

Evidencia sobre las intervenciones de enfermería en el Plan de Cuidados Estandarizado para la Cesárea.

Autores:

Burgo García Olga ¹,

Sanz Muñoz María Luisa ²

¹ Enfermera responsable del programa GACELA del Complejo Asistencial de Soria. Miembro del grupo de EBE de Sacyl.

² Subdirectora de enfermería del Complejo Asistencial de Soria. Miembro del grupo de EBE de Sacyl.

Dirección para la correspondencia:

Hospital Virgen del Mirón. Carretera de Logroño, nº 8. 42005 Soria

e-mail: oburgog@saludcastillayleon.es.

Índice:

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	6
Objetivos	7
Método	7
Resultados y Discusión	9
Conclusión	11
Tablas	12
Figura	27
Anexo	28
Bibliografía	32

Resumen

Introducción.

Esta revisión parte del proyecto de creación de un grupo de Enfermería Basada en la Evidencia (EbE) de Atención Especializada para incorporar la evidencia científica a la práctica clínica.

Objetivos.

Identificar, recomendar e incorporar la mejor evidencia disponible en las intervenciones enfermeras del Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) para la Cesárea consensuado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de Sacyl en el primer semestre del año 2009.

Método.

Protocolo de revisión. Obtención y extracción de datos mediante tablas de síntesis. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo.

Resultados.

Se identificaron 2493 estudios, de los cuales se seleccionaron 18 para lectura crítica, (14 revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos aleatorios y 1 guía de práctica clínica). La evaluación de estos estudios con los instrumentos CASPe/AGREE muestra una puntuación mínima de 8. Las pruebas obtenidas a partir de estos estudios muestran que el grado de evidencia mostrado para las intervenciones del PCE de la cesárea es de nivel IV, salvo para la intervención “Ayuda en la lactancia materna” de la que existe evidencia de nivel I.

Discusión.

El resultado principal de este trabajo indica que no se encuentran evidencias de nivel I sobre las intervenciones planteadas para el PCE, salvo para la intervención “Ayuda en la lactancia materna”. Existe evidencia que demuestra que las complicaciones potenciales consideradas en el PCE son adecuadas. Además creemos que se aporta un valor añadido al incorporar a la evidencia el lenguaje de la NIC. Las principales limitaciones de este estudio se refieren a las restricciones de idioma, la limitada disponibilidad de estudios que aporten

un nivel de evidencia aceptable y la incorporación del lenguaje NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) a la búsqueda. Las implicaciones del trabajo para la investigación futura se derivan de la necesidad de generar investigación primaria, y la de seguir incorporando el lenguaje NIC a la investigación secundaria.

Implicaciones para la práctica.

Para la práctica clínica implica unir al lenguaje NANDA–NOC–NIC, con intervenciones de efectividad demostrada. Para la práctica de la EbE implica diseñar protocolos de revisión que incluyan al menos el lenguaje NIC.

Abstract

Introduction

This review begins from the creation project of a group of Nursing Based on the Evidence (EbE) of Specialized Attention to incorporate the scientific evidence into the clinical practice

Objetives.

To identify, recommend and incorporate the best available evidence into the Plan Standardized aids (PSA) for the Caesarean, agreed by the work team collaborative of the Sacyl's Management, in the first semester of the year 2009.

Method.

Protocol of systematic. Obtain and extract information by synthesis tables. Analysis of data throughout narrative explanation.

Results.

2493 studies were identified, of which 18 were selected for critical reading, (14 systematic reviews, 3 clinical random tests and 1 guide of clinical practice). The evaluation of these studies, with the instruments CASPe/AGREE, shows a minimum result of 8. The results obtained from these studies show that the evidence degree for the Cesarean PCE is of 4th level, except for the intervention “help in the mother breastfeeding” of which there is evidence of

level 1st.

Discussion.

The main result of this exercise reveals that there are no evidences of 1st level on the interventions raised for the PCE, except for the one “help in the breastfeeding”. There is evidence that demonstrates that the potential complications considered in the PCE are suitable. Additionally, we believe it has added value when the evidence of the language NIC is included. The main limitations of this study refer to the restrictions of language, the limited availability of studies that add an acceptable level of evidence and the incorporation of the language NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) and NIC (Nursing Interventions Classification) to the search. The implications of the work for the future investigation derive from the need to generate primary investigation and continue with the incorporation of the language NIC into the secondary investigation.

Implications for the practice.

The clinical practice applies to join to the language NANDA-NOC-NIC, interventions of demonstrated efficiency. The EbE practice involves to design protocols of revision that include at least the language NIC.

Introducción

Esta revisión parte de la estrategia de creación de un grupo de Enfermería Basada en la Evidencia (EbE) de Atención Especializada para incorporar la evidencia científica a la práctica clínica.

Se pretende incorporar la mejor evidencia disponible en las intervenciones enfermeras del Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) para la Cesárea. (Anexo 1), consensado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de Sacyl en el primer semestre del año 2009. Este grupo está formado por representantes de enfermería de los 14 hospitales de la Comunidad y de las Direcciones de Desarrollo Sanitario y Asistencia Sanitaria, con la finalidad de unificar los planes de cuidados existentes en los distintos centros hospitalarios de Sacyl y crear una guía de Planes de cuidados consensuados que posteriormente se incluirán en el programa Gacela Care.

Un plan de cuidados estándar es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o comunidad, a una situación y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una de ellas. Es un instrumento de gestión ya que identifica situaciones en las que intervienen enfermeras, situaciones que tratan y actividades que realizan. Utiliza un lenguaje común (NANDA-NOC-NIC). Facilita la adaptación de personal de nuevo ingreso. Dejan explícito la responsabilidad de la enfermera, los cuidados que razonablemente hay que dar y la forma de evaluar estos cuidados ¹. Los planes de cuidados constituyen hoy en día una herramienta imprescindible para avalar la calidad y garantizar la continuidad y posterior evolución de los cuidados optimizando así la asistencia al paciente.

El incremento en la utilización del procedimiento de cesárea comienza en Estados Unidos en la década de los 70 propagándose esta tendencia a nivel mundial.

Respecto a la evolución de la incidencia en nuestro ámbito, España no ha sido ajena a esta tendencia como se puede ver tanto en estudios previos ² como en

los datos publicados en la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI). En 2007, la incidencia de cesárea alcanzó el 25,18% según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el informe “Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud”³.

Objetivos.

- Identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones de enfermería en el Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) para pacientes a las cuales se les ha practicado una cesárea.
- Elaborar recomendaciones sobre las mejores intervenciones.
- Validar mediante evidencia científica el PCE de Cesárea consensuado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de Sacyl en el primer semestre del año 2011

Método.

