

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
DURANTE EL PUERPERIO
FISIOLÓGICO
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-753-15

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright, **Secretaría de Salud, Gobierno Federal**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Intervenciones de Enfermería durante el puerperio fisiológico**. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2015. [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

GPC: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PUERPERIO FISIOLÓGICO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2014

COORDINACIÓN:				
Lic. Enf. María Isabel Romero Ochoa	Maestría en Docencia en Ciencias de Salud.	Secretaría de Salud. Instituto de Salud en el Estado de Chiapas. Escuela de Enfermería Tapachula, de Tapachula, Chiapas.	Jefe de servicio/ Coordinadora del proyecto "Proceso de enfermería y Planes de cuidados" Hospital General Tapachula, Chiapas. Docente.	Colegio de enfermeras del Soconusco, A.C./ Colegio de Enfermeras del Estado de Chiapas, A.C.
AUTORÍA:				
Lic. Enf. María Elena Xochitl Chávez Sarabia	Maestría en Administración Y Gestión del Cuidado de Enfermería.	Secretaría de Salud.	Coordinadora de prestación del cuidado en unidades de atención primaria/ Servicios de Salud de Oaxaca.	Colegio de Enfermeras de Oaxaca, A.C.
Lic. Enf. Yolanda Martínez Juárez	Maestría en Ciencias Médicas.	Secretaría de Salud.	Coordinadora de Enseñanza de Enfermería/ Hospital General Progreso (CAAPS) de Guerrero.	Colegio de Profesionales en Enfermería de Gro. A.C. / Asociación Guerrerense de Entradas Quirúrgicas A.C./ Sociedad Mexicana Salud Pública A.C.
Lic. Enf. María Elizabeth Pin Gutiérrez	Maestría en Administración Y Gestión del Cuidado de Enfermería.	Secretaría de Salud.	Jefa del Departamento de Enfermería Asistencial/ Servicios De Salud De Oaxaca.	Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública, A.C.
Lic. Enf. Rosa Elena Venegas García	Maestría en Administración de la Atención de Enfermería.	Secretaría de Salud.	Coordinadora de Investigación y proyectos de mejora/ Hospital Regional de Especialidades Pediátricas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.	Colegio de Enfermeras del Estado de Chiapas, A.C.
Lic. Enf. Sergio Contreras López	Doctorado en Ciencias para la Salud.	Secretaría de Salud.	Coordinador de Investigación/ Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud".	Colegio de Enfermeras del Soconusco, A.C./ Asociación Mexicana de Enfermeras Especializadas en Medicina Crítica y Terapia intensiva, A.C.
Lic. Enf. María Eloísa González García	Maestría en Ciencias de la Educación y Maestría en Administración de los Servicios de Enfermería.	Secretaría de Salud.	Supervisora de Enfermería de Turno Nocturno, Evaluadora del Premio de Calidad/ Hospital General "Adolfo Prieto" de Guerrero.	Colegio de Profesionales en Enfermería de Gro. A.C. / Asociación Mexicana de Enfermeras Quirúrgicas, A.C.

VALIDACIÓN:

Protocolo de Búsqueda

Lic. Alejandro Reynoso Álvarez	Maestría en Ciencias de la Información y Administración del Conocimiento.	Universidad de Guadalajara.	Jefe de la Unidad de Desarrollo Bibliotecario.	Lic. Alejandro Reynoso Álvarez
--------------------------------	---	-----------------------------	--	--------------------------------

Guía de Práctica Clínica

Lic. López Morales Ana Belem	Licenciatura en Enfermería.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	Coordinadora de programas de enfermería.	
Lic. Luis Alberto Pérez Camargo	Licenciatura en enfermería y Obstetricia. Especialidad en Medicina Familiar.	Instituto Mexicano del Seguro Social.		

ÍNDICE

1.	Clasificación	8
2.	Preguntas a Responder	9
3.	Aspectos Generales	10
3.1.	Justificación	10
3.2.	Objetivo.....	12
3.3.	Definición.....	13
4.	Evidencias y Recomendaciones	14
4.1.	Intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico inmediato	15
4.2.	Signos y síntomas de alarma	22
4.3.	Prevención de complicaciones	244
4.3.1.	Riesgo de sangrado.....	25
4.3.2.	Riesgo de infección.....	26
4.4.	Depresión postparto	28
4.4.1.	<i>Prevalencia</i>	28
4.4.2.	Factores de riesgo	29
4.4.3.	<i>Signos y síntomas</i>	30
4.5.	Plan de alta.....	34
4.5.1.	<i>Cuidados en el puerperio fisiológico</i>	34
4.5.1.1.	Aspectos interculturales.....	34
4.5.1.2.	Cuidados de los senos y pezones	35
4.5.1.3.	Nutrición y actividad física.....	36
4.5.1.4.	Sexualidad.....	37
4.5.2.	<i>Cuidados del recién nacido</i>	39
4.5.3.	<i>Seguimiento de las recomendaciones de autocuidado</i>	43
5.	Anexos	45
5.1.	Protocolo de Búsqueda.....	45
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda</i>	46
5.1.1.1.	Primera Etapa.....	46
5.1.1.2.	Segunda Etapa	48
5.1.1.3.	Tercera Etapa.....	48
5.1.1.4.	Cuarta Etapa.....	48
5.2.	Escalas de Gradación	49
5.3.	Cuadros o figuras.....	50
5.4.	Diagramas de Flujo	52
5.5.	Listado de Recursos.....	53
5.5.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	53
5.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería.....	54
6.	Glosario	56
7.	Bibliografía	58
8.	Agradecimientos	64
9.	Comité Académico	65
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	66
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	67

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: SS-753-15

Profesionales de la salud	1.5. Licenciados en enfermería, Licenciados en investigación documental, Maestros en docencia en ciencias de la salud, educación, ciencias médicas, administración y gestión del cuidado de enfermería, administración en la atención de enfermería, bibliotecología y Doctorado en Ciencias para la salud.
Clasificación de la enfermedad	No aplica para esta guía
Categoría de GPC	Primer nivel de atención
Usuarios potenciales	Profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, principalmente de primer nivel y comadronas; Técnicos en enfermería, Licenciados en enfermería y obstetricia, especialista en salud pública, Técnicos en atención primaria a la salud, Trabajo social, Médicos generales y especialistas, Psicólogos y profesionales de la salud en formación, entre otros.
Tipo de organización desarrolladora	Secretaría de Salud, Instituto de Salud en el Estado de Chiapas, Hospital General “Tapachula” de Chiapas, Servicios de Salud de Oaxaca, Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, Hospital General Adolfo Prieto y Hospital General Progreso (CAAPS) de Guerrero.
Población blanco	Mujeres en edad reproductiva, embarazadas y en el período de postparto
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Secretaría de Salud, Instituto de Salud en el Estado de Chiapas, Hospital General “Tapachula” de Chiapas, Servicios de Salud de Oaxaca, Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, Hospital General Adolfo Prieto y Hospital General Progreso (CAAPS) de Guerrero.
Intervenciones y actividades consideradas	Intervenciones de enfermería en la prevención y detección de complicaciones durante el puerperio fisiológico: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de signos vitales. • Instalación de sonda vesical. • Masaje uterino. • Cuantificación del sangrado transvaginal. • Asesoramiento para la deambulacion temprana. • Administración de medicamentos. • Contacto piel a piel. • Aplicación de frío local. • Técnicas de lactancia materna y extracción manual de leche. • Seguimiento domiciliario.
Impacto esperado en salud	Contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna. Prevenir complicaciones durante el puerperio. Establecer referencia oportuna de la puérpera. Mejorar la calidad en la atención de enfermería.
Metodología¹	Elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaron las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 70 Guías seleccionadas: 4 Revisiones sistemáticas: 16 Ensayos controlados aleatorizados: 12 Estudios de cohorte: 7 Reporte de casos: 2 Otras fuentes seleccionadas: 29
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Lic. Alejandro Reynoso Álvarez Unidad de Desarrollo Bibliotecario, Universidad Autónoma de Guadalajara, Jalisco. Validación de la guía: Lic. López Morales Aana Belem, Coordinadora de programas de enfermería. y Lic. Luis Alberto Pérez Camargo del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en la elaboración de esta guía.
Actualización	Fecha de publicación: <fecha en que la guía es aprobada por el CNGPC>. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico inmediato?
2. ¿Qué intervenciones de enfermería se realizan en respuesta a los signos y síntomas de alarma en el puerperio fisiológico?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir las complicaciones en el puerperio fisiológico?
4. ¿Cuál es la participación de enfermería para la identificación de la depresión postparto?
5. ¿Qué intervenciones recomienda el profesional de enfermería para el plan de alta de la puérpera?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. Justificación

El puerperio es un periodo trascendental para la mujer, caracterizado por manifestaciones como dudas, miedos, depresión y desconocimiento de la evolución en la madre y el desarrollo normal del niño; así como la vulnerabilidad materna ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones, comprometiendo la salud y la vida (Bohórquez, 2009). Es comprendido como el período que inicia después del parto y termina cuando las modificaciones locales y generales determinadas por la gestación en el organismo materno retornan a las condiciones normales. En esta etapa ocurren algunas adaptaciones fisiológicas y comportamentales complejas en las mujeres, caracterizadas por los fenómenos involutivos, por el establecimiento de la lactación, por la adaptación psicológica de la madre y por el establecimiento de la relación madre-hijo y familiares (Enderle C, 2011).

Esta etapa se asocia generalmente a una disminución del bienestar biológico, psicológico, conyugal y familiar. Las alteraciones provenientes del embarazo y del parto que se presentan en el puerperio son expresadas como dolor o incomodidad abdominal, en la región perineal, en las mamas, dolores musculares, pudiendo provocar inclusive dificultades en el autocuidado y en los cuidados del recién nacido. La mujer requiere cuidados de forma integral para garantizar bienestar físico y emocional, demandando una red de cuidadores, formada por la familia y los servicios de salud (Enderle C, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que cada día mueren en el mundo 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En 2010 murieron 287,000 mujeres en el mundo durante dichas etapas, prácticamente todas estas se produjeron en países en vías de desarrollo y la mayoría de ellas pudieron haberse evitado (OMS, 2012).

Por lo tanto, la mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y uno de los indicadores es la Tasa de mortalidad materna el cual, se planteó reducir hasta 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en 47%. Sin embargo, entre 1990 y 2010 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido 3.1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5.5% anual necesaria para alcanzar dicho objetivo. En este sentido, la razón de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo es de 240 por 100 000 nacidos vivos, en tanto, en los países desarrollados es de 16 por 100 000. Además existen diferencias representativas en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos, entre población rural y urbana (OMS, 2012).

En México la razón de mortalidad materna en el año 2013 es 43 por 100 000, existen estados que están por arriba de esta media nacional como son: Campeche con 63.1 por 100 000, Chiapas con 51.8 por 100 000, Chihuahua con 67.7 por 100 000, Guerrero con 90.1 por 100 000, Oaxaca con 61.3 por 100 000, entre otros. Siendo la meta de 22.2 para el año 2015 (SINAIS, 2013).

Dentro de las principales causas de mortalidad materna están: preeclampsia y eclampsia, hemorragia postparto, infecciones puerperales y abortos. Abarcando un 80% del total de las muertes y dentro de estas causas casi 45% se presentan en el puerperio (OMS, 2012).

