

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

Aspectos más destacados y mensajes clave de las Recomendaciones generales de la Organización Mundial de la Salud de 2016 sobre atención prenatal sistemática

Enero de 2018

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

## Mensajes clave

- Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud 2016 sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva priorizan **la atención de la salud centrada en la persona, el bienestar de las mujeres** y las familias, y los resultados maternos y perinatales positivos.
- Las recomendaciones describen los elementos clave de un **conjunto básico esencial de atención prenatal sistemática** que necesitan las mujeres y las adolescentes durante toda la gestación.
- Las recomendaciones están **integradas** e incluyen la promoción de la salud de la atención prenatal clínica e intervenciones nutricionales, así como la prevención y la detección temprana de determinadas afecciones relacionadas con el embarazo y enfermedades coincidentes como el paludismo, el VIH y la tuberculosis.
- Las recomendaciones también incluyen **intervenciones en el sistema de salud para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal**, y la experiencia positiva del embarazo de mujeres y adolescentes, con una recomendación de un mínimo de ocho contactos de atención prenatal durante el embarazo para mejorar los resultados perinatales y la experiencia de las mujeres en la atención.
- Las recomendaciones están diseñadas para ser **adaptables y flexibles**, de modo que los países con diferentes entornos, cargas de morbilidad, situaciones sociales y económicas, y estructuras de sistemas de salud puedan adoptar e implementar las recomendaciones basándose en el contexto de su país y en las necesidades de sus habitantes.

## Antecedentes

En 2015, murieron aproximadamente 303 000 mujeres y niñas adolescentes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.<sup>1</sup> Ese mismo año, se registraron 2,6 millones de muertes intrauterinas. Casi todas las muertes maternas (99 %) e infantiles (98 %) ocurrieron en países de ingresos bajos y medios. Estas muertes maternas podrían haberse evitado si las embarazadas o las adolescentes hubieran podido acceder a una atención prenatal de calidad.<sup>2</sup> El 60 % (1,46 millones) de las muertes fetales ocurrieron durante el período prenatal y se debieron principalmente a infecciones maternas no tratadas, hipertensión y crecimiento fetal deficiente.<sup>3</sup>

La evidencia reciente sugiere que el modelo de atención prenatal focalizada (APF), que se elaboró en la década de 1990, está asociado con más muertes perinatales que los modelos de atención prenatal que incluyen al menos ocho contactos entre la mujer o la adolescente embarazada y el profesional de atención de la salud.<sup>4</sup> Un análisis secundario del estudio clínico de atención prenatal de la Organización

Mundial de la Salud (OMS) sugiere que es más probable que el aumento en la tasa de mortalidad perinatal se deba



<sup>1</sup> Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462–474. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

<sup>2</sup> Maternal mortality: fact sheet. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>, fecha de consulta 10 de enero de 2018).

<sup>3</sup> Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2016;4(2):e98–108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

<sup>4</sup> Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G, et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reproductive Health*. 2013;10(1):19. doi:10.1186/1742-4755-10-19.

a un incremento de la mortalidad intrauterina.<sup>5</sup> Estos resultados y la evidencia adicional sirvieron de base para la elaboración de las recomendaciones sobre atención prenatal de la OMS de 2016.

Este informe destaca las recomendaciones sobre atención prenatal de la OMS de 2016 y ofrece a los países **consideraciones sobre programas y políticas** para la adopción y la implementación de las recomendaciones las cuales incluyen intervenciones universales y específicas para cada contexto. Las intervenciones recomendadas abarcan cinco categorías: **nutrición** prenatal, **evaluación** materna y fetal, **medidas preventivas**, intervenciones para el tratamiento de los **síntomas fisiológicos** comunes durante el embarazo e **intervenciones a nivel del sistema de salud** de rutina para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal.

Las recomendaciones de la OMS de 2016 para la **atención prenatal sistemática** tienen por objeto complementar las guías existentes de la OMS sobre el tratamiento de las **complicaciones relacionadas con el embarazo**. La OMS considera que las prácticas clínicas correctas, como la detección sistemática de enfermedades hipertensivas durante el embarazo a través del registro frecuente de la presión arterial, el control de los ruidos cardíacos fetales y el asesoramiento sobre la preparación para el parto y la planificación familiar posparto, son prácticas correctas aceptadas. La OMS no evaluó la evidencia acerca de las prácticas correctas aceptadas como parte de la elaboración de las recomendaciones sobre atención prenatal de 2016. Los lectores pueden consultar las recomendaciones completas sobre atención prenatal de la OMS para comprender los métodos, la base de la evidencia y las consideraciones relativas a la implementación (disponibles en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)).

## Modelo de atención prenatal de la OMS de 2016

El objetivo del modelo de atención prenatal de la OMS de 2016 es ofrecer a las embarazadas atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona en cada contacto, y asegurar que cada uno se apoye en prácticas clínicas eficaces e integradas (intervenciones y análisis), aporte información pertinente y oportuna, y ofrezca apoyo psicosocial y emocional por parte de profesionales con buenas habilidades clínicas e interpersonales en un sistema de salud que funcione correctamente. Teniendo en cuenta la evidencia que apunta a un aumento de la mortalidad perinatal con solo cuatro visitas de atención prenatal y que el incremento en el número de contactos de atención prenatal, independientemente del país, está asociado con una mayor satisfacción materna, la OMS **recomienda un mínimo de ocho contactos**: cinco contactos en el tercer trimestre, un contacto en el primer trimestre y dos contactos en el segundo trimestre (ver Cuadro 1). La OMS asume que cada país adaptará el nuevo modelo a su contexto basándose en el conjunto esencial de servicios de atención prenatal definido a nivel nacional y en el consenso sobre *qué* tipo de atención se presta en cada contacto, *quién* presta la atención prenatal (qué equipo de profesionales de la salud), *dónde* se presta la atención (qué nivel del sistema), y *cómo* se presta la atención (plataformas) y cómo se *coordina* a través de los ocho contactos de atención prenatal.

Cuadro 1. Modelo de atención prenatal de la OMS de 2016	
Primer trimestre	
Contacto 1: hasta las 12 semanas	
Segundo trimestre	
Contacto 2: 20 semanas	Contacto 3: 26 semanas
Tercer trimestre	
Contacto 4: 30 semanas	Contacto 5: 34 semanas
Contacto 6: 36 semanas	Contacto 7: 38 semanas
Contacto 8: 40 semanas	
Regreso para el parto a las 41 semanas si no se ha dado a luz. Nota: El tratamiento preventivo intermitente del paludismo en el embarazo debe iniciarse a las $\geq$ 13 semanas.	

## Intervenciones en el sistema de salud para mejorar la experiencia positiva de las mujeres y las niñas en relación con el embarazo y el uso y la calidad de la atención prenatal

Las **intervenciones en el sistema de salud** recomendadas tienen por objeto ayudar a los países a poner en marcha los ocho contactos de atención prenatal, abordar las limitaciones de la continuidad de la atención y del personal de salud, y mejorar la comunicación con las mujeres y el apoyo que se les presta. En el Cuadro 2 se resumen las intervenciones en el sistema de salud recomendadas en todos los contextos y las intervenciones en el sistema de salud recomendadas en contextos específicos, así como las consideraciones clave y la justificación de cada recomendación. **Las notas de casos que llevan las mujeres** durante el embarazo se recomiendan universalmente para mejorar la continuidad y la calidad de la atención, y la experiencia del embarazo. Se recomienda la **transferencia de tareas** en las actividades de atención prenatal en un amplio abanico de profesionales (trabajadores sanitarios no profesionales, enfermeras auxiliares, enfermeras, parteras y médicos) para la promoción de comportamientos relacionados con la salud, la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y la provisión de tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para prevenir el

<sup>5</sup> Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. The Cochrane Library. 2015. doi:10.1002/14651858.CD000934.pub3.

paludismo. Los responsables de la formulación de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones de apoyo profesional para **contratar y retener a profesionales de la salud calificados** en zonas rurales y remotas. Se recomiendan modelos de atención prenatal de **continuidad de la atención dirigidos por parteras** en lugares en los que existen programas de partería eficaces. Entre otras recomendaciones contextuales se incluyen las siguientes: **movilización de la comunidad** por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos; y conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades, y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente para las mujeres que viven en zonas rurales. En el contexto de la investigación, la **atención prenatal en grupo** proporcionada por profesionales calificados debe considerarse como alternativa a los modelos de atención prenatal individual.

**Cuadro 2. Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal**

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<b>Recomendado para todos los ámbitos</b>	
<b>E.1:</b> Se recomienda que cada embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y la calidad de la atención y su experiencia del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es probable que las mujeres prefieran llevar sus notas clínicas debido a la mayor oportunidad de adquirir información relacionada con el embarazo y la salud, y el sentido asociado de autonomía.</li> </ul>
<b>E.5.1:</b> Se recomienda transferir la tarea de promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal a un amplio abanico de profesionales, como trabajadores sanitarios no profesionales, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La transferencia de tareas favorece la flexibilidad en el ámbito de la atención de la salud en países de ingresos bajos y medios. Para más información, consulte <i>Optimizar las funciones de los trabajadores de salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas</i>: <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/es/</a>.</li> </ul>
<b>E.5.2:</b> Se recomienda transferir la tarea de distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para la prevención del paludismo a un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El mandato general de los programas de transferencia de tareas debe definirse claramente y contar con el apoyo de las partes interesadas clave.</li> <li>Los trabajadores de salud no profesionales deben ser reconocidos e integrados en el sistema y no trabajar solos.</li> </ul>
<b>E.7:</b> Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de atención de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La evidencia sugiere que el modelo de atención prenatal focalizada elaborado en la década de 1990 está probablemente asociado con más muertes perinatales que los modelos de atención prenatal que enfatizan un mínimo de ocho contactos.</li> <li>Las recomendaciones de 2016 agregan tres visitas al tercer trimestre para un total de cinco contactos, en contraste con las dos visitas en el modelo de atención prenatal focalizada. Durante los contactos del tercer trimestre, los profesionales de atención prenatal deben reducir las tasas de morbilidad prevenible mediante el monitoreo sistemático del bienestar materno y fetal, particularmente en relación con los trastornos hipertensivos y otras afecciones que se detectan en este período crítico.</li> </ul>
<b>Recomendada en contextos específicos:</b>	
<b>E.2:</b> Los modelos de continuidad asistencial coordinada por parteras —en los que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo de todo el proceso de atención prenatal, posnatal y durante el parto— se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El modelo de partería proporciona atención a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones, con un fuerte enfoque en la atención centrada en la mujer.</li> <li>El despliegue, la capacitación y el apoyo continuo de las parteras, así como el monitoreo del número adecuado de parteras necesarias para proporcionar atención de calidad, son esenciales para asegurar que se implemente la filosofía del modelo y que se mantenga la aplicación de este.</li> </ul>
<b>E.4.1:</b> Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido, se recomienda implantar la movilización de la comunidad por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en zonas rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales. 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 mejorar el apoyo que se brinda a las embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las vías de influencia son difíciles de evaluar porque la intervención es multifacética y específica del contexto. Las reuniones en las que las mujeres identifican necesidades y buscan soluciones desempeñan un papel importante; los mecanismos relacionados con las actividades que se llevan a cabo, como parte de la solución, también pueden desempeñar un papel.</li> <li>La evidencia con un grado de certeza bajo sugiere que el uso de grupos de mujeres en la prestación de servicios de atención prenatal puede reducir la mortalidad materna.</li> </ul>

