urgentes **NE1/GRA**.

- La aplicación de frío tópico produce alivio del dolor perineal a corto plazo y no retrasa la curación. **NE1/GRA.**
- La analgesia oral de elección para el dolor perineal que no cede con frío será paracetamol. Si no cede con frío y paracetamol AINES (rectal sino contraindicación) es tan eficaz como los narcóticos vía oral. **NE1/GRA.**
- No hay eficacia demostrada del tratamiento tópico para el dolor de los pezones. **NE1/GRA.**
- El tratamiento de la mastitis no infecciosa se realiza con humedad, calor y continuación de la lactancia. **NE1/GRA.**
- Control de la posible hipertensión posparto (3 -6 día). **NE2/GRB.**
- Factores de riesgo en la pre-eclampsia _eclampsia (>40 años, embarazo múltiple, obesidad, pre-eclampsia previas, hipertensión anterior, diabetes). **NE2/GRB.**
- Los síntomas neurológicos: ceguera cortical, dolor de cabeza, escotoma y malestar como náuseas y vómitos no vinculados a otras causas, son más frecuentes en el posparto. **NE2/GRB.**
- Si la hemorragia es consecuencia de la atonía uterina: Compresión bimanual del útero, garantizar vejiga vacía (sondaje) y medicación según ordenes médicas. **NE2/GRB.**
- Una vez ha sido identificada la PPH, su gestión implica cuatro componentes, los cuales deben realizarse al tiempo:
 - I. Comunicación.
 - II. Resucitación.
 - III. Vigilancia e investigación.
 - IV. Detención de la hemorragia (según protocolo de actuación). **NE2/GRB**

- La medición del volumen de la pérdida de sangre por hemorragia posparto es impreciso y varía de una mujer a otra. **NE3/GRB.**
- La evaluación de la HPP debe incluir signos y síntomas de pérdida vaginal, anormal, fiebre o dolor abdominal además de la valoración del útero. Si una mujer tras una pérdida aprox. de 1000ml. sigue sangrando o presenta cuadro de choque o taquicardia protocolo de actuación de resucitación y hemostasia. **NE3/GRB.**
- Las mujeres con placenta accreta/percreta tiene mayor riesgo de hemorragia posparto de mayor volumen Si se diagnostica antes del parto debe estar disponible sangre, plasma, plaquetas y acceso a cuidados intensivos. **NE3/GRB.**
- Movilización precoz tras el parto. **NE3/GRB.**
- Dos o más síntomas: temperatura >38.5°C en una ocasión o temperatura >38°C con 4 horas de diferencia, escalofríos, involución uterina, loquios malolientes o taquicardia indicios de sepsis. **NE3/GRB.**
- Control de tensión arterial y temperatura en las primeras 6 horas tras el parto. Si Temperatura >38°C, segunda medición tras 4-6 h. **NE4/GRC.**
- Primera micción posparto antes de las 6 horas. Ayudar con medidas higiénicas, si no se produce micción en este tiempo, realizar sondaje urinario. **NE4/GRC.**
- En ausencia de pérdida vaginal anormal es innecesaria la rutinaria evaluación del útero por medición y palpación abdominal. **NE4/GRC.**
- Las mujeres obesas tras el parto presentan mayor riesgo de tromboembolismo. **NE4/GRC.**
- Evaluación y documentación en las 6 primeras horas tras el parto de: presión arterial, temperatura, diuresis, hemorragia posparto, movilización y dolor. **NE4/GRC.**

- Medidas dietéticas para prevenir el estreñimiento (fibra, ingesta de líquidos) Preguntar si deposición antes del alta. NE4/GRC.
- Preguntar si realización de deposición antes del alta NE4/GRC.

LACTANCIA

- Debe evitarse la separación de la madre y el bebé en la primera hora de vida de forma rutinaria, a no ser que se solicite por la madre o para la atención inmediata del bebé. NE1/GRA.
- El contacto piel a piel temprano, y la succión precoz tienen un impacto positivo en la salud y relación madre-hijo, favoreciendo igualmente la duración de la lactancia materna. NE1/GRA.
- Los profesionales deben favorecer la prealimentación en la primera hora de vida. No hay un momento específico para comenzar con la lactancia materna. Su ritmo y duración son decisión de la madre y el bebé (demanda). NE1/GRA.
- Los suplementos líquidos (biberón de agua, glucosa ó fórmula) influyen negativamente en la duración de la lactancia materna. NE1/GRA.
- Los suplementos son beneficiosos únicamente en bebés nacidos por cesárea. NE1/GRA.
- Únicamente se proporcionará leche adaptada, en el hospital, a bebés con lactancia materna bajo prescripción facultativa. NE1/GRA.
- El apoyo a la lactancia materna a través de intervenciones conjuntas ó individuales, la educación para la salud y el alojamiento conjunto favorecen su duración. NE1/GRA.

- Las prácticas y políticas del hospital tienen una fuerte incidencia en el éxito o fracaso de la lactancia materna **NE1/GRA.**
- Las campañas de TV. y/o intervenciones de apoyo social producen un aumento de la tasa de iniciación a la lactancia materna .La entrega de material escrito si no se ha realizado previamente una educación individualizada no está recomendado. **NE1/GRA.**
- No existen pruebas suficientes para determinar los efectos secundarios de los métodos utilizados en la interrupción de la lactancia, ni la efectividad de intervenciones no farmacológicas respecto a ninguna intervención/tratamiento¹² **NE2/GRB**
- Los fármacos “narcóticos” para el dolor durante el trabajo del parto perjudican la pre-alimentación. **NE3/GRB.**
- Los programas de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF) de formación a las enfermeras _ matronas sobre la lactancia aumentan la tasa de lactancia materna. **NE3/GRB.**
- No se recomendable el uso de chupetes **NE4/GRC.**
- La lactancia materna ayuda a prevenir la ingurgitación, aumenta la producción de leche, estabiliza los niveles de glucosa sérica neonatal y favorece el aumento de peso inicial **NE4/GRC**
- La posición correcta (madre-hijo) durante el amamantamiento previene el dolor en los pezones y la alimentación ineficaz. **NE4/GRC.**

EDUCACIÓN SANITARIA

- La mujer debe conocer los signos y síntomas de la mastitis. **NE1/GRA.**

- Enseñar ejercicios de suelo pélvico a mujeres con pequeñas pérdidas involuntarias de orina. Remitir a un profesional especializado (fisioterapeuta) si tras 2 meses de entrenamiento autodidacta en ejercicios de suelo pélvico no hay un resultado satisfactorio. NE1/GRA.
- Al alta la mujer debe tener conocimientos de la importancia de la dieta, fibra e ingesta de líquidos. NE1/GRA.
- Información a los padres al alta de cuidados del cordón umbilical, caídas, accidentes ó quemaduras. NE1/GRA.
- Al alta los padres habrán sido informados de los cuidados de apego madre_hijo y de las muertes súbitas en el lactante. NE3/GRB.
- La mujer debe conocer los procesos fisiológicos, signos y síntomas potenciales de riesgos vitales durante las primeras 24 h. NE3/GRB.
- Durante las primeras 24 horas los padres deben ser informados de la ictericia fisiológica la administración de vitamina K. NE3/GRB
- Al alta la mujer debe tener conocimientos de los cambios emocionales que se producen y su resolución entre los día 10-14 del posparto. NE3/GRB
- La mujer debe tener conocimiento al alta hospitalaria: de posibles perdidas involuntarias de pequeños volúmenes de orina. NE3/GRC.
- Deben tener conocimientos tras el parto de planificación familiar (anticoncepción), lactancia, hemorroides, cansancio y puntos de información y apoyo. NE4/GRC.
- Las mujeres deben conocer la importancia de la higiene perineal, el baño o ducha para mantenerle limpio y la importancia de lavarse las manos antes y después recomendado. NE4/GRC.

- Enseñanza por los profesionales de los cuidados básicos del bebe y entrega del Documento Guía paternidad y estado de salud infantil, del estado general del bebe, la erupción del pañal, del desarrollo de la ictericia, de los grupos de asesoramiento local y como contactar con los profesionales de la salud o el servicio de emergencia. NE4/GRC.

BIENESTAR EMOCIONAL

- Importancia de la intervención enfermera al alta temprana para detectar síntomas de estrés y cribado de depresión posparto (escala de Edimburgo): NE1/GRA.
- Las intervenciones enfermeras de educación y asesoramiento disminuyen el nivel depresivo del posparto: NE1/GRA.
- Los profesionales sanitarios deben apoyar a las mujeres que deseen hablar de su experiencia posparto, no recomendándose una entrevista formal, ni interrogatorio. NE1/GRA.
- La morbilidad de los trastornos psicológicos no disminuye tras una única sesión o consulta. NE1/GRA.
- A las 72h puede realizarse el cribado de depresión posparto con la escala de Edimburgo. NE1/GRA.
- La formación e información de grupo, programas de visitas a domicilio o videos vistos en el hospital mejoran y son eficaces para la crianza y relación con el bebe. NE3/GRB.
- La mujer debe tener conocimiento al alta del pico de la depresión posparto se produce sobre el 5º día y desaparece entre el día 10-14 día del posparto. NE3/GRB.

- Los profesionales deben informar a las mujeres que durante los primeros 21 días del posparto no es necesaria la anticoncepción. Que en los 6 primeros meses del posparto si amenorrea y lactancia materna completa la efectividad en la prevención de embarazo es del 98% y el riesgo de embarazo aumenta si la frecuencia de la lactancia disminuye. **NE3/GRB.**
- La depresión posparto puede mejorar utilizando buenas técnicas de autocuidados, hablar acerca de los sentimientos (autoconfianza) continuidad de cuidados y haciendo uso de los sistemas de apoyo. **NE4/GRC.**
- Los profesionales deben crear oportunidades en el periodo antenatal/postnatal para hablar de problemas sexuales, imagen del cuerpo, bienestar mental y los posibles métodos de anticoncepción. **NE4/GRC.**
- Proporcionar información de redes de apoyo a los posibles afectados por violencia domestica. **NE4/GRC.**

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

- El alta a las 24h, no repercute en el estado de salud, si previamente no existían complicaciones. **NE1/GRA.**
- El alta a las <48h, no afecta la duración de la lactancia materna. **NE1/GRA.**
- La continuidad de cuidados mejora la experiencia posparto, produce mayor satisfacción. **NE1/GRA.**
- Seguimiento por los profesionales de salud tras el alta por visita a domicilio consulta en el centro o seguimiento telefónico. **NE1/GRA.**
- No hay diferencias clínicas importantes entre los tipos de seguimiento tras el alta (visita a domicilio, visita en el centro de Salud o telefónico). Mayor satisfacción en el seguimiento por visitas a domicilio. **NE3/GRB.**

En la elaboración de este documento de apoyo para la implantación a un plan de cuidados se adopta como referencia la guía Postnatal Care NICE 37 (Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica) del año 2006 ,al haber sido elaborada con la mejor evidencia disponible; analizando si los estudios publicados posteriormente modifican/corroboran sus recomendaciones.

Sería conveniente realizar una nueva versión de este documento en el plazo de 3 ó 4 años.

RESUMEN

Objetivo.-Identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones de enfermería en el Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) del posparto en Atención Especializada.

Método.-Protocolo de revisión bibliográfica. Estrategia de búsqueda, formato PICO y DECS y MESH, en marzo 2010. Búsqueda online. Obtención y extracción de datos mediante tablas de síntesis. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo.

Resultados.-Se han identificado 3605 estudios que cumplen criterios básicos Tras su revisión se eligen 34 para lectura crítica; seleccionándose 30 una vez realizada la misma.

Los criterios de Inclusión del estudio son:

- ❖ Tema adecuado al objetivo de la revisión
- ❖ Diseño incluyendo método revisiones sistemáticas, resúmenes de evidencia, meta-análisis, ensayos clínicos aleatorios (ECA), guías de la práctica clínica y protocolos basados en evidencias.
- ❖ Criterios de calidad y homogeneidad metodológicamente evaluados con los instrumentos CASPe y AGREE

Se adopta como referencia la guía Postnatal Care NICE 37 (2006), analizando si los estudios posteriores modifican/corroboran sus recomendaciones.

Discusión.- El resultado principal de este trabajo indica que existe evidencia de buen para las intervenciones de: “Ayuda en la lactancia”, “Asesoramiento en la lactancia”, “Fomentar el acercamiento”, “Cuidados posparto”, “Manejo de la eliminación urinaria”, “Cuidados perineales”, “Monitorización de signos vitales”, “Control de hemorragias”, “Enseñanza individual”, “Planificación del alta” y “Seguimiento telefónico”. En relación a la depresión posparto hay evidencia del papel que juegan las enfermeras en la detección y reducción de los síntomas.

Las principales limitaciones del estudio se refieren a las restricciones de idioma, a la limitada disponibilidad de estudios, con nivel de evidencia aceptable y a la incorporación del lenguaje NANDA- NOC- NIC a la búsqueda.

Conclusiones.- La importancia de la comunicación entre niveles asistenciales en la satisfacción del usuario_ continuidad de cuidados.

En cuanto a la práctica diaria se debería incluir en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA – NOC – NIC. Asesoramiento en la lactancia, ayuda en la lactancia y fomentar el acercamiento, control de hemorragias y vigilancia (dolor pecho, cabeza, TA, depresión, autoconfianza, autocuidados), medidas dietéticas, ingesta adecuada de líquidos y la movilización precoz.

Palabras clave: cuidados, posparto, puerperio, atención especializada.

ABSTRACT

Objectives.-Identify the best available evidence on nursing interventions in the postpartum Standardized Care Plan (SCP) for Specialized Care.

Method.-Protocol of bibliographic review. Searching strategy, for PICO DECs and Desh formats in March 2010. Searching online. Collection and extraction of data using summary tables. Analysis of data using narrative development.

Outcomes/Results - There were 3605 identified studies with meeting basic criteria, after the review 34 were chosen for critical reading; selecting 30 once it was done.

The study criteria inclusions were:

- Theme suitable for the purpose of the review
- Design method including systematic reviews, summaries of evidence, meta-analysis, randomized controlled trials (RCTs), clinical practice guidelines and protocols based on evidence.
- Quality and consistency criteria evaluated methodologically with AGREE and CASPe instruments
- Postnatal Care guide NICE 37 (2006), is taken as a reference whether subsequent studies should modify / support recommendations.

Discussion.- The main result of this work indicates that there is good evidence for the interventions of "Breastfeeding assistance", "Lactation counseling", "attachment promotion", "Postpartal Care", "Urinary elimination manage", "Perineal Care", "Vital signs monitoring", "Hemorrhage control", "Teaching individual", "Discharge Planning" and "Telephone follow-up". In relation to postpartum depression there is evidence of the role that nurses plays in the detection and reduction of symptoms

Main limitations of this study are related to language constraints, limited availability of studies, with acceptable level of evidence and the inclusion of NANDA-NOC-NIC language to the search.

Conclusions. - The importance of communication between levels of care in meeting the user_ continuity of care.

For daily practice NANDA - NOC - NIC language should be included in screening protocols. Advice on breastfeeding, lactation and promote rapprochement, hemorrhage control and surveillance (chest pain, headache, TA, depression, self-confidence, self-care), dietary measures, adequate fluid intake and early mobilization.

Key words: care, childbirth, postpartum care, specialized care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras, como todos los profesionales sanitarios en la práctica clínica se encuentran con la necesidad de tomar decisiones de forma continua. Estas decisiones parten de los conocimientos aprendidos durante el ciclo formativo, de indicaciones de otros profesionales o de la propia experiencia; rara vez se apoyan en recomendaciones de estudios recientes o en consultas específicas³³.

En la enfermería, este déficit de actualización se podría decir, que esta condicionado por multitud de factores entre los que podrían destacarse la falta de motivación para el estudio, la falta de reconocimiento, las pocas posibilidades de desarrollo profesional y las diferencias en cuanto a disponibilidad de medios. Generalmente nuestras necesidades formativas no están cubiertas (libros de texto no actualizados, algunas revistas no cumple rigurosos controles de calidad) y nuestros conocimientos y la práctica clínica se deterioran si no son continuamente revisados y actualizados atendiendo a las mejores pruebas de que podamos disponer.