Por todo lo anterior, surge la necesidad de desarrollar guías de práctica clínica de enfermería que ayuden a este profesional en los diferentes niveles de atención a la toma de decisiones basadas en recomendaciones con la mejor evidencia científica, asimismo, a estandarizar la atención de la mujer durante el puerperio fisiológico considerando las necesidades Bio-psico-sociocultural y espirituales de la puérpera.

3.2. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica: **intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en primer nivel de atención**, forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: **Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Contribuir a la disminución la tasa de mortalidad materna y perinatal.
- Detectar signos y síntomas de alarma y prevenir complicaciones en el puerperio fisiológico.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención del cuidado de enfermería, contribuyendo al bienestar de las puérperas y la disminución de la mortalidad materna en México.

3.3. Definición

Puerperio: Es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días y se clasifica en puerperio inmediato, mediato y tardío(SALUD, 2012).

Puerperio inmediato: Periodo que comprende las primeras 24 horas.

Puerperio mediato: Periodo que abarca del segundo al séptimo día.

Puerperio tardío: Periodo que incluye del día 8 al 42.

Puerperio fisiológico: Es el periodo en el que se revierten todos los cambios fisiológicos que se produjeron durante el embarazo con la sola excepción de los cambios mamarios que se intensificarán para mantener el amamantamiento exitoso (Fescina R, 2011).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **E. Shekelle modificada.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	la Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

4.1. Intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico inmediato.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La atención del período postparto inmediato se realiza con vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado transvaginal.	Ib Shekelle GPC Vigilancia y manejo del parto, 2008
	El personal de salud deberá valorar en la puérpera: temperatura, pulso, presión arterial, involución uterina, loquios, estado emocional y uresis espontánea.	B Shekelle GPC Vigilancia y manejo del parto, 2008
	El personal de enfermería deberá establecer el plan de cuidados relacionado con la seguridad del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación correcta de la puérpera. • valorando los signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, y frecuencia respiratoria, cada quince minutos en la primera hora, cada treinta minutos en la segunda y posteriormente cada hora durante las primeras 8 horas. • Altura y firmeza del fondo uterino cada 15 minutos en la primera hora, en la segunda cada 30, posteriormente cada hora durante 4 horas y por último cada 4 por 24 horas. • Valorar las características del sangrado transvaginal. 	Punto de buena práctica
	En un estudio de cohorte se estimó que la pérdida sanguínea después de un parto vaginal debe ser menor a 500 ml. en las primeras 24 horas.	IIb Shekelle Rubio J, 2007
	El personal de enfermería deberá cuantificar la cantidad de pérdida sanguínea durante el puerperio para identificar posibles complicaciones.	B Shekelle Rubio J, 2007
	El personal de salud deberá monitorear el sangrado transvaginal durante las primeras dos horas del postparto y el estado de la episiotomía si se realizó.	Punto de buena práctica
	Los resultados de una revisión sistemática mencionan que la oxitocina en la puérpera produce contracción uterina y disminución del sangrado postparto.	Ia Shekelle Moore ER, 2007

	Además reduce la ansiedad, aumenta la tranquilidad y su receptividad social.	
	El uso de oxitocina y derivados del maleato de ergometrina disminuyen la pérdida de sangre postparto sobre todo en las mujeres con riesgo de hemorragia (OR=0.41 IC 95% 0.33-0.52).	Ib Shekelle GPC Vigilancia y manejo del parto, 2008
	El personal de salud deberá administrar 10 UI de oxitocina, vía intramuscular inmediatamente después del nacimiento del Recién Nacido (R/N).	A Shekelle GPC Vigilancia y manejo del parto, 2008
	Instituciones internacionales como la Joint Commission International han establecido medidas para disminuir errores y mejorar la seguridad del paciente a través de gestionar de manera segura la ministración de medicamentos.(ver metas Internacionales)	IV Shekelle OMS, 2004
	El profesional de enfermería deberá considerar las recomendaciones de la meta internacional 3 “Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos” haciendo énfasis en la dilución, identificación y ministración correcta de la oxitocina.	D Shekelle OMS, 2004
	Una revisión sistemática concluyó que el masaje uterino estimula la producción de prostaglandinas favoreciendo la contracción uterina y a una pérdida menor de sangre.	Ia Shekelle Soltani H, 2010
	El masaje uterino debe efectuarse con movimientos de compresión suave en forma repetitiva, colocando una mano en la parte inferior del abdomen de la puerpera para favorecer la contracción uterina.	A Shekelle Soltani H, 2010
	El personal de salud deberá realizar el masaje uterino en dirección de las manecillas del reloj.	Punto de buena práctica
	En una revisión sistemática se demostró que el contacto piel con piel entre el binomio madre e hijo es un importante estimulante vagal que entre otros efectos, libera oxitocina, la cual produce un	Ia Shekelle Moore ER, 2007

	incremento de la temperatura de la piel en la madre, proporcionando calor al R/N y favoreciendo el vínculo afectivo.	
	Un ECA determinó que el pecho desnudo de una madre es más eficaz que una incubadora para mantener la estabilidad de la temperatura del R/N inmediatamente después del nacimiento.	Ib Shekelle Moore ER, 2007
	El personal de enfermería debe colocar al R/N en decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento para regular su temperatura corporal y favorecer el apego madre e hijo.	A Shekelle Moore ER, 2007
	El contacto precoz madre y R/N, se asocia con efectos benéficos para la lactancia del 1° al 4° mes de vida (OR=1.82, IC 95% 1.08-3.07) asimismo, al acortamiento de la duración del llanto y estabilidad cardio-respiratoria del R/N.	Ia Shekelle GPC Vigilancia y manejo del parto, 2008)
	Mantener juntos al binomio madre e hijo si la salud de ambos lo permite para favorecer la lactancia, proporcionar calor al R/N y fortalecer el vínculo afectivo.	A Shekelle GPC Vigilancia y manejo del parto, 2008)
	Un ECA demostró que los niños colocados inmediatamente después del nacimiento piel a piel con su madre tuvieron mayor capacidad de succionar durante la primera lactancia.	Ib Shekelle Moore ER, 2007
	El personal de enfermería, médico o partera debe iniciar inmediatamente después del parto el contacto piel a piel entre la diada madre e hijo para garantizar una lactancia exitosa.	A Shekelle Moore ER, 2007
	La “Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2010. Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y el recién nacido” recomienda iniciar la lactancia materna exclusiva en los primeros 30 minutos después del parto en aquellas mujeres que las condiciones lo permitan.	Punto de buena práctica
	El personal de enfermería, comadrona o partera deberá asesorar sobre la técnica correcta de amamantamiento para garantizar una lactancia exitosa.	Punto de buena práctica

	Un ECA se observó que el dolor postparto en especial el dolor perineal está determinado por varias condicionantes como son: ser primigesta, los desgarros vaginales y la instrumentación en la atención del parto.	Ib Shekelle Perea D, 2012
	En una revisión sistemática se encontró que el 30% de las mujeres que tuvieron un parto vaginal asistido presentó dolor perineal en el puerperio inmediato.	Ia Shekelle Borders N, 2006
	El personal de enfermería deberá valorar en las púerperas la presencia de dolor perineal en el período inmediato y mediano con énfasis en las primíparas.	A Shekelle Borders N, 2006
	Un estudio descriptivo comenta que los factores que determinan la aparición del dolor perineal postparto son: el ambiente, las condiciones de la púerpera, las condiciones del parto y el equipo de salud que interviene en la atención de la púerpera.	III Shekelle Swain, 2013
	El profesional de salud debe conocer las variables que están inmersas en el dolor perineal para modificarlas y prevenirlo.	C Shekelle Swain, 2013
	Los resultados de un ECA demuestran que el dolor perineal se presenta como un problema en las mujeres durante el puerperio fisiológico. La acción del dolor puede ocasionar sentimientos de ansiedad e incompetencia como madre, interfiriendo en su autocuidado y en la atención del R/N.	Ib Shekelle Amorim A, 2012
	En una revisión sistemática se determinó que el paracetamol a una dosis de 500 a 1000 mg es efectivo en el alivio del dolor perineal postparto.	Ia Shekelle Chou D, 2010
	Administrar paracetamol en dosis prescrita para aliviar el dolor perineal postparto.	A Shekelle Chou D, 2010
	El personal de salud, comadrona o partera deberá: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la intensidad del dolor de acuerdo a la Escala Visual Analógica (EVA). (Anexo 5.3 cuadro # 1) 	Punto de buena práctica

	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar el analgésico prescrito para promover la disminución y/o el alivio del dolor. • Deberá considerar las creencias culturales con respecto al uso de la herbolaria en té para la disminución del dolor. 	
E	En un estudio descriptivo se encontró que las mujeres primíparas necesitan más información sobre los puntos de sutura y episiotomía después del parto.	III Shekelle Bowman KG, 2005
R	El personal de salud debe capacitar a las madres primíparas sobre el cuidado de la incisión de la episiotomía.	C Shekelle Bowman KG, 2005
E	Una revisión sistemática refiere que la crioterapia es un tipo de termoterapia superficial que se basa en aplicación de frío como agente terapéutico. La reducción de la temperatura del organismo tiene como finalidad el alivio del dolor y/o disminución del edema a través de la generación de una respuesta tisular.	Ia Shekelle Gutiérrez H, 2010
E	En un meta-análisis de ECA sobre el beneficio del uso local del frío en la zona de trauma perineal postparto, se observó que se presentó disminución del dolor en 24 a 72 horas después de la colocación de hielo no así para hematoma y edema.	Ia Shekelle GPC, Prevención Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía complicada, 2013
E	Los resultados de un ECA refiere que el 72.8% de las mujeres que se les aplicó compresas de hielo en la región perineal después del parto tuvieron alivio del dolor, no existió diferencia en el tiempo de duración de la aplicación.	Ib Shekelle Oliveira SM, 2012
R	Aplicar compresas de hielo durante 10 a 20 minutos para aliviar el dolor perineal después del parto.	A Shekelle Oliveira SM, 2012
E	Los resultados de una revisión de literatura concluyeron que en el postparto aumenta el riesgo de trombosis profunda, debido a que en este periodo se produce un rápido aumento de la actividad fibrinolítica del plasma y de toda la sangre.	III Shekelle Restrepo O, 2003