El área del estudio se relaciona con los cuidados enfermeros en el PCE Cesárea. Se sigue un protocolo estandarizado de revisión sistemática de la literatura, el Protocolo en 10 pasos: “Vayamos paso a paso”⁴.

El diseño de la estrategia de búsqueda de estudios, sigue la elaboración de la frase de búsqueda en base a las cuatro pistas de Sackett⁵ (en este caso modificado al eliminar el comparador), mediante el formato PICO (paciente-intervención-comparador-resultado), y su conversión a los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH). En la definición de las intervenciones se incluyen el uso del lenguaje NIC. Tablas 1 y 2.

Las fuentes de información incluyen la búsqueda en bases de datos online: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), National Library of Medicine (MEDLINE), Colección de Bases de Datos sobre Ensayos Clínicos Controlados en Ciencias

de Salud (COCHRANE) Joanna Briggs Institute (JBI), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), Internacional Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Guiasalud, GuiaNacional Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), se complementa con búsqueda referencial y manual en publicaciones clave. Se consideran los últimos cinco años de publicación, ampliables a diez para la búsqueda referencial. Se restringe a los idiomas español, inglés, francés y portugués.

Las variables consideradas en los estudios incluidos, respecto a población, intervenciones y medidas de resultados son; *“Mujer a la que se ha practicado una Cesárea, cuidados de enfermería, salud, gasto sanitario, estancia hospitalaria, control de riesgos, satisfacción, ausencia de complicaciones, bienestar y signos y síntomas”*. (Tabla 1).

Se han utilizado los términos cesárea, cesarean section; cuidados de enfermería, care nurs, truncados y combinados mediante los operadores booleanos con las intervenciones y complicaciones potenciales definidas en el plan de cuidados y con las variables de resultado. (Tabla 2).

Se han seleccionado estudios que aportan un mayor nivel de evidencia; revisiones sistemáticas, metaanálisis o metasíntesis, ensayos clínicos aleatorios o guías de práctica clínica basadas en evidencias, y que cumplen con los criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe⁶ (Critical Apraisal Skill Programme en español) y por AGREE⁷ (Evaluación de Guías de Practica Clínica). Los artículos se revisaron por pares y las discrepancias entre revisores se resolvieron por consenso. La clasificación por niveles de evidencia y el desarrollo del grado de recomendación se realizó siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs (JBI)⁸.

Los criterios de homogeneidad clínica incluyeron, además de los CASPe/AGREE, que las características de las poblaciones e intervenciones fueran extrapolables a nuestra población y nuestra práctica profesional.

Para la recopilación de datos se ha elaborado una tabla de síntesis de los resultados considerados relevantes. El análisis de datos se realizó mediante desarrollo narrativo.

Resultados y Discusión:

Se han identificado 2493 estudios (954 BVS, 1163 MEDLINE, 345 COCHRANE, 1 JBI, 28 INAHTA, 2 NICE), de los cuales, después de seleccionar 67 para la lectura del resumen, se han escogido 18 para la lectura crítica (14 revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos aleatorios, y 1 guía de práctica clínica). De esta lectura crítica han sido seleccionados 11 siendo 8 revisiones sistemáticas y 3 ensayos clínicos. Tabla 3. Figura 1.

Los artículos revisados y excluidos como fuente de evidencia se reflejan en la tabla 4.

La evaluación de los estudios seleccionados se realiza con el sistema CASPe/AGREE que muestra una puntuación mínima de 8. Los artículos son revisados por pares y las discrepancias entre revisores se resuelven por consenso.

Para la recopilación de datos se elaboró una tabla de síntesis de los resultados considerados relevantes. (Tabla 5).

Los resultados obtenidos a partir de estos estudios indican que el grado de evidencia demostrado sobre las intervenciones del PCE de la cesárea es de nivel IV, salvo en el caso de “INT1054 Ayuda en la lactancia materna” de la que existe evidencia de nivel I, considerando que debe realizarse investigación primaria para poder avalar con evidencia científica el resto de las intervenciones planteadas en el PCE. Se demuestra además evidencia de nivel I que verifica la pertinencia de las complicaciones potenciales consolidadas para el PCE de la Cesárea (Dolor, Hemorragia, Efectos secundarios de la anestesia y Trombosis venosa profunda). Igualmente se ha demostrado un nivel de evidencia I para la alimentación temprana después de una cesárea sin complicaciones. Tabla 5. Es significativo reseñar que de la

búsqueda referencial a diez años, se ha identificado un estudio, un ensayo clínico aleatorio⁹, en el que se demuestra evidencia científica de nivel I que indica que el uso del catéter urinario en pacientes con parto por cesárea con condiciones hemodinamicamente estables no es necesario.

Las recomendaciones derivadas de los resultados encontrados clasificados según su nivel de evidencia y grados de recomendación siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs son:

- Se recomienda la formación prenatal sobre las técnicas para coger y posicionar al niño, para prevenir o reducir el dolor del pezón causado por la lactancia. Nivel de Evidencia (N) I Grado de Recomendación (GR) A.

- Se recomienda la formación inmediatamente después del parto sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para reducir el dolor del pezón. N II, GR B.

- Se recomiendan las compresas de agua tibia más que la leche materna para el manejo del dolor y las lesiones del pezón asociadas a la lactancia. N II, GR B.

- Preparar los pezones antes del parto puede reducir el dolor pero se requiere de mucha precaución debido al riesgo de contracciones del útero. N IV, GR C.

- No se ha confirmado ni demostrado la efectividad clínica de los siguientes métodos: NIV, GR C.

- discos protectores

- tetinas

- aerosoles

- apósitos de hidrogel

- lanolina modificada

- colagenasa

- dexpanthenol

Las principales limitaciones de este estudio se refieren a:

- Restricciones del idioma.
- Limitada disponibilidad de estudios que aporten un nivel de evidencia aceptable.
- Incorporación del lenguaje NANDA-NOC-NIC a la búsqueda, (la utilización de una metodología y lenguaje propios facilita la práctica enfermera, disminuye la variabilidad en la aplicación de los cuidados y asegura la continuidad de los mismos).

Conclusión

El resultado principal de este trabajo indica que:

- o No se encuentran evidencias de nivel I sobre las intervenciones planteadas para el PCE, salvo para la intervención “Ayuda en la lactancia materna”.
- o Existe evidencia que demuestra que las complicaciones potenciales consideradas en el PCE son adecuadas.
- o Creemos que se aporta un valor añadido al incorporar a la evidencia el lenguaje de la NIC.

Las implicaciones del trabajo para la investigación futura se derivan de:

- o - La necesidad de generar investigación primaria.
- o - Seguir incorporando el lenguaje NIC a la investigación secundaria.