Estos motivos, junto a otros, determinan la necesidad de fundamentar las recomendaciones y la práctica profesional en la evidencia científica. Nuestras actuaciones pueden, en determinados momentos, ser erróneas y/o desfasadas. Según Sackett, la "práctica basada en la evidencia" podría definirse como: "El uso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia que aporta la investigación sobre el cuidado individualizado de los pacientes"³³

La propuesta del plan de cuidados estandarizado de una determinada patología, ha sido desarrollado por un grupo de consenso formado por enfermeros de cuidados (Comisión de Cuidados) de cada uno de los hospitales del SACYL mediante reuniones presenciales, obteniéndose así 14 planes estandarizados de cuidados de dicha patología una propuesta por cada Centro de Atención Especializada. Esta propuestas son enviadas a servicios Centrales del SACYL se comparten en un foro online. Posteriormente uno de los 4 subgrupos, formado por 3/4 hospitales analizara las 14 propuestas del plana estudio, realizando un análisis de frecuencia de cada diagnóstico, NOC, NIC y actividades; proponiendo un plan de cuidados único y consensuado, que enviara a la Gerencia para su implementación, si procede, en cada Hospital.

El plan de cuidados de dicha patología o CMBD todavía quedará pendiente de validación definitiva por el SACYL, tras recibir el informe de evidencia y/o propuesta de plan de cuidados correspondiente basado en el grado de evidencia obtenida, por los profesionales de enfermería responsables de tal estudio.

El puerperio o posparto es el tiempo que inmediatamente sigue al parto y se extiende, en el caso de la mujer hasta seis u ocho semanas (40 días). Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un período muy importante. Medio millón de mujeres mueren actualmente en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y parto. La cuarta parte de estas muertes son secundarias a complicaciones en el alumbramiento y postalumbramiento y de ellas las hemorragias que persisten son una de las cinco causas de muerte más frecuente en todos los países. La hemorragia primaria posparto complica del 5 -15 % de todos los partos. La OMS estima en 150.000 el número de muertes anuales por HPP en el tercer mundo (1 por cada 1000 partos). En España se ha registrado una incidencia moderada, la mortalidad materna se estima en 7.15 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos y la HPP es la responsable del 23.07 % de la misma³⁴

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es prevenir las complicaciones, asegurar que la madre se sienta saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera, según necesidades, para la lactancia materna y los ajustes relacionados a su vida. en cada etapa del puerperio.; lo que justifica la importancia y necesidad de la comunicación entre niveles asistenciales mediante el informe de continuidad de cuidados u otras estrategias de intervenciones interactivas como el seguimiento telefónico o las visitas a domicilio ^{9,17,18,19,25}

1. OBJETIVOS

Identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones de enfermería en el Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) del Parto Eutócico a mujeres durante el puerperio inmediato y las 48-72 horas del Posparto en Atención Especializada.

Elaborar recomendaciones sobre las mejores intervenciones del dicho Plan de cuidados.

2. MÉTODO

Para la realización de esta revisión se realiza un protocolo explícito de “búsqueda en fuentes de información, selección y valoración por pares” y resolución de discrepancias en grupo, en marzo del 2010.

La estrategia de búsqueda de los estudios sigue la elaboración de la frase de búsqueda mediante el formato PICO (problema-intervención-comparador-resultado), y su conversión a DECS y MeSH. En la definición de las intervenciones se incluyen el uso del lenguaje NIC.

Las fuentes de información incluyen la búsqueda en bases de datos online (BVS, Medline, Cochrane plus, Cochrane Library, JBI Connet, Cuiden, INAHTA Guía salud, NGC, SING, NICE; GIN, NHS, y, Teseo).

Los límites de la selección en cuanto a fecha de publicación se consideran los últimos cinco años de publicación, ampliables a diez para la búsqueda referencial; respecto a los idiomas se restringe a español, inglés y francés.

Los criterios de Inclusión del estudio son: tema adecuado al objetivo de la revisión, según su diseño incluyendo revisiones sistemáticas, resúmenes de evidencia, meta-análisis, ensayos clínicos aleatorios (ECA), guías de la práctica clínica y protocolos basados en evidencias, criterios de calidad y homogeneidad metodológicamente evaluados con los instrumentos CASPe y AGREE.

Las discrepancias entre revisores, para la selección de un estudio, se consultaron con un tercer revisor. La comunicación entre revisores se realiza en sesiones periódicas presenciales y comunicaciones Web a través de, correo electrónico y foro de comunicación proporcionado por SACyL a través de su curso de formación de Enfermería Basada en la Evidencia.

Se excluyen estudios que no aseguren un nivel de calidad y aquellos artículos que no están disponibles en su totalidad.

Las variables consideradas en los estudios incluidos, respecto a población, intervenciones y medidas de resultados son; calidad de los cuidados, satisfacción, ausencia de complicaciones (*hemorragia y/o infección*), lactancia, educación, calidad de vida y coste en mujeres en periodo de posparto y puerperio inmediato tras parto vaginal. Los criterios de homogeneidad clínica incluyen (además de los CASPe/AGREE) que las características de las poblaciones e intervenciones sean extrapolables a nuestra población y nuestra práctica profesional.

El procedimiento utilizado para la **obtención de datos** es la elaboración de tablas de síntesis de los resultados considerados relevantes. Los criterios de valoración de la validez de los estudios y procesos utilizados para la extracción de datos son los establecidos por CASPe/AGREE; que dos revisores, de forma independiente, llevaron a cabo. **El análisis de datos** se realiza mediante su tabulación y desarrollo narrativo.

3. RESULTADOS

Se han utilizado los términos de búsqueda: parto, puerperio, partum, parto cuida* enfermer*, matron* delivery obstetric, posparto, posparto cuida*, birthing, child birth y postpartum, care, nurse, midwife truncados y combinados mediante operadores booleanos con las intervenciones y complicaciones potenciales definidas en el plan de cuidados y con las variables de resultado (Tabla 1)

Se han identificado 3.605 estudios (Tabla 2.A), mediante un filtrado de duplicados y TÍTULO, se descartan 2.171. Se procede a una lectura preliminar de los 1.434 resúmenes restantes, seleccionando 34 estudios, de los 34, dos estudios son retirados de la selección ante la imposibilidad de conseguir el estudio completo en ese momento.

El sistema establecido de evaluación/ lectura crítica para los 32 estudios restantes fue la lectura individual, por dos revisores, si existe discrepancia es consultado un tercer revisor. Dos de los estudios se desestiman siendo los principales motivos la baja calidad metodología (siempre que no se tratara de un estudio descriptivo o una opinión). (Tabla 2.B)

La selección definitiva es de 30 estudios (17 revisiones sistemáticas, 1 protocolo 1 ensayos clínicos aleatorios, 1 cuasiexperimental, 1 sumario de evidencia, 7 guías de práctica clínica y 2 guías con evaluación económica). Se adopta como referencia la guía postnatal NICE 37 del 2006, analizando si el resto de estudios posteriores modifican/corroboran las recomendaciones. La evaluación de estos estudios con el sistema CASPe/AGREE muestra una puntuación mínima de 7/66% respectivamente (*Tabla 3*).

Las evidencias obtenidas a partir de estos estudios muestran que las actividades relacionadas con:

- Vigilancia y control de hemorragias uterinas, observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre, los signos y síntomas de hemorragia, previenen la morbilidad y mortalidad maternal.
- Vigilancia y control de la signos vitales (tensión arterial y temperatura), diuresis dolor, las cefaleas intensas y mamas.
- El control de la T. A y de las cefaleas intensas además de fomentar la deambulación precoz, evitan la tromboflebitis y previenen la preclampsia.
- Fomentar la deambulación precoz.
- Medidas higiénicas y dietéticas (fibra e ingesta adecuada de líquidos).
- Fomentar la relación madre - hijo y la continuidad de la lactancia materna.
- El déficit de conocimientos en relación a la lactancia materna como son la enseñanza de la posición y técnica correcta que debe adoptar la

madre durante el amamantamiento, fomentan la continuidad de la lactancia materna.

- Facilitar la comunicación e información.
- Educación sanitaria.
- Vigilancia de la depresión posparto.
- Continuidad de Cuidados.

Se puede fundamentar evidencia de máximo nivel sobre las siguientes actividades. El detalle de cada evidencia con su fuente y su nivel de evidencia (NE) y grado de recomendación (GR) se expone en la Tablas 4.A y 4.B.

ANEXO I

NE/GR encontrados, en las intervenciones correspondientes al plan de cuidados del posparto consensuado, en SACYL, en junio 2010

INT5820 - Disminución de la ansiedad

- La morbilidad de los trastornos psicológicos no disminuye tras una única sesión o consulta.^{1, 23,24} NE1/GRA
- Los profesionales sanitarios deben apoyar a las mujeres que deseen hablar de su experiencia posparto, no recomendándose una entrevista formal, sino atención individualizada y escucha activa.^{1,23,24,29} NE1/GRA
- Importancia de la intervención enfermera al alta temprana para detectar síntomas de estrés y cribado de depresión posparto (escala de Edimburgo).^{23, 24, 25, 26} NE1/GRA.
- Las intervenciones enfermeras de educación y asesoramiento disminuyen el nivel depresivo del posparto.^{10, 17, 19,23, 24, 25, 26, 29} NE1/GRA.

- La depresión posparto puede mejorar utilizando buenas técnicas de autocuidados, hablar de los sentimientos, continuidad de cuidados y utilizando sistemas de apoyo Edimburgo^{1,29} NE4/GRC
- El pico de depresión posparto se produce sobre el 5 días y desaparece normalmente entre el día 10 -14 ¹ NE3/GRB

INT1054 - Ayuda en la lactancia materna

- El contacto piel a piel temprano, y la succión precoz tienen un impacto positivo en la salud y relación madre-hijo, favoreciendo igualmente la duración de la lactancia materna^{1,15,16,17,30} NE1/GRA
- Debe evitarse la separación de la madre y el bebé en la primera hora de vida de forma rutinaria, a no ser que se solicite por la madre o para la atención inmediata del bebé ^{1,16} NE1/GRA
- Los profesionales deben favorecer la prealimentación en la primera hora de vida. No hay un momento específico para comenzar con la lactancia materna, su ritmo y duración son decisión de la madre y el bebé (demanda) ^{1,15,16,17,30} NE1/GRA
- Únicamente se proporcionará, en el hospital, a bebés con lactancia materna leche adaptada bajo prescripción facultativa ^{1,16} NE1/GRA
- El apoyo a la lactancia materna a través de intervenciones conjuntas ó individuales, la educación para la salud y el alojamiento conjunto favorecen su duración ^{1,15,17,30} NE1/GRA
- Las campañas de TV. y/o intervenciones de apoyo social producen un aumento de la tasa de iniciación a la lactancia materna La entrega de material escrito sino se ha realizado previamente una educación individualizada no está recomendado^{1,5,17,30} NE1/GRA

- Las prácticas y políticas del hospital tienen una fuerte incidencia en el éxito o fracaso de la lactancia materna ^{1,5,17,30} NE1/GRA
- Los suplementos líquidos (biberón de agua, glucosa o fórmula) influyen negativamente en la duración de la lactancia materna^{1,16} NE1/GRA
- Los suplementos son beneficiosos únicamente en bebés nacidos por cesárea. ¹ NE1/GRA
- No hay eficacia demostrada del tratamiento tópico para el dolor de los pezones¹ NE1/GRA
- El tratamiento de la mastitis no infecciosa se realiza con humedad, calor y continuación de la lactancia ¹ NE1/GRA
- No existen pruebas suficientes para determinar los efectos secundarios de los métodos utilizados en la interrupción de la lactancia, ni la efectividad de intervenciones no farmacológicas respecto a ninguna intervención/tratamiento¹² NE2/GRB
- Los fármacos “narcóticos” para el dolor durante el trabajo del parto perjudican la pre-alimentación^{1,16} NE3/GRB
- Los programas OMS/UNICEF de formación a las enfermeras _ matronas sobre la lactancia aumentan la tasa de lactancia materna^{1,16} NE3 /GRB
- No es recomendable el uso de chupetes ^{1,16} NE4/GRC
- La lactancia materna ayuda a prevenir la ingurgitación, aumenta la producción de leche, estabiliza los niveles de glucosa sérica neonatal y favorece el aumento de peso inicial ¹NE4/GRC
- La posición correcta (madre-hijo) durante el amamantamiento previene el dolor en los pezones y la alimentación ineficaz.^{1,16} NE4/GRC

INT5568 - Educación paterna: niño

- Información a los padres, al alta de cuidados del cordón umbilical, caídas, accidentes o quemaduras¹ NE1/GRA
- Durante las primeras 24 horas los padres deben ser informados de la ictericia fisiológica la administración de vitamina K ¹ NE3/GRB
- Durante las primeras 24 horas los padres deben ser informados de la ictericia fisiológica la administración de vitamina K ¹ NE3/GRB
- Al alta los padres habrán sido informados de los cuidados de apego madre-hijo y de las muertes súbitas en el lactante ¹ NE3/GRB
- Enseñanza por los profesionales de los cuidados básicos del bebe y entrega del Documento Guía paternidad y estado de salud infantil, del estado general del bebe, la erupción del pañal, del desarrollo de la ictericia, de los grupos de asesoramiento local y como contactar con los profesionales de la salud o el servicio de emergencia ¹ NE4/GRC

INT0450 - Manejo del estreñimiento/impactación.

- Medidas dietéticas para prevenir el estreñimiento (fibra, ingesta de líquidos) Preguntar si deposición antes del alta ^{1,27,28} NE4/GRC
- Preguntar si realización de deposición antes del alta ¹ NE4/GRC

INT2440 - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

No encontrada evidencia sobre justificación de dicha intervención en las búsquedas realizadas

INT3440 - Cuidados del sitio de incisión

La evidencia encontrada sobre la justificación de dicha intervención, quedan incluidas en la intervención cuidados posparto

INT1400 - Manejo del dolor

- La aplicación de frío tópico produce alivio del dolor perineal a corto plazo y no retrasa la curación ^{1, 12,21} **NE1/GR-A.**
- La analgesia oral de elección para el dolor perineal que no cede con frío será paracetamol. Si no cede con frío y paracetamol AINES (rectal sino contraindicación) es tan eficaz como los narcóticos vía oral.¹ **NE1/GRA**
- No hay eficacia demostrada del tratamiento tópico para el dolor de los pezones¹ **NE1/GRA**
- El tratamiento de la mastitis no infecciosa se realiza con humedad, calor y continuación de la lactancia ¹ **NE1/GRA**
- No existen pruebas suficientes para determinar los efectos secundarios de los métodos utilizados en la interrupción de la lactancia, ni la efectividad de intervenciones no farmacológicas respecto a ninguna intervención/tratamiento¹² **NE2/GRB**
- Los fármacos “narcóticos” para el dolor durante el trabajo del parto perjudican la pre-alimentación^{1,16} **NE3/GRB**

INT4160 - Control de hemorragias

- El manejo activo en la tercera fase del parto disminuye el riesgo de HPP ^{4,20} **NE1/GRA**