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<b>E.4.2:</b> Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de la 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 zonas rurales con escaso acceso a los servicios asistenciales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estas visitas no reemplazan a la atención prenatal, pero pueden ser útiles para asegurar la continuidad de la atención y la promoción de conductas saludables.</li> <li>Las intervenciones que fortalecen los sistemas de salud deben implementarse junto con estas intervenciones basadas en la comunidad.</li> </ul>
<b>E.6:</b> Los responsables de la formulación 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 de la salud calificados en zonas rurales y remotas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendación es una adaptación de la publicación de la OMS de 2010: <i>Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations</i> (<a href="http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/">http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/</a>).</li> </ul>
<b>Recomendada solo en el contexto de investigación</b>	
<b>E.3:</b> La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales de la salud calificados puede ofrecerse como alternativa a la atención prenatal individual a las embarazadas, 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los centros de salud deben contar con un número suficiente de embarazadas para implementar la atención prenatal en grupo, ya que las mujeres deben ser agrupadas por edad gestacional.</li> <li>Los profesionales de atención de la salud deben contar con instalaciones adecuadas para apoyar las sesiones de grupo, incluido el acceso a cuartos grandes y bien ventilados o espacios protegidos con asientos adecuados. Se debe disponer de un espacio privado para los exámenes y se deben dar oportunidades para conversaciones privadas entre la mujer y el profesional de atención de la salud.</li> </ul>

## Intervenciones nutricionales, evaluación materna y fetal, medidas preventivas e intervenciones para síntomas fisiológicos comunes

Además de las recomendaciones del sistema de salud para mejorar la calidad y el uso de la atención prenatal, las recomendaciones sobre atención prenatal de la OMS de 2016 abordan intervenciones en otras cuatro categorías: nutrición, evaluación materna y fetal, medidas preventivas y tratamiento de los síntomas fisiológicos comunes durante el embarazo. Como se indica en las intervenciones en los sistemas de salud, la OMS clasifica las recomendaciones en función del contexto de implementación y también proporciona las consideraciones clave y la justificación de cada intervención (ver Cuadros 3 a 6).

**Cuadro 3. Intervenciones en nutrición abordadas en las recomendaciones de la OMS de 2016**

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<b>Recomendado en todos los ámbitos</b>	
<b>A.1.1:</b> 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En los países de escasos recursos en África subsahariana y Asia meridional central y meridional oriental, la desnutrición materna es muy prevalente y se reconoce como un factor determinante clave de los malos resultados perinatales. La obesidad y el sobrepeso también se asocian con resultados deficientes en el embarazo.</li> <li>Una dieta saludable proporciona energía, proteínas, vitaminas y minerales, obtenidos de una variedad de alimentos. Una dieta saludable incluye vegetales verdes y anaranjados, carne, pescado, frijoles, nueces, cereales integrales y frutas.</li> <li>El aumento de peso gestacional normal ocurre después de 20 semanas de gestación. El peso normal puede estar sujeto a variaciones regionales; considere el índice de masa corporal antes del embarazo y las clasificaciones del Instituto de Medicina, que incluyen a las mujeres que están por debajo de su peso al comienzo del embarazo (es decir, por debajo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>) y que deben aspirar a aumentar 12,5 a 18 kg de peso. Para más información, ver <i>New recommendations for total and rate of weight gain during pregnancy, by prepregnancy</i>: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32799/table/summary.t1/?report=objectonly">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32799/table/summary.t1/?report=objectonly</a>.</li> </ul>
<b>A.2.1:</b> 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 y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre las causas comunes de anemia se incluyen deficiencia de hierro, infecciones (por ejemplo; paludismo, anquilostomiasis) y enfermedades crónicas (por ejemplo, el VIH).</li> <li>En ámbitos con alta prevalencia de anemia significativa durante el embarazo (es decir, al menos el 40 % de las embarazadas tienen una concentración de hemoglobina [Hb] en la sangre inferior a 110 g/l), se prefiere una dosis diaria de 60 mg de hierro elemental en lugar de una dosis más baja.</li> <li>Si a una mujer se le diagnostica anemia durante el embarazo, la dosis diaria de hierro elemental debe aumentarse a 120 mg hasta que la concentración de Hb alcance niveles normales (110 g/l o más).</li> </ul>

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comunicación eficaz con las embarazadas acerca de la dieta y la alimentación sana, incluido el asesoramiento sobre las fuentes de vitaminas y minerales de los alimentos, y la diversidad alimentaria, es parte integral de la prevención de la anemia.</li> <li>• Las estrategias de comunicación eficaces son vitales para mejorar la aceptabilidad y el cumplimiento de programas de aportes suplementarios (por ejemplo, el control de los efectos secundarios).</li> <li>• Las partes interesadas pueden poner en consideración la transferencia de tareas respecto a quién de los miembros del personal de la salud administrará los suplementos de hierro en entornos comunitarios con poco acceso a profesionales de la salud.</li> </ul>
<b>Recomendada en contextos específicos:</b>	
<p><b>A.1.2:</b> En las poblaciones desnutridas, se recomienda la educación y el asesoramiento sobre la alimentación para aumentar la ingesta diaria calórica y proteica a fin de reducir el riesgo de recién nacidos con bajo peso al nacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La desnutrición suele definirse por un índice de masa corporal bajo (o por debajo de su peso) inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Evaluar periódicamente la prevalencia de desnutrición.</li> <li>• En los adultos de un determinado entorno, si entre el 20 y el 39 % de las mujeres de la población tienen un peso inferior al normal, esta prevalencia se considera alta; una tasa de prevalencia del 40 % o más es muy alta.</li> <li>• Considerar la posibilidad de establecer plataformas alternativas de prestación de servicios (asesores entre iguales) y la transferencia de tareas para la educación y el asesoramiento sobre alimentación, con el apoyo de un sólido conjunto de materiales de capacitación con orientación normalizada en cuanto a nutrición.</li> </ul>
<p><b>A.1.3:</b> En las poblaciones desnutridas, se recomienda la administración de suplementos nutricionales balanceados con aporte calórico y proteico para reducir el riesgo de muerte prenatal y de recién nacidos pequeños para la edad gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta recomendación es para poblaciones o entornos con una alta prevalencia de embarazadas desnutridas, no se aplica a una mujer embarazada individual identificada como desnutrida.</li> <li>• Considerar la producción local de suplementos para minimizar los costos y la logística y para asegurar que haya un suministro adecuado de suplementos; establecer procesos de aseguramiento de la calidad para garantizar que los suplementos se fabriquen, empaquen y almacenen en un ambiente controlado y no contaminado.</li> </ul>
<p><b>A.2.2:</b> Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen, de manera intermitente, un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental 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 %.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta guía reemplaza las recomendaciones de la OMS de 2012 (ver Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo).</li> <li>• Esta recomendación debe considerarse junto con la Recomendación A.2.1.</li> </ul>
<p><b>A.3:</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El asesoramiento nutricional de las embarazadas debe promover la ingesta adecuada de calcio a través de alimentos ricos en calcio disponibles a nivel local.</li> <li>• Dividir la dosis de calcio puede mejorar la aceptabilidad. La suplementación con calcio debe ser de 1,5–2,0 g diarios, con la cantidad total dividida en tres dosis, preferiblemente administradas a la hora de las comidas.</li> <li>• Para llegar a los más vulnerables, pueden poner en consideración la transferencia de tareas respecto a quién de los miembros del personal de la salud administrará a las embarazadas los suplementos de calcio en entornos comunitarios con poco acceso a profesionales de la salud.</li> </ul>
<p><b>A.4:</b> Los suplementos de vitamina A solo se recomiendan para embarazadas en áreas donde la deficiencia de vitamina A es un grave problema de salud pública, para prevenir la ceguera nocturna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vitamina A no se recomienda para mejorar los resultados maternos o perinatales.</li> <li>• Cuando está indicada la administración de suplementos, como en áreas donde la deficiencia de vitamina A se considera un problema grave de salud pública, administre vitamina A diaria o semanalmente (hasta 10,000 UI por día o dosis semanal de hasta 25,000 UI) para prevenir la ceguera nocturna.</li> </ul>
<p><b>A.10:</b> Para reducir el riesgo de pérdida del embarazo y de tener un recién nacido de bajo peso al nacer se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día) disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cafeína es un estimulante que se encuentra en el té, el café, los refrescos, el chocolate, las nueces de cola y algunos medicamentos de venta libre. El café es probablemente la fuente más común de consumo alto de cafeína.</li> <li>• Se debe informar a las embarazadas que una ingesta diaria de más de 300 mg de cafeína probablemente esté asociada con un mayor riesgo de pérdida del embarazo y de tener un recién nacido de bajo peso al nacer.</li> </ul>

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<b>Solo recomendada en el contexto de investigación</b>	
<p><b>A.5:</b> Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La evidencia clasificada como de baja certeza sugiere que la administración de suplementos de cinc puede reducir el parto prematuro, y este descubrimiento merece ser estudiado más profundamente, en particular con respecto a las estrategias de enriquecimiento de los alimentos.</li> </ul>

#### Cuadro 4. Evaluación materna y fetal

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<b>Recomendado en todos los ámbitos</b>	
<p><b>B.1.4:</b> Clasificar la hiperglucemia detectada por primera vez en cualquier momento del embarazo como diabetes mellitus gestacional (DMG) o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios de la OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la actualidad, la OMS no tiene una recomendación sobre si se deben realizar pruebas de detección de la diabetes mellitus gestacional en todas las embarazadas ni cómo hacerlo; el período de tiempo habitual para diagnosticar la diabetes mellitus gestacional es entre las 24 y 28 semanas de gestación.</li> <li>Persisten las incertidumbres sobre la rentabilidad de las estrategias de detección sistemática, la prevalencia de diabetes mellitus y la diabetes mellitus en diversas poblaciones, y el impacto de un diagnóstico más temprano en los desenlaces clínicos de los embarazos.</li> <li>Las mujeres cuya hiperglucemia (diabetes mellitus, DMG) se detecta durante el embarazo tienen mayor riesgo de presentar resultados adversos del embarazo, incluidas la macrosomía, la preeclampsia y los trastornos hipertensivos y la distocia de hombros. El tratamiento de la DMG puede reducir la probabilidad de tener estos malos resultados.</li> </ul>
<p><b>B.1.5:</b> Pregunte 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 tabaquismo pasivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los profesionales de atención de la salud deben ofrecer de manera sistemática asesoramiento e intervenciones psicosociales para el abandono del tabaquismo o para reducir la exposición al tabaquismo pasivo, o ambas cosas.</li> <li>Para más orientación, ver <i>WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy</i>: <a href="http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinetobaccosmokeexposure/en/">http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinetobaccosmokeexposure/en/</a>.</li> </ul>
<p><b>B.1.6:</b> Pregunte a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol y otras sustancias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es importante preguntar de manera sistemática sobre el consumo de alcohol, ya que algunas mujeres son más propensas a comunicar información delicada solo después de que se establece una relación de confianza.</li> <li>Los profesionales de atención médica deben estar preparados para intervenir si se presenta adicción al alcohol o a otra sustancia.</li> <li>Para mayor orientación, ver <i>Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy</i>: <a href="http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/">http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/</a>.</li> </ul>
<p><b>B.1.7:</b> En entornos de alta prevalencia, se recomienda que se realicen los análisis y el asesoramiento para la detección del VIH iniciados por el profesional en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas los análisis y el asesoramiento iniciados por el profesional en centros de atención prenatal como componente clave del esfuerzo destinado a eliminar la transmisión de madre a hijo del VIH, así como a combinar los análisis de detección del VIH con los análisis de detección de otros virus y de la sífilis, y de otros análisis clave, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La disponibilidad de los análisis a menudo conlleva a un alto nivel de conocimiento del estado serológico respecto al VIH en las mujeres, ampliando así los beneficios del tratamiento antirretroviral.</li> <li>Para más información sobre los análisis del VIH, ver <i>Consolidated guidelines on HIV testing services</i>: <a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/</a>.</li> <li>Además, ver <i>Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV</i>: <a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/</a>.</li> </ul>

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<p><b>B.2.4:</b> Para calcular la edad gestacional (EG), 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 las 24 semanas de gestación (ecografía temprana).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se recomienda realizar una ecografía de rutina después de las 24 semanas de gestación a las embarazadas a quienes se les ha realizado una ecografía temprana. Sin embargo, las partes interesadas pueden pensar en realizar una ecografía posterior para identificar el número de fetos, la presentación fetal y la ubicación de la placenta si no se ha realizado una ecografía temprana.</li> <li>Una ecografía temprana que se realiza correctamente mejora la precisión y la exactitud de la estimación de la edad gestacional, lo que puede apoyar el tratamiento adecuado de la amenaza de parto prematuro y de los embarazos prolongados.</li> <li>Es esencial el apoyo integral del sistema de salud a la prestación de un nivel mínimo de servicios de ecografía, a la derivación adecuada y a la atención de las complicaciones identificadas por ecografía. Ver <i>WHO's 2016 ANC Ultrasound Policy Brief</i> (<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259946/1/WHO-RHR-18.01-eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259946/1/WHO-RHR-18.01-eng.pdf</a>).</li> </ul>
<b>Recomendada en contextos específicos:</b>	
<p><b>B.1.1:</b> 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 en el lugar la prueba de hemoglobina con un hemoglobínómetro más que con una escala colorimétrica como método para diagnosticar la anemia en el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prueba del hemoglobínómetro es más sensible y específica para detectar la anemia moderada a grave que una escala colorimétrica de hemoglobina.</li> <li>Se garantiza el desarrollo y la investigación de otros métodos de bajo costo de detección en el lugar.</li> </ul>
<p><b>B.1.2:</b> 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 en el lugar la tinción de Gram a muestras de orina tomadas a mitad de la micción antes que usar tiras reactivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendación debe ser considerada junto con la Recomendación C.1 (tratamiento de la BA) (ver Cuadro 5).</li> <li>La BA es un tema prioritario para la investigación.</li> </ul>
<p><b>B.1.3:</b> 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 la pareja íntima al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia. Esta intervención solo es adecuada 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se recomienda la "detección universal" o la "investigación de rutina" (es decir, preguntar a todas las mujeres en todos los encuentros de atención médica) sobre violencia de la pareja íntima.</li> <li>Sin embargo, las recomendaciones de la OMS identifican a la atención prenatal como un entorno en el que se puede implementar la indagación sistemática si los profesionales están bien capacitados en una respuesta de primera línea, y se cumplen los requisitos mínimos.</li> <li>Las condiciones mínimas para que los profesionales de atención de la salud pregunten y traten el tema de violencia de pareja con las mujeres son: es seguro hacerlo (es decir, la pareja de la mujer no está presente) y la identificación de violencia de la pareja va seguida de una respuesta adecuada.</li> <li>Los profesionales deben estar capacitados para hacer preguntas correctamente y responder de manera adecuada a las mujeres que revelan la violencia de pareja.</li> <li>Para determinar si se cumplen los requisitos mínimos de la OMS, los profesionales de atención de la salud deben consultar <i>Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres</i>: <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/es/</a>.</li> </ul>
<p><b>B.1.8:</b> En entornos donde la prevalencia de la tuberculosis (TB) en 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 una prueba de detección sistemática para detectar la TB activa en el marco de la atención prenatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La tuberculosis aumenta el riesgo de parto prematuro, muerte perinatal y otras complicaciones del embarazo.</li> <li>El inicio temprano del tratamiento de la tuberculosis en lugar de un inicio posterior se asocia con mejores resultados para la madre y el recién nacido.</li> <li>Para comprender mejor la carga local de tuberculosis en el embarazo, los sistemas de salud deberían captar el estado del embarazo en registros que hagan un seguimiento de las pruebas de detección y el tratamiento de la tuberculosis.</li> <li>Para más información, ver <i>Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations</i>: <a href="http://www.who.int/tb/tbscreening/en/">http://www.who.int/tb/tbscreening/en/</a>.</li> </ul>

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<p><b>B.2.2:</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición de la altura uterina se practica sistemáticamente en muchos entornos de atención prenatal. Debido a la falta de evidencia clara de exactitud o superioridad de la medición de la altura uterina o de la palpación abdominal clínica para evaluar el crecimiento fetal, la OMS no recomienda un cambio en la práctica.</li> <li>• La altura uterina carece de evidencia, más que de eficacia, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.</li> </ul>
<b>Recomendada solo en el contexto de investigación</b>	
<p><b>B.2.1:</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se recomienda el conteo de los movimientos fetales diarios; sin embargo, las embarazadas sanas deben comprender la importancia de los movimientos fetales en el tercer trimestre y de informar al médico si hay menos movimientos fetales.</li> <li>• Durante el contacto de atención prenatal, los profesionales deben indagar sobre la percepción materna de los movimientos fetales como parte de una práctica clínica correcta.</li> <li>• Las mujeres que perciben movimientos fetales deficientes o reducidos requieren controles adicionales (por ejemplo, contar los movimientos fetales diarios) e investigación, si está indicado.</li> </ul>