Implicaciones para la práctica.

- o - Para la práctica clínica implica unir al lenguaje NANDA–NOC–NIC, intervenciones de efectividad demostrada. - Para la práctica de la EbE implica diseñar protocolos de revisión que incluyan al menos el lenguaje NIC.

Tabla 1. Frase de búsqueda

Frases	Palabra "Natural"
Paciente	Mujer a la que se le ha practicado una cesárea.
Intervención	Cuidados de enfermería en la cesárea.
Comparador	
Variable Resultados	Salud, gasto sanitario, estancia hospitalaria, control de riesgos, satisfacción, ausencia de complicaciones, bienestar, signos y síntomas.

Tabla 2. Algoritmo de búsqueda: palabras clave

Frases	Palabra "Natural"	DeCS	MeSH
Paciente	Cesárea	Cesárea	Cesarean Section
Intervención	Cuidados de enfermería Disminución de la ansiedad Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso Cuidados del sitio de incisión Manejo de la eliminación urinaria Cuidados del catéter urinario Manejo del estreñimiento/impactación Ayuda en la lactancia Cuidados del sitio de incisión Educación paterna: niño Planificación del alta	Enfermeras Cuidado	Nurs* Care Anxiety Reduction Venous Access Device (VAD) Maintenance Incision Site Care Urinary Elimination Management Tube Care: Urinary Constipation/Impaction Management Breastfeeding Assistance Incision Site Care Parent Education: Infant Discharge Planning
	Disminución de la hemorragia útero posparto Control de hemorragias Monitorización de los signos vitales Cuidados posparto Manejo del dolor Monitorización neurológica Terapia de ejercicios: Ambulación Precaución en el embolismo Trombosis		Bleeding Reduction: Postpartum Uterus Hemorrhage Control Vital Signs Monitoring Postpartal Care Pain Management Neurologic Monitoring Exercise Therapy: Ambulation Embolus Precautions Thrombosis
Variable	Salud Recursos Tiempo de permanencia Hospitalización Gasto sanitario Control del riesgo Satisfacción Seguridad Bienestar Signos y síntomas	Salud Asignación de Recursos para la Atención de Salud Tiempo de permanencia Hospitalización Costo de enfermedad Asunción de riesgos Satisfacción paciente Seguridad Bienestar materno Signos y síntomas	Health Health Care Rationing Residence Time Hospitalización Cost of Illness Risk-Taking Patient Satisfaction Safety Maternal Welfare Signs and Symptoms

Tabla 3. Algoritmo de búsqueda: bases de datos

Base de datos	Artículos
BVS	954
Medline	1163
Cochrane	345
JBI	1
Cuiden	0
INHATA	28
Guiasalud	0
NICE	2
Total	2493
Lectura crítica	18
Seleccionados	11

Tabla 4: Artículos revisados y excluidos como fuente de evidencia

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características)	Motivo de exclusión
Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage ¹⁰ . Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringner A, Delaney M, Duperron L, Girard I, Jones D, Lee LS, Shepherd D, Wilson K; 2009. Review. Pubmed	Es un GPC recomendada para obstetras y ginecólogos para la prevención de la hemorragia posparto. Poco útil para enfermería
Mechanisms of hemostasis at cesarean delivery ¹¹ . Bonanno C, Gaddipati S. 2008. Review. Pubmed	Habla de técnicas de hemostasia a nivel médico
Normal childbirth and evidence based practice ¹² Waldenström U. Women Birth. 2007 Review. Pubmed	No pasa las preguntas de eliminación
Post-cesarean delivery analgesia ¹³ . Gadsden J, Hart S, Santos AC. 2005 Review. Pubmed	No pasa las preguntas de eliminación
Caesarean section, surgical site infection and wound management ¹⁴ . Gould D. 2007 Review. Pubmed	No pasa las preguntas de eliminación
Antibiotic prophylaxis for cesarean section ¹⁵ . Hofmeyr G Justus AU: Smaill Fiona M 2007 Reviews. Cochrane	No es aplicable al objeto de nuestro estudio. Poco útil para enfermería
Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour/ Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto ¹⁶ Anim y Al 2008 Revisión sistemática Cochrane sin metaanálisis	No es aplicable a nuestro estudio.

Tabla 5: Tabla de evidencia. Plan de cuidados estandarizado: Cesárea

Autor o nombre del estudio, año Tipo estudio (características)	POBLACION	INTERVENCIÓN / VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIOS	CALIDAD
<p>Best Practice elaborado por Instituto Joanna Briggs (2009) Basado en revisiones sistemáticas de 2003 y 2005 El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna17 (Best Practice)</p>	<p>Mujeres primíparas que dan lactancia materna Muchos estudios incluidos en las revisiones eran ECAs con tamaños muestrales pequeños y participantes de entornos socioculturales específicos</p>	<p>Efectividad de las intervenciones utilizadas en y por mujeres en periodo de lactancia para prevenir y/o reducir el dolor y las lesiones en el pezón.</p>	<p>Existe evidencia de calidad que demuestra que la formación prenatal sobre la posición de la mujer y las técnicas de agarre tiene probabilidades de reducir el dolor del pezón causado por la lactancia. Entre las opciones de aplicar compresas de agua tibia, leche materna o bolsitas de te, la colocación de una compresa de agua tibia demostró ser la intervención mas efectiva para controlar el dolor de las lesiones del pezón, sin embargo, se advirtió que el uso de una bolsitas de té puede no ser apropiado como primera elección de intervención debido a las posibles alteraciones en el sabor y olor de los pezones. Existe evidencia que sustenta la preparación prenatal de los pezones para prevenir el dolor y las lesiones en el pezón. Sin embargo los profesionales de la practica clínica pueden se reacios a animar a la preparación prenatal del pezón ya que la estimulación de los pezones puede provocar contracciones</p>	<p>Ayuda en la lactancia materna</p> <p>La lactancia materna, además de desempeñar un papel importante en la salud y el desarrollo tanto de la madre como del lactante, proporciona a este último una óptima alimentación. El dolor y las lesiones del pezón son las principales complicaciones asociadas a la lactancia materna y se consideran los factores más importantes que influyen en la lactancia materna durante las primeras semanas de maternidad.</p> <p>Muchos estudios incluidos en 3as revisiones eran ensayos clínicos aleatorios con tamaños muestrales pequeños y participantes de entornos socioculturales específicos. Se presentaron varios tipos de intervenciones. Hubo un gran solapamiento de estudios primario incluidos en las dos revisiones sistemáticas CASPe 10/10</p>	<p>N I/ GR A</p> <p>Según las recomendaciones: N I / GR A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda la formación prenatal sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para prevenir o reducir el dolor del pezón causado por la lactancia. <p>N II / GR B</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda la formación inmediatamente después del parto sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para reducir el dolor del pezón. - Se recomiendan las compresas de agua tibia más que la leche materna