- La oxitocina, es el fármaco de elección para la profilaxis de la HPP, durante la tercera fase del parto, disminuye el riesgo de hemorragia al 60%. El misopropol puede utilizarse en ausencia de oxitocina aunque no es tan efectivo ^{4,20} **NE1/GRA**
- Si la hemorragia es consecuencia de la atonía uterina: Compresión bimanual del útero, garantizar vejiga vacía (sondaje) y medicación según ordenes medicas⁴ **NE2/GRB**
- Una vez PPH ha sido identificada, la gestión implica cuatro componentes, los cuales deben realizarse al tiempo: comunicación, resucitación, vigilancia e investigación, detención de la hemorragia (según protocolo de actuación ⁴ **NE2/GRB**
- La medición del volumen de la pérdida de sangre por hemorragia posparto es impreciso y varía de una mujer a otra⁴. **NE3/GRB**
- La evaluación de la HPP debe incluir signos y síntomas de pérdida vaginal, anormal, fiebre o dolor abdominal además de la valoración del útero. Si una mujer tras una pérdida aprox. de 1000ml. sigue sangrando o presenta cuadro de choque o taquicardia protocolo de actuación de resucitación y hemostasia¹ **NE3/GRB**
- Las mujeres con placentea accreta/percreta tiene mayor riesgo de hemorragia posparto de mayor volumen Si se diagnostica antes del parto debe estar disponible sangre, plasma, plaquetas y acceso a cuidados intensivos⁴ **NE3/GRB**
- En ausencia de pérdida vaginal anormal es innecesaria la rutinaria evaluación del útero por medición y palpación abdominal ¹. **NE4/GRB**

INT6680 - Monitorización de los signos vitales

- Valoración adicional si tensión arterial diastólica >90mmhg y esta acompañada de otros síntomas de preclampsia medidas urgentes ^{1,6} **NE1/GRA**

- Si la tensión arterial diastólica es >90mmhg repetir a las 4h, medidas urgentes si se mantiene en >90mmhg. ¹ NE1/GRA
- Factores de riesgo en la pre-eclampsia _eclampsia (>40 años, embarazo múltiples, obesidad, pre-eclampsia previas, hipertensión anterior, diabetes) ^{1,6} NE2/GRB
- Control de la posible hipertensión posparto (3 -6 día) ^{5,24} NE2/GRB

INT6930 - Cuidados posparto

- Administrar Inmunoglobulina anti-D a mujeres Rh - y bebé Rh + en las primeras 72h ¹ NE1/GRA
- Movilización precoz tras el parto ^{1,2} NE3/GRB
- Dos o más síntomas: temperatura>38.5°C en una ocasión o temperatura>38°C con 4 horas de diferencia, escalofríos, involución uterina, loquios malolientes o taquicardia indicios de sepsis ¹ NE3/GRB
- Control de tensión arterial y temperatura en las primeras 6 horas tras el parto. Si Temperatura >38°C, segunda medición tras 4-6 h ^{1,24} NE4/GRC
- Las mujeres obesas tras el parto presentan mayor riesgo de tromboembolismo. ² NE4/GRC
- Evaluación y documentación en las 6 primeras horas tras el parto de: presión arterial, temperatura, diuresis, hemorragia posparto, movilización y dolor ^{1,24} NE4/GRC
- La aplicación de frío tópico produce alivio del dolor perineal a corto plazo y no retrasa la curación ¹ NE1/GRA

- Las mujeres deben conocer la importancia de la higiene perineal, el baño o ducha para mantenerle limpio y la importancia de lavarse las manos antes y después recomendado.¹ NE4/ GRC.

INT0590 - Manejo de la eliminación urinaria.

- Primera micción posparto antes de las 6 horas. Ayudar con medidas higiénicas, si tras estas no se produce micción, realizar sondaje urinario ¹ NE4/GRC
- Enseñar ejercicios de suelo pélvico a mujeres con pequeñas pérdidas involuntarias de orina. Remitir a un profesional especializado (fisioterapeuta) si tras 2 meses de entrenamiento autodidacta en ejercicios de suelo pélvico no hay un resultado satisfactorio ^{1,13,14,24} NE1/GRA

INT2620 - Monitorización neurológica.

- La anestesia epidural o raquial puede producir cefaleas.¹ NE1/GRA
- Valoración adicional a la mujer si cefalea intensa y persistente durante las primeras 72 h ¹ NE1/GRA

INT2300 - Administración de la medicación.

- La oxitocina, es el fármaco de elección para la profilaxis de la HPP, durante la tercera fase del parto. disminuye el riesgo de hemorragia al 60% .El misopropol puede utilizarse en ausencia de oxitocina aunque no es tan efectivo ⁴ NE1/GRA
- La analgesia oral de elección para el dolor perineal que no cede con frío será paracetamol. Si no cede con frío y paracetamol AINES (rectal sino contraindicación) es tan eficaz como los narcóticos vía oral.¹ NE1/GRA

- Administrar Inmunoglobulina anti-D a mujeres Rh - y bebé Rh+ en las primeras 72h.¹ NE1/GRA

INT7370 - Planificación del alta.

- El alta a las 24h, no repercute en el estado de salud, si previamente no existían problemas¹ NE1/GRA
- La continuidad de cuidados mejora la experiencia posparto¹ NE1/GRA
- El alta a las <48h, no afecta la duración de la lactancia materna NE1/GRA
- Seguimiento por los profesionales de salud tras el alta por visita a domicilio consulta en el centro o seguimiento telefónico ¹ NE1/GRA
- Al alta la mujer debe tener conocimientos de la importancia de la dieta, fibra e ingesta de líquidos NE1/GRA

5.-PROPUESTAS DE MODIFICACIONES AL PLAN DE CUIDADOS

5.1.- Nuevas Intervenciones

INT 6650 Vigilancia

ACT.-Controlar el estado emocional

ACT.-Vigilar signos vitales si procede

ACT.-Observar si existen tendencias hemorrágicas con los pacientes de alto riesgo

RES 2511 Estado materno: puerperio

IND.- Equilibrio emocional

IND.- Presión arterial

IND.- Hemorragia vaginal

- Importancia de la intervención enfermera al alta temprana para detectar síntomas de estrés y cribado de depresión posparto (Escala de Edimburgo) ^{23, 24, 25,26} **NE1/GRA**
- A las 72 h. puede realizarse el cribado de estado emocional _Test de Edimburgo¹ **NE1/GRA.**
- El pico de depresión posparto se produce sobre el 5º día y desaparece normalmente entre el día 10-14 ¹ **NE3/GRB**
- Valoración adicional si tensión arterial diastólica >90mmhg y está acompañada de otros síntomas de preclampsia medidas urgentes ^{1,6} **NE1/GRA**
- Si la tensión arterial diastólica es >90mmhg repetir a las 4h medidas urgentes si se mantiene en >90mmhg. ^{1,6} **NE1/GRA**
- Factores de riesgo en la pre-eclampsia _eclampsia (>40 años, embarazo múltiples, obesidad, pre-eclampsia previas, hipertensión anterior, diabetes...) ⁶ **NE2/GRB**
- La medición del volumen de la pérdida de sangre por hemorragia posparto es impreciso y varía de una mujer a otra⁴ **NE3/GRB**
- La evaluación de la HPP debe incluir signos y síntomas de pérdida vaginal, anormal, fiebre o dolor abdominal además de la valoración del útero. Si una mujer tras una pérdida aprox. de 1000ml. sigue sangrando o presenta cuadro de choque o taquicardia protocolo de actuación de resucitación y hemostasia¹ **NE3/GRB**

- Las mujeres con placenta accreta/percreta tiene mayor riesgo de hemorragia posparto de mayor volumen Si se diagnostica antes del parto debe estar disponible sangre, plasma, plaquetas y acceso a cuidados intensivos⁴ NE3/GRB
- Control de tensión arterial y temperatura en las primeras 6 horas tras el parto. Si Temperatura >38°C, segunda medición tras 4-6 h ¹ NE4/GRC

INT 8180 Consulta por teléfono

ACT.-Informar al paciente acerca del proceso de las llamadas y obtener su consentimiento

ACT.- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud

ACT.-Identificar problemas reales/potenciales relacionados con la implementación del régimen de autocuidados

ACT.- Dar información acerca del fomento de la salud/educación sanitaria si procede.

ACT.- Determinar si las inquietudes requieren evaluación complementaria

RES 3003 Satisfacción del paciente /usuario: continuidad de los cuidados

IND.-El personal proporciona sugerencias de soluciones para preocupaciones y preguntas.

- Seguimiento por los profesionales de salud tras el alta por visita a domicilio consulta en el centro o seguimiento telefónico ¹ NE1/GRA
- No hay diferencias clínicas importantes entre los tipos de seguimiento tras el alta (visita a domicilio, visita en el centro de Salud o telefónico). Mayor satisfacción en el seguimiento por visitas a domicilio ¹. NE-3 /GR-B. Una intervención prometedora es la creación del "profesional enfermería" con intervención de apoyo intensivo en el posparto, intervenciones a desarrollar en Atención Primaria debido al alta entre 48/72 horas tras el nacimiento, y

atención especial a detectar "riesgos - problemas" y reflejarlo en el informe de continuidad de cuidados.

INT5244 – Asesoramiento en la lactancia

- Los profesionales deben informar a las mujeres que durante los primeros 21 días del posparto no es necesaria la anticoncepción. Que en los 6 primeros meses del posparto si amenorrea y lactancia materna completa la efectividad en la prevención de embarazo es del 98% y el riesgo de embarazo aumenta si la frecuencia de la lactancia disminuye.³ NE3 /GRB

INT5420 – Asesoramiento

- Los profesionales deben crear oportunidades en el periodo antenatal/ postnatal para hablar de problemas sexuales, imagen del cuerpo, bienestar mental y los posibles métodos de anticoncepción.³ NE4 /GRC
- Proporcionar información de redes de apoyo a los posibles afectados por violencia domestica.³ NE4 /GRC

INT5606 – Enseñanza individual

- La mujer debe conocer los signos y síntomas de la mastitis.¹ NE1/GRA
- La mujer debe conocer los procesos fisiológicos, signos y síntomas potenciales de riesgos vitales durante las primeras 24 h.¹ NE3/GRB
- La mujer debe tener conocimiento al alta hospitalaria: de posibles pérdidas involuntarias de pequeños volúmenes de orina.¹ NE3/GRC
- Deben tener conocimientos tras el parto de planificación familiar (anticoncepción), lactancia, hemorroides, cansancio y puntos de información y apoyo.¹ NE4/GRC

INT6710 – Fomentar el acercamiento

- La formación e información de grupo, programas de visitas a domicilio o videos vistos en el hospital mejoran y son eficaces para la crianza y relación con el bebe.^{1,16} **NE3/GRB**

INT6610 – Identificación de riesgos

- La mujer debe tener conocimiento al alta del pico de la depresión posparto se produce sobre el 5 día y desaparece entre el día 10-14 día del posparto.¹ **NE3/GRB**

5.2.- Modificación de intervenciones

C.P - Hemorragia primaria posparto que incluiría la C.P. Atonía uterina

- Una de las causas identificadas de H.P.P. es la atonía uterina

C.P. Dolor incluir la intervención de proceso administración de medicación

- Las actividades de dicha intervención programadas se fundamentan en el dolor

6. DISCUSION

El resultado principal de este trabajo indica que se puede demostrar evidencia científica de buen nivel sobre las intervenciones enfermeras planteadas para el plan de cuidados, salvo para la intervención “Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso”.

Seria aconsejable tras la evidencia científica de buen nivel encontrada, la inclusión en el plan estándar de intervenciones como “Vigilancia” (estado emocional, hemorragia y signos vitales) y “Consulta por teléfono” tras el alta hospitalaria, como una de las formas de seguimiento por los profesionales de salud ^{1,10} (continuidad de cuidados) de proporcionar recomendaciones, fomentar la lactancia materna exclusiva, disminuir la sintomatología de depresión y favorecer el autocuidado. Intervención que aumenta la satisfacción del usuario a con coste/beneficio aceptable.

En relación a la depresión posparto hay evidencia del papel que juegan las enfermeras en la detección precoz (Edimburgo)^{23,25,26,29} y reducción de los síntomas depresivos proporcionando información útil y eficaz de forma individual (educación sanitaria)^{24,25,26,29}, valorando las necesidades, fomentando el autocuidado, estableciendo una relación de confianza, garantizando la continuidad de cuidados y asesorando para el bienestar del niño^{25,26,29}

Las principales limitaciones de este estudio se refieren a las restricciones de idioma, a la limitada disponibilidad de estudios y a la incorporación del lenguaje NANDA- NOC- NIC a la búsqueda, presuponiendo que existe literatura de actividades e intervenciones en terminología no normalizada que no aparecen en las búsquedas. La variabilidad en el número de las actividades de cada intervención ha limitado aun más el desarrollo del trabajo. Para ello sería necesario modificar la estrategia de búsqueda y centrarla en actividades y no intervenciones, en detrimento del desarrollo de protocolo, al no ser estas Mesh.

Las implicaciones del trabajo para la investigación futura se derivan de la necesidad de generar investigación primaria, y la de seguir incorporando el lenguaje NIC a la investigación secundaria.

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Hay dos tipos de implicaciones, para la práctica clínica y para el desarrollo de la EbE.

7.1. Para la práctica clínica

Implica la relevancia, con alto nivel de evidencia, de la educación, información, la vigilancia de signos y síntomas como el sangrado, la tensión arterial, la temperatura el dolor, el control del estado emocional, el asesoramiento y ayuda a la lactancia materna.

Medidas dietéticas (alimentación rica en fibra), ingesta adecuada de líquidos movilización, la comunicación, la vigilancia de las mamas, control de la primera micción y los autocuidados son actividades recomendadas con buen nivel de evidencia

No hay diferencias clínicas importantes entre los tipos de seguimiento tras el alta (a continuidad de los cuidados) aunque con mayor grado de satisfacción por el

usuario, es el seguimiento mediante visita domiciliaria, el seguimiento mediante contacto telefónico puede ser una opción de coste/beneficio aceptable

La atonía uterina queda incluida como una de las causas a valorar ante hemorragia primaria posparto (HPP).

7.2 Para el desarrollo de la EbE.

La normalización del lenguaje NANDA-NOC-NIC en la práctica y en los estudios es la clave del desarrollo de la evidencia en enfermería

Implica incluir en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA – NOC – NIC. El Control del estado emocional, Asesoramiento en la lactancia, ayuda en la lactancia y fomentar el acercamiento, control de hemorragias y vigilancia (dolor pecho, dolor de cabeza, mamas, tensión arterial, depresión - autoconfianza, autocuidados).

Bibliografía.

1. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, Barry C, Byrom S, Elliman D, Marchant S, Mccandlish R, Mellows H, Neale C, Parkar M, Tait P, Taylor C, (2006) Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. 2006
2. Hill J, Treasure T; National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions. Reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010 Jan 27;340:c95. doi: 10.1136/bmj.c95.
3. Clinical Effectiveness Unit. Postnatal Sexual and Reproductive Health. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. September 2009
4. Kemp, S. Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management (Green top 52). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2009.
5. Magee L, Sadeghi S, Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto (Revisión Cochrane traducida) En la Biblioteca Cochrane Plus 2008 Numero 2 Oxford. Update Software Ltd Disponible en <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK; John Wiley & Sons, Ltd.)
6. Meads CA, Crossen JS, Meher S, Juarez-Garcia A, ter Riet G, Duley L, Roberts TE, Mol BW, van der Post JA, Leeftang MM, Barton PM, Hyde CJ, Gupta JK, Khan KS. Methods of prediction and prevention of pre-eclampsia: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. *Health Technol Assess*. 2008 Mar; 12(6): iii-iv, 1-270.
7. Daley A, Jolly K and MacArthur C. The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: systematic review and meta-analysis. *Family Practice* 2009; 26: 154–162.
8. Novikova N, Hofmeyr GJ. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD007872. DOI: 10.1002/14651858.CD007872.
9. Chou D, E Abalos, GML Gyte, Gülmezoglu AM. Drugs for perineal pain in the early postpartum period: generic protocol. *Protocolo genérico (Protocolo)*. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, número 3. Art. No.: CD007734. DOI: 10.1002/14651858.CD007734.

10. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. JOGNN, 37, 301 - 314 ; 2008. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x
11. Olufemi T Oladapo, Bukola Fawole. Tratamientos para la interrupción de la lactancia (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD005937. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Steen M, Briggs M, King D. Alleviating postnatal perineal trauma: to cool or not to cool? British Journal of Midwifery 2006.
13. Finnish Medical Society Duodecim. Urinary incontinence in women. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [Internet]. Helsinki, Finland: Wiley Interscience. John Wiley & Sons; 2008
14. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.
15. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term Revision, Breastfeeding Medicine.(3):2, 129-132. June 2008
16. Royal College of Midwives. Early breastfeeding. Care guideline. May 2008
17. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT.J Clin Nurs. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. 2008 May; 17(9):1132-43. Review.
18. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochran Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3.
19. Jang GJ, Kim SH, Jeong KS. Taehan Kanho Hakhoe Chi. Effect of postpartum breast-feeding support by nurse on the breast-feeding prevalence] 2008 Feb;38(1):172-9.
20. Whorld Health Organization. Recomendations for the prevention of postpartum haemorrhage.- International Agency NGC: 006926
21. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Frío local para el alivio del dolor producido por el trauma perineal prolongado durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: UpdateSoftware Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

- (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester,UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Amorim AR, Linne YM, Lourenco PMC. Dieta o ejercicio, o ambos, para la reducción de peso en mujeres después del parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons,Ltd)
23. Cathy Rowan, Debra Bick, Maria Helena da Silva Bastos, Posnatal Debriefing Intervntions to prevent Maternal Mental Health Problems after Birth: Exploring the Gap between the Evidence and UK Policy and Practice. 2007
24. Melissa Louey Madre: Atención posterior Evidence Summary ES0709JBI Connect
Base de Datos de Resúmenes de Evidencia del JBI Acute Care 2006
25. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, and the McMaster University Postpartum Researdch Group. Systematic Review of the Literature on Postpartum care: Effectiveness of Pospartun Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. September 2006
26. Tezel A, Gözüm S. Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. Patient Educ Couns. 2006 Oct;63(1-2):64-73. Epub 2006 Jan 31.
27. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E, Zhou Q. Laxantes para el tratamiento de las hemorroides. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software
28. Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.).
29. Quijano CE, Abalos E. Tratamiento conservador para las hemorroides sintomáticas y/o complicadas durante el embarazo y el puerperio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
30. National Collaborating Centre for Mental Health Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit Antenatal and postnatal mental health: full guideline; National Institute for Health and Clinical Excellence CG45. 2007

31. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
32. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. En: Evidencias para unos cuidados seguros. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008.
33. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005. Disponible: <http://www.redcaspe.org> Consultado 10/6/2010
34. Enfermería basada en la evidencia [sitio en Internet] Disponible en <http://www.terra.es/personal3/josevb/evidencia1.htm> Consultada el 30 de diciembre 2010
35. S.E.G.O. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [sitio en Internet] http://www.sego.es/Content/rev-bibliograficas/Bibliografia_diciembre10.pdf consultad a en febrero 2011

Tabla 1. Estrategia de Búsqueda. Descriptores de Ciencias de la Salud
Desglosado según: Paciente, Intervención, Comparador, Objetivos Tipo de estudio

Frase	Palabra “Natural”	DECS	MeSH
Paciente	Parto posparto puerperio	Parto Posparto	Delivery, Obstetric ,Partum Postpartum Period Parturition
Intervención	Plan estándar en el posparto/puerperio	Parto cuida* Parto cuida* (enfermer* o matron*) Posparto cuida* Posparto cuida* enfermer* o matron* Parto cuida* enfermer* o matron* 6720 Parto	Childbirth care Childbirth care (nurse or midwife) Postpartum care Postpartum care (nurse or midwife) Partum care(nurse or midwife) 6720 Birthing
Comparador			
Variable	Calidad de vida Complicaciones Coste Hemorragia Infección Lactancia materna Educación posparto	Calidad vida Complicaciones Coste Hemorragia Infección Lactancia materna Educación posparto	Live Quality Complications Cost Hemorrhage Infection Lactation Postpartum education
Tipos de estudio	Metaanálisis Revisión sistemática Ensayo Clínico Estudios de validación	Metaanálisis Revisión sistemática Ensayo Clínico Estudios de validación	Metaanalysis Systematic review Clinical Trial Validation Studies

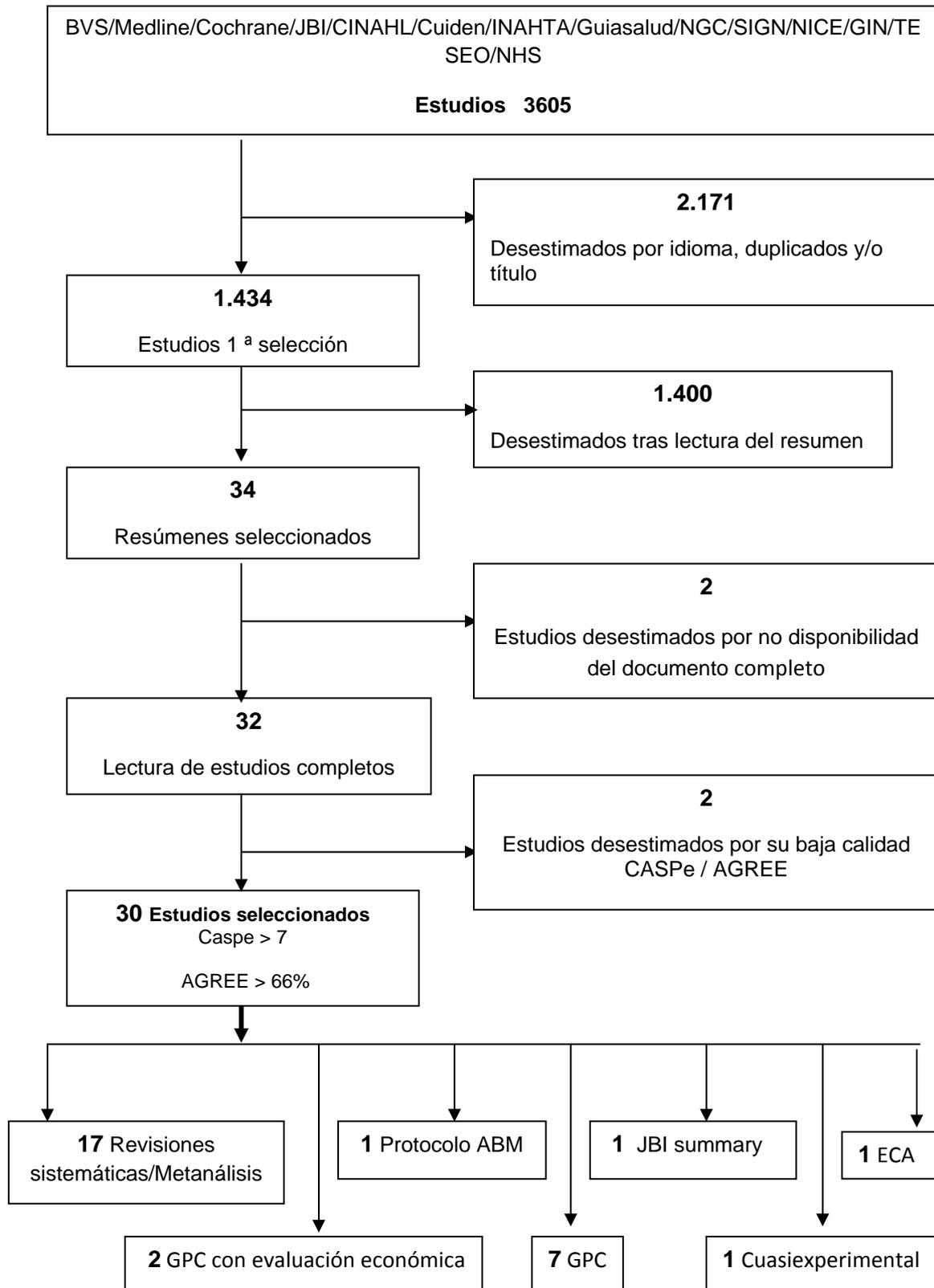
Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.A. Bases de datos - estudios preseleccionados

Fecha de Búsqueda	Bases de datos	Artículos
14/3/2010	Cuiden	206
14/3/2010	Guia salud	0
18/3/2010	BVS	839
18/3/2010	JBi connect	72
25/3/2010	Cochrane plus	198
28/3/2010	Pub Med_Medline	960
28/3/2010	The Cochrane Library	211
31/3/2010	Teseo	103
31/3/2010	INAHTA	246
31/3/2010	NGC	216
31/3/2010	SIGN	50
31/3/2010	GPC de NICE	10
31/3/2010	GIN (Guidelines Intenacional Neetwok)	3
31/3/2010	NHS Evidence	491
TOTAL ESTUDIOS		3.605

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.B. Algoritmo de búsqueda: bases de datos y artículos seleccionados



Fuente: Elaboración propia

TABLA 3. Artículos Seleccionados

Tabla 3. Estudios seleccionados - Fuente: Elaboración propia

Nº estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Demott K, (2006)	POSNATAL CARE GUIA 37 Clinical Guidelines And EvidenceReview For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies		Vigilancia Control Educación Cuidados Prevención	Tabla 4.B	http://guidance.nice.org.uk/CG37 GPC del NICE AGREE >66%	Tabla 4.B
Hill J, (2010)	CG92 VENOUS THROMBOEMBOLIS M REDUCING THE RISK Reducing the risk of venousthromboem bolism in patients admitted to hospital		Prevención del tromboembolismo Reducción de riesgos en los pacientes	Tabla 4.B	CG92 Venous thromboembolism - reducing the risk: full guideline NICE AGREE >66%	Tabla 4.B

Nº estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Clinical Effectiveness Unit (2009)	POSNATAL SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare		Planificación familiar Anticoncepción Métodos	Tabla 4.B	CEU-Postnatalguidance NHS evidence AGREE >66%	Tabla 4.B
Kemp, S. (2009)	PREVENTION AND MANAGEMENT POSTPARTUM HEMORRHAGE (Green top 52)		Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto	Tabla 4.B	NHS evidence AGREE >75%	Tabla 4.B

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMEN DACIÓN
Magee L. (2008)	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN POSPARTO Revision Cochrane	6 ENSAYOS: 459 3 ensayos (315 mujeres) la hipertensión posparto -comparando antihipertensivos orales con placebo/no tratamiento 2 ensayos (106) compararon distintos antihipertensivos en HTA leve o moderado 1 ensayos (8) compararon distintos antihipertensivos en tratamiento HTA posparto severa	Prevención de la hipertensión posparto mediante tratamiento oral de rutina. tratamiento de la hipertensión arterial leve a moderada o severa en el posparto	No esta claro la causa de HTA después del parto, sin embargo las mujeres con preclampsia prenatal severa o hipertensión prenatal parecen tener más riesgos. No existen datos fiables que orienten a un tratamiento determinado de hipertensión posparto o a las mujeres con riesgo de sufrir este trastorno	Cochrane Plus CASPE 8 Estudios de poca población Aunque no hay evidencia fiable para guiar la atención enfermera; se debe aconsejar la vigilancia en atención especializada y una continuidad de cuidados en atención primaria debido a que el problema ocurre con mayor frecuencia entre el tercero y sexto día y un aumento significativo de la TA puede indicar complicaciones	N2 GRB
Meads CA, (2008)	METHODS OF PREDICTION AND PREVENTION OF PRE-ECLAMPSIA systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. Health Technol Assess.		Población de riesgo y prevención de la eclampsia	Tabla 4.B	NHS evidence AGREE >75%	Tabla 4.B

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMEN DACIÓN
Daley A. (2009)	THE EFFECTIVENES S OF EXERCISE IN THE MANAGEMENT OF POST-NATAL DEPRESSION:S ystematic review and meta-analysis de ensayos controlados aleatorios (ECA)	238 mujeres	Evaluar la efectividad el ejercicio (al menos durante 6 semanas) de las 4 semanas a los 18 meses, en la gestión de la depresión post- natal leve o moderada (determinada EPDS) reforzada o no con apoyo social	La calidad de los estudios es 4 a 6 sobre 7 apuntan a que el ejercicio reduce los síntomas de la DPS así como la puntuación en la escala de Edimburgo. La heterogeneidad de los estudios requiere precauciones al interpretar los datos.	Pub Med , Medline NATHA CASPE 7 El Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica en Inglaterra recomendó a los profesionales de salud considerar el ejercicio físico en el tratamiento de PND. Uno de los estudios determina que muchas mujeres tiene un exceso de peso por lo que el ejercicio (caminar) puede tener efectos beneficiosos para la salud en el posparto aunque no sea exactamente para la depresión posparto	N2 GRB
Novikova N. (2009)	TRANEXAMIC ACID FOR PREVENTING POSTPARTUM HAEMORRHAG E CD007872 Revision Cochrane	Tipos de participantes: Las mujeres después de la cesárea nacimiento o vaginal.	Determinar, la eficacia del ácido tranexámico en la prevención de la HPP teniendo en cuenta el volumen de la hemorragia, la calidad de vida, los días hospitalarios los efectos secundarios a la terapia en comparación con útero tónicos versus placebo	Los resultados de este protocolo, podrían ser posteriormente ratificados por el ensayo/estudio (en desarrollo) internacional aleatorio a doble ciego para determinar la eficacia ácido tranexamico /placebo en el tratamiento de la hemorragia posparto (ácido tranexámico /CYKLOKAPRON 1gr.IV y segunda dosis si sangrado a 30 ó si en < 24 horas tras parto o cesárea	The Cochrane Library CASPE 9	

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Chou D. (2009)	DRUGS FOR PERINEAL PAIN IN THE EARLY POSTPARTUM PERIOD: CD007734 Revisión Cochrane	Protocolo en fase de desarrollo. Sólo se incluyen ensayos controlados aleatorios (ECA). Quasi, los ensayos cruzados serán excluidas. Intervalo de confianza 95% dolor perineal agudo en el período posparto temprano (4 h.)	Determinar la eficacia de los fármacos (paracetamol, placebos, opiáceos, anestésicos, placebos, antiinflamatorios no esteroide) sistémicos utilizados en el alivio del dolor agudo perineal después del parto	Los resultados derivados utilizados fueron ADS (alivio del dolor total) o SPID (sumadas diferencia de intensidad del dolor) durante cuatro a seis horas o datos suficientes que se dispone para su cálculo. las medidas utilizadas para el cálculo de ADS o SPID fueron el alivio del dolor punto cinco (PR) con escala estándar o comparables y se han valorado tanto los efectos adversos en la madre y en el hijo	The Cochrane Library CASPE 8 A la espera de los resultados tanto primarios como secundarios que se describen en el protocolo de revisión, las intervenciones enfermeras deberán ser revisadas tras la publicación del mismo ya que el dolor agudo, en los primeros días después del parto, puede ser un proceso intenso para algunas mujeres, interfiriendo con la capacidad de esta para cuidar a su bebé y en el establecimiento de la lactancia materna como consecuencia de la incomodidad que produce.	