	Recomendar a la puerpera la deambulaci3n temprana ya que disminuye notablemente la tromboembolia venosa durante el puerperio.	C Shekelle Restrepo O, 2003
	El inicio de la deambulaci3n de manera temprana en los pacientes hospitalizados es una pr3ctica de suma importancia que influye en el pron3stico.	Ia Shekelle GPC Diagn3stico y tratamiento de la enfermedad tromboemb3lica venosa, 2010
	Promover la deambulaci3n temprana en el puerperio inmediato para disminuir la tromboembolia.	A Shekelle GPC Diagn3stico y tratamiento de la enfermedad tromboemb3lica venosa, 2010
	Antes de iniciar la deambulaci3n evaluar el riesgo de caídas y mantener a la p3rpera sentada en cama durante 10 a 15 minutos para disminuir el riesgo. (Ver escala de valoraci3n del grado de riesgo de caídas en el paciente hospitalizado en anexo 5.3, cuadro # 2).	Punto de buena pr3ctica
	Una revisi3n sistem3tica menciona que la consejer3a sobre anticoncepci3n se considera un componente est3ndar de la atenci3n postparto.	Ia Shekelle L3pez LM, 2010
	En una revisi3n sistem3tica se encontr3 que las mujeres que tienen acceso limitado a la atenci3n m3dica, el momento del parto ofrece una oportunidad 3nica para tratar la necesidad de anticoncepci3n si el parto es asistido en una unidad de salud.	Ia Shekelle Grimes DA, 2010
	El personal de salud debe orientar sobre un m3todo anticonceptivo efectivo inmediatamente despu3s del parto, ya que existe mayor motivaci3n para que la p3rpera acepte la anticoncepci3n.	A Shekelle Grimes DA, 2010
	El personal de salud debe orientar a la p3rpera y su pareja (si es posible) para la mejor elecci3n de un m3todo de planificaci3n familiar de forma libre e informada.	Punto de buena pr3ctica
	En un estudio de casos y controles se encontr3 que los cuidados de enfermer3a de manera individualizada contribuye a la reducci3n de problemas despu3s del parto (retenci3n urinaria, mastitis, lactancia).	Ila Shekelle Wan H, 2011

	Establecer el plan de cuidados de enfermería individualizado para la paciente en puerperio fisiológico, considerando sus necesidades de forma integral.	B Shekelle Wan H, 2011

4.2. Signos y síntomas de alarma.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los resultados de un estudio descriptivo mencionan que los signos de alarma durante el puerperio son: fiebre, sensación de palpitaciones, sangrado abundante, loquios fétidos, ardor al orinar, enrojecimiento, calor, dolor, separación de los bordes de la herida. (episiografía), signos de congestión mamaria o mastitis.	III Shekelle Bohórquez O, 2009
	El personal de enfermería deberá monitorear la presencia de signos de alarma durante el puerperio para evitar y/o detectar complicaciones, tales como: Fiebre, sensación de palpitaciones, sangrado abundante, loquios fétidos, ardor al orinar, enrojecimiento, calor, dolor, separación de los bordes de la herida. (episiografía), signos de congestión mamaria o mastitis.	C Shekelle Bohórquez O, 2009
	El personal de salud responsable de la puérpera valorará los signos vitales y observará las características de los loquios y el sangrado.	Punto de buena práctica
	Un estudio de cohorte refiere que después del parto la temperatura normal es de 36.5°C a 37°C, apareciendo un escalofrío fisiológico con temblores que puede relacionarse con una respuesta neurológica como resultado del esfuerzo muscular y la deshidratación, puede aparecer un pico febril, hacia el 3° al 4° día que no dura más de 12 horas y es debido a la tumefacción mamaria producida por la subida de la leche y/o a la invasión uterina de gérmenes que no atraviesan la barrera leucocitaria que se forma a nivel de la herida placentaria, por lo que no producen infección generalizada, pero desprenden toxinas que producen esa febrícula transitoria.	IIb Shekelle Evenson KR, 2012
	El personal de enfermería valorará la presencia de infección en caso de que la temperatura se eleve por encima de 38°C después de las primeras 24 horas y se mantenga más de 12 horas.	B Shekelle Evenson KR, 2012

	El personal de enfermería deberá monitorear la temperatura cada 15 minutos en la primera hora, posteriormente cada hora en caso de presentar febrícula.	Punto de buena práctica
	Un estudio de casos y controles refiere que la taquicardia sinusal asociada a una hipotensión puede indicar una pérdida hemática excesiva, pero una taquicardia sinusal con una tensión normal puede ser indicador de un proceso infeccioso.	III Shekelle Dünser WM, 2009
	En un estudio descriptivo se demostró que el sangrado puerperal es similar al de una menstruación y no debe de ser mayor de 500 ml en 24 horas.	III Shekelle Bohórquez O, 2009
	El personal de enfermería enseñará y dará seguimiento a la puerpera y familia como red de apoyo para identificar oportunamente los factores de riesgo, signos de alarma y posibles complicaciones en ella y su R/N.	C Shekelle Bohórquez O, 2009
	En un estudio de casos y controles se identificó la atonía uterina como una de las principales causas de sangrado transvaginal la cual se puede disminuir o ser prevenida con el apego del R/N al pecho de la madre o con masaje uterino.	III Shekelle Stedenfeldt M, 2012
	El personal de salud realizará la palpación abdominal para determinar la altura y el tono uterino (dos dedos por abajo del ombligo).	C Shekelle Stedenfeldt M, 2012
	En presencia de atonía uterina, el personal de enfermería deberá fomentar la lactancia materna, así como, proporcionar masaje rotatorio en abdomen.	Punto de buena práctica
	En un estudio de casos y controles se determinó que 30% a 50% de las púerperas tienen complicaciones con la episiotomía, de las cuales 16.2% es asociado con la incidencia de hemorragia postparto (OR:1.7; IC.1.15-2.50).	III Shekelle Stedenfeldt M, 2012
	Valorar el estado de la episorrafia para identificar presencia de enrojecimiento, edema, equimosis, supuración y aproximación de los bordes.	C Shekelle Stedenfeldt M, 2012



Asesorar a la puérpera en la identificación del riesgo de deterioro de la integridad cutánea del periné. (Episiorrafia).

Punto de buena práctica

4.3. Prevención de complicaciones

4.3.1. Riesgo de sangrado.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Un estudio sistemático demostró que existen numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio a nivel mundial aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas.</p> <p>Las cuatro causas principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias 25% • Infecciones 15% • Trastornos hipertensivos 12% • Parto obstruido 8%. 	<p>III Shekelle Hogan C, 2010</p>
	<p>Un estudio de cohorte refiere que la hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo.</p>	<p>IIb Shekelle Kayem G, 2011</p>
	<p>Un estudio retrospectivo concluyó que los factores de riesgo para hemorragia obstétrica son: mal nutrición, anemia, falta de autocuidado y paciente añosa.</p>	<p>III Shekelle Wang Y, 2011</p>
	<p>Un estudio de cohorte demostró que el manejo activo del periodo de labor y del puerperio con historia previa de sangrado uterino disminuye el riesgo del sangrado (OR =0.30, IC 95%).</p>	<p>IIb Shekelle Prata N, 2011</p>
	<p>Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos estandarizados o protocolos de atención para la vigilancia del puerperio inmediato. Las medidas preventivas más importantes para evitar sangrados son: evaluar el historial obstétrico y el registro del trabajo de parto para identificar los factores de riesgo de hemorragia.</p>	<p>B Shekelle Prata N, 2011</p>

	<p>El personal de enfermería debe valorar los factores de riesgo en el parto que puedan desencadenar hemorragia en el puerperio como: Tipo de episiotomía, periodo de labor prolongado, retención de placenta, desgarros vaginales, macrosomía fetal, entre otras. Estas pueden disminuir la precarga por sangrado, condicionando hipotensión y disminución de perfusión renal y en consecuencia presentar oliguria.</p>	<p>B Shekelle Prata N, 2011</p>
	<p>En las primeras horas verificar la normalidad del pulso, tensión arterial, temperatura, sangrado trasvaginal, tono y tamaño del útero, así como la presencia de micción.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>El personal de salud deberá estimular con medios físicos el vaciamiento en caso de globo vesical ya que es un factor que impide la involución uterina.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>La hoja de enfermería deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas de la institución y a la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

4.3.2 Riesgo de infección

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Un análisis sistemático demostró que los factores de riesgo predisponentes para la sepsis puerperal son: nivel socioeconómico bajo, desnutrición, anemia, infecciones genitourinarias, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, múltiples tactos vaginales, ser primípara, parto atendido con poca higiene, maniobras obstétricas y hemorragia postparto.	III Shekelle Hogan C, 2010
	Sugerir a la embarazada evitar relaciones sexuales en los últimos 2 meses del embarazo ya que se considera factor predisponente para la sepsis puerperal.	C Shekelle Hogan C, 2010
	En un análisis sistemático se determinó que la sepsis puerperal es la segunda causa de muerte materna y la responsable de la mayoría de las muertes en el puerperio tardío.	III Shekelle Lozano R, 2012
	Orientar a la puérpera sobre el aseo perineal realizando la técnica adecuada para prevenir infección de episiorrafia.	C Shekelle Lozano R, 2012
	El personal de enfermería orientará a la puérpera que el aseo perineal debe realizarlo con jabón y agua a “chorro” secando el área para disminuir la humedad y lesiones en la piel.	Punto de buena práctica
	Los resultados de un estudio de cohorte describe que las causas más frecuentes de la sepsis puerperal son endometritis, infección de herida de episiotomía y aborto séptico.	IIb Shekelle Iyengar K, 2012
	Un estudio de casos y controles comenta que la práctica continua de la atención primaria de enfermería es más eficaz que la práctica de los cuidados de enfermería centrada en las mujeres embarazadas hospitalizadas. Ya que se ve reflejado en el aumento de la satisfacción, mejora de la lactancia materna y la reducción de los problemas en el postparto temprano.	IIa Shekelle Wan H, 2011

	El personal de salud debe valorar y fomentar la importancia de la consulta prenatal ya que este seguimiento contribuye a la disminución de riesgos y eventos adversos.	B Shekelle Wan H, 2011
	El personal de enfermería debe capacitar a la puérpera en la identificación de los signos de alarma como: fiebre, sangrado, mareo, acúfenos y fosfenos que se pudieran presentar después del parto.	B Shekelle Wan H, 2011

4.4. Depresión postparto (DPP)

4.4.1. Prevalencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Un estudio analítico de corte transversal concluyó que la prevalencia en la depresión postparto (DPP) durante los primeros tres meses ocurre entre 40% y 70% de los casos si la madre no recibe tratamiento. Esto se ve reflejado en que 50% de los casos de depresión no se diagnostica, ni se proporciona tratamiento oportuno.	III Shekelle Dois A, 2012
	En un estudio cualitativo tipo investigación-acción se encontró que la DPP, es un trastorno mental de alta prevalencia, que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inicia de manera incidiosa, durando incluso semanas después del parto.	III Shekelle Tamires A, 2013
	El profesional de enfermería deberá valorar holísticamente bio-psico-social y espiritual, los factores que afectan el estado de salud de la puérpera.	C Shekelle Tamires A, 2013
	Una revisión sistemática observó que la DPP es un problema que afecta a un número cada vez mayor de mujeres en el período post-parto.	Ia Shekelle Santos J, 2010
	El personal de salud deberá poner énfasis en la detección de DPP estableciendo intervenciones que disminuyan o eliminen los datos clínicos.	A Shekelle Santos J, 2010
	Es importante que el personal de salud informe a la pareja o familiares sobre la incidencia de la DPP o tristeza de la maternidad y/o factores de riesgo para que desde la aparición de los primeros síntomas proporcione atención oportuna.	Punto de buena práctica
	El personal de enfermería debe considerar dentro del plan de cuidados de la puérpera la identificación del riesgo de la DPP.	Punto de buena práctica

