

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva



Recomendaciones de la OMS **sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva**

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva

ISBN: 978-92-75-32681-7 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12681-3 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326817>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, dirijase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado 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 OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	iv
Siglas y abreviaturas	v
Resumen	vii
1. Introducción	1
2. Métodos	3
3. Evidencia y recomendaciones	12
A. Atención materna	13
B. Atención neonatal	97
C. Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud	150
4. Aplicación de las recomendaciones de la OMS sobre la atención posnatal	195
5. Difusión	198
6. Cuestiones de aplicabilidad	199
7. Seguimiento y evaluación del impacto de las directrices	200
8. Actualización de las directrices	201
9. Referencias	202
Anexo 1: Colaboradores en el proceso de elaboración de las directrices	218
Anexo 2: Resumen de las declaraciones de intereses de los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) y forma en la que se gestionaron	222
Anexo 3: Plantilla del cuadro de "resumen de valoraciones" para los dominios de evidencia para la toma de decisiones	224

Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Anexos en línea*

Anexo 1 en línea: Preguntas y resultados prioritarios

Anexo 2 en línea: Cambios respecto al alcance aprobado de esta directriz

Anexo 3 en línea: Otras directrices de la OMS con recomendaciones pertinentes para la atención posnatal de rutina

Anexo 4 en línea: Implicaciones para la investigación

Anexo 5 en línea: Consideraciones de aplicación específicas para cada recomendación

Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Suplemento en línea. Base de evidencia*

Los criterios estandarizados utilizados para calificar el grado de la evidencia y las tablas GRADE se han publicado por separado en este suplemento en línea. Estas tablas de evidencia se citan en este documento mediante el número, con el prefijo "BE" (base de evidencia), para facilitar la referencia.

* Disponibles en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Agradecimientos

Los Departamentos de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento (MCA), Salud Mental y Consumo de Sustancias (MSD), Nutrición e Inocuidad de los Alimentos (NFS) y Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas (SRH) de la OMS reconocen y agradecen las contribuciones que muchas personas y organizaciones han hecho a la elaboración de estas directrices.

El trabajo de elaboración de estas directrices fue iniciado por Mercedes Bonet y Olufemi Oladapo (SRH), Rajiv Bahl y Anayda Portela (MCA). Mercedes Bonet y Anayda Portela coordinaron el proceso de elaboración de las directrices con un Grupo de Orientación de la OMS integrado por Fernando Althabe, Rajiv Bahl, Neerja Chowdhary, Tarun Dua, Karen Edmond, Shuchita Gupta, Olufemi Oladapo, Lisa Rogers y João Paulo Souza. El siguiente personal de la sede de la OMS hizo aportes sobre el contenido de las directrices: Avni Amin, Robert Butchart, Shelly Chadha, Bernadette Daelmans, Batool Fatima, Mary Lyn Gaffield, Claudia García-Moreno, Tracey Goodman, Hebe Gouda, Laurence Grummer-Strawn, Cheryl Johnson, Michelle Mclsaac, Cecily Miller, Antonio Montesor, Allisyn Moran, Denise Mupfasoni, Morkor Newman Owiredo, Silvio Paolo Mariotti, Vladimir Poznyak, Vinayak Prasad, Michelle Rodolph, Marcus Stahlhofer, Chiara Servili, Özge Tunçalp, Sabine Verkuijls y Juana Willumsen. Entre los asesores regionales de la OMS que contribuyeron a la elaboración de las directrices figuran Jamela Al-Raiby, Bremen de Mucio, Pablo Duran, Karima Gholbzouri, Anoma Jayathilaka, Oleg Kuzmenko, Assumpta Muriithi y Triphonie Nkurunziza.

La OMS expresa su sincero agradecimiento a los presidentes del Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG): Jane Fisher, James Neilson y Siddarth Ramji, por dirigir las reuniones del GDG; y a los miembros del GDG: Shabina Ariff, Abdullah Baqui, Blami Dao, Louise Tina Day, Abiy Seifu Estifanos, Duncan Fisher, Zelee Hill, Caroline Homer, Tamar Kabakian-Khasholian, Mary Kinney, Tina Lavender, Pisake Lumbiganon, Address Malata, Ibone Olza, Malvarappu Prakasamma, Parminder Suchdev, Mark Tomlinson y Hayfaa Wahabi. La OMS también da las gracias a Rafat Jan, Silke Mader, Matthews Mathai, Linda Richter, Jane Sandall y Steve Wall, que fueron miembros del Grupo de Revisión Externa. La OMS expresa su reconocimiento a las diversas organizaciones que estuvieron representadas como observadores en las reuniones del GDG, entre ellas: Jeffrey Smith (Fundación Bill y Melinda Gates), Ann Yates (Confederación Internacional de Matronas), Carlos Fuchtnner (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), William Keenan (Asociación Internacional de Pediatría), Smita Kumar y Rebecca Levine (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID]). La OMS agradece las contribuciones de Petra ten Hoope-Bender, Willibald Zeck (Fondo de Población de las Naciones Unidas) y Gagan Gupta y Tedbabe Degeffie Hailegebriel (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

La OMS agradece las contribuciones de los interesados internacionales que participaron en el ejercicio de determinación del alcance del proceso de elaboración de las directrices. Respecto al contenido de estas directrices, un agradecimiento especial a: los autores de las revisiones sistemáticas utilizadas para elaborar las recomendaciones por su ayuda y colaboración; Frances Kellie y Leanne Jones por coordinar las actualizaciones de las revisiones sistemáticas Cochrane pertinentes; y Edgardo Abalos, Mónica Chamillard, So Downe, Virginia Díaz, Kenneth Finlayson, Ani Movsisyan, Susan Munabi-Babigumira, Julia Pascale y Yanina Sguassero, quienes realizaron una evaluación de la calidad de la evidencia aportada por las revisiones. Ani Movsisyan y Aleena Wojcieszek verificaron por duplicado los perfiles de evidencia de todas las revisiones sistemáticas y, junto con miembros del Grupo de Trabajo Técnico y el Grupo de Orientación de la OMS, elaboraron los correspondientes resúmenes descriptivos y los marcos de evidencia para la toma de decisiones. Mercedes Bonet, Anayda Portela y Aleena Wojcieszek redactaron la propuesta del documento final de las directrices con valiosos aportes de Karen Edmond y Shuchita Gupta, antes de que fuera revisada por otros miembros del Grupo de Orientación de la OMS y el GDG.

La USAID y el Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), un programa copatrocinado cuya ejecución está a cargo de la OMS, financiaron este trabajo. Los puntos de vista de las entidades financiadoras no han influido en el contenido de las presentes directrices.

A Bremen de Mucio por la supervisión técnica y revisión de la versión en español, a Thais A. Forster por la revisión del texto, a Roberto Porro por la diagramación (Centro Latino Americano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de OPS).

Siglas y abreviaturas

25(OH)D	25-hidroxivitamina D	FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
AHC	anticonceptivos hormonales combinados	GDG	Grupo de Elaboración de las Directrices (por su sigla en inglés)
AINE	antiinflamatorio no esteroideo	GRADE	clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (por su sigla en inglés)
AVAC	año de vida ajustado en función de la calidad	HRP	Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana
AVAD	año de vida ajustado en función de la discapacidad	IC	intervalo de confianza
AVP	anillo vaginal liberador de progesterona	ICM	Confederación Internacional de Matronas (por su sigla en inglés)
BE	base de evidencia	IPA	Asociación Internacional de Pediatría (por su sigla en inglés)
CASP	programa de aptitudes de valoración crítica (por su sigla en inglés)	LNG	levonorgestrel
CERQual	confianza en la evidencia de las revisiones de la investigación cualitativa (por su sigla en inglés)	MCA	Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento (OMS)
CHEC	criterios económicos y sanitarios consensuados (por su sigla en inglés)	MSD	Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias (OMS)
CME	criterios médicos de elegibilidad	MSIL	muerte súbita e inesperada del lactante
CREP	Centro Rosarino de Estudios Perinatales	NFS	Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos (OMS)
dB	decibelio	ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
DDST	prueba de detección del desarrollo de Denver (por su sigla en inglés)	OMS	Organización Mundial de la Salud
DECIDE	elaboración y evaluación de estrategias de comunicación para apoyar decisiones y prácticas sustentadas sobre la base de la evidencia (por su sigla en inglés)	OR	razón de probabilidad
DIU-Cu	dispositivo intrauterino que contiene cobre	PABP	pérdida auditiva bilateral permanente
DIU-LNG	dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel	PEATC-A	potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados
DM	diferencia media	PHQ-9	cuestionario de salud del paciente (por su sigla en inglés)
DME	diferencia media estándar	PICO	población, intervención, comparador, resultado (por su sigla en inglés)
DNIB	disfunción neurológica inducida por bilirrubina	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
DPI	datos de pacientes individuales	PrEP	profilaxis previa a la exposición (por su sigla en inglés)
ECA	ensayo controlado aleatorizado	RR	riesgo relativo
EMSP	entrenamiento muscular del suelo pélvico	SMSL	síndrome de muerte súbita del lactante
EOA	emisiones otoacústicas	spp.	varias especies (plural)
EPDS	escala de depresión posnatal de Edimburgo (por su sigla en inglés)		
ETG	etonogestrel		

SRH	Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas (OMS)	TSB	bilirrubina total en suero (por su sigla en inglés)
TAURN	tamizaje auditivo universal en recién nacidos	UI	unidad internacional
TB	tuberculosis	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
TcB	bilirrubinómetro transcutáneo o bilirubinometría	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
TDF	fumarato de disoproxilo de tenofovir	USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
TEV	tromboembolismo venoso		

Resumen

Introducción

El período posnatal, definido aquí como el período que comienza inmediatamente después del nacimiento del bebé y se extiende hasta las seis semanas posteriores (42 días), es un momento crucial para las mujeres, los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias. Además, durante este período, la carga de mortalidad y morbilidad materna y neonatal sigue siendo inaceptablemente alta, y no se han aprovechado plenamente las oportunidades de mejorar el bienestar materno ni de apoyar el cuidado cariñoso y sensible del recién nacido. Los servicios de atención posnatal son un componente fundamental del espectro de los cuidados maternos, neonatales e infantiles, y son clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre salud reproductiva, materna e infantil, incluidas las metas de reducir las tasas de mortalidad materna y poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos.

En consonancia con los ODS y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*, y aplicando un enfoque basado en los derechos humanos, las iniciativas de atención posnatal deben ampliarse más allá de la cobertura y la simple supervivencia de modo que incluyan la calidad de la atención. Estas directrices tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención posnatal esencial y de rutina que se brinda a las mujeres y los recién nacidos, con el objetivo final de mejorar la salud y el bienestar materno y neonatal. En ellas se considera que una "experiencia posnatal positiva" es un resultado importante para todas las mujeres que dan a luz y sus recién nacidos, que sienta las bases para mejorar la salud y el bienestar a corto y largo plazo. Una experiencia posnatal positiva se define como aquella en la que las mujeres, los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias reciben información, tranquilidad y apoyo de manera constante de parte de trabajadores de salud motivados; y en la que un sistema de salud flexible y con recursos reconoce las necesidades de las mujeres y los bebés, y respeta su contexto cultural.

En estas directrices unificadas se presentan algunas recomendaciones nuevas y otras ya existentes sobre la atención posnatal de rutina para las mujeres y los recién nacidos que reciben atención posnatal en centros de salud o en la comunidad, independientemente de los recursos disponibles. Se proporciona un conjunto integral de recomendaciones para los cuidados durante el período posnatal, con énfasis en los cuidados esenciales que todas las mujeres y los recién nacidos deben recibir, y prestando la debida atención a la calidad de la atención; es decir, la prestación y la experiencia de la atención recibida. Estas directrices actualizan y amplían las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido, y complementan las directrices actuales de la OMS sobre el manejo de las complicaciones posnatales.

Público destinatario

Las recomendaciones formuladas en estas directrices tienen como finalidad sustentar la elaboración de políticas de salud, protocolos clínicos y guías programáticas relevantes a nivel subnacional y nacional. Por lo tanto, los principales destinatarios son los responsables de formular políticas nacionales y subnacionales de salud pública, los implementadores y administradores de los programas de salud materna, neonatal e infantil, los administradores de los centros de salud, los trabajadores de salud (entre ellos el personal de partería y enfermería, el personal de enfermería especializado en obstetricia, obstetras, pediatras, neonatólogos, médicos generales y agentes comunitarios de salud), las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones profesionales que participan en la planificación y gestión de los servicios de salud materna, neonatal e infantil, el personal académico involucrado en la capacitación de trabajadores de salud y los grupos de mujeres y de padres.