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Dennis CL. (2009)	A SYSTEMATIC REVIEW OF TELEPHONE SUPPORT FOR WOMEN DURING PREGNANCY AND THE EARLY POSTPARTUM PERIOD ID:DARE 12008105899 Revisión sistemática	14 ensayos 8.037 mujeres	14 ECA evaluaron el efecto del apoyo telefónico, solo o como complemento de otras estrategias frente al tabaquismo, parto prematuro, bajo peso al nacer, lactancia materna, y el posparto además de sintomatología depresiva durante el embarazo y posparto inmediato.	Esta revisión sugiere que el soporte telefónico puede: (a) Impedir la recidiva de fumar (b) Reducir el bajo peso al nacer. (c) Aumentar la duración de la lactancia exclusiva (d) Disminución de los síntomas depresión posparto Ninguna intervención fue efectiva para aumentar las tasas para dejar de fumar tanto en mujeres embarazada como posparto inmediato y reducir el parto prematuro quizá debido la naturaleza multicausal de parto prematuro, y la asociación con el estrés y el parto prematuro.	BVS, The Cochrane Library CASPE 9 En general, los ensayos no fueron de calidad metodológica óptima debido: (a) Proceso de asignación al azar. (b) No se informó de las normas que se utilizaron para realizar la intervención telefónica.. (c) Heterogeneidad. Los hallazgos de esta revisión son alentadores y sugieren un soporte telefónico como apoyo de los profesionales de salud a la mujer embarazada y posparto inmediato proporcionado cuidados flexibles, eficientes, rentables y accesibles al mismo tiempo que individualizados, en prevención de recaídas de fumar, reducir el bajo peso al nacer, fomentar la lactancia materna exclusiva, disminuir sintomatología de depresión posparto. A la vista de los resultados se podría desarrollar un programa de seguimiento telefónico del posparto inmediato como educación, refuerzo las recomendaciones y fomento del autocuidado	N1 GRA

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN /VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMEN DACIÓN
Olufemi T. (2009)	TRATAMIENTOS PARA LA INTERRUPTIÓN DE LA LACTANCIA CD005937 Revisión Cochrane	46 ENSAYOS: 5164 mujeres desde 1956 al 2004	Intervenciones farmacológicas/no farmacológicas mas beneficiosas y con menor riesgo para interrumpir la lactancia en puérperas (que no han lactado ni extraído leche)	Existen pruebas débiles que algunos tratamientos farmacológicos (estrógenos sintéticos, derivados del cornezuelo de centeno, preparaciones antiestrogénicas, preparaciones de andrógenos, andrógenos estrógeno) son mejores que ningún tratamiento para interrumpir la lactancia durante la primera semana del posparto. No existen pruebas que indique la efectividad de intervenciones no farmacológicas respecto a ninguna intervención/tratamiento. No existen pruebas para determinar los efectos secundarios de los métodos utilizados en la interrupción de la lactancia.	Cochrane Plus CASPE 8 Los ensayos son pequeños, de calidad metodología deficiente y la mayoría con alto riesgo de sesgo, no incluyen resultados de eventos adversos, asignación, cegamiento; algunos no describen que es interrupción de la lactancia, aunque consideran resultado la persistencia de uno de los tres síntomas o signos médicos: secreción láctea, ingurgitación mamaria o dolor mamario. El método de evaluación varía ampliamente así como la duración y frecuencia de la evaluación (72 horas a 8 meses). Ante la insuficiencia de pruebas, existe la necesidad de ensayos controlados aleatorios grandes para comparar la efectividad de los tto. Farmacológicos/no farmacológicos con ningún tratamiento así como los efectos secundarios de dichas intervenciones y la aceptabilidad de las mujeres a los tto.	N2 GRB

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN /VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Steen M. (2006)	ALLEVIATING POSTNATAL PERINEAL TRAUMA: TO COOL OR NOT TO COOL? Journal of Midwifery Revisión de ensayos aleatorios y cuasialeatorios	8 ENSAYOS = 1050 Mujeres que habían sometido a una normal o un parto instrumental que se requiere sutura de una episiotomía o desgarro de segundo grado 1983=141 1986=40 1989=90 1989=266 1989=20 2000=77 2002=316 2003=100	Eficacia y aceptabilidad de los métodos de enfriamiento localizado en el alivio de trauma perineal. Los estudios incluidos examinaron baños de asiento o frío, y dispositivos de refrigeración, como bolsas de hielo y el frío o refrigeración almohadillas de gel	La calidad de los estudios incluidos fue variable. Los resultados fueron: reducción del dolor y respuesta inflamatoria, efectos adversos sobre la curación, el uso de otros analgésicos, la satisfacción materna Seis estudios informaron de algunas pruebas sobre la eficacia de la refrigeración en el alivio del dolor. Cuatro que el enfriamiento reduce la respuesta inflamatoria, dos se han declarado satisfacción materna. Los autores señalaron que estudios adicionales	CASPE 8 El enfriamiento localizado puede reducir la respuesta inflamatoria, pero que se necesitan más investigación para determinar su impacto en la curación. Las mujeres parecen aceptar mejor los dispositivos de enfriamiento que los baños de asiento frío o con hielo. Existe una evidencia aceptable para recomendar el enfriamiento localizado tras el trauma perineal La evidencia sobre los efectos adversos, la curación, el uso de analgésicos alternativos y el impacto sobre la recuperación a largo plazo es limitada	N2 GRB
Finnish Medical Society Duodecim (2008)	URINARY INCONTINEENCE IN WOMEN EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine NGC 006743		Incontinencia urinaria Prevención y manejo	Tabla 4.B	NGC AGREE > 75%	Tabla 4.B

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN /VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMEN DACIÓN
Hay_Smith J. (2008)	PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING FOR PREVENTION AND TREATMENT OF URINARY AND FAECAL INCONTINENCE IN ANTENATAL AND POSTNATAL WOMEN CD007471 Revisión Cochrane	16 ensayos = 6181 mujeres embarazadas o después del parto	Ejercicios de suelo pélvico para prevenir la incontinencia urinaria y/o fecal	Hay alguna evidencia de prevención de incontinencia en las últimas semanas del embarazo y en el posparto en primíparas, pero no es una recomendación generalizada. Posibilidad de mayores efectos beneficiosos de los ejercicios del suelo pélvico en ciertos grupos; mujeres potencialmente con mayor riesgo, siempre que el programa sea desarrollado por profesionales especializados y enseñanza individualizada	The Cochrane Library CASPE 9 No hay suficientes pruebas acerca de los efectos de tto con ejercicios pélvicos a largo plazo para la incontinencia urinaria o fecal. Aunque se recomienda en muchas ocasiones como pauta a la población general, los ensayos existentes hasta el momento, no establecen los beneficios con enfoque poblacional (ofrecer ejercicios del suelo pélvico de forma generalizada) aunque pueden reducir la prevalencia de la incontinencia urinaria o fecal en la última etapa del embarazo y después del parto	N1 GRA
ABM Clinical Protocol #5: (2008)	PERIPARTUM BREAST FEEDING MANAGEMENT FOR THE HEALTHY MOTHER AND INFANT AT TERM Revisión, BreastfeedingProtocolo		Lactancia materna	Recomendaciones con evidencias Previamente establecidas y coinciden con el estudio nº 17 de este trabajo	Pub Med, Medline BVS	Recomendaciones

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN /VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Royal collage of Midwives (2008)	EARLY BREASTFEEDING Care guideline.		Lactancia materna	Tabla 4.B	NHS Evidencia AGREE > 75%	Tabla 4.B
Hannula L (2008)	A SYSTEMATIC REVIEW OF PROFESSIONAL SUPPORTS INTERVENTIONS FOR BREAST FEEDING. PMID: 18416790 Revision sistematica	36 estudios (2000-2006) 31 artículos y 5 revisiones 16 Europeas 4 Australianos 14 Norteamericanos 2 Internacionales Calidad 11 alta, 23 media 2 baja	Apoyo de los profesionales de salud para fomentar la lactancia materna	Durante el embarazo son importantes las intervenciones interactivas con la futura madre, como hacerles partícipes de la conversación. En el posparto las visitas domiciliarias, la asistencia telefónica y el estímulo y apoyo de los profesionales de la salud que las oriente y ayude a ser auto eficaz, sentirse capaces y facultadas para ello adaptado a sus necesidades individuales. Aumenta la posibilidad de la lactancia materna exclusiva si el nacimiento se produce en un Hospital amigo del Niño .La eficacia de las intervenciones es difícil de determinar, la mayoría de los estudios utilizaron combinaciones	Pub Med, Medline CASPE 8 El material escrito nunca fue la única intervención. La mejor manera de apoyar la lactancia materna es difícil de definir, ya que muchos métodos pueden ser útiles. El apoyo profesional tiene un gran efecto en el éxito de la lactancia. Los profesionales necesitan educación sobre lactancia materna ser capaces de saber como actuar y ser ellos mismos partidarios Las prácticas y políticas del hospital tienen una fuerte incidencia en el éxito o fracaso de la lactancia materna. .La individualidad y el bagaje cultural de la madre deben ser considerados en la aplicación de intervenciones	N1 GRA

Nº estudio	TÍTULO/ TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Hofmeyr GJ. (2008)	UTERINE MASSAGE FOR PREVENTING POSTPARTUM HAEMORRHAGE CD006431 Revisión Cochrane	ECA= 200 mujeres de un Hospital de Egipto	Masaje uterino para prevenir la HPP, después del nacimiento antes, después (o ambos) de la expulsión de la placenta. La pérdida de sangre media fue menor a los 30' y a los 60', en el grupo de mujeres que se realizó masaje uterino cada 10 durante 60 reduciéndose la necesidad de útero tónicos adicionales	Se recomienda el masaje uterino después de la expulsión de la placenta con el propósito de prevenir la HPP. Este pequeño estudio corrobora: La declaración unida de ICM/FIGO 2004 en el manejo de la tercer fase de trabajo, que aconseja el masaje uterino después de la entrega de la placenta para impedir hemorragia de posparto	The Cochrane Library CASPE 9 A la vista del pequeño tamaño maestral, los resultados se valoran con cautela; si se demostrara la eficacia del masaje uterino rutinario tendría importantes ventajas en los países de escasos recursos económicos, causa principal de mortalidad materna; por su bajo costo, no utilización de medicaciones y no requerimiento de servicios especializados. En los países de alto nivel de desarrollo, según guía 37 (2006) no se aconseja de forma rutinaria tras esta fase del parto, por la administración de diversos medicamentos de utilidad ampliamente demostrada	N2 GRB
Jang GJ. (2008)	EFFECT OF POSTPARTUM BREAST-FEEDING SUPPORT BY NURSE ON THE BREAST-FEEDING PREVALENCE PMID:18323730 Estudio cuasi-experimental	55 madres que dieron a luz en un hospital amigos del niño (BFHI)	Prevalencia de lactancia materna tras el apoyo por parte de los profesionales de enfermería mediante seguimiento y asesoramiento por teléfono entre la 1ª y la 4ª semana y posteriormente u al mes hasta la semana 16: Visitas a domicilio en cuatro ocasiones	El apoyo a la lactancia materna en el posparto por las enfermeras puede ser una intervención útil para aumentar la prevalencia de la lactancia materna.	Pub med, Medline CASPE 7	N3 GRC

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMEN DACIÓN
WHO (2008)	RECOMENDATI ONS FOR TEH PREVENTION OF POSTPARTUM HAEMORRA GE NGC 006926				NGC AGREE < 75 %	
East CE. (2008)	FRIO LOCAL PARA EL ALIVIO DEL DOLOR PRODUCIDO POR EL TRAUMA PERINEAL PROLONGADO DURANTE EL PARTO Revisión Cochrane	7 ECAs= 859 mujeres (1986-2003)	Aplicación de frío local de 10´ a 20´ (compresas de hielo, de gel frío o baños fríos) para el alivio del dolor perineal evaluando efectividad y efectos secundarios en comparación con ningún tratamiento otros tratamientos	Es probable que se necesite el uso simultáneo de varios tratamientos (baños de asiento, lidocaína tópica, analgesia según prescripción ultrasonido o pulsos de energética electromagnética) Las mujeres prefieren la utilización de compresas de gel frío en comparación con la de hielo y informan de menos dolor tras la aplicación de pulsos de energía electromagnética que de compresas de hielo. A la vista de los resultados se necesitan estudios futuros mas amplios que comparen tto no tópicos con tratamientos que proporcionen mayor enfriamiento teniendo en cuenta la facilidad de uso, la satisfacción de de la madre, el coste, la evaluación del edema y la equimosis y la asociación del dolor con su interferencia en las actividades de la vida diaria.	Cochrane Plus CASPE 10 La compresas de hielo mejoran el dolor perineal de 24 a 72 H. después del parto Este tratamiento es un práctica bastante común, no se han observados efectos adversos en tto de 10 a 20 minutos, aunque las pruebas actuales para apoyar la eficacia son limitadas	N2 GRB

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMEN DACIÓN
Amorim AR. (2008)	DIETA O EJERCICIO O AMBOS PARA LA REDUCCION DE PESO EN MUJERES DESPUES DEL PARTO Revisión Cochrane	6 ECAs = 245 mujeres 5 EEUU 1 Australia 2003=20 1994=33 2000=40 1999=23 1998=62 2003=67	Dieta y/o ejercicio En el posparto para reducir peso mediante asesoramiento dietética individual o grupal prescripción de dieta restringida en calorías/o cualquier orientación ejercicios recreativos regulares o programas estructurados con sesiones de ejercicios supervisados	La dieta combinada con ejercicio o la dieta sola, mejora la pérdida de peso posparto y desempeña una función al prevenir la obesidad materna futura. Sin embargo, puede ser preferible perder peso mediante una combinación de dieta y ejercicio que con dieta sola, porque la primera opción mejora el nivel de estado físico cardiovascular materno y preserva la masa corporal magra.	Cochrane Plus CASPE 9 Se recomienda precaución a la hora de la puesta en práctica de dichas intervenciones, parece seguras para la madre que lacta pero los datos disponibles son insuficientes para inferir los riesgos importantes u otros beneficios potenciales para la madre o el niño Los resultados se ven condicionados por el tamaño muestral y la heterogeneidad de los estudios. Se necesita investigación adicional	N2 GRB

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Rowan C. (2007)	<p>POSNATAL DEBRIEFING INTERVENTIONS TO PREVENT MATERNAL MENTAL HEALTH PROBLEMS AFTER BIRTH: EXPLORING THE GAP BETWEEN THE EVIDENCE AND UK POLICY AND PRACTICE</p> <p>PMID:17553110</p> <p>Revisión Sistemática</p>	<p>8 ECAs = 4496</p> <p>Inglaterra; Australia; Suecia, Hong Kong.</p> <p>1998=120</p> <p>2000=1041</p> <p>2003=1745</p> <p>2003=560</p> <p>2004=162</p> <p>2005=319</p> <p>2005=400</p> <p>2006=149</p>	<p>Evaluar la efectividad de la atención enfermería en la maternidad por entrevista diagnóstica estructurada (disponibilidad de hablar tras hecho traumático, no exigencia) e Intervenciones informativa/asesoramiento (o disponibilidad de las mismas) después del parto para evitar problemas psicológicos, trastorno de estrés postraumático y síntomas depresivos en el posparto</p>	<p>Entre 2% y 5,6% de las mujeres padecerán trastornos Psicológicos tras el parto, siendo muy importante la atención individualizada para su detección precoz., Los profesionales de salud deben recibir formación y orientación para proporcionar cuidados individualizados. Y ofrecer a todas sus pacientes la posibilidad de hablar el hecho traumático diferenciándolo de una reunión de información formal que no esta justificada por la evidencia</p> <p>Diferenciar entre las mujeres que perciben su experiencia de parto tan traumático y los que presentan síntomas de trastorno de estrés postraumático (para los que el tratamiento específico puede ser necesario) es importante.</p> <p>No es recomendable una sesión única</p>	<p>Pub Med, Medline</p> <p>Caspe 7</p> <p>No heterogeneidad de los estudios, muy diversos aunque los resultados de esta revisión son fácilmente extrapolables a nuestro medio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Mayor atención a la salud física de la madre dejando de lado el bienestar emocional 2.-Desconocemos la prevalencia de la depresión post-natal ya varía principalmente debido a la variedad de escalas de medición, tiempo de la intervención, y seguimiento por lo que sería necesario establecer escalas consensuadas (Edimburgo?) 3.- Escasa identificación de pacientes susceptibles (gestionar unos cuidados adecuados y oportunos, el tratamiento eficaz para las mujeres con trastorno de estrés postraumático después del nacimiento carecen de evidencia. 4.-Necesidad de futuras investigaciones. Pendiente del desarrollo de la Guía de salud Mental 	N2 GRB