<p>Buscamos las fuentes de información y una de ellas es una revisión sistemática: Prevention of and Therapies for Nipple Pain: A systematic Review¹⁸</p>			<p>del útero. No se ha confirmado ni demostrado la efectividad clínica de los métodos: discos protectores, tetinas aerosoles, apósitos de hidrogel, apósitos transparente, lanolina modificada, colagenasa, dexpanthenol</p>		<p>para el manejo del dolor y las lesiones del pezón asociadas a la lactancia. N IV / GR C - Preparar los pezones antes del parto puede reducir el dolor pero se requiere de mucha precaución debido al riesgo de contracciones del útero. No se ha confirmado ni demostrado la efectividad clínica de los siguientes métodos: - discos protectores - tetinas - aerosoles - apósitos de hidrogel - lanolina modificada - colagenasa - dexpanthenol.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Orji E.O Et Al (2009) Ensayo clínico A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding alter cesarean section¹⁹</p>	<p>200 mujeres que se ha practicado un cesárea</p>	<p>Evaluar la seguridad y eficacia de la alimentación oral temprana después del parto por cesárea frente a la alimentación de rutina</p>	<p>La alimentación temprana disminuye el tiempo postoperatorio de ruidos intestinales favorece el movimiento intestinal. No existen diferencias significativas en cuanto a síntomas de íleo paralítico, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y se requiere menos tiempo con administración de líquidos por vía intravenosa. La alimentación temprana después de una cesárea es bien tolerada y segura y puede ponerse en práctica sin que exista un aumento de resultados adversos.</p>	<p>La practica tradicional en cuanto a la administración de alimentación después de la cesárea se basa en los supuestos de que la alimentación temprana aumenta la incidencia de nauseas, vómitos y distensión abdominal. Estudios recientes en mujeres sometidas a cesárea han refutado está afirmación histórica y han demostrado que la administración temprana de la alimentación por vía oral parece estar bien tolerado e incluso es beneficiosa para el paciente. Los criterios para alimentación temprana fueron definidos como la alimentación a las 8 horas del parto por cesárea y para el grupo de alimentación convencional a las 24-48 horas. CASPe 11/11</p>	<p>NI / GR A</p>
---	--	--	---	---	------------------

<p> Bamigboye, Hofmeyr (2009) Revisión sistemática Cochrane sin metaanálisis Infiltración de heridas con anestésicos locales y bloqueo nervioso abdominal durante la cesárea para el alivio del dolor postoperatorio²⁰ </p>	<p>20 ECAs (1150 mujeres a las que se realiza una cesárea electiva o de urgencia)</p>	<p>Efectos de la infiltración de la herida con agentes anestésicos locales y del bloqueo nervioso abdominal sobre el dolor posterior a la cesárea, el bienestar de la madre y su interacción con el recién nacido.</p>	<p>La infiltración de anestesia local y el bloqueo de los nervios abdominales como complementos a la analgesia regional y la anestesia general son beneficiosos en la cesárea al reducir el consumo de opiáceos postoperatorios. En las mujeres que recibieron anestésico general y bloqueo de los nervios de la pared abdominal se redujeron las puntuaciones de dolor en las primeras 24 horas postoperatoria. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos como coadyuvantes pueden proporcionar alivio adicional del dolor, pero con más efectos secundarios de prurito. Los agentes anestésicos locales utilizados habitualmente tienen efectos secundarios pero son muy poco frecuentes, y abarcan desde alergias hasta efectos cardiovasculares y del sistema nervioso central.</p>	<p>El parto por cesárea es cada vez más frecuente. La cesárea requiere de un anestésico, ya sea anestesia espinal, espinal epidural, bloqueo epidural o anestesia general. El alivio del dolor postoperatorio inmediato y adecuado es un componente importante del parto por cesárea que puede hacer que el período posparto inmediato sea menos incomodo y más gratificante emocionalmente. El dolor postoperatorio se controla con la combinación de un opiáceo y otros analgésicos, los opiáceos causan sedación, pueden transferirse a la leche materna y sedar también al recién nacido. Los anestésicos locales reducen el consumo de opiáceos y tienen efectos beneficiosos en la curación de la herida, con el tiempo se absorben sistemáticamente y se secretan en la leche materna, pero aún no se han documentado efectos secundarios en los recién nacidos que reciben lactancia materna. CASPe 9/10 Se necesita un estudio farmacocinético sobre la absorción del anestésico local después de la infiltración de la herida y el peritoneo. No está planteado explícitamente en la revisión el coste de los beneficios frente a los perjuicios.</p>	<p>NI / GR A</p>
---	---	--	---	---	------------------

<p>Su LL y AI (2008) Revisión sistemática Cochrane sin metaanálisis Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage/ agonistas de la oxitocina para la prevención de la hemorragia posparto²¹</p>	<p>4 ECAs (1037 mujeres), tres estudios sobre parto por cesárea y uno sobre parto vaginal.</p>	<p>Comparar el agonista de la oxitocina (carbetocina) con otros agentes o con placebo o ningún tratamiento para la prevención de la hemorragia posparto (HPP)</p>	<p>El riesgo de HPP fue similar en con el uso de oxitocina y carbetocina para las mujeres que se sometieron a parto por cesárea y las participantes con factores de riesgo para la HPP, que se sometieron a parto vaginal. El uso de la carbetocina produce una reducción estadísticamente significativa de la necesidad de un agente uterotónico terapéutico comparado con la oxitocina en el parto por cesárea pero no el parto vaginal. La carbetocina se asocia con una disminución de la necesidad de masaje uterino tanto en los partos vaginales como en los partos por cesárea, pero este resultado solo se documentó en un estudio de parto por cesárea y en el único existente de parto vaginal. Los resultados de los estudios no revelaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los efectos adversos ente la carbetocina y la oxitocina. No existen diferencias significativas en la efectividad entre carbetocina y la oxitocina y los efectos adversos como cefalea náuseas y vómitos también fueron similares. No se evaluaron resultados del recién nacido</p>	<p>La HPP es una causa principal de mortalidad y morbilidad materna. El tratamiento activo del alumbramiento, que en general se usa para reducir la pérdida de sangre durante el parto, incluye tres componentes interrelacionados: un fármaco que induce la contracción del útero, pinzamiento temprano del cordón y tracción controlada del cordón. El número de ensayos que comparan oxitocina y carbetocina es limitado. Se requieren ensayos de mayor tamaño para permitir una mejor evaluación de la eficacia de la carbetocina, en particular si el fármaco logra reducir las tasas de HPP. Deben realizarse ensayos que incluyan el uso de carbetocina en mujeres embarazadas de bajo riesgo que se someten a parto vaginal para evaluar si la carbetocina aporta beneficios para la mayoría de las mujeres embarazadas CASPe 9/10 No se evaluaron resultados del recién nacido y tres estudios recibieron apoyo económico de una compañía farmacéutica. El costo efectividad para la HPP constituye otra área útil de investigación. Se necesitan estudios adicionales de mayor tamaño</p>	<p>N I / GR B</p>
--	--	---	---	---	-------------------