4.4.2. Factores de riesgo

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En una revisión sistemática se menciona que algunos de los factores de riesgo confirmados en la DPP son: bajo ingreso, bajo nivel educativo, mujeres con antecedentes personales de baja autoestima, violencia doméstica, la falta de apoyo social de la pareja y el embarazo no planificado.	Ia Shekelle Shardosim, 2011
	El profesional de salud debe identificar los factores de riesgo de la DPP.	A Shekelle Shardosim, 2011
	Se debe realizar seguimiento en la DPP implementando actividades sociales diarias de 24 horas.	A Shekelle Shardosim, 2011
	En un estudio descriptivo se encontró que el 19.2% de las púerperas presenta riesgo de desarrollar DPP.	III Shekelle Downie J, 2003
	La valoración de enfermería permite identificar la interacción madre hijo y el bienestar de la púerpera.	III Shekelle Downie J, 2003
	Realizar valoración de enfermería, estableciendo una relación de confianza en un ambiente propicio que permita externar sus emociones.	C Shekelle Downie J, 2003
	El profesional de enfermería debe conocer y concientizarse sobre los diferentes conceptos que incluye la teoría de la depresión postparto (Sheryl Tatano Beck).	Punto de buena Práctica
	Una revisión sistemática determinó que es necesario realizar la detección de factores de riesgo de la DPP a través de escalas de valoración, que permitan identificar los cambios del estado de ánimo.	Ia Shekelle Austin MP, 2012

	El personal de salud deberá intervenir en las necesidades detectadas en la puérpera desde el contexto del R/N, familia y en la promoción del apego madre e hijo.	A Shekelle Austin MP, 2012
	Una revisión sistemática encontró relación positiva entre autoeficacia parental materno en el período post parto (MPSE) y número de hijos, el apoyo social, la satisfacción de la crianza materna y la satisfacción marital; y una relación negativa entre MPSE y el estrés materno, la ansiedad y la depresión posparto.	Ia Shekelle Leahy WP, 2010
	El personal de salud deberá realizar intervenciones de educación y concientizar sobre la presencia de riesgos del estrés, ansiedad y depresión, para mejorar la MPSE y la satisfacción con la crianza de los hijos y el bienestar emocional.	A Shekelle Leahy WP, 2010
	Motivar la imagen corporal determinando las expectativas de su cuerpo, separando del aspecto físico del valor de sus emociones.	Punto de buena práctica
	Fomentar la disposición emocional, favoreciendo la autoestima a través del reconocimiento de sus virtudes y la confianza de sí misma.	Punto de buena práctica

4.4.3. Signos y síntomas.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los signos y síntomas que manifiestan las puérperas con DPP son: irritabilidad con el llanto del niño, falta de estímulos para amamantar, desinterés sexual, transferencia de la responsabilidad en el niño y en casos más extremos negligencia total en el cuidado y agresión física.	Ia Shekelle GPC. Nursing Best Practice Guidelines Program. Interventions for postpartum depression, 2005
	El profesional de salud debe recibir formación acerca de la DPP para identificar los síntomas y realizar intervenciones de prevención y/o tratamiento.	A Shekelle GPC. Nursing Best Practice Guidelines Program. Interventions for postpartum depression, 2005

R	El profesional de enfermería debe proporcionar cuidados individualizados, flexibles y basados en la preferencia de la puérpera.	A Shekelle GPC. Nursing Best Practice Guidelines Program. Interventions for postpartum depression, 2005
R	Facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el posparto las puérperas que experimentan síntomas depresivos, según corresponda el caso.	A Shekelle GPC. Nursing Best Practice Guidelines Program. Interventions for postpartum depression, 2005
R	El personal de enfermería debe facilitar la integración en grupos de apoyo a las madres puérperas con síntomas depresivos.	A Shekelle GPC. Nursing Best Practice Guidelines Program. Interventions for postpartum depression, 2005
E	Una revisión sistemática encontró que el llanto infantil provoca los síntomas depresivos y una carga para la interacción entre padres e hijos después del parto.	Ia Shekelle Kurth E, 2009
R	Educar a los padres en la adaptación de las necesidades de madres y niños, para reducir la fatiga de la madre y fortalecer la salud de la familia.	A Shekelle Kurth E, 2009
E	En un ensayo clínico aleatorizado que evaluó el efecto del apoyo de los pares (madre de la misma región con historia de DPP resuelta), en la prevención de la depresión postparto determinó que a las doce semanas después del parto las mujeres en grupo control eran dos veces más propensas a tener síntomas de la DPP que las del grupo de intervención (OR = 2.1; IC del 95% = 1.38 - 3.20) Específicamente, 24,8% (78/315) de las mujeres del grupo de control tenían una DPP de > 12 (Escala Edimburgo) en comparación con el 13,5% (40/297) de las mujeres en el grupo de intervención (x2 = 12.5, p = 0,0005).	Ib Shekelle Dennis CL, 2010
R	Es importante que los profesionales de la salud proporcionen seguimiento de forma específica a las puérperas y consideren el apoyo de pares en la prevención de DDP en madres con factores de riesgo.	A Shekelle Dennis CL, 2010
E	El 80.5% de las puérperas estaban muy satisfechas con la experiencia del apoyo de sus compañeros pares. Este apoyo de pares consistió en realizar un contacto telefónico en las primeras 48-72 horas y con un	Ib Shekelle Dennis CL, 2010

	mínimo de cuatro contactos; y otros más cuando se considere necesario.	
	El profesional de la salud debe considerar el inicio de contacto telefónico en las primeras 48-72 horas de puerperio con seguimiento hasta la semana 12 en las mujeres con factores de riesgo, con un mínimo de cuatro contactos, según disponibilidad de la unidad de salud.	A Shekelle Dennis CL, 2010
	Un ECA realizado a las puérperas con DPP concluyó que las visitas domiciliarias por parte del personal de enfermería aumenta significativamente la interacción madre - hijo y disminuye la severidad de la depresión.	Ib Shekelle Horowitz JA, 2013
	El profesional de enfermería debe realizar visitas domiciliarias para dar seguimiento a las puérperas, principalmente a las que cursan con DPP.	A Shekelle Horowitz JA, 2013
	Una revisión sistemática encontró disminución significativa de la depresión postparto como efecto del soporte telefónico de seguimiento a la puérpera, por parte del personal de salud entre las semanas cuatro y ocho después del parto, en comparación con la atención habitual.	Ia Shekelle Dennis CL, 2008
	El personal de salud deberá considerar en coordinación con trabajo social, efectuar llamadas telefónicas de seguimiento a las puérperas en las primeras semanas hasta la semana ocho.	A Shekelle Dennis CL, 2008
	El personal de salud proporcionará cuidados coherentes a la cultura de la puerpera evitando conflictos de esta naturaleza y principalmente en pacientes con DPP.	Punto de buena práctica
	Identificar el afrontamiento ineficaz de la puerpera y los agentes estresantes sobre la incapacidad de utilizar su red de apoyo familiar.	Punto de buena práctica

	<p>Favorecer en la madre la función de su rol materno, utilizando los recursos disponibles en la familia. (MIEAPS)</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>En una revisión de literatura se menciona que el profesional de enfermería representa un pilar fundamental para la detección temprana de los signos de alarma de la puérpera, así mismo para la referencia en la atención psicoterapéutica oportuna.</p>	<p>III Shekelle DA Silva, 2006</p>
	<p>El personal de salud una vez identificados signos y síntomas depresivos en la paciente, deberá referir al profesional correspondiente para la atención oportuna.</p>	<p>C Shekelle DA Silva, 2006</p>

4.5. Plan de alta

4.5.1. Cuidados en el puerperio fisiológico.

4.5.1.1. Aspectos interculturales.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Un estudio descriptivo concluyó que las mujeres en postparto son dadas de alta en períodos tempranos (antes de 48 horas en partos sin complicaciones).	III Shekelle Bohórquez O, 2009
	El contexto y la cultura propios de cada ser humano influyen sobre sus prácticas de cuidado y es responsabilidad de enfermería ofrecer cuidado congruente con la diversidad cultural.	III Shekelle Bohórquez O, 2009
	Un estudio cualitativo etnográfico menciona que los rituales y creencias durante el puerperio se transmiten entre familias, con la finalidad de preservar el estado de salud de acuerdo a sus culturas.	III Shekelle Amparo D, 2010
	Es importante que el personal de enfermería recomiende cuidados acordes a prácticas y creencias culturales en torno al puerperio y definir así cuales se deben preservar, reestructurar, adaptar o reforzar.	C Shekelle Amparo D, 2010
	Integrar los beneficios de los baños de vapor y temascal para las mujeres durante el puerperio.	Punto de buena práctica
	El personal de enfermería deberá respetar las prácticas y creencias culturales de las pacientes y familias sin enjuiciar sus acciones de cómo las realizan, como en las curaciones de sus heridas y el ónfalo del recién nacido, utilizando agua de hierbas como caléndula, manzanilla, llantén. Herramienta importante para el equipo de salud en el conocimiento de sus prácticas y cuidado de las puerperas y su familia.	Punto de buena práctica

4.5.1.2. Cuidados a los senos y pezones

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Una revisión sistemática demostró que la aplicación de un plan de cuidados de enfermería basado en el autocuidado de la madre se relaciona con la preparación del proceso de amamantamiento que inicia en el período de la gestación continuando en la estancia hospitalaria hasta el hogar.	Ia Shekelle Cerde M, 2011
	El personal de salud debe capacitar a la madre a través del autoexamen de mamas para familiarizarla con las características de los pechos lactantes.	A Shekelle Cerde M, 2011
	Los resultados de un Ensayo Clínico Aleatorizado refieren que la acupuntura, la corrección de la posición al amamantar y el apego del R/N al pecho puede ser un tratamiento alternativo y menos invasivo para aliviar los síntomas inflamatorios de las mamas durante la lactancia.	Ib Shekelle Kvist LI, 2006
	El personal de salud sugerirá a la puérpera el uso de la acupuntura como terapia alternativa para aliviar el eritema, la tensión mamaria y el dolor que en ocasiones se presentan durante la lactancia.	A Shekelle Kvist LI, 2006
	Establecer en el plan de cuidados de la puérpera: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre las técnicas correctas de amamantamiento para evitar grietas y congestión mamaria. • El cuidado de la integridad de la piel de los pezones, lubricando con leche materna. • La aplicación de compresas con agua tibia en presencia de congestión mamaria. 	Punto de buena práctica

4.5.1.3. Nutrición y actividad física.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Un ensayo controlado determinó que la implementación de una dieta y un programa de actividad física desde el embarazo y después del parto es eficaz para reducir la retención de peso.	Ib Shekelle Huang TT, 2009
	Los profesionales sanitarios deben basar las metas de aumento de peso en el tamaño del cuerpo de la embarazada y monitorear la retención de peso posparto en las visitas de seguimiento.	A Shekelle Huang TT, 2009
	La incorporación de las personas significativas durante el puerperio y las estrategias de mantenimiento de pérdida de peso ayudan a mejorar el estilo de vida familiar de manera saludable.	Ia Shekelle Huang TT, 2009
	Es importante incorporar a las personas significativas de la puérpera en el régimen alimenticio establecido para favorecer la pérdida de peso y mejore el estilo de vida familiar.	A Shekelle Huang TT, 2009
	En un estudio de cohorte se analizaron los niveles de retención de peso en el postparto, y llegó a la conclusión que la actividad física y la dieta son componentes importantes en la pérdida de peso.	Iib Shekelle Ferrari R, 2010
	Asesorar a la puérpera a reanudar la actividad física de manera gradual para perder peso.	B Shekelle Ferrari R, 2010
	Animar a la puérpera a que inicie los ejercicios postparto lentamente y los aumente de forma gradual, según su tolerancia para fortalecer los músculos abdominales y perineales.	Punto de buena práctica
	Un estudio de experiencia clínica refiere que la fibra es un nutriente esencial en la dieta saludable, contribuye al mantenimiento de la salud y previene la aparición de distintas enfermedades como el estreñimiento.	IV Shekelle García P, 2007