Nº estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Louey M. (2006)	Resumen de Evidencia de JBI Connect ES 0709	3ECAs= 7600 mujeres	Evaluar el efecto de diversas intervenciones psicosociales y psicológicas comparadas con la atención habitual anterior, durante el parto o posparto para reducir el riesgo de desarrollar depresión posparto	Las mujeres que recibieron una intervención psicosocial presentaron las mismas probabilidades de desarrollar depresión posparto que quienes recibieron un tratamiento estándar La identificación de madres "en riesgo" colaboró con la prevención de la depresión posparto. Las intervenciones individuales son más efectivas que las grupales.	JBI Connect La identificación de madres "en riesgo" colabora en la prevención de la depresión posparto. Sin embargo, una intervención prometedora es la creación del " profesional enfermería" con intervención de apoyo intensivo en el posparto, intervenciones a desarrollar: Atención Primaria debido al alta entre 48 /72 horas tras el nacimiento, Atención especial a detectar "riesgos /problemas" y reflejarlo en el informe de continuidad de cuidados .	N1 GRA
		Burgio, K.L., Zyczynski, H., Locher, J.L., Richter, H.E., Redden, D.T. and Wright, K.C. 2003, Urinary incontinence in the 12-month postpartum period, Obstetrics and Gynecology, vol. 102, no. 6, pp. 1291-1298. Estudio longitudinal de prevalencia no azar =523 mujeres, de entre 14 y 42 años, que tuvieron un parto obstétrico. entre 1990-1991	La prevalencia y severidad de la incontinencia urinaria en el posparto de 12 meses y relacionar esta incontinencia a varios factores de riesgo potenciales, incluyendo el índice de masa corporal, tabaquismo, anticonceptivos orales, lactancia materna, y el ejercicio muscular del suelo pélvico, incontinencia durante el embarazo, parto vaginal - uso de fórceps	La incontinencia posparto se asocia con varios factores de riesgo, algunas de las cuales son potencialmente modificables y otros que pueden ayudar a orientar las mujeres en situación de riesgo de la intervención temprana.	A pesar de los ejercicios de suelo pélvico y otras medidas conservadoras, que se recomiendan para mujeres embarazadas, por lo general no se enseña de una manera lo suficientemente intensiva para tener un beneficio significativo. Dada la evidencia de sus efectos beneficiosos, parece razonable ofrecer sistemáticamente estas intervenciones conservadoras para mujeres identificadas como de riesgo, y aplicarlas plenamente a fin de que pueda tener el máximo beneficio	N3 GRC
		La guía	Evaluación posparto Hemorragia posparto Infección Preclampsia/ Eclampsia Tromboembolismo			

Consejería de Sanidad	(NCCPC, 2006)	Recogidos datos y recomendaciones durante la valoración de la guía
-----------------------	---------------	--

Estudio	TÍTULO/TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN /VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Shaw E. (2006)	EFFECTIVENES OF POSPARTUN SUPPORT TO IMPROVE MATERNAL PARENTING, MENTAL HEALTH, QUALITY OF LIFE Systematic review of the literature on postpartum care DARE 12006006298	22 ECAs (1991-2005)	Eficacia de los programas de apoyo tras el parto para mejorar los conocimientos de la madre, actitudes y habilidades relacionadas con la crianza de los hijos, la salud mental materna, la calidad de vida derivada de la maternidad y la salud física derivada de la maternidad Síntomas depresivos en el posparto (efectividad de la atención de enfermería)	No hay pruebas de la eficacia del apoyo en el posparto para mujeres de bajo riesgo. En mujeres con factores de riesgo identificados (bajos ingresos, primíparas con alto riesgo de disfunción familiar) aparecen resultados prometedores Las mujeres con alto riesgo de depresión posparto o la disfunción de la familiar que fueron objeto de la intervención enfermera (visita o programa) los resultados estadísticamente (escala de depresión postnatal-Edimburgo) fueron significativos, mejorando la calidad de vida. La satisfacción materna fue mayor con programas de visitas domiciliarias	BVS CASPE 8 Sería preciso la repetición de estudios de este tipo en ámbitos geográficos diversos con intervenciones enfermeras en comparación con no intervenciones. Mientras no exista estos deberíamos centrar nuestra atención en la detección de población de riesgo e intervenciones e intervenciones de información o asesoramiento. Necesidad de establecer Escala por consenso de detección y momento de realización	N1 GRA
Tezel A. (2006)	COMPARISON OF EFFECTS OF NURSING CARE TO PROBLEM SOLVING TRAINING ON LEVELS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN POST PARTUM WOMEN. PMID 16448799 ECA	62 mujeres en riesgo de depresión posparto pero sin síntomas depresivos principales y sin tto farmacológicos	Efectividad de las intervenciones enfermera en la detección de la depresión posparto (Edimburgo >11) y cuidados según necesidades específicas para reducir los síntomas de la misma La efectividad de la atención enfermería se tipificaba según taxonomía NANDA con diagnósticos resueltos y pendientes	Importancia de la intervención enfermería al alta temprana para detectar síntomas de estrés y púerperas que pueden desarrollar una depresión posparto. Las intervenciones enfermeras de educación y asesoramiento disminuyen el nivel depresivo del posparto	La depresión posparto es reconocida como un problema significativo de salud, afectando en mayor o menor grado a un nº considerable de mujeres (10-15%) durante el primer año tras el parto. Generalmente minimizan su condición de salud ignorando o negando los síntomas depresivos y no buscan ayuda profesional. La identificación temprana, en la primera semana y el tratamiento, si fuera preciso, por los profesionales de salud es por tanto esencial para detectar grupos de riesgo y en consecuencia reducir el riesgo de depresión severa.	N2 GRB

Nº estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Alonso_Coeloo P. (2008)	LAXANTES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES CD004649 Revisión Cochrane	7 ensayos aleatorios = n 378 Personas de ambos sexos y de cualquier edad con hemorroides sintomáticas Mujeres embarazadas o en el posparto, con hemorroides	Laxantes para el tratamiento de las hemorroides, comparado con placebo ningún tratamiento. Cualquier clase de laxante comparado con placebo o ningún tratamiento	El uso de fibras muestra un efecto beneficioso para aliviar los síntomas generales y la hemorragia en el tratamiento de las hemorroides sintomáticas	Cochrane Plus CASPE 9 Calidad metodología moderada, el sesgo de publicación y el uso de escalas no validadas para medición de síntomas así como un estudio no exclusivo en mujeres embarazadas y en puerperio hace ser cautos al hacer recomendaciones aunque a la vista de los resultados las fibras parecen ser un tratamiento efectivo para las hemorroides sintomáticas, (mejoría g de los síntomas y la hemorragia) en hemorroides de grado I y II, cuando no hay prolapso.	N2 GRB
Quijano CE (2008)	TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA LAS HEMORROIDES SINTOMÁTICAS Y/COMPLICADAS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO Revisión Cochrane	2 ECAS =150 mujeres con hemorroides sintomáticas durante el embarazo y el puerperio	Determinar los posibles beneficios, riesgos y efectos secundarios del tratamiento conservador para las hemorroides sintomáticas durante el embarazo y el puerperio. Los métodos de tratamiento considerados para la comparación incluyeron modificaciones dietéticas, tratamientos locales y fármacos que mejoran la microcirculación en la insuficiencia venosa. Compararon los rutósidos (flavonoides) orales con placebo	El tratamiento oral con hidroxietilrutósidos parece prometedor para el alivio de los síntomas en las hemorroides de grado I y II, su uso no puede ser recomendado. Las intervenciones locales: baños, hielo o los ungüentos (anestésicos, flebotónicos, glucocorticoides solos o en combinación) son utilizados aunque no existen pruebas para apoyar las intervenciones. El estreñimiento es más frecuente durante el embarazo y un factor predisponente de las hemorroides: efecto que podría ser mitigado por un aumento de la ingesta de fibras y agua en la dieta, o la adición de suplementos de fibra.	Cochrane Plus CASPE 8 Calidad metodológica insuficiente No se describió la generación aleatoria, los tamaños, ni los cálculos del poder estadístico. El aumento de la ingesta de líquidos y de fibras en la dieta (dieta rica en fibras o suplementos de fibras) aunque es prometedor, también necesita evaluación adicional. Los enfoques utilizados, tales como las modificaciones dietéticas y los tratamientos locales, no se evaluaron de forma adecuada en el embarazo- puerperio, las recomendaciones serían las de la población en general	N2 GRB

Estudio	TÍTULO / TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMEN DACIÓN
National Collaborating Centre for Mental Health Royal College of Psychiatrists (2007)	ANTENATAL AND POSTNATAL MENTAL HEALTH CG45 National Institute for Health and Clinical Excellence Guía de la práctica clínica			Tabla 4.B	CG45 Antenatal and postnatal mental health: full guideline GPC de NICE AGREE > 66%	Tabla 4.B
Moore ER (2007)	EARLY- SKIN CONTACT FOR MOTHERS AND THEIR HEALTHY NEWBORN INFANTS CD003519 Revisión Cochrane	30 estudios=n 1925	Evaluación del contacto piel a piel temprano sobre la lactancia materna, el comportamiento y la adaptación fisiológica en el recién nacido sano a la madre	En 10 ensayos, observaron efectos estadísticamente significativos y positivos del contacto piel a piel temprano sobre la lactancia materna. 1 ensayo informa de RN prematuros con mejor estabilidad cardiorrespiratoria (1-4 meses) 7 ensayos informan a favor de la duración de la lactancia. 4 informan favorablemente de conducta afectiva y apego materno durante la lactancia. No se observaron efectos adversos. tras el contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos	The Cochrane Library CASPE 9 Las rutinas hospitalarias pueden perturbar la interacción madre-hijo. El contacto piel a piel madre- hijo, reduce los llantos, mejora la interacción madre-bebé y mantiene al bebé más caliente, tienen más probabilidades de ser amantados durante más tiempo. Posiblemente sean más propensos a tener una buena relación temprana con sus madres. Las limitaciones incluyeron la calidad metodológica, variaciones de la intervención, y la variabilidad del resultado. La intervención puede beneficiar la lactancia materna y no tiene aparentes efectos negativos	N2 GRB

TABLA 4.A - Recomendaciones - Artículos

Recomendación	Nº estudio Propuesta/ Equivalencia NIC	(5) Magee I.	(7) Daley A.	(8) NoviKova N.	(9) Chou D.	(10) Dennis	(11) Olufemi T.	(12) Steen M.	(14) Hay_Smith	(15) ABM	(17) Hannula L.	(18) Hofmeyr	(19) Jang GJ.	(21) East CE:	(22) Amorim	(23) Rowan	(24) Louey M:	(25) Shaw E.	(26) Tezel A.	(27) Alonso-	(28) Quijano	(30) Moore ER:	NE/GR Equivalen cia JBI	
Control de la posible hipertensión posparto, con mayor atención entre el tercero y sexto día	NIC 6680 Monitorización de signos vitales NIC 6650 Vigilancia	x															x							NE2/ GRB
Considerar el ejercicio físico como parte del tratamiento de la depresión posparto además de sus efectos beneficiosos en la salud de dicho periodo debido a un elevado número de mujeres con sobrepeso	NIC 6610 Identificación de riesgos NIC 0200 Fomento del ejercicio		x												x									NE2/ GRB
Dieta y/o ejercicio prescrito en el posparto para reducir peso previenen la obesidad materna futura., en las madres que lactan mediante asesoramiento dietético individual	NIC 0200 Fomento del ejercicio NIC 5614 Enseñanza : dieta prescrita														x									NE2/ GRB
El aumento de ingesta de fibras en la dieta, agua en la dieta o la adición de suplementos de fibra es beneficioso para aliviar los síntomas generales y la hemorragia de las hemorroides sintomáticas	NIC 6930 Cuidados posparto NIC 5614 Enseñanza : dieta prescrita																			x	x			NE2/ GRB

Recomendación	Nº estudio Propuesta/Equivalencia NIC	(5) Magee I.	(7) Daley A.	(8) NoviKova N.	(9) Chou D.	(10) Dennis	(11) Olufemi T.	(12) Steen M.	(14) Hay_Smith J.	(15) ABM	(17) Hannula L.	(18) Hofmeyr GJ.	(19) Jang GJ.	(21) East CE:	(22) Amorim AR.	(23) Rowan Cathy	(24) Louey M:	(25) Shaw E.	(26) Tezel A.	(27) Alonso- Coello P.	(28) Quijano CE.	(30) Moore ER:	NE/GR Equiva lencia JBI
Ejercicios de suelo pélvico para prevenir/tratar la incontinencia urinaria /fecal no como enfoque poblacional sino a grupos de riesgo y por profesionales cualificados y enseñanza individualizada.	NIC 6610 Identificación de riesgos NIC 0560 Ejercicios de suelo pélvico NIC 8100 Derivación								x								x						NE2/ GRB
Administración de fármacos prescritos para el dolor agudo perineal del posparto temprano (pendiente de resultados definitivos que fármaco es la mas eficaz)	NIC 2300 Administración de mediación NIC 1400 Manejo del dolor				x																		
Los métodos de enfriamiento local tras el trauma perineal para favorecer el bienestar de la paciente por reducción de la respuesta inflamatoria (de 10 a 20 minutos) Los dispositivos de enfriamiento local son más aceptables que los baños de asiento, fríos o con hielo.	NIC 1750 Cuidados perineales							x						x									NE2/ GRB

Recomendación	Nº estudio Propuesta/Equivalencia NIC	(5) Magee I.	(7) Daley A.	(8) Novikova	(9) Chou D.	(10) Dennis	(11) Olufemi	(12) Steen M.	(14)	(15) ABM	(17) Hannula	(18) Hofmeyr	(19) Jang G.J.	(21) East CE:	(22) Amorim	(23) Rowan	(24) Louey M:	(25) Shaw E.	(26) Tezel A.	(27) Alonso-	(28) Quijano	(30) Moore	NE/GR Equivalen cia JBI	
Masaje uterino después de la expulsión de la placenta como (manejo activo en la tercera fase del parto) prevención de la HPP. Repercusión en países subdesarrollados, en nuestro medio es realizado por matronas												x												NE2/ GRB
Importancia de las intervenciones interactivas de los profesionales (seguimiento telefónico, visitas a domicilio) en el posparto inmediato como programa educativo complementario a otras estrategias: fomentando la lactancia materna exclusiva, disminuir la sintomatología de la depresión posparto, impedir la recidiva de fumar, proporcionando recomendaciones y favoreciendo el autocuidado.	NIC 8180 Seguimiento telefónico NIC 7910 Consulta NIC 5606 Enseñanza individual NIC 1054 Ayuda en la lactancia materna NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia					x					x		x					x						NE1/ GRA

Recomendación	Nº estudio Propuesta/Equivalencia NIC	(5) Magee I.	(7) Daley A.	(8) NoviKova N.	(9) Chou D.	(10) Dennis CccCLC<c	(11) Olufemi T.	(12) Steen M.	(14) Hay_Smith J.	(15) ABM	(17) Hannula L.	(18) Hofmeyr GJ.	(19) Jang GJ.	(21) East CE:	(22) Amorim AR.	(23) Rowan Cathy	(24) Louey M:	(25) Shaw E.	(26) Tezel A.	(27) Alonso- Coello P.	(28) Quijano CE.	(30) Moore ER:	NE/GR Equivalencia JBI
Evaluación en las primeras 6 horas después del parto de Presión arterial Infección - temperatura Volumen de orina Hemorragia posparto Movilización(Prevención Tromboembolismo) Dolor Cefaleas Conocimiento de la mujer de signos y síntomas potenciadamente mortales	NIC 6680 Monitorización de signos vitales NIC 6650 Vigilancia NIC 6930 Cuidados posparto NIC 0590 Manejo de la eliminación urinaria (si es preciso NIC 0580 sondaje) NIC 1400 Manejo del dolor NIC 2870 Cuidados postanestesia NIC 5606 Enseñanza individual																x						NE1/ GRA
No existen pruebas suficientes para determinar los efectos secundarios de los métodos utilizados en la interrupción de la lactancia. Ni la efectividad de intervenciones no farmacológicas respecto a ninguna intervención/tratamiento.	NIC 6870 Supresión de la lactancia						x																NE2/ GRB