<p>CHaroenkwan K Y AI (2008) Revisión sistemática Cochrane sin metaanálisis Líquidos y alimentos por vía oral tempranos versus tardíos (tradicionales) para la disminución de las complicaciones después de la cirugía ginecológica abdominal mayor²²</p>	<p>13 ECAs, mujeres a las que se ha realizado una cirugía mayor ginecológica abdominal abierta excluyendo la esterilización tubárica, no se consideró a las mujeres que se les realizó cirugía laparoscópica ginecológica ni histerectomía vaginal.</p>	<p>Evaluar los efectos del inicio temprano versus tradicional de la ingesta de alimentos después de la cirugía mayor ginecológica abdominal.</p>	<p>El inicio temprano de los líquidos orales se asocio con: aumento de las náuseas, menor tiempo hasta la aparición de ruidos intestinales, menor tiempo hasta la primera dieta sólida, estancia hospitalaria más corta. No hubo diferencias significativas en cuanto a íleo paralítico postoperatorio, vómitos y distensión abdominal, tiempo hasta la presencia de flatos, tiempo hasta la primera deposición, colocación de sonda nasogástrica postoperatoria, morbilidad febril, complicaciones de herida y neumonía.</p>	<p>La alimentación temprana después de la cirugía mayor ginecológica abdominal es segura, aunque se asocia con un mayor riesgo de náuseas, y una menor duración de la estancia hospitalaria. La decisión de adoptar el enfoque de la alimentación temprana debe ser individualizada. Los criterios para la ingesta oral postoperatoria temprana se definieron como la ingesta oral de líquidos o alimentos en las primeras 4 horas después de la cirugía, independientemente de la presencia o ausencia de signos que indiquen el retorno de la función intestinal. La calidad metodológica de los estudios es variable y solo un número limitado de estudios contribuyeron con datos para los resultados individuales. Se requieren estudios adicionales sólidos que analicen la relación entre el costo y la efectividad, la satisfacción y la presencia del paciente y otros cambios fisiológicos asociados (equilibrio hídrico y electrolítico, respuesta tisular, curación de la herida) asociados con diferentes enfoques de alimentación postoperatoria, proporcionarían una información adicional significativa para este tema tan polémico. CASPe 8/10</p>	<p>NI / GRA</p>
--	---	--	---	---	-----------------

<p>Mangesi y Hofmeyr (2008) Revisión sistemática Cochrane sin metaanálisis Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section/ Administración oral temprana de líquidos y alimentos versus tardía después de la cesárea²³</p>	<p>Mujeres en las primeras 24 horas después de la cesárea. 6 ECAs</p>	<p>Introducción temprana versus tardía de líquidos o alimentos después de la cesárea</p>	<p>La administración oral temprana de líquidos o alimentos se asoció con: reducción en el tiempo para el retorno de los ruidos intestinales, reducción de la estancia hospitalaria y reducción de la distensión abdominal. No se identificaron diferencias significativas en lo que se refiere a náuseas, vómitos, tiempo para la función intestinal, íleo paralítico y número de dosis analgésicas. No hubo evidencia a partir de los escasos ensayos aleatorios analizados que justifiquen una política de restricción de líquidos por vía oral después de una cesárea sin complicaciones. Se justifican las investigaciones adicionales</p>	<p>Los criterios para la alimentación “temprana” fueron los definidos por los autores de los ensayos individuales, existiendo variación de 6-8 horas después de la cirugía. De los resultados con datos disponibles el número de estudios que contribuye con datos utilizables, varió solamente de uno a tres. Por lo tanto es posible que exista un efecto de sesgo de informe para estos resultados. Ingerir líquidos y comer poco después de la cesárea no parece causar problemas a las mujeres e incluso puede acelerar la recuperación. CASPe 10/10</p>	<p>N I / GR A</p>
--	---	--	--	---	-------------------

<p>Izbizky GH y AI (2007) Ensayo clínico aleatorio The effect of early versus delayed postcaesarean feeding on women's satisfaction: a randomised controlled trial²⁴ .</p>	<p>625 mujeres a las que se ha practicado cesárea con anestesia regional</p>	<p>Evaluar el efecto de la alimentación temprana versus tardía después de la cesárea en la satisfacción de la mujer</p>	<p>La alimentación temprana después de la cesárea en mujeres de bajo riesgo es equivalente en cuanto a la satisfacción a la tradicional y tiene efectos beneficiosos en la reducción de percepción del dolor.</p>	<p>Las mujeres se asignaron de forma aleatoria a ambos grupos, los criterios establecidos fueron: el grupo “retraso en la alimentación” comenzó con la ingesta de líquidos por vía oral 4 horas después de la cirugía, seguida de dieta normal a las 24 horas; el grupo alimentación temprana comenzó con dieta normal en las primeras 8 horas. Un programa de alimentación temprana después de un parto por cesárea sin complicaciones tiene efectos beneficiosos sobre la percepción del dolor en las mujeres, además tiene algunos beneficios adicionales como el retorno mas rápido de los ruidos intestinales y la disminución de la estancia hospitalaria.. La satisfacción es una respuesta psicológica ante aspectos de la vida compleja y multidimensional, centrarse solo en la incomodidad física es una limitación de este estudio, otros aspectos de satisfacción de la mujer merecen una evaluación en ensayos adicionales. Los participantes representan un a población limitada socio-económico y cultural CASPe 8/11</p>	<p>NI / GR A</p>
---	--	---	---	---	------------------

<p>Ng K et. Al (2007) Revisión sistemática Cochrane sin metaanálisis Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section/ Anestesia raquídea versus epidural para la cesárea²⁵</p>	<p>751 mujeres que se someten a la anestesia raquídea o peridural para la cesárea. 10 ECAs</p>	<p>Eficacia y efectos secundarios de la anestesia raquídea versus la peridural, excluyendo las técnicas raquídea y peridural combinadas</p>	<p>- La anestesia raquídea permite comenzar antes la cirugía pero aumenta la necesidad de tratar la hipotensión. - No se observaron diferencias respecto a la tasa de fracaso, la necesidad de analgesia intraoperatoria adicional, la conversión a la anestesia general intraoperatoriamente, la satisfacción materna y la intervención neonatal.</p>	<p>-No fueron concluyentes las diferencias en los efectos adversos como cefalea, náuseas, vómitos y complicaciones postoperatorias porque fueron de baja incidencia o no se informaron. - Ninguno de los estudios incluidos informó a cerca de la lactancia materna ni el tiempo hasta la deambulaci3n posquirúrgica. CASPe 9/10, Parece demostrado que tanto las técnicas raquídeas como peridurales proporcionan una anestesia efectiva para la cesárea. No está planteado explícitamente en la revisi3n el coste de los beneficios frente a los perjuicios. Los estudios clínicos futuros deberían incluir numero de mujeres y recién nacidos que necesiten tratamiento.</p>	<p>NIVEL 1 / GRA indistinta</p>
--	--	---	--	---	---------------------------------

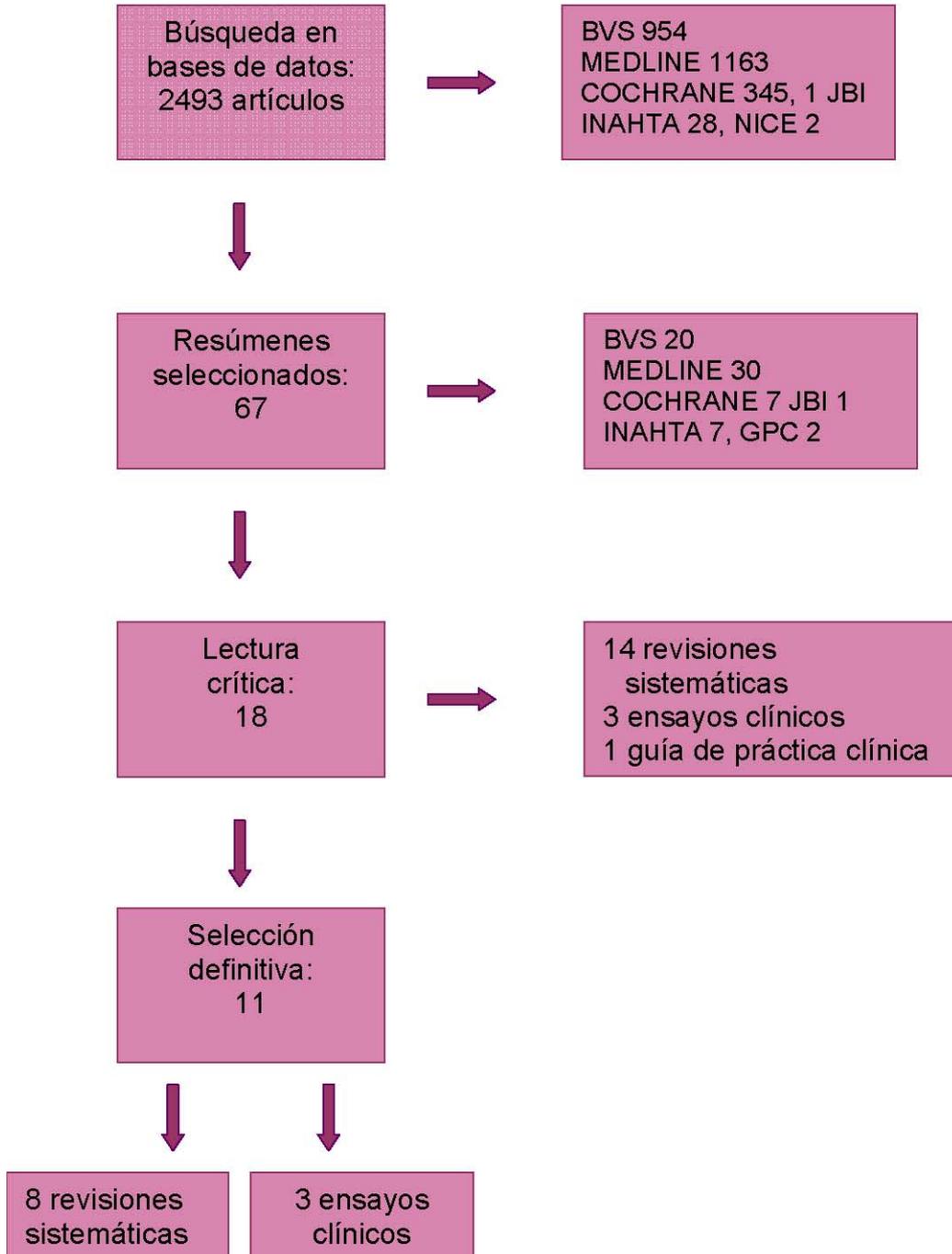
<p>Carter FA Et. AL (2006) Revisión sistemática con metaanálisis Pubmed Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link²⁶ .</p>	<p>24 estudios 1 ECA 9 estudios combinados en un metaanálisis. Mujeres a las que se ha practicado cesárea o parto</p>	<p>Evidenciar la asociación entre la cesárea, el parto y la depresión.</p>	<p>No se ha podido establecer un vínculo entre la cesárea y la depresión posparto (PPD). De los 24 estudios que han examinado la asociación entre la cesárea y la depresión posparto, cinco encontraron una asociación negativa importante, 15 no encontró ninguna asociación significativa y cuatro demostraron resultados mixtos. Los resultados no son concluyentes</p>	<p>El parto por cesárea es frecuente en los países desarrollados y la tasa sigue aumentando en estos países. La depresión posparto afecta al 10% de las mujeres después del parto y tiene un impacto adverso sobre la crianza del niño. Existe preocupación por la asociación establecida entre la cesárea y la depresión posparto. La cesárea es un factor de riesgo débil para la PPD, sólo opera como factor de riesgo si las mujeres son vulnerables por alguna otra razón. La falta de experiencia con los niños era una variable de moderación entre cesárea y PPD. El impacto de la cesárea en el estado de ánimo de la madre puede depender del contexto en el que se produce la cesárea, incluidas las normas culturales, la preparación y el apoyo social disponible. Algunos estudios son de pobre calidad metodológica, existen diferencias metodológicas entre los estudios lo cual puede explicar la diversidad entre los estudios existentes. CASPe 10/10</p>	<p>N I / GR A</p>
--	---	--	--	--	-------------------

<p>Visco AG et al (2006) Revisión sistemática sin metaanálisis Pubmed Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes²⁷ .</p>	<p>54 artículos sobre resultados maternos e infantiles en mujeres con parto por cesárea solicitado y parto vaginal planificado</p>	<p>Evaluar los resultados tanto maternos como neonatales en la cesárea a petición de la madre, frente a la cesárea y al parto vaginal planificados</p>	<p>No se han encontrado pruebas sólidas sobre ningún resultado: > Infección; menor riesgo previsto "electivo" que en cesárea de emergencia, alto riesgo con cesárea en relación con el parto vaginal III > Complicaciones anestésicas; Menor riesgo con el parto vaginal programado III > Riesgo de hemorragia / transfusión de sangre; Menor riesgo previsto con "electivo" que el vaginal o no planificadas cesárea II > Tromboembolismo; No hay pruebas de diferencia III > Lactancia; No hay evidencia de diferencia en la duración de la lactancia materna; revisiones anteriores sugieren un mayor riesgo de la alimentación con biberón en comparación con la lactancia materna para las cesáreas en general en comparación con el parto vaginal III > Dolor posparto; No hay evidencia de diferencia III > Depresión posparto ; No hay evidencia de diferencia III > Los resultados psicológicos; de riesgo más bajo de la experiencia del parto por cesárea programada o parto vaginal espontáneo en comparación con cesárea no planificada o parto vaginal instrumental III > Estancia hospitalaria; más larga con cesárea planificado y no planificado en comparación con el parto vaginal II</p>	<p>La incidencia del parto por cesárea a petición materna parece ir aumentando. No existen estudios sobre el parto por cesárea solicitado en sí, por lo que la base de conocimiento se basa principalmente estudios de cesárea por presentación podálica. Estudios futuros deberían centrarse no sólo en si la cesárea a petición materna tiene algún beneficio sino tener en cuenta las complicaciones y riesgos asociados en los partos por cesárea de repetición, tales como adherencias, o placenta previa CASPe 8/10 La evidencia es bastante limitada por su relevancia para el parto por cesárea por petición materna. La investigación futura requiere el desarrollo de consenso acerca de la terminología, la creación de un mínimo de datos fijada para el parto por cesárea a petición materna, mejorar la diseño del estudio y análisis estadísticos, asistiendo a las principales resultados y sus problemas de medición especial, evaluando ambos resultados a corto y largo plazo con una mejor estrategias de medición, tratamiento más adecuado a los factores de confusión, y teniendo en cuenta el valor o la utilidad de diferentes resultados.</p>	<p>N II, III / GR B</p>
--	--	--	---	---	-------------------------

			<p>> Riesgo para la incontinencia urinaria; inferior con cesárea primaria electiva que el parto vaginal; efecto protector puede disminuir con la edad, la paridad y índice de masa corporal III >Función Ano-rectal; menor riesgo con las cesáreas programadas en comparación con cesárea no planificada o partos vaginales instrumentales; Evidencia inconsistente de la diferencia entre cesárea programada y parto vaginal espontáneo III > Función sexual ;No hay evidencia de diferencia III</p>		
--	--	--	--	--	--

<p>Chantarasorn V y Tannirandorn Y (2006) Ensayo clínico aleatorio A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; a randomized controlled trial²⁸.</p>	<p>200 mujeres sometidas a Cesárea, 107 asignadas a alimentación temprana y 93 a alimentación convencional</p>	<p>Comparar la eficacia y los efectos secundarios de la alimentación postoperatoria temprana versus alimentación convencional en mujeres sometidas a cesárea.</p>	<p>La alimentación temprana después de una cesárea sin complicaciones reduce la tasa de síntomas de íleo y ofrecen beneficios potenciales asociados con un intervalo más corto de movimiento intestinal, administración de líquidos por vía intravenosa y duración de estancia hospitalaria</p>	<p>Los criterios para alimentación temprana fueron definidos como la alimentación a las 8 horas del parto por cesárea y para el grupo de alimentación convencional a las 24 horas. Se sugiere que debe considerarse la alimentación temprana después de la cesárea sin complicaciones, ya que ofrece beneficios a las pacientes, la estancia hospitalaria es más corta y ahorra costes. Sin embargo la alimentación postoperatoria requiere un asesoramiento adecuado sobre los detalles de ambos regímenes y debe proporcionarse flexibilidad según lo que solicite cada paciente. CASPe 10/11. El tamaño de la muestra debe ser mayor para poder evaluar definitivamente problemas de seguridad.</p>	<p>NI / GR A</p>
---	--	---	---	--	------------------

Figura 1. Algoritmo de búsqueda. Elaboración propia.



Anexo 1. Plan de Cuidados Estandarizado Cesárea

PES00006 - PLAN ESTÁNDAR CESÁREA

Población Diana: Mujer ingresada en la unidad de obstetricia a la que se le ha practicado una Cesárea (una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero para extraer uno o más fetos).

DRE00146 – ANSIEDAD

FRE02092.-Cambios en el estado de salud

FRE02096.-Cambio en el rol

RES01211.-Nivel de ansiedad

IND16204.-Inquietud

INT05820.-Disminución de la ansiedad

ACT13295.-Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento

ACT39396.-Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

DRE00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

FRE05035.-Falta de exposición

RES01800.-Conocimiento: lactancia materna

IND06246.-Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebe

INT01054.-Ayuda en la lactancia materna

ACT12148.-Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar

ACT12546.-Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos

RES01818.-Conocimiento: salud materna en el puerperio

IND06361 Descripción de los cuidados de la incisión de la cesárea

INT03440.-Cuidados del sitio de incisión

ACT12464.-Enseñar a la paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

RES01819.-Conocimiento cuidados del lactante (RN)

IND06226.-Descripción de la posición adecuada del lactante

IND06363.-Descripción de los cuidados del cordón umbilical

INT05568.-Educación paterna: niño

ACT12203.-Enseñar a los padres habilidades para cuidar al RN

INT07370.-Planificación del alta

ACT15466.-Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta

DRI00004 - RIESGO DE INFECCION

FRI15046.-Procedimientos invasivos

RES01101.-Integridad tisular piel y membranas mucosas

IND08141.-Eritema

IND16137.-Induración

INT02440._Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

ACT39399.-Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre y malestar)

ACT06047.-Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

RES01102.-Curación de la herida por primera intención

IND00244.-Aproximación de los bordes

INT03440.-Cuidados del sitio de incisión

ACT24580.-Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración

ACT30099.-Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

RES00503.-Eliminación urinaria

IND28080.-Patrón de la eliminación

INT00590.-Manejo de la eliminación urinaria

ACT07040.-Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede

ACT48398.-Registrar la hora de la primera eliminación después del procedimiento si procede

INT01876.-Cuidados del catéter urinario

ACT60002.-Vaciar el dispositivo del drenaje urinario a los intervalos específicos **ACT13349.-**Extraer el catéter lo antes posible, si procede

DRI00015 - RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

FRI00005.-Actividad física insuficiente

RES00501.-Eliminación intestinal

IND28080.-Patrón de eliminación

INT00450.-Manejo del estreñimiento/impactación

ACT60193.-Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

CPO00013 - HEMORRAGIA

RES00413.-Severidad de la pérdida de sangre

IND28133.-Pérdida de sangre visible

IND28238.-Disminución de la presión arterial sistólica

INT04026.-Disminución de la hemorragia útero posparto

ACT39139.-Observar las características de los loquios por Ej. Color, coágulos y volumen)

INT04160.-Control de hemorragias

ACT39081.-Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre

INT06680.-Monitorización de los signos vitales

ACT07054.-Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.

INT06930.-Cuidados posparto

ACT33179.-Masajear suavemente el fundus hasta que este firme, si es necesario

CPO00250 - DOLOR

RES02102.-Nivel del dolor

IND06743.-Dolor referido

INT01400.-Manejo del dolor

ACT48196.-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

ACT51080.-Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede

ACT12914.-Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa

CPO00218 - EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANESTESIA

RES00909.-Estado neurológico

IND10135.-Función sensitiva / motora medular

IND04084.-Cefalea

INT02620.-Monitorización neurológica

ACT39093.-Observar la existencia de quejas por jaquecas

ACT39337.-Observar si hay parestesias, entumecimiento y hormigueos

CPO00138 - TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

RES00208.-Movilidad

IND34141.-Se mueve con facilidad

INT00221.-Terapia de ejercicios: Ambulación

ACT01689.-Ayudar al paciente en la deambulacion inicial si es necesario

RES00407.-Perfusión tisular periférica

IND06739 -Dolor localizado en extremidades

INT04110.-Precaución en el embolismo

ACT48195.-Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y tª de extremidades)

Bibliografía:

- 1 Guía validación de los planes de cuidados estandarizados
<http://www.dep19.san.gva.es/intranet/servicios/Enfermeria/ficheros/planes/guiaPAE.pdf?u=>
Consultado 27/09/10.
- 2 Sarría Santamera A, Sendra Gutiérrez JM. Evolution of caesarean section rates in Spain: 1984-1988. Gac Sanit 1994 Sep-Oct;8(44):209-14.
- 3 Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud". Accesible en:
http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
- 4 Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G. Una herramienta para la evidencia. Protocolo en 10 pasos: Vayamos paso a paso. En: Libro de ponencias y comunicaciones del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, Zaragoza, SECA 2008. ISBN 978-84-691-6409-9. Página 339.
- 5 Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997.
- 6 Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005
Disponible en:
<http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>
- 7 Evaluación de guías de práctica clínica. Disponible en:
<http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>
- 8 The Joanna Briggs Institute. Level of evidence. Disponible en:
http://es.jbiconnect.org/connect/info/about/jbi_ebhc_approach.php
- 9 Ghoreishi J. Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. Registro Cochrane de Ensayos Clínicos Controlados. In: The Cochrane Library. 2002. [BVS] [Internet]. 2010 Mar 20 [cited 2010 Mar 20]; Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/CN-00453874>
- 10 Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, Duperron L, Girard I, Jones D, Lee LS, Shepherd D, Wilson K; Clinical Practice Obstetrics Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Active management of the third stage of labour: pr... [J Obstet Gynaecol Can. 2009] - PubMed result [Internet]. 2010 Mar 20 [cited 2010 Mar 20]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941729>
- 11 Bonanno C, Gaddipati S. Mechanisms of hemostasis at caesarean delivery. Clin Perinatol. 2008 Sep; 35(3):531-47
- 12 Waldenström U. Normal childbirth and evidence based practice. Women Birth. 2007

- Dic; 20(4):175-180.
- 13 Gadsden J, Hart S, Santos AC. Post-cesarean delivery analgesia. *Anesth. Analg.* 2005 Nov;101(5 Suppl):S62-69.
- 14 Gould D. Caesarean section, surgical site infection and wound management. *Nurs Stand.* 2007 Abr 18;21(32):57-58, 60, 62 passim.
- 15 Antibiotic prophylaxis for cesarean section [Internet]. 2010 Abr 6 [cited 2010 Abr 6]; Disponible en:
<http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=10000000933>
- 16 Anim Somuah M, Smyth R, Howell C Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 17 Best Practice. El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna
http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BestPrac_13_4_2009.pdf
- 18 Kristine Morland-Schultz and Pamela D. Hill. Prevention of and Therapies for Nipple.Pain: A Systematic Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* 2005; 34(4): 428-37
- 19 Ernest O. Orji, Taofeek O. Oolabode, Ooluwafemi kuti, & Ssolomon O. Oogunniyi. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, January 2009; 22(1): 65–71.
- 20 Anthony A Bamigboye, G Justus Hofmeyr. Infiltración de heridas con anestésicos locales y bloqueo nervioso abdominal durante la cesárea para el alivio del dolor postoperatorio (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 3 Art no. CD006954. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 21 Su LL; Chong YS; Samuel M. Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage. [BVS] [Internet]. 2010 Mar 20 [cited 2010 Mar 20]; Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-17636798>
- 22 Charoenkwan K, Phillipson G, Vutyavanich T. Líquidos y alimentos por vía oral tempranos versus tardíos (tradicionales) para la disminución de las complicaciones después de la cirugía ginecológica abdominal mayor [Internet]. 2010 Mar 20 [cited 2010 Mar 20]; Disponible en: <http://www.update->

software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20570138&DocumentID=CD004508

- 23 Mangesi Lindeka, Hofmeyr G Justus Revisiónes Sistemáticas de la Cochrane (CDSR). In: he Cochrane Library [ID: CD003516]. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section/ Administración oral temprana de líquidos y alimentos versus tardía después de la cesárea
- 24 Izbizky GH; Minig L; Sebastiani MA; Otaño L. The effect of early versus delayed postcaesarean feeding on women's satisfaction: a randomised controlled trial. [BVS] [Internet]. 2010 Mar 20 [cited 2010 Mar 20]; Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/CN-00622222>
- 25 Ng K; Parsons J; Cyna AM; Middleton P. Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section. [BVS] [Internet]. 2010 Mar 20 [cited 2010 Mar 20]; Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-15106218>
- 26 Carter FA, Frampton CMA, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med.* 2006 Abr;68(2):321-330.
- 27 Swinson T, Hartmann K, Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, et al. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2006 Dic;108(6):1517-1529.
- 28 Chantarasorn V; Tannirandorn Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; a randomized controlled trial. [BVS] [Internet]. 2010 Mar 20 [cited 2010 Mar 20]; Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/CN-00611695>