### Cuadro 5. Medidas preventivas

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<b>Recomendado en todos los ámbitos</b>	
<p><b>C.1:</b> Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer se recomienda administrar tratamiento antibiótico durante siete días a todas las embarazadas con bacteriuria asintomática (BA).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La BA es un tema de investigación prioritario dada su asociación con el parto prematuro.</li> <li>• Las partes interesadas tal vez deseen considerar la posibilidad de realizar pruebas de detección y tratamiento en un contexto específico junto con la prevalencia del parto prematuro.</li> <li>• La evidencia sobre el parto prematuro se clasifica como de baja certeza; se necesitan estudios clínicos para evaluar los efectos sobre el parto prematuro y la mortalidad perinatal en los países de ingresos bajos y medios.</li> <li>• Deberían vigilarse los indicadores de partos prematuros y la resistencia a los antimicrobianos.</li> </ul>
<p><b>C.5:</b> Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar a todas las embarazadas contra el tétanos, según su exposición previa a la vacuna antitetánica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta recomendación es coherente con lo que se afirma en WHO's <i>Maternal immunization against tetanus</i> (<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf</a>): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si una embarazada no ha sido vacunada previamente o si se desconoce su estado de inmunización, debe recibir dos dosis de la vacuna con toxoide tetánico con un mes de diferencia, y debe recibir la segunda dosis como mínimo dos semanas antes del parto.</li> <li>– En la mayoría de las personas, dos dosis protegen contra la infección por tétanos durante 1 a 3 años. Se recomienda una tercera dosis 6 meses después de la segunda dosis, lo que debería ampliar la protección de la vacuna a por lo menos 5 años.</li> <li>– Después de la tercera dosis, se deben administrar dos dosis adicionales a las mujeres que se vacunan por primera vez contra el tétanos durante el embarazo, en los dos años siguientes o durante dos embarazos posteriores.</li> </ul> </li> <li>• Si en el pasado, una mujer ha recibido de una a cuatro dosis de una vacuna con toxoide tetánico, ella debe recibir una dosis de vacuna con toxoide tetánico durante cada uno de sus embarazos subsiguientes, por un total de cinco dosis (cinco dosis protegen a la mujer durante los años fértiles).</li> <li>• En cada contacto de atención prenatal, los profesionales deben verificar el estado de vacunación de las embarazadas y administrar las vacunas recomendadas en el calendario nacional de vacunación.</li> <li>• Los contactos de atención prenatal también son oportunidades para explicar la importancia de la vacunación infantil y para comunicar el calendario de vacunación infantil a las embarazadas.</li> </ul>

Recomendaciones de la OMS de 2016	Consideraciones clave y fundamentos
<b>Recomendada en contextos específicos</b>	
<p><b>C.4:</b> En zonas endémicas, se recomienda administrar tratamiento antihelmíntico preventivo a las embarazadas después del primer trimestre de gestación en el marco de programas de reducción de las infecciones por helmintos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las zonas endémicas son aquellas en las que la prevalencia de la infección por anquilostoma o por trichuris trichiura es del 20 % o más, y la prevalencia de la anemia en las embarazadas es del 40 % o más.</li> <li>No se ha establecido de manera inequívoca la seguridad para el uso de estos medicamentos antihelmínticos en el embarazo, pero se considera que los beneficios de tomar estos medicamentos superan las desventajas.</li> </ul>
<p><b>C.6:</b> En las zonas de África donde el paludismo es endémico, se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxinapirimetamina a todas las embarazadas.<sup>6</sup> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La recomendación del tratamiento preventivo intermitente en la atención prenatal de 2016 se basa en WHO's <i>Guidelines for the treatment of malaria, third edition</i> (<a href="http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/">www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/</a>). Entre los aspectos más destacados se incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>La infección por paludismo durante el embarazo conlleva riesgos sustanciales para la madre, el feto y el recién nacido.</li> <li>Entre las intervenciones de prevención y control del paludismo recomendadas por la OMS se incluyen la promoción y el uso de mosquiteros tratados con insecticida, el tratamiento adecuado y rápido de los pacientes y la administración de un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxinapirimetamina en zonas con transmisión de <i>Plasmodium falciparum</i> de moderada a alta.</li> <li>Tres o más dosis de sulfadoxinapirimetamina, en comparación con solo dos dosis, se asocian con una reducción de la parasitemia materna, menos neonatos con bajo peso al nacer y un aumento del peso promedio al nacer.</li> <li>Las embarazadas que habitan en zonas donde el paludismo es endémico deben comenzar el tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxinapirimetamina tan pronto como sea posible en el segundo trimestre (es decir, a las 13 semanas); los responsables de formular políticas deben promover el contacto del sistema de salud con las mujeres a las 13 semanas de gestación.</li> <li>La sulfadoxinapirimetamina actúa interfiriendo con la síntesis de ácido fólico en el parásito portador del paludismo. Existe cierta evidencia de que la suplementación con dosis altas de ácido fólico (es decir, como mínimo 5 mg al día) pueden interferir con la eficacia de la sulfadoxinapirimetamina en las embarazadas. Los países deben asegurarse de que adquieren y distribuyen suplementos de ácido fólico para uso prenatal en la dosis prenatal recomendada (es decir, 0,4 mg diarios).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>C.7:</b> Antes de la exposición, se debería ofrecer profilaxis por vía oral con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) a las embarazadas que corran un riesgo considerable de infectarse por el VIH como opción de prevención adicional en el marco de estrategias de prevención combinadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estar en riesgo sustancial se define como vivir en un área con una tasa de incidencia de VIH superior a 3 por cada 100 años-persona y no tomar profilaxis previa a la exposición. Sin embargo, el riesgo individual de contraer el VIH varía según el comportamiento individual y las características de las relaciones sexuales. La implementación debería fundamentarse en las pruebas epidemiológicas locales relativas a los factores de riesgo y a la incidencia del VIH.</li> <li>Para más información, ver <i>Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV</i> (<a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/</a>).</li> </ul>
<b>Recomendada solo en el contexto de investigación</b>	
<p><b>C.2:</b> La administración de profilaxis antibiótica para prevenir infecciones urinarias recurrentes en embarazadas solo se recomienda en el contexto de una investigación rigurosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se necesita investigación adicional para determinar las mejores estrategias con el fin de prevenir las infecciones urinarias recurrentes durante el embarazo, incluidos los efectos de la profilaxis antibiótica en los resultados relacionados con el embarazo y en la resistencia a los antimicrobianos.</li> </ul>
<p><b>C.3:</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendación de investigación se relaciona con la administración de profilaxis anti-D durante el embarazo y no con la práctica de administrar antígeno anti-D después del parto, para lo cual existe evidencia de alta certeza sobre su eficacia para prevenir la aloinmunización RhD en embarazos posteriores. La inmunoglobulina anti-D debe administrarse después del nacimiento cuando esté indicada.</li> </ul>

<sup>6</sup> Se debe seguir esta recomendación para tratar a todas las embarazadas que no estén recibiendo cotrimoxazol.

**Cuadro 6. Intervenciones recomendadas para el tratamiento de los síntomas fisiológicos comunes en el embarazo**

Síntoma	Intervenciones
	<i>Adaptar e implementar según las opciones disponibles y las preferencias de la mujer.</i>
<b>Recomendado en todos los ámbitos</b>	
Náuseas y vómitos	<b>D.1:</b> Jengibre, manzanilla, vitamina B6 y acupuntura para el alivio de las náuseas en los primeros meses del embarazo.
Acidez	<b>D.2:</b> Asesoramiento sobre el régimen alimentario y los hábitos para prevenir y aliviar la acidez gástrica en el embarazo; preparaciones de antiácidos para las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida.
Calambres en las piernas	<b>D.3:</b> Magnesio, calcio u opciones de tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo.
Lumbalgia/dolor pélvico	<b>D.4:</b> Ejercicio con regularidad durante el embarazo para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico; se pueden usar diferentes opciones terapéuticas, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura.
Estreñimiento	<b>D.5:</b> Suplementos de fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si el cuadro no mejora tras la modificación del régimen alimentario.
Venas varicosas y edema	<b>D.6:</b> Opciones no farmacológicas como medias de compresión, elevación de las piernas e inmersión en agua para el tratamiento de las venas varicosas y el edema en el embarazo

## Consideraciones normativas y programáticas

El objetivo de las recomendaciones de la OMS de 2016 es mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal sistemática en el contexto de la salud y el bienestar centrados en la persona como parte de un enfoque más amplio y basado en los derechos. La implementación satisfactoria de estas recomendaciones requiere **la ejecución integral de intervenciones maternas, nutricionales, de inmunización, antipalúdicas, contra la tuberculosis y el VIH, utilizando la atención prenatal como plataforma común**. Debido a que la atención prenatal frecuentemente es una plataforma subutilizada para la salud materna y perinatal, las intervenciones de atención prenatal que se ejecutan a través de una plataforma integral de prestación de servicios pueden apoyar los esfuerzos para fortalecer el sistema de salud.<sup>7</sup> Los países variarán en función de las intervenciones de atención prenatal recomendadas que se estén aplicando, que deban introducirse o que deban ejecutarse con mayor calidad. Se invita a los países a que difundan las recomendaciones entre los principales miembros, y a que participen en un **proceso de múltiples interesados** para elaborar un **plan de trabajo de atención prenatal operativo y presupuestado** a fin de adoptar e implementar las recomendaciones, ya sea como parte de una estrategia nacional de salud materna, neonatal e infantil o de una estrategia determinada de atención prenatal. Entre las partes interesadas clave que deben considerar la participación se encuentran los representantes de los siguientes grupos: los departamentos de salud materna, neonatal e infantil, de paludismo, de tuberculosis, de VIH y de nutrición del Ministerio de Salud; los asociados en la ejecución del Ministerio de Salud; el Ministerio de Educación y Finanzas; las instituciones educativas; las asociaciones profesionales; el sector privado; los dirigentes de la comunidad; los grupos de mujeres; y los grupos de consumidores. A continuación se presentan algunas consideraciones normativas y programáticas seleccionadas.

### Consideraciones de política nacional

- Revisar el contexto epidemiológico del país para determinar qué recomendaciones contextuales y universales se deben adoptar.
- Revisar las plataformas establecidas para la prestación de servicios de atención prenatal y los activos del sistema de salud del país para definir las intervenciones en el sistema de salud y las políticas asociadas que se deben adoptar (por ejemplo, elaborar una política de transferencia de tareas en la atención prenatal).
- Revisar y actualizar los protocolos, las normas y los criterios clínicos nacionales de atención prenatal basados en las recomendaciones adoptadas.
- Analizar los costos previstos para implementar el plan de trabajo de atención prenatal del país, y vincular el plan de trabajo a un plan de financiamiento.

<sup>7</sup> Tunçalp O, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(6):860–862. doi:10.1111/1471-0528.14599.

## Consideraciones para la implementación del programa

### *Gobernanza y participación de los actores clave en todos los niveles del sistema*

- La implementación efectiva de las recomendaciones sobre atención prenatal de 2016 requerirá el liderazgo y la participación de actores clave en todo el sistema de salud.
- Los actores clave en muchos ámbitos pueden incluir a los responsables de formular políticas a nivel nacional, los gerentes regionales y de distrito del Ministerio de Salud, los administradores de instituciones médicas, los trabajadores de atención de la salud de las instituciones, los dirigentes comunitarios y los agentes de salud, así como las mujeres y las familias.
- Idealmente, el plan de trabajo de atención prenatal de un país incluirá un plan específico para comprometer a los trabajadores de la salud en el sector privado.
- Los representantes de las comunidades y de las mujeres pueden propugnar por la incorporación de las necesidades y preferencias de las mujeres y las familias al diseño y a la implementación del modelo actualizado de atención prenatal de un país.

### *Sistemas de información*

- Revisar y actualizar los indicadores de atención prenatal para incorporarlos al Sistema de información de gestión de salud del país, de manera que puedan ser utilizados por los actores clave y las partes interesadas.
- Revisar y actualizar (o introducir) registros normalizados de atención prenatal, notas clínicas de las mujeres y otras herramientas de datos necesarias para rastrear los datos prioritarios de atención prenatal, (en todos los niveles del sistema y en todos los sitios de contacto de atención prenatal).

### *Productos básicos y apoyo logístico*

- Planificar cómo adquirir, distribuir y financiar nuevos productos básicos de atención prenatal.
- Fortalecer los sistemas logísticos para la obtención de productos básicos de atención prenatal.
- Asegurar la disponibilidad de historias clínicas y registros de atención prenatal (en todos los sitios de contacto de atención prenatal).

### *Apoyo de recursos humanos*

- Revisar y actualizar el alcance de la práctica de cada equipo de profesionales de atención prenatal, que incluye la reglamentación, la concesión de licencias y los mecanismos de formación profesional continua (por ejemplo, enfermeras, parteras, personal auxiliar, asistentes sociales, médicos).
- Fortalecer el despliegue, la capacitación, la supervisión con apoyo y el respaldo profesional continuo.
- Elaborar un plan de transferencia de tareas de atención prenatal que incluya el empleo de trabajadores no profesionales, asistentes sociales y enfermeras auxiliares para promover conductas relacionadas con la salud y la distribución de productos básicos clave (por ejemplo, tratamiento preventivo intermitente, suplementos nutricionales recomendados).
- Colaborar con las instituciones educativas y el gobierno para elaborar un plan de estudios basado en competencias que ayude a los estudiantes a adquirir habilidades de atención prenatal centrada en la persona para implementar las nuevas recomendaciones de atención prenatal.
- Revisar y actualizar la capacitación en atención prenatal antes y durante el servicio, las estrategias de educación y de supervisión de la atención prenatal, y los materiales y guías de trabajo específicos para la atención prenatal.
- Explorar enfoques innovadores de fomento de la capacidad para mantener la prestación de servicios de atención prenatal de alta calidad que respondan a las recomendaciones de la OMS.
- Desarrollar y actualizar la comunicación con las pacientes y los materiales de asesoramiento para la promoción de comportamientos saludables.

### *Modelo de atención prenatal: organización y aporte de contactos de atención prenatal*

- Elaborar un modelo sostenible de prestación de servicios de atención prenatal en el contexto del país, que defina la forma en que se organizarán los servicios para prestar un conjunto básico de servicios de atención prenatal, específicamente qué conjunto de intervenciones se prestarán en cada contacto de atención prenatal y por quién (equipo de profesionales), dónde (nivel del sistema) y cómo (plataforma).
- Definir mecanismos para garantizar la coordinación de la atención en todos los puntos de contacto de atención prenatal, incluidos los vínculos entre la comunidad y las instituciones y la supervisión de apoyo a los servicios basados en la comunidad, a las actividades y al personal auxiliar.
- Apoyar la reorganización de los servicios de atención prenatal y el flujo de clientes, en la medida de lo necesario, para reducir los tiempos de espera, mejorar la eficiencia de la prestación de servicios y la satisfacción de clientes y profesionales.
- Apoyar las actividades destinadas a mejorar la calidad de los servicios de atención prenatal, incluido el apoyo a los equipos y los trabajadores de la salud para que identifiquen y superen los principales obstáculos del sistema de salud y de la prestación de servicios locales a fin de prestar servicios de atención prenatal respetuosos y basados en la evidencia, y hacer un seguimiento de un pequeño número de procesos de calidad de la atención prenatal y de indicadores de resultados para supervisar la calidad y la experiencia de las mujeres en la atención durante el embarazo.
- Definir e implementar actividades programáticas para promover el acceso de las mujeres a la información oportuna y pertinente sobre temas fisiológicos, biomédicos, conductuales y socioculturales; y, durante el embarazo, brindarles apoyo efectivo y respetuoso a nivel social, emocional y psicológico.

### **Monitoreo, evaluación y aprendizaje de programas**

- Fortalecer la recopilación y el uso de un conjunto mínimo de datos de atención prenatal para apoyar la toma de decisiones clínicas, la gestión de los programas, la mejora de la calidad y la vigilancia con el fin de mejorar los resultados de la atención prenatal, maternos y perinatales.
- Definir hitos para la implementación del plan de trabajo de atención prenatal presupuestado, y supervisar cada hito para fortalecer la implementación e informar el aprendizaje continuo.
- Apoyar la investigación de implementación para informar la introducción y la ampliación de las intervenciones de atención prenatal nuevas o complejas recomendadas como parte de la investigación.

© MCSP [2018]

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible bajo la Licencia “Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike” Licencia IGO 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Organización Mundial de la Salud (OMS) Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Ginebra, Suiza: OMS; 2016. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Esta traducción no fue realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable por el contenido ni la exactitud de esta traducción. La edición original en inglés será la edición auténtica y obligatoria.

El MCSP y la USAID han tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y utilización del material recae en el lector. El contenido no necesariamente refleja los puntos de vista del MCSP, la USAID o el Gobierno de Estados Unidos.

Este informe es posible gracias al generoso aporte de la población estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en virtud de los términos del Acuerdo de cooperación AID-OAA-A-14-00028.

Para obtener más información sobre las guías de la OMS, comuníquese con [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int) o con [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int).

**Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente de la OMS**

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/)

**WHO Department of Reproductive Health and Research**

<http://www.who.int/reproductivehealth>

**WHO Department of Nutrition for Health and Development**

<http://www.who.int/nutrition/en/>