Recomendación	Nº estudio Propuesta/Equivalencia NIC	(5) Magee I.	(7) Daley A.	(8) Novikova N.	(9) Chou D.	(10) Dennis CccCLC<c	(11) Olufemi T.	(12) Steen M.	(14) Hay_Smith J.	(15) ABM	(17) Hannula L.	(18) Hofmeyr G.J.	(19) Jang G.J.	(21) East CE:	(22) Amorim AR.	(23) Rowan Cathy	(24) Louey M:	(25) Shaw E.	(26) Tezel A.	(27) Alonso- Coello P.	(28) Quijano CE.	(30) Moore ER:	NE/GR Equivalencia JBI
<p>Los profesionales deben identificar pacientes susceptibles de depresión posparto; detección precoz (escala válida de Edimburgo >11) y atención individualizada, no única visita contribuyen al disminución de depresión posparto.</p> <p>Intervenciones informativas, educación o de asesoramiento de los profesionales de enfermería para mejorar el bienestar emocional (evita problemas psicológicos, síntomas depresivos, trastorno estrés postraumático) de la mujer tras el parto</p>	<p>NIC 7370 Planificación al alta</p> <p>NIC 5240 Asesoramiento</p> <p>NIC 4920 Escucha activa</p> <p>NIC 6610 Identificación de riesgos (Edimburgo)</p>																						NE1/ GRA

TABLA 4.B - Recomendaciones - Guías de Práctica Clínica

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness	(4) Kemp S.	(6) Meads CA: 6	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalenci a JBI
No hay repercusión en el estado de salud madre- hijo por alta precoz (24 h.) si previamente no existían problemas	NIC 7370 Planificación del alta	x									NE1++/GRA	NE1 / GRA
La continuidad de cuidados produce mayor satisfacción de la experiencia posparto	NIC 7370 Planificación del alta	x									NE1++/GRA	NE1 / GRA
Valoración del estado emocional tras 72 h. del parto (cribado por Edimburgo)	NIC 6610 Identificación de riesgos. Instaurar una valoración sistemática a las 72h.	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA
Necesidad de seguimiento (visita domicilio o teléfono) por los profesionales de salud tras el alta hospitalaria	NIC 7910 Consulta/ Visita domicilio NIC 8180 Seguimiento telefónico	x								x	NE1+ / GRA	NE1 / GRA
No hay diferencias clínicas importantes entre los tipos de seguimiento tras el alta (la visita a domicilio, visita centro de Salud, telefónico) Mayor satisfacción si visitas a domicilio	NIC 7910 Consulta/ Visita domicilio NIC 8180 Seguimiento telefónico	x									NE3/ GRC	NE3c / GRB
La mujer debe tener conocimiento de los procesos fisiológicos, signos y síntomas potenciales de riesgos vital durante las primeras 24 h.	NIC 5606 Enseñanza individual	x									NE3/ GRC	NE3c / GRB
Enseñanza por los profesionales de los cuidados básicos del bebe. Entrega del Documento Guía paternidad y estado de salud infantil	NIC 5568 Educación paterna: niño	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J.(2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6)Meads CA. ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalencia JBI
Durante las primeras 24 horas los padres deben ser informados de la ictericia fisiológica la administración de Vit K	NIC 5568 Educación paterna: niño	x									NE3/ GRC	NE3c / GRB
Al alta los padres habrán serán informados de los cuidados del cordón umbilical, posibles caídas, accidentes o, quemaduras	NIC 5510 Educación sanitaria	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA
Al alta los padres habrán sido informados del cuidados del apego madre _ hijo y de las muertes súbitas en el lactante	NIC 5510 Educación sanitaria	x									NE2+ /GRB	NE3b/ GRB
Los padres serán informados del estado general del bebe, la erupción del pañal, del desarrollo de la ictericia, de los grupos de asesoramiento locales y como contactar con el profesional de salud o el servicio de emergencia	NIC 5606 Enseñanza individual	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC
La medición del volumen perdido por hemorragia posparto es impreciso y varía de una mujer a otra	NIC 6930 Cuidados posparto	x									NE2+ / GRC	NE3b / GRB
HPP primaria es en las 24 horas desde el nacimiento Menor de 500-1000ml Mayor 1000-2000 ml. Severa>2000ml HPP secundaria desde las 24 horas hasta las 12 semanas	NIC 6930 Cuidados posparto				x						GRC	NE3c/ GRB

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6) Meads CA:6	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalenci a JBI
Si una mujer tras una perdida aprox. De 1000ml. sigue sangrando o presenta cuadro de choque o taquicardia protocolo de actuación de resucitación y hemostasia	NIC 6930 Cuidados posparto NIC 4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto				x						GRC	NE3c/GRB
La evaluación de la HPP debe incluir signos y síntomas de perdida vaginal, anormal, fiebre o dolor abdominal además de la valoración del útero	NIC 6930 Cuidados posparto	x									NE2++ /GRB	NE3a/GRB
No hay evidencia para la frecuencia de la evaluación del útero mediante palpación abdominal mediante medición sino existe perdida vaginal anormal	NIC 6930 Cuidados posparto	x									NE4/GRD	NE4/GRC
La administración profiláctica de oxitócicos debe realizarse de forma rutinaria en la tercera fase del parto, ya que reduce el riesgo de hemorragia en un 60 %	NIC 2300 Administración de medicación				x				x		NE1+/GRA	NE1/GRA
El fármaco de elección para la profilaxis de HPP en mujeres sin factores de riesgo HPP, es la oxitocina (iu 5 o 10 UI por vía intramuscular) en la tercera fase del parto	NIC 2313 Administración de medicación : intramuscular (i.m.)				x				x		NE1+//GRA	NE1/GRA
El manejo activo de la tercera fase del parto reduce la pérdida de sangre materna y el riesgo de HPP	NIC 6720 Parto				x				x		NE1+//GRA	NE1/GRA

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness 3	(4) Kemp S.	(6) Meads CA ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalenci a JBI
El misoprostol no es tan efectivo pero puede ser utilizado cuando esta no este disponible	NIC 2304 Administración de medicación: oral				x				x		NE1+//GRA	NE1/GRA
Una vez PPH ha sido identificado, la gestión implica cuatro componentes, los cuales deben realizarse al tiempo: comunicación, resucitación, vigilancia e investigación, detención de la hemorragia (según protocolo de actuación).	NIC 6650 Vigilancia NIC 4026 Disminución de la hemorragia NIC 7710 Colaboración con el medico NIC 7920 Documentación NIC6200 Cuidados en la emergencia				x						NE2+/GRC	NE2/GRB
Las mujeres con placenta accreta/percreta tiene mayor riesgo de hemorragia posparto de mayor volumen Si se diagnostica antes del parto debe estar disponible sangre, plasma, plaquetas y acceso a cuidados intensivos	NIC 6610 Identificación de riesgos NIC 6650 Vigilancia				x						NE2+/GRC	NE3b/GRB
Si la hemorragia es consecuencia de la atonía uterina: Compresión bimanual del útero Garantizar vejiga vacía (sondaje) Medicación según ordenes medicas	NIC 4026 Disminución de la hemorragia NIC Sondaje vesical NIC 2300 Administración de medicación				x						NE2+//GRB	NE2 / GRB
Gestión de HPP Capacitación optima de los profesionales Documentación precisa La hemorragia obstétrica puede ser un trauma para la mujer_ familia	NIC 7800 Monitorización de la calidad NIC 7850 Desarrollo del personal NIC 5270 Apoyo emocional NIC 7920 Documentación				x						Normas de buenas prácticas por expertos	NE4/ GRC

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. 2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness	(4) Kemp S.	(6) Meads CA. ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Originalde la GPC	NE/GR Equivalenci a JBI
Si t ^a >38°C, segunda medición tras 4-6 h.	NIC 6930 Cuidados posparto	x									NE4 / GRD	NE4/GRC
Dos o más síntomas: t ^a >38.5°C en una ocasión o t ^a >38°C con 4 horas de diferencia, escalofríos, involución uterina, loquios malolientes o taquicardia indicción de sepsis	NIC 6930 Cuidados posparto NIC 6680 Monitorización de signos vitales	x									NE3 / GRC	NE 3c/GRB
Control de T.A. en las primeras 6 horas tras el parto	NIC 6930 Cuidados posparto	x									NE4 / GRD	NE4/GRC
Evaluación adicional a las mujeres que en las primeras 72 horas presenten dolor de cabeza intenso y persistente	NIC 6650 Vigilancia	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA
Factores de riesgo en la pre-eclampsia _eclampsia (>40 años, embarazo múltiples, obesidad., pre-eclampsia previas, hipertensión anterior, diabetes)	NIC Identificación de riesgos /embarazo NIC 6650 Vigilancia					x					NEII /GRB	NE2/ GRB
Evaluación adicional si la presión diastólica es >90 mm Hg. acompañada de otros síntomas de preclampsia	NIC 6680 Monitorización de signos vitales* NIC 6930 Cuidados posparto NIC 6650 Vigilancia	x				x					NE1+ / GRA	NE1 / GRA
Si presión diastólica >90 mm Hg. nueva medición a las 4 h. si se mantiene diastólica >90 mm Hg. Acción de emergencia	NIC 6680 Monitorización de signos vitales* NIC 6930 Cuidados posparto NIC 6650 Vigilancia	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6) Meads CA.º6	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalencia JBI
Movilización precoz tras el parto	NIC 6930 Cuidados posparto	x	x								NE3 / GRC	NE 3c/GRB
Las mujeres obesas tiene mayor riesgo de tromboembolismo	NIC 6930 Cuidados posparto	x									NE4 / GRD	NE4/GRC
El pico de la depresión posparto se produce sobre el 5 día y desaparece entre el día 10-14 día del posparto	NIC 6610 Identificación de riesgos	x									NE2++/GRB	NE3a/ GRB
La depresión posparto puede mejorar utilizando buenas técnicas de autocuidados, hablar acerca de los sentimientos (autoconfianza) continuidad de cuidados y haciendo uso de los sistemas de apoyo	NIC 5606 Enseñanza individual NIC 4920 Escucha activa	x								x	NE4 / GRD	NE4/GRC
La morbilidad de los trastornos psicológicos posparto no disminuye tras una única sesión o consulta	NIC 7910 Consulta NIC 8180 Seguimiento telefónico	x									NE1++/ GRA	NE1 / GRA
No se recomienda un interrogatorio formal /rutinario de la experiencia del parto. Los profesionales sanitarios deben apoyar a las mujeres que deseen hablar de su experiencia	NIC 4920 Escucha activa	x								x	NE1+ / GRA	NE1 / GRA
La aplicación de frío tópico produce alivio del dolor perineal a corto plazo y no retrasa la curación	NIC 1750 Cuidados perineales	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA
La analgesia oral de elección para el dolor perineal que no cede con frío será paracetamol Si no cede con frío y paracetamol AINES (rectal sino contraindicación) es tan eficaz como los narcóticos vía oral.	NIC 6930 Cuidados posparto NIC 2304 Administración de medicación: oral	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness	(4) Kemp S.	(6) Meads CA:	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalen cia JBI
Las mujeres deben conocer la importancia de la higiene perineal, el baño o ducha para mantenerle limpio y la importancia de lavarse las manos antes y después	NIC 1750 Cuidados perineales NIC 5606 Enseñanza individual	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC
La anestesia epidural o espinal puede producir dolor de cabeza	NIC 2870 Cuidados postanestesia	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA
Preguntar si deposición antes del alta	NIC 0450 Manejo del estreñimiento	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC
Medidas dietéticas para prevenir el estreñimiento	NIC 6930 Cuidados posparto	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC
Documentar primera micción posparto antes de las 6 horas. Ayudar con medidas higiénicas, si tras estas no se produce micción sondaje urinario	NIC 0590 Manejo de la eliminación urinaria NIC 0580 Sondaje vesical	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC
Las mujeres con pequeñas pérdidas involuntarias de orina (incontinencia de posparto) se le debe enseñar ejercicios del suelo pélvico	NIC 5606 Enseñanza individual NIC 0560 Ejercicios del suelo pélvico	x					x				NE1+ / GRA	NE1 / GRA
Si el resultado de entrenamiento del suelo pélvico de forma autodidacta no es satisfactorio tras 2 meses de realización debe ser remitido a un profesional especializado (fisioterapeuta)	NIC 6610 Identificación de riesgos NIC 7910 Consulta NIC 8100 Derivación						x				NE1 / GRA	NE1 / GRA
Administrar en las primeras 72 horas de Inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh - con bebe Rh +	NIC 2313 Administración de medicación : intramuscular	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6) Meads CA. ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalen cia JBI
La mujer debe tener conocimiento al alta hospitalaria de la importancia de la dieta, la fibra y la ingesta adecuada de líquidos	NIC 5606 Enseñanza individual NIC 7370 Planificación al alta	x									NE1+/ GRA	NE1 / GRA
La mujer debe tener conocimiento al alta hospitalaria de los cambios emocionales que se producen y su resolución entre los días 10-14 del posparto	NIC 5606 Enseñanza individual NIC 7370 Planificación al alta	x									NE2++/GRB	NE3a/ GRB
La mujer debe tener conocimiento al alta hospitalaria: de posibles pérdidas involuntarias de pequeños volúmenes de orina	NIC 5606 Enseñanza individual NIC 7370 Planificación al alta	x									NE3/ GRC	NE3c / GRC
La mujer debe tener conocimiento al alta hospitalaria de : Higiene perineal: autocuidados Planificación familiar: anticoncepción Lactancia Hemorroides Cansancio Puntos de información y apoyo	NIC 5606 Enseñanza individual NIC 7370 Planificación al alta	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC
El contacto piel a piel lo antes posible y la succión temprana tienen un impacto positivo en la salud y comportamiento de la madre _ hijo al tiempo que favorecen la duración de la lactancia materna	NIC 6710 Fomentar el acercamiento	x						x			NE1++/GRA	NE1 / GRA

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6) Meads CA. ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalen cia JBI
La formación e información de grupo, programas de visitas a domicilio o videos vistos en el hospital mejoran y son eficaces para la crianza y relación con el bebe	NIC 8700 Desarrollo de un programa	x									NE2+ /GRB	NE3b/ GRB
La separación de madre _ hijo en la primera hora para procedimientos de rutina deben evitarse a no ser que sean solicitados por la mujer o necesarios para la atención inmediata del bebe	NIC 6710 Fomentar el acercamiento	x						x			NE1+ / GRA	NE1 / GRA
Los profesionales deben favorecer la pre-alimentación en la primera hora de vida. No existe un momento determinado para comenzar la lactancia materna, en un ambiente relajado el ritmo y la duración serán decisión de la madre y el bebe (demanda)	NIC 6710 Fomentar el acercamiento NIC1054 Ayuda en la lactancia materna	x						x			NE1++/GRA	NE1 / GRA
La leche de formula no debe ser suministrada a bebes con lactancia materna en el hospital a no ser que un medicamento indicado Ni distribución de paquetes comerciales al alta	NIC1054 Ayuda en la lactancia materna NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia	x						x			NE1++/GRA	NE1 / GRA
Los fármacos “narcóticos” para el dolor durante el trabajo del parto perjudican la pre-alimentación		x						x			NE2+ / GRC	NE3b/ GRB
No se recomienda el uso de chupetes		x						x			NE4 / GRD	NE4 / GRC

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S	(6)Meads CA.6	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalencia JBI
La lactancia materna ayuda a prevenir la ingurgitación, aumenta la producción de leche, estabiliza los niveles de glucosa sérica neonatal y favorece el aumento de peso inicial	NIC1054 Ayuda en la lactancia materna NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia	x									NE4 / GRD	NE4 / GRC
La posición correcta (madre-hijo) durante el amamantamiento previene el dolor en los pezones y la alimentación ineficaz	NIC1054 Ayuda en la lactancia materna	x						x			NE4 / GRD	NE4 / GRC
Los programas OMS/UNICEF de formación a las enfermeras -matronas sobre la lactancia aumentan la tasa de lactancia materna	NIC 7850 Desarrollo del personal	x						x			NE2+/GRC	NE3b/ GRB
El apoyo a la lactancia produce un efecto beneficios en la duración de la lactancia tanto en intervenciones conjuntas como individuales Piel a piel Educación para la salud Alojamiento en conjunto madre _ hijo	NIC 1054 Ayuda en la lactancia materna NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia NIC 6710 Fomentar el acercamiento	x						x			NE1++/GRA	NE1 / GRA
Las campañas de televisión y/o intervenciones de apoyo social aumentan la tasa de iniciación a la lactancia materna pero no se recomienda el material escrito de forma estándar si previamente no se ha realizado enseñanza individual por profesionales	NIC1054 Ayuda en la lactancia materna NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia NIC 8700 Desarrollo de un programa	x									NE1++/GRA	NE1 / GRA