Los términos mujer, madre, pareja, padres y cuidadores se han utilizado ampliamente a lo largo de estas directrices. Estos términos se han definido en un intento de promover la inclusión de todas las personas que hayan dado a luz y de reconocer los diversos roles de todas las personas involucradas en la prestación de cuidados y apoyo durante el período posnatal.

Método de elaboración de las directrices

Estas directrices se elaboraron utilizando procedimientos estandarizados de trabajo, de conformidad con el proceso descrito en el *Manual para la elaboración de directrices* de la OMS. De forma resumida, estos procedimientos incluyen lo siguiente: a) determinación de las preguntas y los resultados prioritarios; b) obtención y síntesis de la evidencia; c) evaluación de la evidencia; d) formulación de las recomendaciones; y e) planificación de la aplicación, difusión, evaluación del impacto y actualización de las directrices. La calidad de la evidencia científica que sustenta las recomendaciones se evaluó utilizando el método de clasificación de la

valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (conocido como GRADE por su sigla en inglés) y el método de confianza en la evidencia obtenida de las revisiones de investigación cualitativa (CERQual, por su sigla en inglés) para la evidencia cuantitativa y cualitativa, respectivamente. Los resultados de cada uno de los estudios de la relación costo-eficacia se evaluaron utilizando la lista de verificación de criterios económicos y sanitarios consensuados (CHEC, por su sigla en inglés). Se utilizó el marco DECIDE (elaboración y evaluación de estrategias de comunicación para apoyar decisiones y prácticas sustentadas sobre la base de la evidencia), una herramienta para pasar de los datos a las decisiones, a fin de guiar la recopilación de la evidencia, las opiniones sobre los distintos criterios y la formulación de recomendaciones por parte del Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG, por su sigla en inglés). Esto incluyó el análisis de los efectos de una intervención en los resultados maternos, neonatales y del sistema de salud; las consideraciones relativas a los valores de las mujeres, los progenitores y los trabajadores de salud; y aspectos relacionados con los recursos, la equidad, la aceptabilidad y la viabilidad de las intervenciones. El GDG es un grupo internacional de expertos que se reunieron en nueve ocasiones (reuniones virtuales celebradas entre septiembre del 2020 y junio del 2021) con el propósito de elaborar estas directrices. Además, se identificaron e integraron en estas directrices las recomendaciones existentes de las directrices actuales de la OMS aprobadas por el Comité de Examen de Directrices que eran pertinentes para la atención posnatal, con el fin de proporcionar un documento integrado completo para los usuarios finales.

Recomendaciones

Las reuniones del GDG dieron lugar a 63 recomendaciones para mejorar la prestación, la utilización y la experiencia de la atención posnatal: 31 son recomendaciones nuevas elaboradas por el GDG y 32 son recomendaciones integradas a partir de las directrices de la OMS ya existentes. Las recomendaciones se agrupan según correspondan a la atención materna, la atención del recién nacido y las intervenciones relativas a los sistemas de salud y la promoción de la salud. Las intervenciones se clasificaron como recomendadas, no recomendadas o recomendadas en ciertas condiciones en función de la evaluación realizada por el GDG según los criterios establecidos en DECIDE, que sirvieron para sustentar el sentido y la clasificación de la recomendación. Cuando el GDG recomienda o no una intervención, esta recomendación resultante es pertinente para todas las mujeres que se encuentran en el período posparto o puerperal y para todos los recién nacidos, a menos que en la recomendación se indique otra cosa. Cuando el GDG recomendó una intervención tan solo en contextos específicos es porque se consideró que la evidencia era aplicable solamente a esas situaciones, entornos o grupos de población. En todas las recomendaciones, el GDG proporcionó comentarios, incluida información contextual adicional relacionada con las recomendaciones específicas según el contexto, cuando era necesario. Los usuarios de las directrices deben consultar estas observaciones, que se presentan junto con los resúmenes de la evidencia en la versión completa de las directrices.

Lista resumida de las recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
-----------------------	---------------	----------------------------

A. ATENCIÓN MATERNA

Evaluación materna

Evaluación fisiológica de la mujer¹	<p>1. Después del parto, se debe realizar a todas las mujeres una evaluación regular del sangrado vaginal, el tono uterino, la altura del fondo uterino, la temperatura y la frecuencia cardíaca (pulso) de forma sistemática durante las primeras 24 horas, a partir de la primera hora después del parto. Debe medirse la presión arterial poco después del parto. Si es normal, se debe hacer una segunda medición de la presión arterial al cabo de 6 horas. Debe documentarse la diuresis dentro de las 6 horas.</p> <p>En cada consulta posnatal posterior después de las primeras 24 horas tras el parto, se debe continuar preguntando sobre el bienestar general y deben hacerse evaluaciones respecto a lo siguiente: micción e incontinencia urinaria, función intestinal, curación de cualquier herida perineal, dolor de cabeza, fatiga, dolor de espalda, dolor e higiene perineales, dolor en las mamas, y sensibilidad uterina y loquios.</p>	Recomendado
Actualización de las pruebas del VIH²	<p>2a. En entornos con carga alta de la infección por el VIH,^a es necesario realizar después del parto pruebas de detección del VIH en las mujeres con serología negativa o desconocida en las que no se hayan realizado las pruebas del VIH en la consulta prenatal inicial o no se hayan repetido las pruebas en la consulta del tercer trimestre.</p>	Recomendación en función del contexto
	<p>2b. En entornos de carga baja de la infección por el VIH,^b se puede considerar la posibilidad de realizar después del parto pruebas de detección del VIH en las mujeres con serología del VIH negativa o desconocida en las que no se hayan realizado las pruebas del VIH en la consulta prenatal inicial o no se hayan repetido las pruebas en la consulta del tercer trimestre, como parte del esfuerzo por eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH. Los países podrían optar por contemplar esta posibilidad tan solo en el caso de las mujeres que estén en relaciones serodiscordantes en las que la pareja no haya alcanzado la supresión viral a pesar del tratamiento antirretroviral o que tengan algún otro riesgo conocido persistente relacionado con el VIH y que se encuentren en la etapa final del embarazo (en la consulta del tercer trimestre).</p>	Recomendación en función del contexto
Tamizaje sistemático de la tuberculosis³	<p>3a. El tamizaje sistemático de la tuberculosis (TB) puede llevarse a cabo en la población general, incluidas las mujeres en el período posparto, en zonas con una prevalencia estimada de TB del 0,5% o superior.</p>	Recomendación en función del contexto
	<p>3b. En los entornos en los que la prevalencia de la TB en la población general sea de 100/100 000 habitantes o más, se puede realizar un tamizaje sistemático de la TB en las mujeres en el período posparto.</p>	Recomendación en función del contexto
	<p>3c. Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en los contactos del hogar y otros contactos directos de las personas con TB, incluidas las mujeres que se encuentren en el período posparto y los recién nacidos.</p>	Recomendado

Intervenciones para signos y síntomas fisiológicos comunes

Enfriamiento local para aliviar el dolor perineal	<p>4. Se puede ofrecer a las mujeres el enfriamiento local, como compresas o almohadillas frías, en el período inmediato después del parto para aliviar el dolor agudo debido al traumatismo perineal producido durante el parto, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.</p>	Recomendado
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

a Los entornos de prevalencia alta se definen en las directrices unificadas de la OMS del 2015 sobre servicios de pruebas del VIH como entornos con una prevalencia de la infección por el VIH superior al 5% en el grupo de población en el que se está realizando la prueba.

b Los entornos de prevalencia baja son entornos con menos del 5% de prevalencia de la infección por el VIH en el grupo de población en el que se está realizando la prueba.

1 Adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido.

2 Adaptado e integrado a partir de las *Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH* de la OMS del 2019.

3 Adaptado e integrado a partir de las *Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: Tamizaje. Tamizaje sistemático de la tuberculosis* del 2021.

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
Analgésicos orales para aliviar el dolor perineal	5. Se recomienda el empleo de paracetamol oral como opción de primera línea cuando se requiere analgésicos orales para el alivio del dolor perineal tras el parto.	Recomendado
Alivio farmacológico del dolor causado por espasmos o involución uterinos	6. Se pueden usar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales cuando se requiere analgésicos para el alivio del dolor después del parto causado por espasmos uterinos, según las preferencias de la mujer, la experiencia del médico con los analgésicos y la disponibilidad de estos medicamentos.	Recomendado
Entrenamiento muscular posparto del suelo pélvico para fortalecerlo	7. No se recomienda comenzar el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) de manera rutinaria después del parto para la prevención de la incontinencia urinaria y fecal posparto en las mujeres en el período posparto.	No recomendado
Intervenciones no farmacológicas para tratar la congestión mamaria posparto	8. Para el tratamiento de la congestión mamaria en el período posparto, se debe aconsejar y apoyar a las mujeres para que realicen una lactancia materna a demanda, para que el bebé tenga un buen posicionamiento y se prenda bien al pecho, y para la extracción de leche materna y uso de compresas tibias o frías, según las preferencias de la mujer.	Recomendado
Intervenciones farmacológicas para tratar la congestión mamaria posparto	9. No se recomienda el uso de intervenciones farmacológicas como la oxitocina subcutánea y la terapia enzimática proteolítica para el tratamiento de la congestión mamaria en el período posparto.	No recomendado
Medidas preventivas		
Intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis posparto	10. A fin de la prevención de la mastitis en el período posparto, se debe aconsejar y apoyar a las mujeres para que realicen una lactancia materna a demanda, para que el bebé tenga un buen posicionamiento y se prenda bien al pecho, y para la extracción manual de leche materna y el uso de compresas tibias o frías, según las preferencias de la mujer.	Recomendado
Intervenciones farmacológicas para prevenir la mastitis posparto	11. No se recomienda la profilaxis antibiótica oral o tópica de rutina para la prevención de la mastitis en el período posparto.	No recomendado
Prevención del estreñimiento posparto	12. Se deben ofrecer consejos alimentarios e información sobre los factores asociados con el estreñimiento a las mujeres para la prevención del estreñimiento posparto.	Recomendado
	13. No se recomienda el uso rutinario de laxantes para la prevención del estreñimiento posparto.	No recomendado
Prevención de la infección materna posparto después de un parto vaginal sin complicaciones⁴	14. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para las mujeres con parto vaginal sin complicaciones.	No recomendado
Tratamiento antihelmíntico preventivo⁵	15. Se recomienda la quimioterapia preventiva (desparasitación vermífuga) con albendazol (400 mg) o mebendazol (500 mg) en dosis única anual o bianual, ^c como intervención de salud pública para todas las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva que no estén embarazadas, incluidas las que se encuentran en el período posparto o de lactancia, que vivan en zonas donde la prevalencia de referencia de cualquier geohelmintiasis sea del 20% o más en las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva, con el fin de reducir la carga de helmintos transmitidos por el suelo.	Recomendación en función del contexto

c La administración dos veces al año se recomienda cuando la prevalencia de referencia supere el 50%.

4 Integrado a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto* del 2015.

5 Adaptado e integrado a partir de las Directrices: *Quimioterapia preventiva para controlar las geohelmintiasis en grupos de población en riesgo* de la OMS del 2017.

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
Tratamiento preventivo de la esquistosomiasis⁶	16a. En comunidades con endemias en las que se registre una prevalencia de <i>Schistosoma</i> spp. del 10% o superior, se recomienda la quimioterapia preventiva anual con praziquantel en una dosis única para $\geq 75\%$ y hasta el 100% de las embarazadas después del primer trimestre, y para las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva que no estén embarazadas, incluidas las que se encuentran en el período posparto o de lactancia, a fin de controlar la morbilidad por esquistosomiasis y avanzar hacia la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública.	Recomendación en función del contexto
	16b. En comunidades con endemias en las que se registre una prevalencia de <i>Schistosoma</i> spp. inferior al 10%, se sugieren dos enfoques posibles según los objetivos y recursos de los programas: a) donde haya un programa de quimioterapia preventiva regular, seguir proporcionándola con la misma frecuencia o con una frecuencia reducida para interrumpir la transmisión; y b) donde no haya un programa de quimioterapia preventiva regular, adoptar un enfoque clínico de pruebas y tratamiento, en lugar de una quimioterapia preventiva dirigida a la población.	Recomendación en función del contexto
Profilaxis oral previa a la exposición para prevenir la infección por el VIH⁷	17. Debe iniciarse o continuarse la profilaxis oral previa a la exposición (PrEP, por su sigla en inglés) con fumarato de disoproxilo de tenofovir (TDF) como opción de prevención adicional para las mujeres que están en el período posparto o que están amamantando y que presentan un riesgo significativo de infección por el VIH, ^d como parte de los enfoques combinados de prevención de la infección por el VIH	Recomendación en función del contexto

Intervenciones de salud mental

Detección sistemática de la depresión y la ansiedad posparto	18. Se recomienda el tamizaje para la detección de la depresión y la ansiedad posparto utilizando un instrumento validado, acompañado de servicios de diagnóstico y tratamiento para las mujeres con un resultado positivo.	Recomendado
Prevención de la depresión y la ansiedad posparto	19. Se recomiendan intervenciones psicosociales o psicológicas durante el período prenatal y posnatal para prevenir la depresión y la ansiedad posparto.	Recomendado

Intervenciones nutricionales y actividad física

Suplementos orales de hierro y ácido fólico en el posparto⁸	20. Se pueden proporcionar suplementos orales de hierro solo o en combinación con suplementos de ácido fólico a las mujeres en el período posparto durante 6 a 12 semanas después del parto a fin de reducir el riesgo de anemia en entornos donde la anemia gestacional sea un problema de salud pública. ^e	Recomendación en función del contexto
Suplementos de vitamina A en el posparto⁹	21. No se recomienda la administración de suplementos de vitamina A a mujeres en el período posparto para la prevención de la morbilidad y mortalidad maternas e infantiles.	No recomendado

d El riesgo significativo se define temporalmente como una incidencia de la infección por el VIH mayor de 3 por 100 años persona en ausencia de PrEP.

e La OMS considera que una prevalencia poblacional de anemia gestacional del 20% o más es un problema moderado de salud pública.

6 Adaptado e integrado de las directrices de la OMS del 2022 sobre control y eliminación de la esquistosomiasis humana

7 Adaptado e integrado a partir de las *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública* del 2016 (segunda edición).

8 Integrado a partir de la publicación de la OMS del 2016 sobre los suplementos de hierro en las mujeres en el posparto

9 Integrado a partir de la publicación de la OMS del 2011 *Directriz: administración de suplementos de vitamina A en el puerperio*.

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
Actividad física y hábitos sedentarios ¹⁰	22. Las mujeres que se encuentren en el posparto y no tengan contraindicaciones deben: <ul style="list-style-type: none"> realizar actividad física regular durante todo el período posparto; hacer al menos 150 minutos de actividad física a la semana para obtener beneficios sustanciales para la salud; e incorporar diversos ejercicios físicos y de fortalecimiento muscular; agregar estiramientos suaves también puede ser beneficioso. 	Recomendado
	23. Las mujeres en el período posparto deben limitar el tiempo que pasan en un estado sedentario. Sustituir el sedentarismo por una actividad física de cualquier intensidad se traduce en beneficios para la salud.	Recomendado

Anticoncepción

Anticoncepción posparto ¹¹	24. Se recomienda proporcionar información y servicios anticonceptivos integrales durante la atención posnatal.	Recomendado
----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

B. ATENCIÓN NEONATAL

Evaluación del recién nacido

Evaluación de signos de peligro en el recién nacido ¹²	25. Se deben evaluar los siguientes signos en cada consulta de atención posnatal y se debe derivar al recién nacido a una evaluación adicional si se presenta alguno de ellos: no se alimenta bien; haber tenido convulsiones; respiración rápida (frecuencia respiratoria > 60 por minuto); tiraje torácico intenso; ausencia de movimiento espontáneo; fiebre (temperatura $\geq 37,5$ °C); hipotermia (temperatura < 35,5 °C); todo tipo de ictericia en las primeras 24 horas después del nacimiento, o palmas y plantas amarillas a cualquier edad. Se debe alentar a los progenitores y la familia a que soliciten atención de salud lo antes posible si detectan cualquiera de estos signos.	Recomendado
Tamizaje universal de anomalías oculares	26. Se recomienda el tamizaje neonatal universal para la detección de anomalías oculares, que debe ir acompañado de servicios de diagnóstico y tratamiento para los bebés en los que se detecte alguna anomalía.	Recomendado
Tamizaje universal de la discapacidad auditiva	27. Se recomienda realizar un tamizaje auditivo universal en los recién nacidos (TAURN) con emisiones otoacústicas (EOA) o la prueba de potenciales evocados auditivos del tronco cerebral automatizados (PEATC-A) para la detección temprana de la pérdida auditiva bilateral permanente (PABP). El TAURN debe ir acompañado de servicios de diagnóstico y tratamiento para los bebés en los que se detecte pérdida auditiva.	Recomendado
Tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal	28. Se recomienda el tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal con bilirrubinómetro transcutáneo (TcB) al momento del alta del centro de salud.	Recomendado
	29. La evidencia existente no es suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del tamizaje universal de la bilirrubina total en suero (TSB) al momento del alta del centro de salud.	No se hace ninguna recomendación

Medidas preventivas

Momento del primer baño para prevenir la hipotermia y sus secuelas	30. El primer baño de un recién nacido sano a término no debe realizarse hasta transcurridas al menos 24 horas después del nacimiento.	Recomendado
Uso de emolientes para prevenir afecciones cutáneas	31. No se recomienda la aplicación rutinaria de emolientes tópicos en recién nacidos a término sanos para la prevención de afecciones cutáneas.	No recomendado

10 Adaptado e integrado a partir de las *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios* del 2020

11 Adaptado e integrado a partir del documento de la OMS del 2013 sobre el *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones*.

12 Adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido.

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
Aplicación de clorhexidina en el muñón del cordón umbilical para prevenir infecciones neonatales	32a. Se recomienda el cuidado del cordón umbilical para que esté limpio y seco.	Recomendado
	32b. Se recomienda la aplicación diaria de clorhexidina al 4% (solución acuosa o gel de digluconato de clorhexidina al 7,1%, que proporciona clorhexidina al 4%) en el muñón del cordón umbilical en la primera semana después del nacimiento tan solo en entornos en los que se usan con frecuencia sustancias tradicionales nocivas (por ejemplo, estiércol animal) en el cordón umbilical.	Recomendación en función del contexto
Posición al dormir para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante	33. Se recomienda poner al recién nacido a dormir en posición de decúbito supino durante el primer año para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y la muerte súbita inesperada del lactante (MSIL).	Recomendado
Vacunación para prevenir infecciones¹³	34. Se debe promover la vacunación de los recién nacidos según lo indicado en las últimas recomendaciones .	Recomendado

Intervenciones nutricionales

Suplementos de vitamina A neonatales	35a. No se recomienda la administración sistemática de suplementos neonatales de vitamina A para reducir la mortalidad de recién nacidos y lactantes.	No recomendado
	35b. En contextos con datos recientes (de los últimos cinco años) y fiables que indiquen una tasa alta de mortalidad en menores de 1 año (superior a 50 por 1000 nacidos vivos) ^f y una prevalencia alta de déficit materno de vitamina A ($\geq 10\%$ de las mujeres embarazadas con concentraciones séricas de retinol $< 0,70 \mu\text{mol/l}$), se puede considerar la conveniencia de administrar a los recién nacidos una dosis oral única de 50 000 UI de vitamina A en los tres primeros días después del nacimiento para reducir la mortalidad en menores de 1 año.	Recomendación en función del contexto
Suplementos de vitamina D en recién nacidos a término alimentados con lactancia materna	36. Se recomienda administrar suplementos de vitamina D a los recién nacidos a término alimentados con lactancia materna para mejorar los resultados de salud del lactante, tan solo en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto

Crecimiento y desarrollo del lactante

Masaje en todo el cuerpo	37. Pueden considerarse los masajes suaves en todo el cuerpo para los recién nacidos sanos a término por sus posibles beneficios para el crecimiento y el desarrollo.	Recomendado
Desarrollo en la primera infancia¹⁴	38. Todos los lactantes y niños deben recibir cuidados adecuados entre los 0 y los 3 años; los padres, madres y otros cuidadores deben recibir apoyo para brindar este tipo de cuidados.	Recomendado
	39. Todos los lactantes y niños deben realizar actividades de aprendizaje temprano con sus padres, madres y otros cuidadores entre los 0 y los 3 años; los padres, madres y otros cuidadores deben recibir apoyo para involucrarse en el aprendizaje temprano de lactantes y niños.	Recomendado
	40. Debe incluirse el apoyo para el cuidado adecuado y el aprendizaje temprano como parte de las intervenciones para la nutrición óptima de los recién nacidos, los lactantes y los niños pequeños.	Recomendado
	41. Deben integrarse las intervenciones psicosociales de apoyo a la salud mental de la madre en los servicios de atención y desarrollo en la primera infancia.	Recomendado

f La tasa de mortalidad en menores de 1 año propuesta de más de 50 por 1000 nacidos vivos se basó en varios supuestos: 50% de la tasa de mortalidad total en menores de 1 año corresponde a muertes neonatales; 50% de la mortalidad neonatal se produce en el primer día después del nacimiento; la tasa de mortalidad posneonatal hasta los 6 meses de vida representa dos tercios de la tasa total de mortalidad en menores de 1 año, y la tasa de mortalidad entre los 6 y los 12 meses de vida constituye el tercio restante; la tasa de 30 muertes por 1000 utilizada en los estudios contabiliza las muertes ocurridas entre la inclusión en el estudio y los 6 meses de vida; y la administración o inclusión casi siempre tuvo lugar en las primeras 24 horas después del nacimiento.

13 Adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido.

14 Adaptado o integrado a partir de la directriz de la OMS del 2020 para mejorar el desarrollo en la primera infancia.

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
Lactancia materna		
Lactancia materna exclusiva¹⁵	42. Todos los lactantes deben recibir lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. Se debe asesorar y apoyar a las madres en relación con la lactancia materna exclusiva en cada consulta posnatal.	Recomendado
Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología¹⁶	43a. Los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología deben contar con una política de lactancia materna claramente definida por escrito que se comunique de manera sistemática al personal y a los progenitores.	Recomendado
	43b. El personal del centro de salud que presta servicios de alimentación infantil, en particular el apoyo a la lactancia materna, debe tener conocimientos, competencias y aptitudes profesionales suficientes para ayudar a las mujeres a amamantar a sus hijos.	Recomendado

C. INTERVENCIONES RELATIVAS A LOS SISTEMAS DE SALUD Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD		
Calendario de las consultas de atención posnatal	44. Se recomienda un mínimo de cuatro consultas de atención posnatal. Si el parto tiene lugar en un centro de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención posnatal en el centro durante al menos 24 horas después del parto. Si el parto tiene lugar en el hogar, la primera consulta para la atención posnatal debe ser lo antes posible dentro de las 24 horas después del nacimiento. Se recomiendan al menos tres consultas posnatales adicionales para las mujeres y los recién nacidos sanos, entre las 48 y las 72 horas, entre los 7 y los 14 días, y en la sexta semana después del parto.	Recomendado
Duración de la internación en los centros de salud después del parto	45. Se recomienda la atención de las mujeres y los recién nacidos sanos en el centro de salud durante al menos 24 horas después del parto vaginal.	Recomendado
Criterios que deben evaluarse antes del alta del centro de salud después del parto	46. Antes de dar el alta del centro de salud a las mujeres y los recién nacidos después del parto para su traslado al hogar, los trabajadores de salud deben evaluar los siguientes criterios para mejorar los resultados maternos y neonatales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ el bienestar físico de la mujer y el recién nacido, y el bienestar emocional de la mujer; ▪ las destrezas y la confianza de la mujer para cuidar de sí misma y las destrezas y la confianza de los padres y cuidadores para cuidar al recién nacido; y ▪ el entorno del hogar y otros factores que puedan influir en la capacidad de proporcionar atención a la mujer y al recién nacido en el hogar, y el comportamiento de búsqueda de atención de salud. 	Recomendado
Enfoques para fortalecer la preparación para el alta del centro de salud al hogar después del parto	47. Se recomienda proporcionar información, intervenciones educativas y asesoramiento para preparar a las mujeres, los padres y los cuidadores para el alta del centro de salud después del nacimiento, a fin de mejorar los resultados de salud materna y neonatal, y facilitar la transición al hogar. Se debe contar con materiales educativos, como folletos impresos o digitales de educación sobre la salud, infografías para grupos de población semianalfabetizados y guías prácticas.	Recomendado
Visitas domiciliarias para las consultas de atención posnatal	48. Se recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana después del nacimiento, por parte de personal de salud capacitado o de un agente comunitario de salud capacitado para la atención posnatal de mujeres y recién nacidos sanos. Cuando las visitas domiciliarias no sean factibles o no sean la opción preferida, se recomiendan las consultas de atención posnatal ambulatoria.	Recomendado

¹⁵ Integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido.

¹⁶ Integrado a partir de las directrices de la OMS del 2017 sobre protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
Continuidad de la atención de partería¹⁷	49. Se recomiendan los modelos de continuidad de la atención a cargo de parteras, en los que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a la mujer durante todo el proceso prenatal, intraparto y posnatal, para las mujeres en entornos que cuentan con programas de partería que funcionan bien.	Recomendación en función del contexto
Componentes de distribución de tareas en la prestación de atención posnatal¹⁸	50a. Se recomienda distribuir la tarea de promoción de comportamientos relacionados con la salud de la madre y el recién nacido ^g en una amplia gama de personal de salud, como trabajadores de salud no especializados, auxiliares de enfermería, personal de enfermería y partería, y profesionales médicos.	Recomendado
	50b. Se recomienda distribuir la tarea de proporcionar los métodos anticonceptivos posparto recomendados ^h en una amplia gama de personal de salud, como auxiliares de enfermería, personal de enfermería y partería, y profesionales médicos.	Recomendado
Contratación y retención del personal en zonas rurales y remotas¹⁹	51. Los responsables de la formulación de políticas deben considerar un conjunto de intervenciones que abarquen la formación, la regulación, los incentivos y el apoyo personal y profesional para mejorar el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en zonas rurales y remotas.	Recomendado
Participación de los hombres en la atención posnatal y la salud materna y neonatal²⁰	52. Se recomiendan intervenciones de promoción de la participación de los hombres durante el embarazo, el parto y después del parto para facilitar y apoyar a la mujer a cuidarse mejor a sí misma, para mejorar las prácticas de atención domiciliaria y el uso de la atención especializada para las mujeres y los recién nacidos durante el embarazo, el parto y el período posnatal, y para aumentar el uso oportuno de la atención en centros de salud para las complicaciones obstétricas y neonatales. Estas intervenciones se recomiendan, siempre que se implementen de manera que respeten, promuevan y faciliten las opciones elegidas por las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones, y que apoyen a las mujeres para que puedan cuidarse a sí mismas y cuidar a sus recién nacidos.	Recomendado con seguimiento y evaluación específicos
Registros en el hogar²¹	53. Se recomienda que se lleve un registro en el hogar, como complemento de los registros en los centros de salud, para el cuidado de mujeres embarazadas y en período posparto, recién nacidos y niños, con objeto de mejorar el comportamiento de búsqueda de atención de salud, la participación y el apoyo de los hombres en el hogar, las prácticas de atención domiciliaria materno-infantil, la alimentación de lactantes y niños, y la comunicación entre los trabajadores de salud y las mujeres, los padres y los cuidadores.	Recomendado
Comunicación digital orientada al paciente²²	54. La OMS recomienda utilizar la comunicación digital orientada al paciente para impulsar cambios del comportamiento en relación con la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil, siempre que se aborden debidamente las inquietudes relacionadas con la información confidencial y la privacidad de datos.	Recomendación en función del contexto

g Incluida la promoción de lo siguiente: atención posnatal, planificación familiar (distribución de preservativos [masculinos y femeninos] y otros métodos de barrera, iniciación y distribución de anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestágenos solos y anticoncepción de emergencia, e información e instrucciones generales sobre el método estandarizado de los días, el método de dos días [TwoDay Method[®]] y el método de la amenorrea de la lactancia), realización de pruebas omitidas y repetición de las pruebas del VIH en el período posparto, dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida, asesoramiento nutricional, suplementos nutricionales, atención básica del recién nacido, lactancia materna exclusiva y vacunación según las directrices nacionales.

h Incluido lo siguiente: inicio y mantenimiento del uso de anticonceptivos inyectables usando una jeringa estándar con aguja para inyección intramuscular o subcutánea, colocación de dispositivo intrauterino (DIU), colocación de implantes de anticonceptivos.

17 Integrado a partir de las *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* del 2016.

18 Adaptado e integrado a partir de las *Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas* del 2012.

19 Adaptado e integrado a partir de las *Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas*, actualizadas en el 2021.

20 Mantenido (tras la revisión de nueva evidencia) de las *Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal* del 2015.

21 Adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS sobre los registros conservados en el hogar para la salud materna, neonatal e infantil del 2018.

22 Integrado a partir de la *Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud* del 2019.

Categoría de atención	Recomendación	Categoría de recomendación
Notificaciones digitales del nacimiento ²³	<p>55. Se recomienda el uso de notificaciones digitales del nacimiento en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> en entornos en los que las notificaciones proporcionen datos individuales al sistema de salud o a un sistema de registro civil y de estadísticas vitales ; el sistema de salud o el sistema de registro civil y de estadísticas vitales tengan la capacidad de responder a las notificaciones. 	Recomendación en función del contexto

Aplicación

Estas recomendaciones deben aplicarse dentro de un modelo apropiado de atención posnatal y deben adaptarse a las necesidades de los distintos países y contextos locales, así como de cada mujer, recién nacido, progenitor, cuidador y familia. El GDG propuso consideraciones respecto a la aplicación de cada una de las recomendaciones nuevas o actualizadas, así como consideraciones generales para la adopción, adaptación y aplicación del conjunto de recomendaciones para garantizar una atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona en cada consulta, en consonancia con un enfoque basado en los derechos humanos.

El modelo de atención posnatal de la OMS sitúa el binomio madre-hijo en el centro de la atención. La base de este modelo de atención posnatal consiste en un mínimo de cuatro consultas de atención posnatal. En particular, el GDG consideró que las primeras dos semanas después del nacimiento eran un período clave para promover la salud, detectar problemas de salud y apoyar la transición a la atención de mujeres sanas y bebés sanos. En estas directrices se confirma la importancia de la atención posnatal durante las primeras 24 horas después del nacimiento, independientemente del lugar en el que se produzca. Más concretamente, recomienda una internación mínima de 24 horas en el centro de salud tras el nacimiento, con atención y seguimiento continuos. Se han establecido criterios ampliados antes del alta para evaluar y abordar posibles problemas, y para preparar la transición al hogar. Se realizan al menos tres consultas adicionales de atención posnatal durante las primeras seis semanas después del nacimiento. Esto incluye proporcionar prácticas clínicas efectivas, información relevante y oportuna, y apoyo psicosocial y emocional, por parte de trabajadores de salud amables, competentes y motivados que trabajen dentro de un sistema de salud que funcione bien. Un sistema de derivación eficaz, que incluya la comunicación entre los prestadores de atención en el centro de salud y en la comunidad, y entre los trabajadores de salud y el transporte en caso de complicaciones, también son componentes esenciales de este modelo de atención posnatal.

Seguimiento y evaluación

La aplicación y el impacto de estas recomendaciones se supervisarán a nivel de cada servicio de salud y a nivel subnacional y nacional, sobre la base de criterios e indicadores claramente definidos que estén asociados con las metas acordadas localmente. El GDG sugiere que se consideren los siguientes indicadores, que se han adaptado de los indicadores mundiales recomendados actuales.²⁴

- duración de la internación en los centros de salud después del nacimiento;
- atención posnatal inicial de rutina para las mujeres (en los dos primeros días);
- atención posnatal inicial de rutina para los recién nacidos (en los dos primeros días);
- dosis al nacer de la vacuna contra el virus de la hepatitis B.

Actualización de las recomendaciones

De conformidad con el procedimiento de actualización de directrices de la OMS, se empleará un proceso sistemático y continuo para detectar y subsanar las lagunas en la evidencia, después de la difusión de las directrices. Si se encuentra evidencia nueva con posibles repercusiones en la evidencia actual sobre cualquiera de las recomendaciones, se actualizará la recomendación. La OMS recibe con agrado los comentarios relacionados con temas nuevos para incluirlos en actualizaciones futuras de las directrices.

²³ Integrado a partir de la *Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud* del 2019

²⁴ Portal de la OMS de datos sobre la salud materna, neonatal, infantil y adolescente, y el envejecimiento: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---coverage>.

1. Introducción

1.1 Antecedentes

En las estrategias mundiales, incluida la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (2016-2030) (1), las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (2), el plan de acción para todos los recién nacidos para poner fin a las muertes evitables (3) y otras iniciativas (4, 5) se reconoce el período posnatal, definido aquí como el que comienza inmediatamente después del nacimiento del bebé y se extiende hasta seis semanas (42 días) posteriores (6), como un momento crucial para las mujeres y los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias. A pesar de estas iniciativas, la carga de mortalidad y morbilidad materna y neonatal en el período posnatal sigue siendo alta (7, 8). Hasta 30% de las muertes maternas se producen en el período posparto (8). Los recién nacidos enfrentan un alto riesgo de morir en su primer mes después del nacimiento, con una tasa mundial media de 17 muertes por 1000 nacidos vivos en el 2019 (9, 10).

Sin embargo, la cobertura y la calidad de la atención posnatal para las mujeres y los recién nacidos tienden a ser relativamente deficientes, y se pierden oportunidades para aumentar el bienestar y apoyar el cuidado sensible y cariñoso del recién nacido. La duración de la internación en el centro de salud después del nacimiento varía ampliamente de un país a otro, y una parte sustancial de mujeres y recién nacidos reciben una atención posnatal insuficiente durante las primeras horas después del parto (11). La mediana de cobertura de la atención posnatal de rutina en los dos primeros días posteriores al nacimiento para las mujeres (71%) y los recién nacidos (64%) (12) se encuentra aún muy por debajo de los objetivos mundiales establecidos para el 2025 (13).

En consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (14) y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (1), el punto central de las agendas mundiales se ha ampliado para ir más allá de la supervivencia materna y neonatal, con objeto de garantizar también que las mujeres y los recién nacidos prosperen y alcancen todo su potencial de salud y bienestar, de conformidad con un enfoque basado en los derechos humanos. La calidad de la atención durante los períodos del embarazo, el parto y el posparto es fundamental para la puesta en práctica de estas agendas mundiales y el logro de los ODS relacionados con la salud.

Los servicios de atención posnatal son un componente fundamental de este proceso continuo. Estos servicios proporcionan una plataforma para la atención de las mujeres después del parto y de los recién nacidos, incluida la promoción de prácticas saludables, la

prevención de enfermedades, y la detección y el abordaje de los problemas durante las primeras seis semanas después del nacimiento. La atención posnatal tiene como objetivo mantener y promover la salud y el bienestar de las mujeres y los niños desde el nacimiento, y fomentar un entorno que ofrezca ayuda y apoyo a las mujeres, los padres, los cuidadores y las familias para una amplia gama de necesidades de salud, sociales y de desarrollo.

La OMS publicó recomendaciones sobre la atención posnatal para madres y recién nacidos en el 2014 (15). Sin embargo, teniendo en cuenta las nuevas recomendaciones de diferentes departamentos de la OMS publicadas después del 2014 y la disponibilidad de nueva evidencia relativa a la organización de la atención y las intervenciones para una atención posnatal de mejor calidad, es importante examinar, actualizar y unificar en consecuencia las recomendaciones para la atención posnatal. Estas directrices unifican la orientación actual para intervenciones clínicas y no clínicas eficaces y seguras, junto con sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud para la atención esencial durante el período posnatal, con objeto de mejorar la calidad (prestación y experiencia) de la atención posnatal para mujeres y recién nacidos. En ellas se reconoce la "experiencia posnatal positiva" como un objetivo importante para todas las mujeres que dan a luz y sus recién nacidos, con lo que se sientan las bases para mejorar la salud y el bienestar a corto y largo plazo. La experiencia posnatal positiva se define como aquella en la que las mujeres, los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias reciben información y tranquilidad de manera constante por parte de profesionales de la salud motivados. Se reconocen las necesidades tanto de las mujeres como de los recién nacidos, dentro de un sistema de salud dotado de recursos y flexible que respeta su contexto cultural

1.2 Público destinatario

Las recomendaciones de estas directrices tienen como finalidad sustentar la elaboración de políticas de salud subnacionales y nacionales, protocolos clínicos y guías programáticas relevantes. Por lo tanto, el público destinatario incluye a los encargados de formular políticas subnacionales y nacionales de salud pública, los ejecutores y los administradores de los programas de salud materna, neonatal e infantil, los administradores de los centros de salud, los trabajadores de salud (incluido el personal de partería, de enfermería y partería auxiliar, de obstetricia, pediatría, neonatología y medicina general, y los trabajadores de salud comunitarios), las organizaciones no gubernamentales

y las sociedades profesionales que participan en la planificación y gestión de los servicios de salud materna, neonatal e infantil, el personal académico involucrado en la capacitación de trabajadores de salud y los grupos de mujeres y padres.

1.3 Alcance de las directrices

Estas directrices son de interés para el cuidado de todas las mujeres y adolescentes en el período posparto, así como de los recién nacidos, en cualquier centro de salud o entorno comunitario, a menos que se indique otra cosa en la recomendación. Sobre la base de la premisa de que todas las mujeres y los recién nacidos merecen una atención de alta calidad, las directrices se centran en el conjunto básico y esencial de intervenciones de atención posnatal. A los efectos de estas directrices, el término "mujeres y recién nacidos sanos" se utiliza para describir a las mujeres o adolescentes después del parto y a sus recién nacidos que no presentan enfermedades ni factores de riesgo manifiestos y que, por lo demás, parecen estar sanos. Algunas mujeres y sus recién nacidos pueden tener necesidades sociales y de salud adicionales que no se abordan en estas directrices, incluidas las que se producen en caso de muerte de la mujer o del recién nacido. Entre las personas con necesidades adicionales también pueden estar las adolescentes y las personas de grupos de atención prioritaria, incluidas, entre otras, las que viven en entornos rurales, las que enfrentan dificultades económicas, las de minorías étnicas, religiosas o raciales, las personas migrantes y desplazadas o afectadas por la guerra, las mujeres y niñas solteras, las que han sobrevivido a la violencia sexual y de género, las que tienen embarazos subrogados, las trabajadoras sexuales, las personas transgénero o no binarias, las que presentan discapacidades o problemas de salud mental, y las mujeres con la infección por el VIH. Tampoco se aborda en estas directrices el tratamiento adicional de las mujeres o recién nacidos que desarrollan complicaciones en el período posnatal, las que tienen embarazos de alto riesgo, las que han presentado complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, o las que requieren una atención posnatal especializada.

Por lo tanto, estas directrices complementan las directrices existentes de la OMS sobre la atención inmediata de la mujer y el recién nacido después del nacimiento, el tratamiento de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el período posnatal, y la atención del lactante prematuro y de peso bajo al nacer. Junto con las Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (16) y las Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (17), la OMS ha proporcionado un conjunto de recomendaciones integradas para abordar la atención respetuosa esencial y de calidad a lo largo del embarazo y hasta el período posnatal.

En estas directrices unificadas se presentan recomendaciones de la OMS tanto nuevas como

existentes sobre la atención posnatal para las mujeres y los recién nacidos que reciben atención posnatal en centros de salud o en la comunidad en cualquier entorno de disponibilidad de recursos. Proporcionan un conjunto integral de recomendaciones para la atención durante el período posnatal, centrándose en el conjunto esencial de medidas que todas las mujeres y los recién nacidos deben recibir, prestando la debida atención a la calidad de la atención. Estas directrices actualizan y amplían las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido (15), y complementan las directrices existentes de la OMS sobre el tratamiento de las complicaciones posnatales

Las preguntas y los resultados prioritarios que guiaron la síntesis de la evidencia y la toma de decisiones para estas directrices se indican en el anexo 1 en línea y abarcan la atención esencial que debe proporcionarse durante el período de atención posnatal, incluidas las evaluaciones maternas y neonatales, las intervenciones para los síntomas fisiológicos comunes, las medidas preventivas, la evaluación y las intervenciones de salud mental materna, la anticoncepción, las intervenciones nutricionales, el crecimiento y el desarrollo infantiles, la lactancia materna, los sistemas de salud y las intervenciones de promoción de la salud (para mejorar la prestación, utilización y experiencia de la atención posnatal). Las preguntas y los resultados prioritarios de las recomendaciones ya existentes de la OMS que se han integrado en estas directrices se pueden consultar en las respectivas directrices.

Los términos mujer, madre, pareja, padres y cuidadores se han utilizado ampliamente en diferentes combinaciones a lo largo de estas directrices. Los términos "mujer" o "madre" incluyen a las personas que han dado a luz, incluso si esas personas no se identifican a sí mismas como mujeres o como madres. En aras de una mayor concisión y facilidad de lectura, generalmente se usa el término "mujer", pero a veces se usa el de "madre" cuando se refiere a la mujer en relación con su recién nacido. Se reconoce que hay personas que han dado a luz, pero se identifican a sí mismas como personas de género diverso. Además, hay diferentes tipos de parejas y familias. El término "pareja" se utiliza para referirse a la persona de apoyo elegida por la mujer, como la pareja de la mujer, el cónyuge o esposo, o el padre del niño. El término "padres" se refiere a los responsables del cuidado del recién nacido. A menudo se tratará de la madre y el padre, pero puede incluir progenitores únicos, coprogenitores, progenitores del mismo sexo o progenitores con identidades de género diversas. El término "cuidador" reconoce a las diferentes personas o miembros de la familia que pueden ser responsables del cuidado del recién nacido. Las familias pueden ser un apoyo importante para las mujeres y los padres, y pueden tener un papel vital en la salud materna y neonatal. En aras de la brevedad, no se han incluido todos estos términos de manera constante a lo largo del documento (18).

2. Métodos

Este documento fue elaborado utilizando procedimientos estandarizados de trabajo, de conformidad con el proceso descrito en el *Manual para la elaboración de directrices de la OMS (19)*. De forma resumida, el proceso de elaboración consistió en: a) determinación de las preguntas y los resultados prioritarios; b) obtención de la evidencia; c) evaluación y síntesis de la evidencia; d) formulación de las recomendaciones y e) planificación de la aplicación, difusión, evaluación del impacto y actualización de las directrices.

2.1 Colaboradores en el proceso de elaboración de las directrices

A continuación se describen los diferentes grupos que participaron en la elaboración de las directrices. Los miembros de estos grupos se indican en el anexo 1.

2.1.1 Grupo de Orientación de la OMS

El proceso de elaboración de directrices fue supervisado por el Grupo de Orientación de la OMS, integrado por miembros del personal de los Departamentos de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento (MCA), Salud Mental y Consumo de Sustancias (MSD), Nutrición e Inocuidad de los Alimentos (NFS), y Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas (SRH). Este grupo preparó la propuesta inicial sobre el alcance de las directrices, determinó las preguntas y los resultados prioritarios, preparó la propuesta de planificación de las directrices y estableció los equipos de revisión sistemática, los metodólogos y los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG, por su sigla en inglés). Además, el Grupo de Orientación supervisó la obtención, evaluación y síntesis de la evidencia, organizó las reuniones del GDG, preparó propuestas de recomendaciones para el GDG y para el documento final, y gestionó la publicación y difusión de la guía.

2.1.2 Grupo de Elaboración de las Directrices

El Grupo de Orientación de la OMS seleccionó a 21 expertos externos y otros interesados de las seis regiones de la OMS para formar el GDG. El GDG fue un grupo diverso de personas con experiencia en investigación, práctica clínica, políticas y programas, métodos de elaboración de directrices relativas a las prácticas de atención posnatal y la prestación de servicios, y representantes de pacientes o usuarios. Los miembros del grupo se eligieron de manera de garantizar la representación geográfica y el equilibrio de género, y que no hubiera conflictos de intereses importantes.

Los miembros elegidos para este grupo participaron en

una reunión de determinación del alcance celebrada en abril del 2019 y aportaron información sobre las preguntas y los resultados prioritarios para orientar las revisiones de la evidencia. El GDG examinó e interpretó la evidencia y formuló las recomendaciones finales en nueve reuniones virtuales celebradas entre septiembre del 2020 y junio del 2021. El grupo también revisó y aprobó el documento final de las directrices

2.1.3 Grupo de Revisión Externa

Este grupo lo formaron seis expertos técnicos u otros interesados involucrados en la prestación de la atención posnatal basada en la evidencia y con experiencia en ella. El grupo estuvo bien equilibrado geográficamente y fue representativo en cuanto al género, y no presentó conflictos de intereses importantes. Este grupo examinó el documento final para señalar posibles errores objetivos y formular observaciones sobre la claridad de la redacción, los aspectos contextuales y sus implicaciones en cuanto a la aplicación de las orientaciones. El Grupo de Revisión Externa se aseguró de que los procesos de toma de decisiones de las directrices consideraran e incorporaran los valores contextuales y las preferencias de las personas afectadas por las recomendaciones, incluidas las mujeres en período posparto, las parejas, los recién nacidos, los padres, los cuidadores y las familias, los trabajadores de salud y los gestores, y los responsables de la formulación de políticas. No era competencia de este grupo modificar las recomendaciones formuladas por el GDG.

2.1.4 Grupo de Trabajo Técnico

El Grupo de Trabajo Técnico estuvo conformado por metodólogos de directrices y equipos de revisión sistemática. Actuaron como metodólogos de las directrices consultores independientes y expertos técnicos del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) de Argentina. Por lo que respecta a la evidencia cuantitativa sobre los efectos de las diferentes intervenciones priorizadas, el grupo Cochrane de embarazo y parto aportó información sobre el alcance de las preguntas prioritarias de las directrices y supervisó la actualización de las revisiones sistemáticas pertinentes relacionadas con la orientación clínica de salud materna, siguiendo los procesos estandarizados de Cochrane. En los casos en los que no había revisiones sistemáticas adecuadas (realizadas por Cochrane o no) para preguntas prioritarias, la OMS encargó a expertos externos nuevas revisiones sistemáticas de los estudios cuantitativos. Se realizaron revisiones sistemáticas adicionales para preguntas prioritarias y otras consideraciones relevantes para los elementos de los marcos para pasar de los datos a las decisiones según el criterio de clasificación de la valoración, elaboración

y evaluación de las recomendaciones (GRADE), incluidas las revisiones cuantitativas y cualitativas. El Grupo de Orientación de la OMS trabajó en estrecha colaboración con los miembros del Grupo de Trabajo Técnico para elaborar o actualizar los protocolos de revisión, revisar y evaluar la evidencia, y preparar los marcos para pasar de los datos a las decisiones según el método GRADE

2.1.5 Asociados y observadores externos

Algunos representantes de la Fundación Bill y Melinda Gates, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) fueron invitados a las reuniones de elaboración de las directrices en calidad de observadores. Estas organizaciones son posibles aplicadoras de las directrices y tienen un historial de colaboración con la OMS en la difusión y aplicación de directrices. Se permitió a los observadores aportar comentarios durante los debates técnicos en determinados momentos durante las reuniones del GDG. No obstante, se pidió a los observadores que se abstuvieran de participar en los debates sobre las recomendaciones finales.

2.2 Determinación de las preguntas y los resultados prioritarios

El Grupo de Orientación de la OMS, en consulta con el equipo de revisión sistemática, los metodólogos y algunos de los miembros del GDG, redactó las preguntas prioritarias para estas directrices (véanse en el anexo 1 en línea los métodos detallados y la lista final). A partir de las preguntas prioritarias señaladas, las intervenciones asociadas se clasificaron según el marco de calidad de la atención de la OMS (20) y el marco para el cuidado cariñoso y sensible (5) para garantizar que las recomendaciones respondieran a un máximo de ámbitos, incluidos los siguientes: calidad de la atención (prestación y experiencia de atención); cuidado cariñoso y sensible (salud, nutrición, seguridad y protección, cuidado receptivo y aprendizaje temprano); y fortalecimiento de los sistemas de salud. Los cambios con respecto al alcance aprobado para estas directrices y las razones de dichos cambios se describen en el anexo 2 en línea.

En el debate sobre las áreas temáticas clave de la atención posnatal esencial y de rutina se tuvieron en cuenta las intervenciones que ya se han abordado en las directrices existentes de la OMS. Teniendo en cuenta los recursos disponibles, el grupo estuvo de acuerdo en limitar el ámbito de las preguntas prioritarias a aquellas que no se abordan en las directrices existentes de la OMS o a las que se señalaron para su actualización, con la salvedad de que

las recomendaciones existentes (que se elaboraron de conformidad con los procedimientos estandarizados de la OMS) se integrarían en el documento final de las directrices (véase el apartado 2.3).

Al determinar el enfoque de las directrices, el proceso de establecimiento del alcance puso de relieve la necesidad de determinar intervenciones y resultados centrados en la persona para la atención posnatal. Con este fin, se realizó una síntesis de la evidencia cualitativa para conocer lo que las mujeres quieren, necesitan y valoran durante el período posnatal (21). Los resultados de esta revisión sugieren que la fase posnatal es un período de transición importante caracterizado por cambios en la propia identidad, una redefinición de las relaciones, oportunidades de crecimiento personal y modificaciones del comportamiento sexual a medida que las mujeres se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y también como personas dentro de su propio contexto cultural. Para muchas mujeres, se caracteriza también por sentimientos de intensa alegría, felicidad y amor por el nuevo recién nacido. Por lo tanto, la definición de una experiencia posnatal positiva se ha adaptado para considerar también la experiencia de los recién nacidos, los padres y la familia de manera más amplia (recuadro 2.1).

Sobre la base del ejercicio de priorización descrito anteriormente, se priorizó un conjunto de resultados

Recuadro 2.1 Experiencia posnatal positiva

La experiencia posnatal positiva se define como aquella en la que las mujeres, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias reciben información y tranquilidad de manera constante por parte de profesionales de la salud motivados. Se reconocen las necesidades sociales, de salud y de desarrollo tanto de las mujeres como de los recién nacidos, dentro de un sistema de salud dotado de recursos y flexible que respeta su contexto cultural.

Adaptado de Finlayson et al. (21) y Harvey et al. (22)

que se consideraron cruciales o importantes para las mujeres y los recién nacidos en el período posnatal (anexo 1 en línea). Además, debido a las diferencias importantes entre los tipos de intervenciones priorizadas y la gama de posibles resultados, y con la debida consideración de aquello que importa a las mujeres, los padres y los cuidadores en el período posnatal, los resultados se priorizaron por separado para cada una de las preguntas de las directrices. La lista de resultados, sustentada inicialmente por la revisión cualitativa de las opiniones de las mujeres, se complementó con resultados relacionados con el funcionamiento materno y familiar, el bienestar y la experiencia de la atención posnatal; por lo tanto, la lista refleja las percepciones sobre la calidad de

la atención respecto a todas las intervenciones priorizadas

2.3 Integración de las recomendaciones procedentes de directrices publicadas por la OMS

Con el fin de armonizar y reunir todas las recomendaciones de interés para la atención de mujeres y recién nacidos sanos durante el período posnatal en un solo documento, se determinaron las recomendaciones existentes de la OMS que estaban dentro del ámbito de la atención posnatal esencial y de rutina, y que habían sido aprobadas previamente por el Comité de Examen de Directrices, se presentaron al GDG y se integraron en estas directrices. Esto incluye recomendaciones relativas a las evaluaciones maternas y neonatales, las medidas preventivas, y las intervenciones relativas a los sistemas de salud y la promoción de la salud. En la mayoría de los casos, las recomendaciones se tomaron de las directrices asociadas sin ninguna modificación ni revalidación, ya que se consideró que esas recomendaciones eran actuales (véase el anexo 3 en línea). Esas recomendaciones se indican en el texto de las directrices especificando que la recomendación se ha "integrado" a partir de la directriz específica. Algunas recomendaciones requirieron una adaptación para los

finde de las directrices de atención posnatal, y en esos casos se consultó a los departamentos pertinentes de la OMS que habían elaborado la orientación concreta para confirmar que las adaptaciones eran viables en función de la base de evidencia existente. Esas recomendaciones se indican en el texto de las directrices especificando que la recomendación se ha "adaptado e integrado" a partir de la directriz específica.

2.4 Punto central y enfoque

El punto central de estas directrices es la atención posnatal esencial, que deben recibir todas las mujeres y adolescentes y sus recién nacidos después del nacimiento para facilitar una experiencia posnatal positiva. Para ayudar a los responsables de la toma de decisiones a considerar una serie de criterios de interés, incluidos los beneficios, los daños, los valores, los recursos, la equidad, la aceptabilidad y la viabilidad de cada intervención, se utilizó la herramienta marco para pasar de los datos a la evidencia según el método GRADE (23). El trabajo preparatorio para elaborar las directrices se organizó en las líneas de trabajo descritas en el cuadro 2.1, de manera de sintetizar y examinar la evidencia en todos los ámbitos de este marco.

Cuadro 2.1 Líneas de trabajo en las directrices de la OMS sobre la atención posnatal

Línea de trabajo	Metodología	Evaluación de la evidencia
Intervenciones específicas con respecto a las intervenciones clínicas, a nivel de sistema de salud y de promoción de la salud	Revisiones sistemáticas de la efectividad o estudios observacionales	GRADE
Ámbitos centrados en la mujer, la pareja, los padres, los cuidadores, la familia y los trabajadores de salud para los valores, la aceptabilidad y la viabilidad de implementación de intervenciones relacionadas con la atención posnatal	Síntesis de la evidencia cualitativa y revisión de los estudios y referencias incluidos en las revisiones de la efectividad	GRADE-CERQual, según corresponda
Cuestiones de equidad relacionadas con la atención posnatal	Búsquedas bibliográficas de revisiones sistemáticas o estudios individuales, revisión de estudios y referencias incluidos en revisiones de la efectividad e informe de la OMS del 2015 sobre el estado de la desigualdad (24)	No se aplica
Cuestiones de equidad relacionadas con la atención posnatal	Búsquedas bibliográficas de revisiones sistemáticas o estudios individuales, revisión de estudios y referencias incluidos en revisiones de la efectividad e informe de la OMS del 2015 sobre el estado de la desigualdad (24)	CHEC, según corresponda

GRADE: Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (25); CERQual: confianza en la evidencia de las revisiones de la investigación cualitativa (26); CHEC: criterios económicos y sanitarios consensuados (27).

2.5 Búsqueda y recopilación de la evidencia

La evidencia sobre los efectos de las prácticas clínicas en la atención materna se obtuvo principalmente de las revisiones sistemáticas Cochrane de ensayos controlados aleatorizados (ECA). El Grupo de Orientación de la OMS, en colaboración con el grupo Cochrane de embarazo y parto y con metodólogos del CREP, buscó primero todas las revisiones sistemáticas Cochrane de interés que abordaban las preguntas prioritarias de la práctica clínica en la atención materna. Las revisiones sistemáticas Cochrane se basaron en estudios encontrados a partir de búsquedas en el registro de ensayos del grupo Cochrane de embarazo y parto.²⁵ En los casos en los que se observó que las revisiones Cochrane encontradas no estaban actualizadas, se invitó a los autores de la revisión a actualizar sus revisiones Cochrane de acuerdo con el proceso estandarizado del grupo Cochrane de embarazo y parto, y con el apoyo del personal del grupo Cochrane de embarazo y parto.

Cuando se encargaron nuevas revisiones sistemáticas a expertos externos, se pidió a los expertos que elaboraran un protocolo estándar con una pregunta clara en el formato PICO (población, intervención, comparador y resultado, por su sigla en inglés), criterios para la selección de los estudios, incluidas estrategias de búsqueda en diferentes bases de datos bibliográficas, métodos para evaluar el riesgo de sesgo y un plan de análisis de los datos antes de iniciar la revisión. Los protocolos fueron examinados y aprobados por los miembros del Grupo de Orientación de la OMS.

Se encargaron revisiones cualitativas a expertos externos sobre lo que las mujeres desean de la atención posnatal y sobre cómo valoran las mujeres los resultados en los que influye una intervención (21); las opiniones, actitudes y experiencias de las mujeres al acudir a la atención posnatal (28); las opiniones, actitudes y experiencias de los trabajadores de salud sobre la prestación de la atención posnatal (29); las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud sobre la participación de los hombres en la salud materna y neonatal (30); y las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud sobre la preparación para el alta y la disposición operativa de los centros de salud después del nacimiento (22). En cada caso, se pidió a los expertos externos que elaboraran un protocolo estándar con una pregunta de investigación clara,

25 El registro de ensayos del grupo Cochrane de embarazo y parto es mantenido por el coordinador de búsqueda de ensayos de este grupo, y contiene ensayos encontrados a partir de: búsquedas mensuales en el Registro Central de Ensayos Controlados Cochrane; búsquedas semanales en MEDLINE; búsquedas semanales en Embase; búsquedas manuales en 30 revistas y actas de los principales congresos; alertas semanales de "conocimiento actual" de otras 44 revistas; y alertas mensuales por correo electrónico de BioMed Central. Para más información, véase: <http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register>.

criterios para la selección de estudios (incluidas estrategias de búsqueda en diferentes bases de datos bibliográficas), métodos para evaluar la calidad y un plan de análisis de datos, antes de iniciar la revisión. Los protocolos fueron examinados y aprobados por los miembros del Grupo de Orientación de la OMS.

Se realizaron búsquedas estructuradas para encontrar la evidencia correspondiente a la relación costo eficacia y la equidad en la salud relativas a las intervenciones de salud materna y neonatal. Los términos de búsqueda para la intervención se tomaron de las revisiones de la efectividad correspondientes cuando se dispuso de ellas, o bien se establecieron específicamente para este fin. Los términos de búsqueda para la relación costo-eficacia se adaptaron a partir de los filtros de la base de datos de evaluación económica del Servicio Nacional de Salud puestos a disposición por el recurso de filtro de búsqueda de subgrupos de especialistas en información de InterTASC.²⁶ Los términos de búsqueda para la equidad en la salud se determinaron siguiendo la orientación publicada (37). Se realizaron búsquedas en Embase y Medline para fechas de publicación a partir del 2010 y limitadas a estudios en el ser humano. Además, se realizaron búsquedas en la base de datos NHS EED para obtener las evaluaciones económicas de interés. Cuando se sintetizó la evidencia sobre la relación costo-eficacia como parte de las revisiones de la efectividad utilizadas para intervenciones específicas, no se realizaron búsquedas estructuradas adicionales. Para obtener la evidencia sobre las implicaciones de costo-eficacia y equidad en la salud de los sistemas de salud y salud mental y las intervenciones de promoción de la salud, se realizaron búsquedas amplias en Google Scholar utilizando términos clave, como "costs", "cost-effectiveness", "cost-benefit analysis" y "equity", combinados con términos relacionados con los elementos PICO de las preguntas específicas de las directrices (por ejemplo, depresión posparto y tamizaje). Para todas las intervenciones, se examinaron los estudios y referencias incluidos en las revisiones sistemáticas de la efectividad, así como la síntesis de la evidencia cualitativa realizada para las preguntas de las directrices correspondientes (cuando se disponía de ellas), con objeto de encontrar información adicional sobre la equidad, los recursos y los costos de las intervenciones, así como referencias de estudios de interés que aportaran información sobre estas implicaciones.

2.6 Evaluación de la calidad y clasificación de la evidencia

2.6.1 Evaluación de la calidad de los estudios primarios incluidos en las revisiones

La evaluación de la calidad de cada uno de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas Cochrane sigue un método específico y explícito de evaluación del

26 El recurso de filtro de búsqueda de subgrupos de especialistas en información de InterTASC puede consultarse en: <https://sites.google.com/a/york.ac.uk/issg-search-filters-resource/home>

riesgo de sesgo utilizando seis criterios estandarizados descritos en el manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (32). Los especialistas consultados evalúan y clasifican cada estudio incluido como de riesgo de sesgo bajo, alto o incierto por lo que respecta a los sesgos en la generación de la secuencia de asignación, la ocultación de la asignación, el enmascaramiento del personal del estudio y los participantes, la exclusión, la notificación selectiva y otras causas de sesgo como el de publicación. La evaluación de estos aspectos proporciona un riesgo general de sesgo que indica la magnitud y el sentido probables del sesgo y cuál es la probabilidad de que tenga un impacto en los resultados de la revisión. En el caso de las revisiones sistemáticas nuevas sobre la efectividad de las intervenciones, encargadas por el Grupo de Orientación de la OMS, cada estudio incluido se evaluó en cuanto al riesgo de sesgo de acuerdo con la metodología de revisión Cochrane para estudios aleatorizados o no aleatorizados. En una revisión se utilizó el programa de aptitudes de valoración crítica (CASP, por su sigla en inglés).²⁷

Los estudios identificados para las revisiones cualitativas relacionadas con lo que las mujeres desean de la atención posnatal y las experiencias de las mujeres con la atención posnatal se sometieron a un sistema simple de evaluación de la calidad utilizando un instrumento validado que clasificó los estudios con respecto a once criterios predefinidos, y luego asignó una puntuación de A a D, en la que D indicaba la presencia de defectos importantes que era muy probable que afectaran la credibilidad, transferibilidad, confiabilidad o confirmabilidad del estudio (33). En las otras revisiones cualitativas se utilizó el programa CASP o un programa CASP modificado.

2.6.2 Clasificación de la evidencia procedente de la revisión

Se utilizó el método GRADE para evaluar la certeza de la evidencia cuantitativa (25) para todos los resultados clave determinados en las preguntas PICO. Para cada pregunta prioritaria, se elaboró un perfil de evidencia GRADE para cada criterio de valoración cuantitativo. En consecuencia, la certeza de la evidencia para cada criterio de valoración se clasificó como “alta”, “moderada”, “baja” o “muy baja” según un conjunto de criterios. Como criterio de referencia, los ECA proporcionaban evidencia de “certeza alta”, mientras que los ensayos no aleatorizados y los estudios observacionales proporcionaban evidencia de “certeza baja”. Esta clasificación de referencia de la certeza se reducía en función de la evaluación de las limitaciones del diseño del estudio (riesgo de sesgo), la falta de uniformidad, la imprecisión, la falta de direccionalidad y el sesgo de publicación. En el caso de los estudios observacionales, otras consideraciones, como la magnitud del efecto, podían conducir a una mejora de la clasificación si no había limitaciones que indicaran la necesidad de rebajarla. Los equipos de

revisión sistemática y los metodólogos del programa CREP realizaron la clasificación de la evidencia de las revisiones cuantitativas aplicando los procedimientos operativos estandarizados aprobados por el Grupo de Orientación de la OMS.

Los resultados de las revisiones cualitativas se evaluaron utilizando la herramienta de confianza en la evidencia de las revisiones de la investigación cualitativa (GRADE-CERQual) (26). La herramienta GRADE CERQual, que utiliza un enfoque conceptualmente similar al de otras herramientas GRADE, proporciona un método transparente para evaluar y asignar el nivel de confianza que se puede atribuir a la evidencia de las revisiones de la investigación cualitativa. Se asignó el grado de confianza en los resultados de las revisiones cualitativas a los dominios de evidencia relativos a los valores, la aceptabilidad y la viabilidad teniendo en cuenta cuatro componentes: limitaciones metodológicas de cada uno de los estudios, suficiencia de los datos, coherencia y pertinencia respecto a la pregunta de la revisión de cada uno de los estudios que aportaron información para un resultado de la revisión.

Los resultados de cada uno de los estudios de costo-eficacia se presentaron de forma narrativa para cada comparación de interés, y la evidencia se evaluó mediante la lista de verificación CHEC (27).

2.7 Formulación de las recomendaciones

El Grupo de Orientación de la OMS supervisó y finalizó la elaboración de los perfiles de evidencia y resúmenes de la evidencia en colaboración con el Grupo de Trabajo Técnico utilizando el marco para pasar de los datos a la evidencia según el método GRADE y el criterio DECIDE (elaboración y evaluación de estrategias de comunicación para apoyar decisiones y prácticas sustentadas sobre la base de la evidencia). Esta herramienta de toma de decisiones basada en la evidencia incluye la consideración explícita y sistemática de la evidencia sobre las intervenciones priorizadas por lo que se refiere a dominios específicos: efectos, valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad. Para cada pregunta prioritaria, se hicieron valoraciones sobre el impacto de la intervención en cada dominio (o criterio) para informar y guiar el proceso de toma de decisiones. Utilizando la plantilla del marco para la toma de decisiones basada en la evidencia, el Grupo de Orientación de la OMS y el Grupo de Trabajo Técnico elaboraron documentos de resumen para cada pregunta prioritaria que abarcaron la evidencia sobre cada uno de estos dominios como se describe a continuación.

- **Efectos:** La evidencia sobre los resultados priorizados se resumió en este dominio para responder a las preguntas: “¿Cuáles son los efectos deseables e indeseables de la intervención u opción?” y “¿Cuál es la certeza de la evidencia sobre los efectos?”. Cuando los

²⁷ Las herramientas de evaluación crítica CASP pueden consultarse en: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>.

beneficios superaban claramente a los daños por lo que respecta a resultados a los que las mujeres embarazadas atribuyen un gran valor, o viceversa, había una mayor probabilidad de un juicio claro a favor o en contra de la intervención, respectivamente. La incertidumbre acerca de los efectos beneficiosos o perjudiciales netos, y los beneficios netos pequeños, conducían probablemente a un juicio no favorable a la intervención ni al elemento de referencia. Cuanto mayor sea la certeza de la evidencia sobre los beneficios en los diversos resultados, mayor será la probabilidad de un juicio favorable a la intervención. En ausencia de evidencia de efectos beneficiosos, la evidencia respecto a la posibilidad de un daño llevó a una recomendación en contra de la opción. Cuando se encontraba evidencia de la posibilidad de un daño para intervenciones para las que también se observaba que había evidencia indicativa de efectos beneficiosos importantes, dependiendo del nivel de certeza y del impacto probable del daño, la evidencia respecto a un posible daño tenía más probabilidades de dar lugar a una recomendación específica según el contexto para la intervención (y el contexto se indica explícitamente en la recomendación).

- **Valores:** Esto corresponde a la importancia relativa asignada a los resultados de la intervención por las personas afectadas por esos resultados, a cómo varía dicha importancia dentro de cada entorno y entre distintos entornos, y a si esta importancia se ve afectada por alguna incertidumbre. La pregunta que se hizo fue: “¿Hay una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las mujeres, los padres y los cuidadores los principales resultados asociados con la intervención u opción?”. La evidencia cualitativa derivada de las diferentes revisiones sistemáticas sobre las opiniones y la experiencia de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud en la atención posnatal sustentó los juicios respecto a este dominio. Las intervenciones que daban lugar a resultados que la mayoría de las mujeres, los padres y los cuidadores valoraban uniformemente de modo favorable, independientemente de los entornos, tenían más probabilidades de conducir a un juicio favorable a la intervención. Este dominio, junto con el dominio de los “efectos”, se utilizó para sustentar el juicio respecto al “balance entre los efectos”.
- **Recursos requeridos:** Este dominio abordaba las preguntas “¿Cuáles son los recursos necesarios para la intervención u opción?” y “¿Tiene la intervención u opción una relación costo-eficacia favorable?”. La mayor parte de las necesidades de recursos, en el contexto de la aplicación de las intervenciones de atención posnatal examinadas, son los costos de insumos, capacitación, equipo y recursos humanos calificados. Era probable un juicio favorable o contrario a la intervención

cuando las implicaciones en cuanto a los recursos eran claramente ventajosas o desventajosas, respectivamente. La evaluación de costos se basó en las estimaciones presentadas que se obtuvieron durante el proceso de examen de la evidencia, un informe de supuestos de tratamiento del 2013 (34), el compendio de la OMS de tecnologías sanitarias innovadoras para entornos de bajos recursos (35) y búsquedas bibliográficas específicas, así como en experiencias y opiniones de los miembros del GDG. Cuando se dispuso de ella, se utilizó para informar este dominio la evidencia directa procedente de revisiones sistemáticas de la relación costo-eficacia.

- **Aceptabilidad:** Este dominio abordaba la siguiente pregunta: “¿Es la intervención u opción aceptable para las partes interesadas clave?”. La evidencia cualitativa derivada de las diferentes revisiones sistemáticas sobre las opiniones y la experiencia de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud en la atención posnatal informó los juicios respecto a este dominio. Cuando así procedía, se consideraba la evidencia pertinente procedente de los ensayos incluidos y de las búsquedas en bases de datos en relación con la equidad en la salud o la relación costo-eficacia. Cuanto menor sea la aceptabilidad, menor será la probabilidad de un juicio favorable a la intervención. Si se consideraba necesario recomendar una intervención que tenía una aceptabilidad baja, la recomendación iba acompañada de una estrategia para abordar las preocupaciones sobre la aceptabilidad durante la implementación.
- **Viabilidad:** La viabilidad de implementar una intervención depende de factores como los recursos disponibles, la infraestructura y los requisitos de capacitación. Este dominio abordaba la siguiente pregunta: “¿Es factible la aplicación de la intervención u opción por las partes interesadas pertinentes?”. La evidencia cualitativa de las revisiones sistemáticas sobre las opiniones y experiencias de las mujeres, los padres, los cuidadores y los trabajadores de salud respecto a la atención posnatal se utilizó para informar los juicios relativos a este dominio. Nuevamente, se consideraba la evidencia pertinente procedente de los ensayos incluidos y de las búsquedas en bases de datos en relación con la equidad en la salud o la relación costo-eficacia. Cuando se encontraban obstáculos, era menos probable que se emitiera un juicio favorable a la intervención.
- **Equidad:** Este dominio incluía la evidencia o las consideraciones sobre si una intervención reduciría o no las inequidades en la salud y, por lo tanto, abordaba la siguiente pregunta: “¿Cuál es el impacto previsto de la intervención u opción sobre la equidad?”. Este dominio se basó en los resultados de la síntesis de la evidencia cualitativa de las opiniones y experiencias de las mujeres, los padres y los trabajadores de salud, el informe de la OMS del 2015 sobre las desigualdades en cuanto a

Recuadro 2.2 Equidad en la salud: consideraciones generales

En el informe de la OMS del 2015 sobre el estado de la desigualdad en el mundo (24) se indica que las mujeres pobres, con menos estudios y que residen en zonas rurales tienen una menor cobertura de intervenciones de salud y obtienen peores resultados de salud en comparación con las mujeres más favorecidas. Una revisión sistemática y un metanálisis sobre las inequidades en la atención posnatal en los países de ingresos bajos y medianos indicó que había diferencias importantes en el uso de la atención posnatal según el nivel socioeconómico y los determinantes geográficos (36).

la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (24), una revisión sistemática y un metanálisis sobre las inequidades en la atención posnatal en los países de ingresos bajos y medianos (36) (recuadro 2.2), y búsquedas bibliográficas específicas, así como en las experiencias y opiniones de los miembros del GDG. Era probable que se recomendara una intervención si sus efectos comprobados (o previstos) reducían (o era posible que redujeran) las desigualdades en materia de salud entre los diferentes grupos de mujeres, padres y familias.

Para cada uno de los dominios mencionados, se describió la evidencia adicional sobre los posibles efectos beneficiosos, daños o consecuencias no deseadas en el subapartado de "Consideraciones adicionales". Esas consideraciones se basaron en estudios que tal vez no habían abordado directamente la pregunta prioritaria, pero que proporcionaban información pertinente, además de en la evidencia directa. Se extrajeron de estudios individuales, revisiones sistemáticas u otras fuentes de interés.

Dado que las reuniones virtuales se celebraron durante un período prolongado, el Grupo de Orientación de la OMS proporcionó los marcos para pasar de los datos a las decisiones, incluidos los resúmenes de la evidencia, los perfiles GRADE de la evidencia y otros documentos relacionados con cada recomendación a los miembros del GDG en diversos bloques tan pronto como se redactaron los correspondientes documentos, y antes de las reuniones virtuales del GDG. Se pidió al GDG que examinara y presentara sus observaciones sobre los documentos por vía electrónica antes de las reuniones del GDG, siempre que fuera posible. En las reuniones virtuales, bajo el liderazgo de los respectivos presidentes del GDG, los miembros del GDG examinaron conjuntamente los marcos para la toma de decisiones basada en la evidencia, las propuestas de recomendaciones y cualquier observación recibida en los comentarios preliminares. El propósito de la reunión fue llegar a un consenso sobre cada recomendación en cuanto a su sentido

y su contexto, sobre la base de la consideración explícita de todos los dominios incluidos en los marcos para pasar de los datos a las decisiones. En consonancia con otras directrices de la OMS publicadas recientemente utilizando marcos para pasar de los datos a la decisión (16, 17), el GDG clasificó cada recomendación en una de las categorías definidas a continuación.

- **Recomendada:** Esta categoría indica que se debe implementar la intervención u opción.
- **No recomendada:** Esta categoría indica que la intervención u opción no debe implementarse.
- **Recomendada solo en contextos específicos:** Esta categoría indica que la intervención u opción es aplicable solamente a la situación, entorno o grupo de población especificados en la recomendación, y debe implementarse únicamente en estos contextos.
- **Recomendada solo en el contexto de una investigación rigurosa:** Esta categoría indica que existen incertidumbres importantes sobre la intervención u opción. En tales casos, la implementación puede llevarse a cabo de todos modos a gran escala, siempre que se haga en forma de una investigación que pueda abordar preguntas e incertidumbres sin respuesta relativas tanto a la efectividad de la intervención u opción, como a su aceptabilidad y viabilidad.
- **Recomendada con un seguimiento y evaluación específicos:** Esta categoría indica que existen incertidumbres importantes sobre la aplicabilidad de la intervención a todos los contextos o sobre el impacto neto de la evidencia en todos los dominios, incluida la aceptabilidad o la viabilidad. En tales casos, la aplicación puede llevarse a cabo de todos modos a gran escala, siempre que vaya acompañada de un seguimiento y una evaluación.