	Orientar a la puérpera sobre la importancia del consumo de una dieta rica en fibra para la prevención y/o tratamiento del estreñimiento.	D Shekelle García P, 2007
	Promover la ingesta de nutrientes necesarios para una buena alimentación que incluye: frutas, verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal. Como lo recomienda la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.	Punto de buena práctica
	Establecer en el plan de cuidados el consumo de abundantes líquidos y dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento.	Punto de buena práctica

4.5.1.4. Sexualidad

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo se encontró que en la mayoría de las mujeres; el postparto es un período de reducida o ausente actividad sexual, especialmente en relación al coito, las razones van desde el cansancio inherente al embarazo y al propio parto hasta la preocupación por la responsabilidad materna.	III Shekelle Enderle C, 2013
	El reinicio de la actividad sexual después del parto requiere de tiempo necesario para que el aparato genital se recupere, particularmente en la ocurrencia de una episiotomía o laceración perineal, ya que pueden surgir problemas de dolor e incomodidad durante el coito.	III Shekelle Enderle C, 2013
	En el postparto los bajos niveles de estrógenos tienden a reducir la lubricación vaginal, tornando el coito incómodo.	III Shekelle Enderle C, 2013
	Identificar miedos, dudas y dificultades de las mujeres en relación al tema de la sexualidad y los cuidados que en el puerperio deben tener con su cuerpo.	C Shekelle Enderle C, 2013

	<p>Informar a la pareja que fisiológicamente los órganos internos y externos se recuperan entre la 6ª y 8ª semana después del parto por lo que, el reinicio de la vida sexual dependerá de sus costumbres y tradiciones.</p>	Punto de buena práctica
	<p>El personal de salud debe proporcionar asesoría y folletos con información respecto a la sexualidad que permita disminuir las dudas, miedos y dificultades de la pareja.</p>	Punto de buena práctica

4.5.2. Cuidados del recién nacido

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Un estudio descriptivo menciona que el cuidado que una madre en puerperio brinda a su hijo está determinado por las creencias, valores y costumbres establecidos de acuerdo con el contexto cultural y social.	III Shekelle Bohórquez O, 2009
E	Los resultados de una revisión sistemática refieren que la lactancia materna tiene importantes beneficios para la salud, incluyendo la reducción de riesgo de infecciones gastrointestinales en el R/N (OR 0.36, IC 95%) y en las mujeres reduce el riesgo de cáncer de ovario (OR 0.79, IC 95%).	Ia Shekelle Ip S, 2007
E	Una revisión sistemática demostró que la lactancia materna tiene beneficios potenciales en la vida de los niños, disminuye la presión arterial, las concentraciones de colesterol y la obesidad. (OR 0.76 IC 95%).	Ia Shekelle Horta B, 2007
R	Asesorar a la puérpera sobre los beneficios que la lactancia materna que tiene en el R/N.	A Shekelle Horta B, 2007
E	Un estudio longitudinal demostró que un programa de capacitación a las puérperas sobre lactancia materna mejoró el conocimiento y las actitudes positivas ($t > 1.96$, $p < 0.05$), así como la duración del amamantamiento de forma exclusiva ($p < 0.001$)	Iib Shekelle Gau ML, 2004
R	Es importante que el personal de salud implemente un programa de capacitación a las puérperas sobre lactancia materna que incluya: beneficios, técnicas de amamantamiento y extracción manual de la leche para lograr una lactancia materna exitosa.	B Shekelle Gau ML, 2004
E	En una revisión de la literatura se determinó que el consumo de ácidos grasos (omega-3) durante la lactancia mejora el desarrollo del niño.	IV Shekelle Blanchard DS, 2006
R	El personal de salud deberá orientar a la madre lactante sobre el consumo de ácidos grasos, omega 3 como son: pescado, mariscos, nueces y almendras.	D Shekelle Blanchard DS, 2006

	En un ensayo clínico aleatorizado se demostró que el 30% de las puérperas, a las que se les realizó por lo menos una visita domiciliaria dieron lactancia materna exclusiva.	Ib Shekelle Bashour HN, 2008
	El personal de enfermería, médico o partera debe realizar a las puérperas al menos una visita domiciliaria durante el puerperio.	A Shekelle Bashour HN, 2008
	Orientar a la madre como realizar el masaje de los senos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche.	Punto de buena práctica
	Enseñar la técnica correcta de extracción manual y almacenamiento de la leche materna.	Punto de buena práctica
	La NOM-034-SSA2 refiere que la pérdida de la capacidad auditiva según las causas pueden ser: hereditarias genéticas o adquiridas por factores prenatales, neonatales o posnatales.	Punto de buena práctica
	Realizar el tamiz auditivo neonatal durante los primeros 28 días.	Punto de buena práctica
	La NOM-034-SSA2-2010 para la prevención y control de los defectos al nacimiento, menciona que toda unidad de salud que atienda partos y R/N efectuará la toma de muestra de sangre de talón para el examen de tamiz metabólico a partir de las 72 horas del nacimiento y antes de los cinco días de vida.	Punto de buena práctica
	Explicar a la puérpera sobre la importancia de acudir a la toma del tamiz metabólico en el tiempo establecido.	Punto de buena práctica
	En la NOM-036-SSA2-2012 Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano; se refiere que para reducir al máximo las enfermedades infecciosas que más afectan a la población sobre todo a los grupos vulnerables se emplean diversas acciones preventivas entre las cuales resalta la vacunación.	Punto de buena práctica

	Con base en la NOM-036-SSA2,2012, el personal de salud, comadrona o partera deberá informar a la puérpera la importancia de iniciar el esquema de vacunación en las primeras 12 horas después del nacimiento, y deberá dar seguimiento al esquema de vacunación del R/N.	Punto de buena práctica
	En un estudio descriptivo se encontró que el síndrome de muerte súbita del lactante, es todo fallecimiento repentino e inesperado en el R/N aparentemente sano.	III Shekelle Flores H, 2006
	El síndrome de muerte súbita del lactante ocupa uno de los primeros lugares de causa de muerte en países desarrollados, en Latinoamérica la tasa varía entre 0.1 y 5.4, y en México es de 0.6.	III Shekelle Flores H, 2006
	El personal de enfermería informará a la madre las medidas de protección que deberá poner en práctica para prevenir la muerte súbita del R/N, como: colocarlo boca arriba para dormir.	C Shekelle Flores H, 2006
	Consultar la GPCE de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.	Punto de buena práctica
	En un estudio descriptivo se concluyó que la ictericia del R/N es un proceso fisiológico causado por una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto, secundario a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina que generalmente desaparece antes del mes de edad, afecta al 60% de los niños nacidos a término.	III Shekelle Parodi J, 2005
	Examinar al R/N antes de darlo de alta para asegurar que no presente ictericia.	C Shekelle Parodi J, 2005
	Orientar a los padres sobre la importancia de colocar al R/N bajo los primeros rayos de sol con protección ocular y genital por 30 minutos durante los siete primeros días después del nacimiento.	Punto de buena práctica
	Una revisión sistemática concluye que no existe evidencia suficiente para saber si los antisépticos o antibióticos tienen alguna ventaja adicional sobre el hecho de mantener el cordón umbilical limpio y seco.	Ia Shekelle Zupan J, 2007



Asesorar a la puérpera sobre las medidas de higiene del muñón umbilical del R/N: exclusivamente con agua y jabón y mantenerlo seco hasta su caída.

A
Shekelle
Zupan J, 2007

4.5.3 Seguimiento de las recomendaciones de autocuidado

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Una revisión sistemática refiere que las visitas domiciliarias a las mujeres después del parto son una oportunidad para identificar problemas de salud tanto físicos como mentales.	Ia Shekelle Borders N, 2006
R	El personal de salud debe realizar a las puérperas de seis a siete visitas domiciliarias durante las primeras seis semanas después del parto para identificar oportunamente problemas de salud tanto físicos como mentales.	A Shekelle Borders N, 2006
E	Un ensayo clínico controlado menciona que la intervención con reflexología podal en el período postparto mejora significativamente la calidad del sueño en la puérpera.	Ib Shekelle Li CY, 2009
R	Evaluar la calidad del sueño y considerar intervenciones tempranas como la reflexología podal con el fin de aumentar el bienestar biopsicosocial materno.	A Shekelle Li CY, 2009
E	En un estudio descriptivo se menciona que durante el puerperio la educación, el acompañamiento, resolución de dudas, asesorías, consultas de enfermería y utilización de material didáctico son herramientas que no implican grandes procesos tecnológicos, pero pueden prevenir complicaciones como infecciones, hemorragias, y alteraciones en la técnica de lactancia materna.	III Shekelle Bohórquez O, 2009
E	El seguimiento domiciliario a la madre y su hijo es una estrategia de cuidado que ha sido implementada en programas de salud pública de países como España, Inglaterra, Uruguay y Chile.	III Shekelle Bohórquez O, 2009
E	La metodología de seguimiento o visita domiciliaria, ha dejado resultados visibles en la adherencia de madres con el apoyo de la familia al autocuidado de sus recién nacidos, identificando signos de alarma que caracterizan alteraciones de salud.	III Shekelle Bohórquez O, 2009

	Los profesionales de enfermería deben utilizar estrategias de cuidados que traspasen los escenarios hospitalarios y abarquen espacios en el hogar para dar continuidad a la adherencia del autocuidado de la madre y el R/N.	C Shekelle Bohórquez O, 2009
	Los profesionales de salud deben tener acercamiento en los hogares para evaluar los riesgos en el R/N y la madre respetando sus valores, prácticas y creencias.	C Shekelle Bohórquez O, 2009
	Una revisión de la literatura refiere que la fatiga posparto puede afectar la función materna y colocar a la mujer en mayor riesgo de presentar depresión.	IV Shekelle Corwin EJ, 2007
	El personal de salud o partera debe identificar a las púerperas severamente fatigadas para realizarles llamadas telefónicas, visitas domiciliarias o citarlas a la institución de salud.	D Shekelle Corwin EJ, 2007
	Documentar en los formatos correspondientes las intervenciones y los resultados de los cuidados de enfermería.	Punto de buena práctica

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática “**Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención**”. La búsqueda se realizó en PubMed, Biblioteca virtual en salud (BVS), Tripdatabase y en el listado de sitios Web para la búsqueda de documentos científicos y Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en inglés, portugués y español
- Revisiones de escritos publicados en los últimos 5 años, los que no fueron suficientes para el desarrollo de esta guía por lo tanto se amplió la búsqueda a 10 años.
- Escritos enfocados a intervenciones de enfermería para el control del puerperio fisiológico.
- Escritos enfocados a intervenciones de enfermería en la prevención de las complicaciones
- Escritos enfocados a los cuidados de la puerpera en el hogar.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idioma distintos al español, portugués o inglés
- Documentos arrojados fuera del rango establecido.
- Documentos arrojados en la búsqueda que no es posible su acceso y no disponibles.
- Documentos escritos enfocados al puerperio patológico y ajenos al tema de interés.