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J.(2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6) Meads CA:6	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original e la GPC	NE/GR Equivalen cia JBI
Altas hospitalarias <48 horas no afectan a la duración de la lactancia materna	NIC 7370 Planificación al alta	X									NE1++/GRA	NE1 / GRA
La suplementación con líquidos, (Biberón de agua, glucosa o fórmula) que no sea leche materna influye negativamente en la duración de la lactancia	NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia NIC1054 Ayuda en la lactancia materna	x						x			NE1+ / GRA	NE1 /GRA
Los suplementos en la alimentación solamente son beneficiosos para bebés nacidos por cesárea	NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia NIC1054 Ayuda en la lactancia materna	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA
No se ha demostrado la eficacia de los tratamientos tópicos para el dolor de los pezones	NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia	x									NE1++/GRA	NE1 / GRA
La mujer debe conocer los signos y síntomas de la mastitis	NIC 5606 Enseñaza individual	x									NE1+ / GRA	NE1 / GRA
El tratamiento de la mastitis no infecciosa se realiza con humedad, calor y continuación de la lactancia	NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia	X									NE1++/GRA	NE1 / GRA
Los profesionales deben crear oportunidades en el periodo prenatal/postnatal para hablar de Problemas sexuales, imagen del cuerpo, Bienestar mental Métodos de anticoncepción	NIC 5606 Enseñaza individual NIC 4920 Escucha activa NIC 5240 Asesoramiento NIC 7910 Consulta			x							Recomendación de los expertos basada en la práctica clínica	NE4 /GRC
Los profesionales deben proporcionar información de redes de apoyo a los afectados por violencia doméstica	NIC 5240 Asesoramiento			x							Recomendación de los expertos basada en la	NE4 /GRC

Recomendación	Guía -Nº de estudioPropuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6)Meads CA ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalencia JBI
<p>Se consideran factores de riesgo de tromboflebitis en embarazadas y mujeres en las 6 primeras semanas de posparto los siguientes: Historias familiares de tromboembolia Deshidratación Obesidad (IMC superior a 30) 1 ó mas comorbilidades médicas importantes Historia personal o familiar 1 grado de TEV Uso de anticonceptivos con estrógeno Venas varicosas con flebitis Pérdida de sangre excesiva (<1l.) o transfusiones Embarazo múltiple/terapia de reproducción Pre-eclampsia Cesárea Trabajo de parto prolongado Cáncer activo / tto. de cáncer</p>	<p>NIC 6610 Identificación de riesgos NIC 6650 Vigilancia</p>		x								NE4 / GRD	NE4/ GRC
<p>Los profesionales deben evaluar las necesidades de Método de anticonceptivo según creencias, actividad sexual, lactancia, tipo de menstruación y factores médicos y sociales</p>	<p>NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia</p>			x							Recomendación de los expertos basada en la práctica clínica	NE4 /GRC

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Dermott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness ³	(4) Kemp S.	(6) Meads CA: ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalen cia JBI
Las mujeres que lactan deben ser informadas que los anticonceptivos de solo "progestogen" no afectan al crecimiento infantil	NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia			x							/ GRA	NE1 / GRA
Las mujeres que lactan deben ser informadas que los anticonceptivos de solo "progestogen" no afectan al volumen de leche	NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia			x							/ GR B	NE3a /GRB
Los profesionales deben informar a las mujeres que en los 6 primeros meses de posparto si amenorrea y lactancia materna completa la efectividad en la prevención de embarazo es del 98%	NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia			x							/ GRB	NE3a/GRB
Los profesionales deben informar que el riesgo de embarazo es mayor si la frecuencia de la lactancia disminuye (no lactancia nocturna, uso de chupetes, alimentación suplementaria), si se inicia la menstruación o tras los 6 primeros meses de posparto	NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia			x							/ GRC	NE3c/ GRB
Los profesionales deben informar a las mujeres que durante los primeros 21 días del posparto no es necesaria la anticoncepción	NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia			x							/ GRC	NE3c/ GRB
Las mujeres que no amamantan no deben comenzar con un método hormonal combinado (CHC) antes del día 21 por riesgos de trombosis	NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción			x							/ GRC	NE3c /GRB

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J. (2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness 3	(4) Kemp S.	(6)Meads CA. ⁶	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalencia JBI
Las mujeres que amamantan no deben utilizar CHC durante las primeras 6 semanas del posparto	NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia			x							/ GRC	NE3c /GRB
No recomendar a las mujeres que amamantan el uso de CHC antes de los 6 meses tras el parto	NIC 6784 Planificación familiar anticoncepción NIC 5244 Asesoramiento en la lactancia			x							Recomendación de los expertos basada en la práctica clínica	NE4/ GRC
Los profesionales de salud en la primera consulta prenatal y postnatal con la mujer deben preguntar acerca de Pasado/presente enfermedades mentales graves Tratamiento previo por un psiquiatra /equipo de especialistas de salud mental, incluyendo la atención hospitalaria. Antecedentes familiares de enfermedad mental perinatal										x		NE4/ GRC
Preedición y detección (Edimburgo) Factores de riesgo de la depresión posparto son el estado de animo depresivo y la ansiedad en el embarazo otros potenciales falta de apoyo social, acontecimientos vitales y antecedentes psiquiátricos	NIC 6610 Identificación de riesgos									x	NE1+/GRA	NE1/ GRA

Recomendación	Guía -Nº de estudio Propuesta Equivalencia NIC	(1) Demott K.	(2) Hill J.	(3) Clinical Effectiveness3	(4) Kemp S.	(6) Meads CA:6	(13) Finnis Medial	(16) Royal College	(20) WHO	(29) Nacional Collaborating	NE/GR Original de la GPC	NE/GR Equivalen cia JBI
<p>El EPDS es la herramienta de cribado de ansiedad pero la mas usada mas utilizada como diagnostico de depresión posparto con fiabilidad del 87 -100%% dependiendo del grado de depresión y del corte de la escala Especificidad del 95%</p> <p>>12- depresión probable >9- depresión posible 15-20 urgencia Práctica clínica corte >11</p>		x								x		
<p>La intervención para las mujeres con síntomas subliminales de la depresión y/o ansiedad debe ser una intervención psicoeducativa breve. Y el seguimiento durante un año</p>										x		
<p>A las mujeres que desarrollan o tienen un trastorno mental en el embarazo o posparto los profesionales les deben :</p> <p>Proporcionar información útil y eficaz Relación de confianza Garantizar la continuidad de cuidados Valorar las necesidades y Evaluaciones múltiples Bienestar del niño Impacto en relaciones de pareja</p>										x		

PLAN ESTÁNDAR DEL PARTO EUTÓCICO - SACYL

Anexo I

PLAN ESTÁNDAR PARTO EUTÓCICO

Definición: Mujeres ingresadas en unidad de maternidad por parto.

DRE0146 - ANSIEDAD

FRE - Cambio en la función del rol

FRE - Cambios en el entorno

RES1211 - Nivel de ansiedad

IND - Inquietud

IND - Ansiedad verbalizada

INT5820 - Disminución de la ansiedad.

ACT - Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

ACT - Animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos

ACT - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

DRE0126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

FRE - Falta de exposición

RES1818 - Conocimiento: salud materna en el puerperio

IND - Descripción de las sensaciones físicas normales después del parto

IND - Descripción de los cuidados de la episiotomía

INT6930 - Cuidados posparto

ACT - Reforzar las técnicas de higiene perineal adecuadas para evitar infecciones

ACT - Vigilar el estado de la episiotomía para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis, supuración y aproximación

ACT - Fomentar una deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y evitar tromboflebitis

ACT - Controlar signos vitales

ACT - Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos

RES1800 - Conocimiento: lactancia materna

IND - Descripción de los beneficios de la lactancia materna

IND - Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebe

INT1054 - Ayuda en la lactancia materna

ACT - Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar

ACT - Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos

ACT - Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebe

ACT - Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno ocasionado por el mamar o el bombeo

ACT - Observar el bebe al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir

RES1819 - Conocimiento: cuidados del lactante

IND - Descripción de los cuidados del cordón umbilical

IND - Descripción de cómo bañar al lactante

IND - Descripción de la posición adecuada del lactante

IND - Descripción de la colocación de los pañales

INT5568 - Educación paterna: niño

ACT - Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido

ACT - Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebe

DRI0015 – RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

FRI - Problemas durante la defecación

RES0501 - Eliminación intestinal

IND - Patrón de eliminación

IND - Facilidad de eliminación de las heces

INT0450 - Manejo del estreñimiento/impactación

ACT - Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.

ACT - Vigilar la aparición signos y síntomas de estreñimiento.

DRI0004 – RIESGO DE INFECCIÓN

FRI - Procedimientos invasivos

FRI - Alteración de las defensas primarias

RES1101 - Integridad tisular piel y membranas mucosas

IND - Induración

IND - Eritema

INT2440 - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

ACT - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

ACT - Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, malestar).

RES1102 - Curación de la herida por primera intención

IND - Secreción serosanguinolenta

IND - Aproximación de los bordes

IND - Olor de la herida

INT3440 - Cuidados del sitio de incisión

ACT - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.

ACT - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

ACT - Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión incluyendo signos y síntomas de infección.

CPO - DOLOR

RES2102 - Nivel del dolor

IND - Dolor referido

IND - Expresiones faciales de dolor

INT1400 - Manejo del dolor

ACT - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

ACT - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa

ACT - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

CPO - HEMORRAGIA

RES0413 - Severidad de la pérdida de sangre

IND - Sangrado vaginal

IND - Disminución de la presión arterial sistólica

INT4160 - Control de hemorragias

ACT - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre

ACT - Observar signos y síntomas de hemorragia

INT6680 - Monitorización de los signos vitales.

ACT - Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede

ACT - Observar periódicamente color, temperatura y humedad de la piel.

CPO - ATONIA UTERINA

RES2511 - Estado materno puerperio

IND - Altura de fondo uterino

INT6930 - Cuidados posparto

ACT - Masajear suavemente el fundus hasta que esté firme, si es necesario

ACT - Comprobar y registrar la altura y firmeza del fundus, cada 15/1h; luego cada 30 min/1h; después cada 1h /4 h y finalmente cada 4 h/ 24 h

ACT - Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus esté firme

CPO - EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANESTESIA RAQUÍDEA

RES0503 - Eliminación urinaria

IND - Retención urinaria

INT0090 - Manejo de la eliminación urinaria

ACT - Registrar la hora de la primera eliminación después del procedimiento si procede.

RES0909 - Estado neurológico.

IND - Cefalea.

IND - Función sensitivo/motora medular.

INT2620 - Monitorización Neurológica

ACT - Observar si hay parestesia, entumecimiento y hormigueos

ACT - Observar la existencia de quejas por jaqueca

INTERVENCIONES DE PROCESO

INT2300 - Administración de la medicación

ACT - Seguir los cinco principios de administración de medicación

ACT - Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.

ACT - Registrar la administración de medicación y la capacidad de respuesta del paciente de acuerdo con las guías de la institución.

INT7370 - Planificación del alta

ACT - Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta

ACT - Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados

PLAN ESTÁNDAR DEL PARTO EUTÓCICO - PROPUESTA

Anexo II

PLAN ESTANDAR PARTO EUTÓCICO

Definición: Mujeres ingresadas en unidad de maternidad por parto.

DRE00146 - ANSIEDAD

FRE - Cambio en la función del rol

FRE - Cambios en el entorno

RES01211 - Nivel de ansiedad

IND - Inquietud

IND - Ansiedad verbalizada

INT05820 - Disminución de la ansiedad.

ACT - Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

ACT - Animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos

ACT - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (Cribado de Edimburgo)

ACT - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

DRE00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

FRE - Falta de exposición

RES01818 - Conocimiento: salud materna en el puerperio

IND - Descripción de las sensaciones físicas normales después del parto

IND - Descripción de los cuidados de la episiotomía

INT06930 - Cuidados posparto

ACT - Reforzar las técnicas de higiene perineal adecuadas para evitar infecciones

ACT - Vigilar el estado de la episiotomía para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis, supuración y aproximación

ACT - Fomentar una deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y evitar tromboflebitis

ACT - Controlar signos vitales

ACT - Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos

RES01800 - Conocimiento: lactancia materna

IND - Descripción de los beneficios de la lactancia materna

IND - Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebé

INT01054 - Ayuda en la lactancia materna

ACT - Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar

ACT - Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos

ACT - Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebe

ACT - Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno ocasionado por el mamar o el bombeo

ACT - Observar el bebe al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir

RES01819 - Conocimiento: cuidados del lactante

IND - Descripción de los cuidados del cordón umbilical

IND - Descripción de cómo bañar al lactante

IND - Descripción de la posición adecuada del lactante

IND - Descripción de la colocación de los pañales

INT05568 - Educación paterna: niño

ACT - Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido

ACT - Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé

DRI0015 – RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

FRI - Problemas durante la defecación

RES00501 - Eliminación intestinal

IND - Patrón de eliminación

IND - Facilidad de eliminación de las heces

INT00450 - Manejo del estreñimiento/impactación

ACT - Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.

ACT - Vigilar la aparición signos y síntomas de estreñimiento.

DRI0004 – RIESGO DE INFECCIÓN

FRI - Procedimientos invasivos

FRI - Alteración de las defensas primarias

RES01101 - Integridad tisular piel y membranas mucosas

IND - Induración

IND - Eritema

INT02440 - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

ACT - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

ACT - Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, malestar).

RES01102 - Curación de la herida por primera intención

IND - Secreción serosanguinolenta

IND - Aproximación de los bordes

IND - Olor de la herida

INT03440 - Cuidados del sitio de incisión

ACT - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.

ACT - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

ACT - Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión incluyendo signos y síntomas de infección.

CPO - DOLOR

RES02102 - Nivel del dolor

IND - Dolor referido

IND - Expresiones faciales de dolor

INT01400 - Manejo del dolor

ACT - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

ACT - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa

ACT - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

PO - HEMORRAGIA

RES00413 - Severidad de la pérdida de sangre

IND - Sangrado vaginal

IND - Disminución de la presión arterial sistólica

INT04160 - Control de hemorragias

ACT - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre

ACT - Observar signos y síntomas de hemorragia

INT06680 - Monitorización de los signos vitales.

ACT - Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede

ACT - Observar periódicamente color, temperatura y humedad de la piel.

CPO - ATONÍA UTERINA

RES02511 - Estado materno puerperio

IND - Altura de fondo uterino

INT06930 - Cuidados posparto

ACT - Masajear suavemente el fundus hasta que esté firme, si es necesario

ACT - Comprobar y registrar la altura y firmeza del fundus, cada 15/1h; luego cada 30 min/1h; después cada 1h /4 h y finalmente cada 4 h/ 24 h

ACT - Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus esté firme

CPO - EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANESTESIA RAQUÍDEA

RES00503 - Eliminación urinaria

IND - Retención urinaria

INT00590 - Manejo de a eliminación urinaria

ACT - Registrar la hora de la primera eliminación después del procedimiento si procede.

RES00909 - Estado neurológico.

IND - Cefalea.

IND - Función sensitivo/motora medular.

INT02620 - Monitorización Neurológica

ACT - Observar si hay parestesia, entumecimiento y hormigueos

ACT - Observar la existencia de quejas por jaqueca

INTERVENCIONES DE PROCESO

INT02300 - Administración de la medicación

ACT - Seguir los cinco principios de administración de medicación

ACT - Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.

ACT - Registrar la administración de medicación y la capacidad de respuesta del paciente de acuerdo con las guías de la institución.

INT07370 - Planificación del alta

ACT - Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta

ACT - Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados