

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

Resumen de orientación

La experiencia que tenga una mujer de la atención sanitaria es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas



En 2016, al inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer. Al elaborar estas recomendaciones sobre atención prenatal se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención. Las experiencias positivas de las

mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

Las presentes recomendaciones constituyen una guía integral de la OMS sobre la atención prenatal sistemática que se ha de brindar a las embarazadas. Su objetivo es complementar las directrices existentes de la OMS sobre la atención de determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo. Su finalidad es reflejar y responder a la compleja naturaleza de las cuestiones que rodean la práctica y la prestación de la atención prenatal, así como ir más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad y priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos.

El alcance de la presente guía se definió mediante un examen sistemático de los puntos de vista de las mujeres. Dicho examen evidenció que las mujeres desean que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva. Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas).

Reconociendo que la experiencia que tenga una mujer de la atención sanitaria es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas, en la presente guía se abordan las siguientes cuestiones:

- ¿Cuáles son las prácticas basadas en datos objetivos durante la atención prenatal que mejoran los resultados y posibilitan una experiencia positiva del embarazo?
- ¿Cómo se deben llevar a cabo estas prácticas?

Métodos de elaboración de la guía

El objetivo de estas recomendaciones sobre atención prenatal es sentar las bases para la formulación de políticas de atención sanitaria y protocolos clínicos pertinentes. La guía se elaboró mediante procedimientos operativos normalizados, de conformidad con el proceso descrito en el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices*. De forma resumida, estos procedimientos incluyen: *i)* la identificación de preguntas y resultados prioritarios; *ii)* la búsqueda y síntesis de pruebas; *iii)* la evaluación de las pruebas; *iv)* la formulación de recomendaciones; y *v)* la planificación de la aplicación, la difusión, la evaluación del impacto y la actualización de la directriz. La calidad de las pruebas científicas que sustentan las recomendaciones se clasificó mediante: la herramienta de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE), que se centra en las pruebas cuantitativas, y la herramienta para valorar el grado de confianza que se debe depositar en los hallazgos de síntesis de investigaciones cualitativas, Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (GRADE-CERQual), que se centra en las pruebas cualitativas. Se utilizaron reseñas sistemáticas actualizadas con el fin de preparar perfiles de pruebas para cuestiones prioritarias. En tres consultas técnicas celebradas entre octubre de 2015 y marzo de 2016, el grupo de elaboración de directrices, que es el grupo internacional de expertos que ha elaborado la presente guía, utilizó el marco DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to support Informed Decisions and Practice based on Evidence), que es una herramienta para la adopción de decisiones basadas en datos científicos que incluye criterios sobre los efectos, los valores, los recursos, la equidad, la aceptabilidad y la viabilidad de las intervenciones, para formular y aprobar las recomendaciones.

Recomendaciones

Los paneles encargados de la elaboración de la guía de la OMS formularon 39 recomendaciones relacionadas con cinco tipos de intervenciones: A. Intervenciones nutricionales, B. Evaluación materna y fetal, C. Medidas preventivas; D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes; y E. Intervenciones en los sistemas de salud para

mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal. Las intervenciones se clasificaron como recomendadas, no recomendadas o recomendadas bajo ciertas condiciones con arreglo a las opiniones del grupo de elaboración de directrices según los criterios de DECIDE, que sentaron las bases sobre las cuales se definieron la finalidad y el contexto —si lo hubiere— de la recomendación. En aras de una comprensión y aplicación correctas, se indica claramente el contexto en que se ha de aplicar cada una de las recomendaciones limitadas a contextos específicos, y los expertos colaboradores proporcionaron observaciones adicionales cuando fue necesario. Los usuarios de la guía deberán tener en cuenta estas observaciones, que se presentan junto con los resúmenes de las pruebas en la versión completa de la guía. Además se identificaron sistemáticamente las recomendaciones sobre atención prenatal incluidas en orientaciones existentes de otros departamentos de la OMS, 10 de las cuales se han incluido en la presente guía para ofrecer a los usuarios finales un documento completo. En el cuadro 1 se resumen las 49 recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.

De conformidad con las normas de la OMS sobre la elaboración de directrices, estas recomendaciones se examinarán y actualizarán tras la identificación de nuevas pruebas, y se realizarán análisis y actualizaciones sustanciales al menos cada cinco años. La OMS agradecerá las sugerencias sobre la adición de cuestiones adicionales en futuras actualizaciones de la guía.

Los paneles encargados de la elaboración de la guía examinaron las consideraciones relativas a la aplicación de las recomendaciones individuales y del conjunto de la guía. El grupo de elaboración de directrices, apoyándose en las pruebas que apuntan a un aumento de las muertes fetales y a una menor satisfacción de las mujeres con el modelo de cuatro visitas (esto es, la atención prenatal, básica o específica), decidió aumentar el número recomendado de contactos entre la madre y los dispensadores de atención de la salud con el fin de fijar contactos adicionales en determinados momentos que pueden facilitar la evaluación del bienestar y la realización de intervenciones para detectar problemas y mejorar los resultados (véase la recomendación E.7 en el cuadro 1). Las recomendaciones contenidas en la presente guía deberían aplicarse junto con otras actividades de mejora de la calidad. Uno de los productos derivados de la presente guía será un manual de aplicación práctica para los trabajadores sanitarios, que incluirá las recomendaciones sobre atención prenatal y las prácticas clínicas idóneas establecidas. En el cuadro 1 figura la lista resumida de todas las intervenciones evaluadas por los paneles encargados de la elaboración de la guía, a saber, las intervenciones recomendadas, las intervenciones que solo se recomiendan bajo ciertas condiciones (incluida la realización de investigaciones) y las intervenciones no recomendadas.

Cuadro 1: Lista resumida de las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

Estas recomendaciones se aplican a las embarazadas y a las adolescentes en el contexto de la atención prenatal rutinaria

A. Intervenciones nutricionales	Recomendación	Tipo de recomendación
Intervenciones alimentarias	A.1.1: Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo. ¹	Recomendada
	A.1.2: En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.3: En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.4: En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de hierro y ácido fólico	A.2.1: Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental ² y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico. ^{3,4}	Recomendada
	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental ⁵ y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%. ⁶	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de calcio	A.3: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia. ⁷	Recomendada en contextos específicos

¹ Una dieta sana durante el embarazo es aquella que contiene una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales obtenidos mediante el consumo de diversos alimentos, entre ellos verduras, hortalizas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta.

² El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

³ La ingesta de ácido fólico debería comenzar lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos del tubo neural.

⁴ Esta recomendación sustituye la anterior recomendación de la OMS (1).

⁵ El equivalente de 120 mg de hierro elemental es 600 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 360 mg de fumarato ferroso o 1000 mg de gluconato ferroso.

⁶ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (2).

⁷ Esta recomendación está en consonancia con las recomendaciones de la OMS de 2011 sobre la preeclampsia y la eclampsia (3) y reemplaza la recomendación de la OMS de 2013 sobre los suplementos de calcio (4).

Suplementos de vitamina A	A.4: Solo se recomienda la toma de un suplemento de vitamina A como método para prevenir la ceguera a las embarazadas de zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública. ⁸⁹	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de zinc	A.5: Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Suplementos de micronutrientes múltiples	A.6: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de micronutrientes múltiples para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina B6 (piridoxina)	A.7: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina E y C	A.8: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina D	A.9: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales. ¹⁰	No recomendada
Restricción de la ingesta de cafeína	A.10: Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día) ¹¹ disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo.	Recomendada en contextos específicos
B. Evaluación materna y fetal¹²	Recomendación	Tipo de recomendación
B.1: Evaluación materna		
Anemia	B.1.1: El hemograma completo es el método recomendado para diagnosticar la anemia en el embarazo. En entornos donde no es posible realizar hemogramas completos se recomienda preferiblemente realizar in situ la prueba de hemoglobina con un hemoglobinómetro más que con una escala colorimétrica.	Recomendada en contextos específicos
Bacteriuria asintomática (BA)	B.1.2: El cultivo de muestras de orina tomadas a mitad de la micción es el método recomendado para diagnosticar la bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas. En entornos donde no es posible realizar urocultivos, para diagnosticar la BA en embarazadas se recomienda realizar in situ la tinción de Gram a muestras de orina tomadas a mitad de la micción antes que usar tiras reactivas.	Recomendada en contextos específicos

⁸ El déficit de vitamina A es un problema grave de salud pública si $\geq 5\%$ de las mujeres de una población tienen antecedentes de ceguera nocturna en su embarazo más reciente con resultado de nacido vivo en los 3 a 5 años anteriores, o si $\geq 20\%$ de las embarazadas tienen un nivel de retinol en suero $< 0,70 \mu\text{mol/L}$. Para determinar si el déficit de vitamina A es un problema de salud pública es necesario calcular la prevalencia del déficit en una población utilizando indicadores bioquímicos y clínicos específicos de los niveles de vitamina A.

⁹ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (5).

¹⁰ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (6).

¹¹ Esto incluye cualquier producto, bebida o alimento que contenga cafeína (esto es, café filtrado, té, refrescos de cola, bebidas energéticas con cafeína, chocolate y pastillas de cafeína).

¹² El grupo de elaboración de directrices no evaluó la evidencia relativa a las actividades esenciales de atención prenatal, como la medición de la presión arterial, la proteinuria y el peso maternos, y la comprobación de los ruidos cardíacos fetales, ya que estas actividades se consideran parte de una buena práctica clínica.

Violencia de pareja	B.1.3: Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las visitas de atención prenatal se debería considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la derivación cuando proceda) y se cumplan los requisitos mínimos establecidos por la OMS. ^{13 14}	Recomendada en contextos específicos
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la evaluación de la atención materna prenatal		
Diabetes mellitus gestacional	B.1.4: Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS. ¹⁵	Recomendada
Consumo de tabaco	B.1.5: Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno. ¹⁶	Recomendada
Uso de sustancias	B.1.6: Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias. ¹⁷	Recomendada
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis	B.1.7: En entornos de alta prevalencia, ¹⁸ las pruebas y el consejo practicados a instancias del profesional deberían considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las embarazadas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas pruebas y asesoramiento practicados a instancias del profesional en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, así como a combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras afecciones importantes, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes. ¹⁹	Recomendada

¹³ Los requisitos mínimos son: un protocolo o procedimiento operativo normalizado; capacitación sobre cómo preguntar acerca de la violencia de pareja y sobre cómo proporcionar la respuesta mínima o una respuesta ampliada; entorno privado; garantía de la confidencialidad; existencia de un sistema de derivación; y tiempo para que el paciente pueda proporcionar la información apropiada.

¹⁴ Esta recomendación está en consonancia con las directrices clínicas y normativas de 2013 de la OMS (7).

¹⁵ Esta no es una recomendación para el tamizaje de rutina de hiperglicemia durante el embarazo. Esta recomendación se ha extraído y adaptado de la publicación de 2013 de la OMS (8), en la que se afirma que se debería diagnosticar diabetes mellitus gestacional en cualquier momento del embarazo si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas de 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL)
- glucosa plasmática \geq 10,0 mmol/L (180 mg/dL) una hora después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa plasmática de 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral

La diabetes mellitus durante el embarazo se debería diagnosticar si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas \geq 7,0 mmol/L (126 mg/dL)
- glucosa plasmática \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa en plasma al azar \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) en presencia de síntomas de diabetes.

¹⁶ Extraído de las recomendaciones de la OMS de 2013 (9).

¹⁷ Extraído de las directrices de la OMS 2014 (10).

¹⁸ Los entornos de alta prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es superior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes. Los entornos de baja prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es inferior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes (11). En entornos en los que la epidemia del VIH está generalizada o concentrada, se debería practicar a las mujeres seronegativas una nueva prueba de detección del VIH en el tercer trimestre de la gestación debido al elevado riesgo de infección por el virus durante el embarazo.

¹⁹ Extraído y adaptado de las *Consolidated guidelines on HIV testing services* de la OMS (11).

Tuberculosis (TB)	B.1.8: En entornos donde la prevalencia de la tuberculosis (TB) entre la población general es igual o superior a 100 por cada 100 000 habitantes, se debería considerar la posibilidad de someter a las embarazadas a un cribado sistemático para detectar la TB activa en el marco de la atención prenatal. ²⁰	Recomendada en contextos específicos
B.2: Evaluación fetal		
Estimación diaria del movimiento fetal	B.2.1: La estimación diaria del movimiento fetal, por ejemplo mediante tablas de conteo de 10 patadas del feto, solo se recomienda en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Medición de la altura uterina	B.2.2: Para mejorar los resultados perinatales no se recomienda sustituir la palpación abdominal por la medición de la altura uterina a efectos de evaluar el crecimiento fetal. No se recomienda el cambio de la práctica habitual (palpación abdominal o medición de la altura uterina) en un entorno específico.	Recomendada en contextos específicos
Cardiotocografía prenatal	B.2.3: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente a las embarazadas una cardiotocografía prenatal. ²¹	No recomendada
Ecografía	B.2.4: Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del parto de las mujeres, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).	Recomendada
Ecografía Doppler de los vasos sanguíneos fetales	B.2.5: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente una ecografía Doppler a las embarazadas. ²²	No recomendada
C. Medidas preventivas	Recomendación	Tipo de recomendación
Antibióticos para la bacteriuria asintomática (BA)	C.1: Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal al nacer se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas las embarazadas con bacteriuria asintomática (BA).	Recomendada
Profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario	C.2: La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Administración prenatal de inmunoglobulina anti-D	C.3: Solo se recomienda administrar profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D a embarazadas Rh negativas no sensibilizadas en las semanas 28 y 34 de gestación para prevenir la aloinmunización anti-RhD en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)

²⁰ Extraído y adaptado de las recomendaciones de 2013 de la OMS (12).

²¹ La cardiotocografía es un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas obtenido a través de un transductor de ultrasonido colocado sobre el abdomen de la madre.

²² La ecografía Doppler permite analizar las ondas del flujo sanguíneo en la arteria umbilical (y otras arterias fetales) para evaluar el bienestar del feto en el tercer trimestre del embarazo.

Tratamiento antihelmíntico preventivo	C.4: En zonas endémicas ²³ se recomienda administrar tratamiento antihelmíntico preventivo a las embarazadas que hayan superado el primer trimestre de gestación en el marco de programas de reducción de las infecciones por helmintos. ²⁴	Recomendada en contextos específicos
Vacuna antitetánica	C.5: Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, dependiendo de su exposición previa a la vacuna antitetánica. ²⁵	Recomendada
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la atención prenatal		
Prevención del paludismo: tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe)	C.6: En las zonas de África donde el paludismo es endémico, se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (TPIe-SP) a todas las embarazadas. La administración del tratamiento debería empezar en el segundo trimestre del embarazo, y las dosis deberían espaciarse al menos un mes, con el objetivo de que la embarazada reciba al menos tres dosis. ²⁶	Recomendada en contextos específicos
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir la infección por VIH	C.7: Se debería ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) por vía oral con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) a las mujeres embarazadas que corran un riesgo considerable de infectarse por el VIH como opción de prevención adicional en el marco de estrategias de prevención combinadas. ²⁷	Recomendada en contextos específicos
D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes	Recomendación	Tipo de recomendación
Náuseas y vómitos	D.1: Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo se recomienda el jengibre, la camomila, la vitamina B6 y/o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Acidez gástrica	D.2: Para prevenir y aliviar la acidez gástrica en el embarazo se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario y el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida.	Recomendada
Calambres en las piernas	D.3: Se puede administrar magnesio, calcio o tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada

²³ Zonas donde la prevalencia de helmintiasis transmitidas por el suelo es superior al 20%.

²⁴ De conformidad con la directriz de 2016 de la OMS (13).

²⁵ Esta recomendación está en consonancia con las directrices de 2006 de la OMS (14). El calendario de vacunación depende de la exposición previa a la vacuna antitetánica.

²⁶ Extraído de las directrices de 2015 de la OMS. En dichas directrices también se señala que la OMS recomienda que, en las zonas de África donde la transmisión del paludismo es de moderada a alta, se administre a todas las embarazadas un TPIe-SP en cada visita de atención prenatal programada, comenzando lo antes posible en el segundo trimestre, siempre que las dosis de sulfadoxina-pirimetamina se administren a intervalos de al menos un mes. La OMS recomienda un conjunto de intervenciones para prevenir el paludismo durante el embarazo, entre las que figuran la promoción y el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y la administración de TPIe-SP (15). Para que las embarazadas de zonas donde el paludismo es endémico empiecen a recibir TPIe-SP lo antes posible en el segundo trimestre, los encargados de la formulación de políticas deberían velar por que las mujeres entren en contacto con el sistema de salud en la 13.ª semana de gestación.

²⁷ Extraído de las directrices de 2015 de la OMS (16). Se considera que el riesgo de infección por VIH es considerable cuando la incidencia de la infección por VIH en ausencia de PrEP es suficientemente elevada (> 3%) como para que la administración de PrEP sea potencialmente costoeficaz. La administración de PrEP a personas con un riesgo considerable de infección por VIH maximiza los beneficios relativos a los riesgos y los costos.

Lumbalgia y dolor pélvico	D.4: Para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico se recomienda realizar ejercicio regularmente durante el embarazo. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Estreñimiento	D.5: Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Venas varicosas y edema	D.6: Para tratar las venas varicosas y los edemas durante el embarazo se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
E: Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal	Recomendación	Tipo de recomendación
Notas clínicas en manos de la mujer	E.1: Se recomienda que cada embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención y su experiencia del embarazo.	Recomendada
Continuidad asistencial impulsada por parteras	E.2: Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras —consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto— se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendada en contextos específicos
Atención prenatal en grupo	E.3: La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales sanitarios cualificados puede ofrecerse como alternativa a la atención prenatal individual a mujeres embarazadas en el contexto de una investigación rigurosa, dependiendo de las preferencias de la mujer y siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo	E.4.1: Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda implantar la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales. ²⁸ Los grupos participativos de mujeres representan una oportunidad para que estas hablen de sus necesidades durante el embarazo, en particular de los obstáculos que dificultan su acceso a los servicios asistenciales, y para aumentar el apoyo que se brinda a las embarazadas.	Recomendada en contextos específicos
	E.4.2: Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.	Recomendada en contextos específicos

²⁸ Extraído de las recomendaciones de 2014 de la OMS (17).

Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal ²⁹	E.5.1: Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal ³⁰ en un amplio abanico de profesionales, como trabajadores sanitarios no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
	E.5.2: Se recomienda delegar la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para la prevención del paludismo en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas ³¹	E.6: Los encargados de la elaboración de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales sanitarios cualificados en zonas rurales y remotas.	Recomendada en contextos específicos
Programas de contactos de atención prenatal	E.7: Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.	Recomendada

²⁹ Recomendaciones extraídas y adaptadas de las directrices de la OMS sobre optimización de la salud materna y neonatal de 2012 (18).

³⁰ Incluida la promoción de los siguientes comportamientos: búsqueda de atención y utilización de los servicios de atención prenatal; preparación para el parto y para hacer frente a complicaciones; dormir bajo la protección de mosquiteros impregnados de insecticida; partos atendidos por personal cualificado; compañía durante el trabajo de parto y el nacimiento; asesoramiento nutricional; suplementos nutricionales; otros suplementos e intervenciones según el contexto; realización de la prueba de detección del VIH durante el embarazo; lactancia materna exclusiva; atención postnatal y planificación familiar; inmunización con arreglo a las directrices nacionales.

³¹ Recomendación extraída y adaptada de las recomendaciones mundiales de política de 2010 de la OMS (19).

Referencias

1. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/es/, consultado el 28 de septiembre de 2016).
2. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126316/1/9789243502014_spa.pdf?ua=1, consultado el 28 de septiembre de 2016).
3. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333_spa.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 29 de septiembre de 2016).
4. Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
5. Directriz: Administración de suplementos de vitamina A en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44723/1/9789243501789_spa.pdf?ua=1, consultado el 29 de septiembre de 2016).
6. Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf, consultado el 4 de octubre de 2016).
7. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>, consultado el 29 de septiembre de 2016).
8. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
9. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>, consultado el 29 de septiembre de 2016).
10. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
12. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
13. Guideline: preventative chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (en prensa).
14. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1. Ginebra: Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo, Organización Mundial de la Salud; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
15. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
16. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
17. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
18. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
19. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: Recomendaciones mundiales de política. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/es/>, consultado el 28 de septiembre de 2016).



Organización
Mundial de la Salud



UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

© Organización Mundial de la Salud 2016

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS —ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales— deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la Organización (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual esta se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Se puede solicitar más información a: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza.

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int

Sitio web: www.who.int/reproductivehealth