5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. Primera Etapa

Estrategia de búsqueda

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención** en PubMed. La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados en los últimos 10 años, en idiomas inglés, portugués y español del tipo de Guías de práctica clínica, meta-análisis, estudios clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas. Se utilizaron términos validados del Mesh: *Postpartum*, *care* y *Postpartum Period*. En esta etapa de búsqueda dio **57 resultados**, de las cuales se seleccionaron **22 documentos** por considerarse relevante y de utilidad en la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
((("postpartum period"[MeSH Terms] OR ("postpartum"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postpartum period"[All Fields]) AND care[All Fields]) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR systematic[sb] OR Practice Guideline[ptyp])) AND ("2003/08/31"[PDAT] : "2013/08/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR Portuguese[lang] OR English[lang]) AND jsubsetn[text])	57 resultados obtenidos y utilizados 22

Algoritmo de búsqueda:

1. postpartum period [MeSH Terms]
2. postpartum [All Fields]
3. period [All Fields]
4. #2 AND #3
5. #1 OR #4
6. postpartum period [All Fields]
7. #5 OR #6
8. care[All Fields]
9. #7 AND #8
10. Meta-Analysis[ptyp]
11. Randomized Controlled Trial[ptyp]
12. systematic[sb]
13. Practice Guideline[ptyp]
14. #10 OR #11 OR #12 OR #13
15. "2003/08/31"[PDAT] : "2013/08/31"[PDAT]
16. #14 AND #15
17. Humans [MeSH Terms]
18. #16 AND #17
19. Spanish[lang]

20.Portuguese[lang]
21.English[lang]
22.#19 OR #20 OR #21
23.#18 AND #22
24.jsubsetn[text]
25.#23 AND #24
26.#9 AND #25
27.(#1 OR (#2 AND #3) OR #6 AND #8) AND ((#10 OR #11 OR #12 OR #13) AND #15 AND #17 AND (#19 OR #20 OR #21) AND #24).

5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en la base de datos de la **Biblioteca Virtual en salud (BVS) del banco de datos de Lilacs** con el término Postpartum Period. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idiomas inglés, portugués y español del tipo de Guías de práctica clínica, meta-análisis, estudios clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas. Se utilizaron términos validados del Mesh: Postpartum Period.

Se obtuvieron 28 resultados, de los cuáles se utilizaron 15 para la elaboración de la guía.

5.1.1.3 Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en la base de datos TRIP DATABASE, bajo la estrategia de búsqueda: con el término Postpartum Period. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idiomas inglés, portugués y español del tipo de Guías de práctica clínica, meta-análisis, estudios clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas. Se utilizaron términos validados del Mesh: Postpartum Period.

Se obtuvieron 17 resultados, de los cuales se utilizaron 11 para la elaboración de la guía.

5.1.1.4 Cuarta etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas, meta-análisis, ECA, entre otros con el término ("Postpartum Period"); Limiters - Full Text; Published Date: 20040101-20131031; Peer Reviewed; Human; Language: English, Spanish; Portugues Search modes - Boolean/Phrase. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
RNAO (Nursing Best Practice Guidelines Program)	1	1
WHO	5	2
CENETEC	3	3
www.salud.gob.mx	4	4
Ebscohost	2	1
NCBI	1	1
Total	16	12

En resumen, **118** resultados encontrados, **60** fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

5.2. Escalas de Gradación

La escala de gradación utilizada en esta guía fue “Escala modificada de Shekelle y colaboradores”, misma que a continuación se describe.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para el metanálisis de los estudios clínicos aleatorios.	Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	Directamente basada en evidencia categoría II o en recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia, o ambas	Directamente basada en evidencia categoría IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría II o III

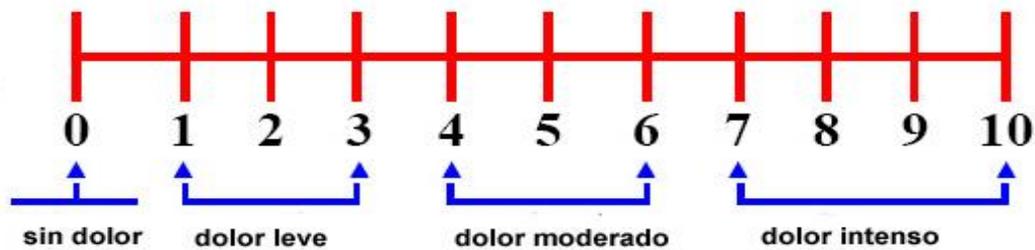
Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines, developing guidelines. BMJ. 1999; 3:18: 593-59

5.3. Cuadros o figuras

Escalas de Clasificación clínica

ESCALA DE VALORACIÓN ANALÓGICA(EVA)

Permite medir la intensidad del dolor especificando del 1 al 10 el nivel correspondiente.



FUENTE: Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? Pain. 1997;72:95-7.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

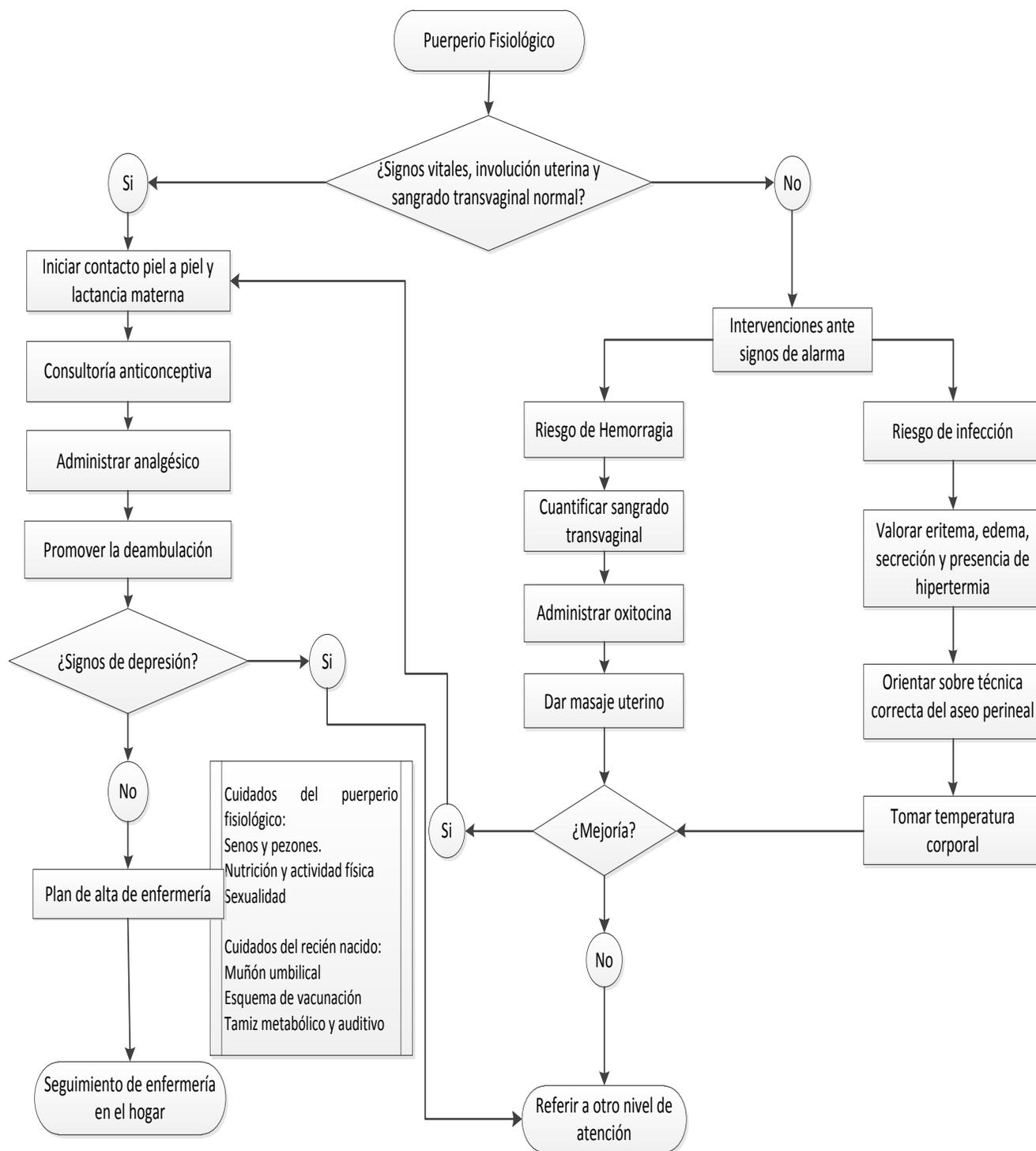
Criterios	Calif.	Descripción
Limitación Física.	2	Presenta cualquier factor de riesgo señalado como limitante.
Estado mental alterado.	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
Tratamiento farmacológico	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados.
Problemas de comunicación.	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación.
Sin factores de riesgo.	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado.

Puntos y Códigos para la clasificación de riesgo.	Escala	Alto riesgo.	Mediano riesgo.	Bajo riesgo.
	Puntos	4 a 10	2 a 3	0 a 1
Tarjetas		Roja	Amarilla	Verde

Valoración	Conceptualización	Especificación
Limitación física.	Impedimento defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo.	Dentro de este grupo se consideran: Pacientes menores de 6 años y mayores de 65 años; pacientes con deterioro músculo esquelético como: fracturas, artritis, deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-perceptuales; lesiones de columna vertebral, enfermedad; síndrome de desuso, (reposo prolongado) antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado) y disminución del control muscular (anestesia, parálisis cerebral infantil), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis u otras patologías que limiten la actividad física.
Estado mental alterado.	Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente.	Se consideran las alteraciones sensitivo preceptuales tales como: lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio o Parálisis Cerebral Infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
Tratamiento farmacológico que implica riesgo.	Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo.	Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores.
Problemas de comunicación. (idioma/socioculturales)	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación.	Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).
Sin factores de riesgo.	Persona que en la valoración inicial no presenta riesgo alguno; sin embargo esta expuesta a factores del entorno que pueden considerarse como riesgo adicional.	Considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad), barandales en cama y camilla; nivel de iluminación, timbres de llamado funcionando, bancos de altura, sillas de ruedas tripies, dispositivos de seguridad en baños, pisos de material antiderrapante, etc.

FUENTE: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector salud, Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizado, 1ª Ed. Enero 2010. <http://www.salud.gob.mx>

5.4. Diagramas de Flujo



5.5. Listado de Recursos

5.5.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **puerperio fisiológico** del **Cuadro Básico de la SSA** y del **Cuadro Básico Sectorial**

Cuadro Básico de Medicamentos							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1542.00	Oxitocina	Provocación del parto a término o estímulo de contractibilidad uterina (10 UI en 1.000 ml de disolvente no hidratante = 10 mU/ml de oxitocina) infus. IV: inicial 1-2 mU/min, con aumentos graduales de 1-2 mU/min hasta respuesta, máx. 20 mU/min. Hemorragia posparto: disolver 10-40 UI de oxitocina en 1.000 ml de disolvente no hidratante y perfundir, o vía IV: 2-10 UI o IM: 10 UI tras la expulsión de la placenta.	5 UI/ ml	Variable	Hipertonicidad, espasmos, contracción tetánica, ruptura de útero, bradicardia fetal, ictericia neonatal, reacciones anafilácticas, hemorragia posparto, arritmias cardíacas, contracción ventricular prematura, náuseas, vómitos, hematoma pélvico, afibrinogenemia.	Eficacia disminuida por: anestésicos generales útero-relajantes (halotano, cloroformo, etc.). Hipertensión arterial severa con: agentes vasopresores. Contraindicado con: prostaglandinas u otros estimulantes de contracciones uterinas.	Desproporción cefalopélvica, presentación anormal, toxemia severa, predisposición a embolia por el líquido amniótico, historial de cesárea o cualquier acto quirúrgico afectando al útero, placenta previa, contracciones hipertónicas, distocias mecánicas, sufrimiento fetal si no es inminente el alumbramiento, historial de hipersensibilidad, uso concomitante con prostaglandinas u otros estimulantes de las contracciones uterinas.
040.000.1544.00	Ergometrina	0.2 a 0.4 mg, de dos a cuatro veces por día hasta que haya pasado el periodo de atonía y hemorragia uterinas.	0.200 mg	Variable	Angina, cefalea súbita y severa, prurito, calambres, náuseas, vómitos, confusión.	Fármacos vasoconstrictores, vasopresores y otros alcaloides del cornezuelo de centeno; usados de manera simultánea con ergonovina pueden potenciar la vasoconstricción. De la virdina: Se presenta ergotismo (náusea, vómito, isquemia vasos-pás-tica) Dinoprostona: Aumenta el riesgo de toxicidad oxi-tó-cica. Dopamina: Gangrena de extremidades, evitar la combinación; si no, vigilar datos de vasoconstricción excesiva (frío, palidez, dolor); sobre todo en extremidades.	La relación riesgo-beneficio deberá evaluarse en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia hepática, hipertensión severa, incluida toxemia gravídica, hipocalcemia, disfunción renal y sepsis.
01047	Paracetamol	500mg a 1gr. cada 4 o 6 hrs.	500 mg	Variable	Raras: malestar, nivel aumentado de transaminasas, hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea, alteraciones hematológicas, hipoglucemia, piuria estéril.	Aumenta efecto a dosis 2 g/día) de: anticoagulantes orales. Hepatotoxicidad potenciada por: alcohol, isoniazida. Biodisponibilidad disminuida y potenciación de la toxicidad por: anticonvulsivantes. Niveles plasmáticos disminuidos por: estrógenos. Disminuye efecto de: diuréticos de asa, lamotrigina, zidovudina. Acción aumentada por: probenecid, isoniazida, propranolol.	Hipersensibilidad. Insuficiencia hepatocelular grave. Hepatitis vírica.

5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Puerperio fisiológico	
CIE-9-MC / CIE-10	No aplica	
Código del CMGPC:	SS-753-15	
TÍTULO DE LA GPCE		
Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención		Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	
Mujeres en edad reproductiva, embarazadas y en el período de postparto.	Profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, principalmente de primer nivel y comadronas; Técnicos en enfermería, Licenciados en enfermería y obstetricia, especialista en salud pública, Técnicos en atención primaria a la salud, Trabajo social, Médicos generales y especialistas, Psicólogos y profesionales de la salud en formación, entre otros.	Primer nivel de atención
PROMOCIÓN		
Es importante que el personal de enfermería recomiende cuidados acordes a prácticas y creencias culturales en torno al puerperio y definir así cuáles se deben preservar, reestructurar, adaptar o reforzar.		
Ofertar un método anticonceptivo inmediatamente después del parto, ya que existe mayor motivación para que la púérpera acepte la anticoncepción.		
El personal de enfermería debe capacitar a la púérpera en la identificación de los signos de alarma después del parto (fiebre, sangrado, mareo, acúfenos y fosfenos).		
Es importante que el personal de salud implemente un programa de capacitación a las púérperas sobre lactancia materna que incluya: beneficios, técnicas de amamantamiento y extracción manual de la leche para lograr una lactancia materna exitosa.		
Promover la ingesta de nutrientes necesarios para una buena alimentación que incluye: frutas, verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal.		
Asesorar a la púérpera en la higiene del muñón umbilical del R/N: exclusivamente con agua y jabón, y mantenerlo seco hasta su caída.		
PREVENCIÓN		
Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos estandarizados o protocolos de atención para la vigilancia del puerperio inmediato. Las medidas preventivas más importantes para evitar sangrados son: evaluar el historial obstétrico y el registro del trabajo de parto para identificar los factores de riesgo de hemorragia.		
Establecer el plan de cuidados de enfermería individualizado a la paciente en puerperio fisiológico, considerando sus necesidades de forma integral.		
El personal de salud deberá valorar en la púérpera: temperatura, pulso, presión arterial, involución uterina, loquios, estado emocional y uresis espontánea.		
El personal de enfermería debe revisar las variables inmersas en el parto y que pueden desencadenar hemorragia en el puerperio como: tipo de episiotomía, periodo de labor prolongado, retención de placenta, desgarros vaginales, macrosomía fetal, entre otras. Las cuales pueden disminuir la precarga por el sangrado, condicionando hipotensión y disminución de perfusión renal y de esta manera oliguria.		
El personal de enfermería deberá estimar la cantidad de pérdida sanguínea durante el puerperio para identificar posibles complicaciones.		
Promover la deambulación temprana en el puerperio inmediato para disminuir la tromboembolia.		

Es importante que los profesionales de la salud proporcionen seguimiento de forma específica a las puérperas y consideren el apoyo de pares en la prevención de DDP en madres con fsctores de riesgo.	
El personal de salud debe realizar a las puérperas de seis a siete visitas domiciliarias durante las primeras seis semanas después del parto.	
DIAGNÓSTICO	
Valorar el estado de la episiorrafia para identificar presencia de enrojecimiento, edema, equimosis, supuración y aproximación de los bordes.	
Considerar la presencia de infección si la temperatura se eleva por encima de 38°C después de las primeras 24 horas y se mantiene más de 12 horas.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	
El masaje uterino debe efectuarse con movimientos de compresión suave en forma repetitiva, colocando una mano en la parte inferior del abdomen de la puérpera para estimular al útero.	
Mantener juntos al binomio madre e hijo si la salud de ambos lo permite para favorecer la lactancia, proporcionar calor al R/N y fortalecer el vínculo afectivo.	
Aplicar compresas de hielo durante 10 a 20 minutos para aliviar el dolor perineal después del parto. Valorar intensidad (Ver cuadro 1)	
El personal de salud debe capacitar a la madre a través del autoexamen de mamas para familiarizarla con las características de los pechos lactantes.	
RESULTADOS	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

6. GLOSARIO

Alojamiento conjunto: la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

Analgésico: sustancia que alivia o suprime el dolor.

Ansiedad: es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos.

Autoestima: en resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.

Coito: acción de introducir el pene en la vagina para eyacular.

Crecimiento: proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia), el aumento en el volumen de las células (hipertrofia) y el incremento en la sustancia intercelular.

Creencias culturales: agrupa de alguna manera a un conjunto de individuos los cuales idealizan una proposición o proposiciones como conjunto de ideas como potencial verdad.

Desarrollo: se refiere al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

Edema: es la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Suele ocurrir en los pies, los tobillos y las piernas, pero puede afectar todo el cuerpo.

Episiorrafia: reparación o sutura de desgarros o laceraciones del perineo.

Estrés: es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Hematoma: acumulación de sangre en un tejido por ruptura de un vaso sanguíneo.

Involución uterina: retorno del útero al estado de reposo después del parto.

Intervenciones de enfermería: actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional.

Lactancia materna exclusiva: la alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos.

Loquios: secreción vaginal normal durante el puerperio, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario.

Mastitis: inflamación de la glándula mamaria.

Oxitocina: hormona secretada por la neuro hipófisis, y que tiene la propiedad de incrementar las contracciones uterinas al iniciar el parto.

Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.

Perineo: el periné o perineo, es la región anatómica correspondiente al piso de la pelvis.

Prevalencia: es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Puérpera: mujer recién parida.

Recién nacido: producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Rituales: son acciones que están basadas en alguna creencia, ya sea por una religión, por una ideología política, por un acto deportivo, por las tradiciones, por los recuerdos o la memoria histórica de una comunidad, entre otros.

Tristeza de la maternidad: el síntoma más frecuente de la depresión postparto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo e infelices.

Violencia doméstica: es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Amorim F.A, Sonia María Junqueira Vasconcelos de Olivera, Flora María Barbosa de Silva, Jaqueline de Olivera Santos, Nathalie Leister, María Luiza González Riesco. Efecto del dolor perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. *Index de enfermería*;21(3):150-154,Jul-sept. Ibecs (España),2012. ID: ibc-112100
2. Amparo D, Faviola. Prácticas del cuidado postparto en adolescentes. *Revista ciencia y cuidado*; 2010,21-28.
3. Austin MP, Middleton P, Reilly NM, Highet NJ. Detection and management of mood disorders in the maternity setting: the Australian Clinical Practice Guidelines. *Women Birth*. 2013 Mar;26(1):2-9. PMID: 22217978.
4. Bashour HN, Kharouf MH, Abdulsalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs*. 2008 Mar-Apr;25(2):115-25. PMID: 18294180.
5. Blanchard DS. Omega-3 fatty acid supplementation in perinatal settings. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2006 Jul-Aug;31(4):250-6. PMID: 16940822.
6. Bohórquez O, Rosas, Andrea-Juliana, Laura-Munévar, Rosa. Seguimiento de Enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: Traspasando las barreras hospitalarias. *Av. Enferm*. 27(2): 139-149, jul.-dic. 2009, ID: lil-537689.
7. Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health*. 2006, Jul-Aug;51(4):242-8. PMID: 16814217.
8. Bowman KG. Postpartum learning needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005, Jul-Aug;34(4):438-43. PMID: 16020411.
9. Cerda M, Lucila. Lactancia materna y gestión del cuidado. *Revista Cubana*: 2011,27(4). ID: 615088.
10. Chou D, Abalos E, Gyte GM, Gülmezoglu AM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD008407.
11. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*. 1997;72:95-7.
12. Corwin EJ, Arbour M. Postpartum fatigue and evidence-based interventions. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007 Jul-Aug;32(4):215-20; quiz 221-2. PMID: 17667284.

13. DA Silva Elda T, T.d.-L. Depressão puerperal-Uma revisão de literatura. Revista eletrônica de Enfermagem. 2006;7(2):231-238. Disponible en: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880/1053>.
14. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008 May-Jun;37(3):301-14. PMID: 18507601.
15. Dennis CL. Postpartum depression peer support: maternal perceptions from a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2010 May;47(5):560-8. PMID: 19962699.
16. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
17. Dois A, C. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Revista Médica Chilena; 2012;140:719-725. ID:649841.
18. Downie J, Wynaden D, McGowan S, Juliff D, Axten C, Fitzpatrick L, Ogilvie S, Painter S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to achieve best practice standards. Nurs Health Sci. 2003 Dec;5(4):2837. PMID: 14622380.
19. Dünser MW, Ruokonen E, Pettilä V, Ulmer H, Torgersen C, Schmittinger CA, Jakob S, Takala J. Association of arterial blood pressure and vasopressor load with septic shock mortality: a post hoc analysis of a multicenter trial. Crit Care. 2009;13(6):R181. DOI: 10.1186/cc8167.
20. Enderle C, Leci de Fátima, Kerber NP; Lunardi VL; Nobre CM; Mattos L; Rodrigues EF Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium. Revista latino-Am. Enfermagem. 21(3): 719-25, 2013 May-Jun. ID: mdl-23918017.
21. Evenson KR, Herring AH, Wen F. Self-Reported and objectively measured physical activity among a cohort of postpartum women: the PIN Postpartum Study. J Phys Act Health. 2012 Jan;9(1):5-20. ID: mdl-22232505.
22. Ferrari RM, Siega-Riz AM, Evenson KR, Moos MK, Melvin CL, Herring AH. Provider advice about weight loss and physical activity in the postpartum period. J Womens Health (Larchmt). 2010 Mar;19(3):397-406. ID: mdl-20156083.
23. Flores H. Samuel-Ramos, Hernández RI-et al. Síndrome de muerte súbita del lactante. Rev. Med. IMSS. 2006. disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=785&Itemid=
24. García P. Velasco Gimeno. Evolución en el conocimiento de la fibra. Nutrición Hospitalaria. 2007; 22(Supl. 2):20-5. ID:ibc055034.
25. Gau ML. Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2004 May;41(4):425-35. PMID: 15050853.

26. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HA, Stanwood NL. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(5):CD003036.
27. Gutiérrez Espinoza H.J, I.P. Lavado bustamente y S.J. Méndez Pérez. Revisión sistemática sobre el efecto analgésico de la crioterapia en el manejo del dolor de origen músculo esquelético. *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* 2010.ID:ibc-81298.
28. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet.* 2010 may 8;375(9726):1609-23. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60518-1.
29. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013 May-Jun;42(3):287-300. PMID: 23682696.
30. Horta B. Evidence of the long-term effects of breast feeding. WHO. 2007, disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf.
31. Huang TT, Yeh CY, Tsai YC. A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomized controlled trial. *Midwifery.* 2011 Apr;27(2):257-64. PMID: 19775782.
32. IMSS-052-08, GPC Vigilancia y manejo del parto. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_Vigilancia_ManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf.
33. IMSS-425-10, GPC, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica Venosa, disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/437_GPC_Enf_tromboembolica_venosa/GER_Enfermedad_tromboembolica_venosa.pdf.
34. IMSS-608-13, GPC, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía complicada. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_episiotomiacomplicada/608GER.pdf.
35. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Evid Rep Technol Assess.* 2007; (153):1-186.
36. José-Vicente Bonet. Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. 1997. Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España). ISBN 978-84-293-1133-4.
37. José Ortega y Gasset: Ideas y creencias; en *Obras Completas*, Vol. V, México: Revista de Occidente.

38. Kayem G, Kurinczuk J, Lewis G, Golightly S, Brocklehurst P, Knight M. Risk factors for progression from severe maternal morbidity to death: a national cohort study. *PLoS One*. 2011;6(12):e29077. ID: mdl-22216171.
39. Kvist LJ, Hall-Lord ML, Rydhstroem H, Larsson BW. A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation. *Midwifery*. 2007 Jun;23(2):184-95. PMID: 17052823.
40. Kurth E, Kennedy HP, Spichiger E, Hösli I, Stutz EZ. Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*. 2011 Apr;27(2):187-94. PMID: 19773102.
41. Leahy-Warren P, McCarthy G. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*. 2011 Dec;27(6):802-10. PMID: 20888092.
42. Li CY, Chen SC, Li CY, Gau ML, Huang CM. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery*. 2011 Apr;27(2):181-6. PMID: 19577829.
43. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD001863.
44. Lozano Rafael, Mohsen Naghavi, Kyle Foreman, Stephen Lim, Kenji Shibuya. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012 dec 15; 380(9895): 2095–128. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.
45. Iyengar K, Yadav R, Sen S. Consequences of maternal complications in women's lives in the first postpartum year: a prospective cohort study. *J Health Popul Nutr*. 2012;30(2):226-240. ID: mdl-22838164.
46. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003519. 2012;5: CD003519.
47. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Mar-Apr;52(2):116-25. PMID: 17336817.
48. NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido, 2010, DOF:05/11/2012. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
49. NOM-034-SSA2-2010, Para la prevención y control de los efectos al nacimiento. Secretaria de Salud. México D.F. 28 de febrero 2014, disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/034ssa202.html.
50. NOM-036-SSA2-2012. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. Secretaria de Salud. México,

D.F. 28 de febrero de 2012, disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/036ssa202.html>

51. NOM-043.SSA2-2005. Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Secretaría de Salud. México Distrito Federal. 23 de Enero de 2005. www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/.
52. Oliveira SM, Silva FM, Riesco ML, Latorre Mdo R, Nobre MR. Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth: a randomised clinical trial. *J Clin Nurs*. 2012 Dec;21(23-24):3382-91. PMID: 22931394.
53. Organización Mundial de la Salud (OMS), Metas internacionales, 2004. Consultado en junio, 2014 en: [www.seguridaddelpaciente.word.press.com/estandares internacionals](http://www.seguridaddelpaciente.word.press.com/estandares_internacionals)
54. Parodi J, C. Ictericia Neonatal. Revista de posgrado de la VI Cátedra de medicina. 2005. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.htm.
55. Perea D, José, José Ricardo Navarro, Pedro Herrera, Viviana Castillo, Andra González, Andrés García, Jaime Galvis. Ensayo clínico aleatorizado, controlado, doble ciego, para evaluar la analgesia postparto con morfina epidural: efectividad analgésica de dos dosis diferentes comparadas con placebo. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2012.
56. Prata N, Hamza S, Bell S, Karasek D, Vahidnia F, Holston M. Inability to predict postpartum hemorrhage: insights from Egyptian intervention data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 nov 28;11:97. DOI: 10.1186/1471-2393-11-97.
57. Restrepo Ochoa, O. Trombosis-Trombofilia en alto riesgo obstétrico. *Rev. Colombiana de obstetricia y ginecología*, Vol. 54 #1, 2003. ID:lil-385447.
58. RNAO, R. N. GPC. Nursing Best Practice Guidelines Program. Interventions for postpartum depression. Interventions for postpartum depression . Ontario, Canada: Gobierno de Ontario. April de 2005. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/interventions-postpartum-depression>.
59. Rubio Romero Jorge Andrés, Oscar A Guevara Cruz, Hernando Gaitán Duarte. Validez de la estimación visual como método diagnóstico de la hemorragia postparto severa en un hospital universitario. Bogotá 2007. *Rev. Fac. Med*. 2010;58(3). ID:lil-613134
60. Santos Júnior HP, Silveira Mde F, Gualda DM. [Post-partum depression: a latent problem]. *Rev Gaucha Enferm*. 2009 Sep;30(3):516-24. PubMed PMID: 20187434.
61. ScharDOSIM JM, Heldt E. [Postpartum depression screening scales: a systematic review]. *Rev Gaucha Enferm*. 2011 Mar;32(1):159-66. PMID: 21888217.
62. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud, octubre del 2013. <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/estandar.html>

63. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector salud, Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizado, 1ª Ed. Enero 2010. <http://www.salud.gob.mx>
64. Soltani H. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage Masaje uterino para la prevención de la hemorragia postparto: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/Cd006431_soltanih_com/es/.
65. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. BJOG. 2012 may;119(6):724-30. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03293.x.
66. Swain J, Dahlen HG. Putting evidence into practice: a quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain. Women Birth. 2013 Mar;26(1):65-70. PMID: 22575710.
67. Tamires Alexander, A. F.-N.-Á. Actuación de enfermería frente a depresión postparto en las consultas de puericultura. Enfermería Global. Enfermería y perspectiva de Género; Enero, 2013; 12(29):404-419. ID: ibc-108378.
68. Wan H, Hu S, Thobaben M, Hou Y, Yin T. Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. Contemp Nurse. 2011 Feb;37(2):149-59. PMID: 21692586.
69. Wang Y, Tanbo T, Ellingsen L, Abyholm T, Henriksen T. Effect of pregestational maternal, obstetric and perinatal factors on neonatal outcome in extreme prematurity. Arch Gynecol Obstet. 2011;284(6):1381-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208820/pdf/404_2011_Article_1870.pdf.
70. Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades: **de Secretaría de Salud, Instituto de salud en el Estado de Chiapas: Hospital General “Tapachula” de Tapachula, Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Servicios de Salud de Oaxaca, Hospital General Adolfo Prieto y Hospital General Progreso (CAAPS) de Guerrero** las gestiones realizadas para que el personal adscrito a estas instituciones asistieran a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia, Enfermería Basado Evidencias y temas afines, para el desarrollo de la presente guía coordinados por la **Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)**, y el apoyo en general, **al trabajo de los autores.**

Asimismo, se agradece a las autoridades de la **Unidad de Desarrollo Bibliotecario, Universidad Autónoma de Guadalajara, Jalisco** su participación en los procesos de validación de protocolos de búsqueda y a la **Coordinación de Excelencia Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social** por su valiosa colaboración en la validación de la calidad metodológica de esta guía, y al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) por su colaboración en la revisión del modelo editorial.

9. COMITÉ ACADÉMICO

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES)

Dr. Sebastian García Saisó	<i>Director General de Calidad y Educación en Salud</i>
Dra. Odet Sarabia González	<i>Dirección General Adjunta de Calidad y Educación en Salud</i>
Mtra. Juana Jiménez Sánchez	<i>Directora de Enfermería</i> <i>Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería</i>
Mtra. María del Rocío Almazán Castillo	<i>Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería</i>
Mtra. María de Jesús Posos González	<i>Coordinadora Normativa de Enfermería</i> <i>Coordinadora del proyecto de Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE)</i> <i>Asesora metodológica de las GPCE</i>

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC-SALUD)

M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Directora General</i>
Dr. Jesús Ojino Sosa García	<i>Director de Integración de GPC</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Subdirector de GPC</i>
Dra. Violeta Estrada Espino	<i>Departamento de validación y normatividad de GPC</i>
Dra. Yesenia Ortiz Montaña	<i>Coordinadora de guías de medicina interna</i>
Dra. Teresa De La Torre León	<i>Coordinadora de guías de medicina interna</i>
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Christian Fareli González	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Jaime Enoc Zambrano Guerrero	<i>Coordinador de guías de pediatría</i>
Lic. José Alejandro Ochoa Martínez	<i>Investigación documental</i>
Dr. Pedro Nieves Hernández	<i>Subdirector para la gestión de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de apoyo científico para GPC</i>
Dra. Gilda Morales Peña	<i>Coordinación de avances sectoriales</i>

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL DIRECTORIO DEL CENTRO
DESARROLLADOR

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan
Secretaria de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austín
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud Dra. María de las Nieves García Fernández	Titular
	Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	Secretario del Consejo de Salubridad General General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
	Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
	Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
	Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	Comisionado Nacional de Arbitraje Médico Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	Director General de Calidad y Educación en Salud Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
	Directora General de Evaluación del Desempeño Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	Director General de Información en Salud M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Dr. Jaime Agustín González Álvarez	Titular 2015-2016
Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado de Salud de Jalisco	Dr. Jesús Zacarías Villareal Pérez	Titular 2015-2016
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nuevo León	Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mezquita	Titular 2015-2016
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
	Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. M. en C. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo	Invitado
	Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC-Salud	