Si se trata de recomendaciones integradas a partir de directrices ya existentes, la solidez y la certeza de la evidencia se han presentado en las observaciones adjuntas en el caso de que se especifiquen en el documento de origen. En aras de la coherencia, las recomendaciones integradas también se clasificaron de acuerdo con la tipología descrita anteriormente.

Durante la formulación de las recomendaciones, el GDG encontró lagunas importantes en la investigación. Cuando la certeza de la evidencia disponible se calificó como "baja" o "muy baja", el GDG consideró si se debía priorizar la investigación adicional, en función de si era de prever que dicha investigación contribuyera a producir mejoras en la atención posnatal de las mujeres y los recién nacidos, si era probable que promoviera la equidad y si su implementación parecía viable. Las lagunas en la investigación priorizadas se indican en el anexo 4 en línea.

2.8 Toma de decisiones durante las reuniones del Grupo de Elaboración de las Directrices

Las reuniones del GDG se diseñaron para permitir a los participantes comentar la evidencia de apoyo en todos los dominios de la toma de decisiones basada en la evidencia, y ponerse de acuerdo respecto a cada una de las recomendaciones redactadas por el Grupo de Orientación de la OMS. Cada una de estas recomendaciones fue modificada según fuera necesario mediante un proceso de debate grupal. La adopción final de cada recomendación se hizo por consenso, y este se definió como el acuerdo de tres cuartas partes o más de los participantes, siempre que aquellos que no estuvieran de acuerdo no tuvieran un convencimiento claro acerca de su posición. Todos los desacuerdos se resolvieron durante las reuniones y los intercambios posteriores con los miembros del GDG. No se registraron desacuerdos importantes. Si los participantes no hubieran podido llegar a un consenso, la recomendación controvertida, o cualquier otra decisión, se habría sometido a votación de conformidad con los procedimientos descritos en el *Manual para la elaboración de directrices* de la OMS (19). Cuando fue necesario, el GDG determinó el contexto de las recomendaciones mediante el mismo proceso de consenso, basado en discusiones en torno a la comparación de la evidencia sobre los beneficios y desventajas de las intervenciones en diferentes contextos, en el ámbito de una investigación rigurosa o con un seguimiento y evaluación específicos.

2.9 Declaración de intereses de colaboradores externos

De conformidad con los procedimientos de la OMS respecto a la declaración de intereses (37), se pidió a todos los miembros del GDG, el Grupo de Trabajo Técnico, el Grupo de Revisión Externa y otros colaboradores externos que declararan por escrito cualquier interés en conflicto (ya fuera académico, económico o de otro tipo) utilizando el formulario estandarizado de la OMS, antes de participar en el proceso de elaboración de las directrices. Se instruyó a todos los expertos para que notificaran al oficial técnico responsable cualquier posible cambio en los intereses pertinentes durante el curso del proceso, a fin de actualizar y examinar en consecuencia los conflictos de intereses. Además, se pidió a los expertos que presentaran una copia electrónica de su *curriculum vitae*.

El Grupo de Orientación de la OMS examinó todos los formularios de declaración de intereses y los *curriculum vitae*, y determinó si había un conflicto de intereses. Todos los datos de los formularios de declaración de intereses recibidos se gestionaron de

acuerdo con las directrices sobre la declaración de intereses de la OMS caso por caso. Para garantizar la uniformidad al respecto, el Grupo de Orientación de la OMS aplicó los criterios para evaluar la importancia de un conflicto de intereses indicados en el *Manual para la elaboración de directrices* de la OMS (19).

Ninguno de los conflictos de intereses declarados fue considerado lo suficientemente grave como para que supusiera un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o pudiera reducir su credibilidad, por lo que solamente se exigió a todos los expertos que declararan esos conflictos en la primera reunión del GDG. En cada reunión virtual posterior del GDG, se exigió que los miembros del grupo informaran acerca de cualquier nuevo conflicto de intereses que pudiera haber surgido. Antes de la reunión virtual final del GDG, se pidió nuevamente a todos los miembros del GDG y del Grupo de Trabajo Técnico, así como a los observadores, que completaran el formulario de declaración de intereses y que declararan cualquier posible conflicto en la reunión, para garantizar que la información estuviera actualizada al concluir la formulación de recomendaciones. Los conflictos de intereses que justificaban la adopción de medidas por parte del personal de la OMS fueron los de aquellos casos en los que los expertos habían realizado investigaciones primarias o una revisión sistemática relacionadas con cualquier recomendación de las directrices; en tales casos, se excluyó a los expertos de la participación en los debates o en la formulación de cualquier recomendación relacionada con el ámbito de su conflicto de intereses. En el anexo 2 se incluye un resumen de las declaraciones de intereses de los miembros del GDG e información sobre cómo se gestionaron los conflictos de intereses.

Los nombres y una breve biografía de los miembros del GDG se publicaron dos semanas antes de la primera reunión del GDG en el sitio web de la OMS para que fueran objeto de un examen público y que se pudieran recibir comentarios.

2.10 Elaboración del documento y revisión por otros expertos

Tras la reunión final del GDG, un consultor independiente y los oficiales técnicos responsables de la OMS elaboraron una versión preliminar del documento de directrices completo que reflejaba con precisión las deliberaciones y decisiones del GDG. Otros miembros del Grupo de Orientación de la OMS formularon observaciones sobre el proyecto de documento de directrices antes de que se enviara electrónicamente a los miembros del GDG para que formularan nuevas observaciones. El documento también fue enviado al Grupo de Revisión Externa para su revisión. Se pidió a los miembros del Grupo de Revisión Externa que examinaran la versión final para detectar posibles errores objetivos,

comentar la claridad del lenguaje y expresar posibles consideraciones relativas a la implementación, la adaptación y las cuestiones contextuales. El Grupo de Orientación de la OMS evaluó cuidadosamente los aportes del GDG y de los expertos externos para su inclusión en el documento de directrices e introdujo nuevos cambios según fuera necesario. Después de las reuniones del GDG y la revisión por parte de expertos externos, las modificaciones adicionales de las directrices realizadas por el Grupo de Orientación de la OMS se limitaron a correcciones de errores objetivos y mejoras en el lenguaje para abordar cualquier posible falta de claridad.

2.11 Presentación del contenido de las directrices

En el resumen de estas directrices se presentan las recomendaciones de manera concisa. En cada recomendación, se incluye un resumen de la evidencia sobre los efectos, valores, recursos,

equidad, aceptabilidad, viabilidad y otras consideraciones examinadas en las reuniones virtuales de GDG en el capítulo 3 (Evidencia y recomendaciones). El lenguaje utilizado para interpretar la evidencia sobre los efectos es coherente con el enfoque utilizado en el documento *Cochrane Effective Practice and Organization of Care* (38). La implementación de las directrices y de las recomendaciones de atención posnatal se comenta en el capítulo 4, y las consideraciones de implementación relacionadas con cada recomendación del GDG se pueden encontrar en el anexo 5 en línea.

Las recomendaciones integradas y sus correspondientes observaciones conexas se presentan también en el capítulo 3. En las observaciones se incluyen referencias a las directrices de origen. En todas las recomendaciones, se remite al lector a la orientación específica de la OMS para obtener información más detallada, incluida la base de evidencia y las consideraciones relativas a la implementación.

3. Evidencia y recomendaciones

Estas directrices incluyen 63 recomendaciones basadas en la evidencia sobre la atención posnatal: 31 recomendaciones nuevas elaboradas por el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) y 32 recomendaciones de interés para la atención posnatal procedentes de las directrices de la OMS publicadas anteriormente que se integraron en este documento.

Los cuadros según GRADE correspondientes a las recomendaciones se denominan en este capítulo cuadros de “base de evidencia” (BE) y se numeran de acuerdo con las recomendaciones específicas a las que se refieren. Estos cuadros se presentan por separado en el suplemento en línea de este documento.²⁸ Los cuadros para pasar de los datos a las decisiones, junto con las valoraciones del GDG relativas a la evidencia y las consideraciones correspondientes a todos los dominios, se presentan junto con el resumen de la evidencia y las consideraciones relativas a cada recomendación. Se proporcionan cuadros de “resumen de valoraciones”, en los que se indica la valoración final correspondiente a cada dominio. En el anexo 3 figura un cuadro resumido de las valoraciones en el que se muestran todas las posibles opciones de valoración.

En este capítulo se presentan las recomendaciones con los correspondientes resúmenes descriptivos, agrupadas según la categoría general de la intervención, es decir:

A. ATENCIÓN MATERNA

B. ATENCIÓN NEONATAL

C. SISTEMAS DE SALUD E INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

²⁸ Puede accederse al suplemento en línea en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989> [en inglés].

A. Atención materna

A.1 EVALUACIÓN MATERNA

Antecedentes

La detección temprana de afecciones que pueden afectar negativamente la salud y el bienestar de las mujeres después del parto, incluida su capacidad de autocuidado y de cuidado de sus recién nacidos, es un componente importante de la atención posnatal de calidad. En este apartado de las directrices se incluyen tres conjuntos de recomendaciones que se

han integrado a partir de las directrices de la OMS que son de interés para la atención posnatal de rutina, incluida una recomendación sobre la evaluación fisiológica de la mujer.

Para obtener orientación adicional sobre la evaluación de rutina de la mujer, los trabajadores de salud deben consultar el manual operativo de la OMS (39), en el que se proporciona orientación detallada sobre la evaluación de la mujer.

A.1.1 Evaluación fisiológica de la mujer

RECOMENDACIÓN 1

Después del parto, se debe realizar a todas las mujeres una evaluación regular del sangrado vaginal, el tono uterino, la altura del fondo uterino, la temperatura y la frecuencia cardíaca (pulso) de forma sistemática durante las primeras 24 horas, a partir de la primera hora después del parto. Debe medirse la presión arterial poco después del parto. Si es normal, se debe hacer una segunda medición de la presión arterial al cabo de 6 horas. Debe documentarse la diuresis dentro de las 6 horas.

En cada consulta posnatal posterior después de las primeras 24 horas tras el parto, se debe continuar preguntando sobre el bienestar general y deben hacerse evaluaciones respecto a lo siguiente: micción e incontinencia urinaria, función intestinal, curación de cualquier herida perineal, dolor de cabeza, fatiga, dolor de espalda, dolor e higiene perineales, dolor en las mamas, y sensibilidad uterina y loquios. *(Recomendado)*

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido (15), en las que la recomendación fue elaborada mediante consenso por el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) basándose en las directrices existentes de la OMS.
- El GDG responsable de la recomendación original no hizo ninguna observación.
- El GDG de atención posnatal señaló que la evaluación del tono uterino abdominal tras el parto para la detección temprana de la atonía uterina se recomienda para todas las mujeres, como en las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto del 2012* (40).

A.1.2 Actualización de las pruebas del VIH

RECOMENDACIÓN 2a

En entornos con carga alta de la infección por el VIH,^a es necesario realizar después del parto pruebas de detección del VIH en las mujeres con serología negativa o desconocida en las que no se hayan realizado las pruebas del VIH en la consulta prenatal inicial o no se hayan repetido las pruebas en la consulta del tercer trimestre. (Recomendación en función del contexto)

RECOMENDACIÓN 2b

En entornos de carga baja de la infección por el VIH,^b se puede considerar la posibilidad de realizar después del parto pruebas de detección del VIH en las mujeres con serología del VIH negativa o desconocida en las que no se hayan realizado las pruebas del VIH en la consulta prenatal inicial o no se hayan repetido las pruebas en la consulta del tercer trimestre, como parte del esfuerzo por eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH. Los países podrían optar por contemplar esta posibilidad tan solo en el caso de las mujeres que estén en relaciones serodiscordantes en las que la pareja no haya alcanzado la supresión viral a pesar del tratamiento antirretroviral o que tengan algún otro riesgo conocido persistente relacionado con el VIH y que se encuentren en la etapa final del embarazo (en la consulta del tercer trimestre). (Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Adaptado e integrado a partir de las *Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH* de la OMS del 2019 (41).
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de atención posnatal realizó las siguientes declaraciones basadas en las directrices del 2019.
 - En todas las mujeres embarazadas deben hacerse análisis de detección del VIH y del antígeno superficial del virus de la hepatitis B (HbsAg), en especial en entornos con una seroprevalencia de HbsAg $\geq 2\%$ en la población general, al menos una vez y lo antes posible como parte de la atención prenatal. Se recomienda realizar nuevamente la prueba de detección del VIH al final del embarazo en la consulta del tercer trimestre en entornos de carga alta de la infección por el VIH. No se recomienda la repetición de la prueba al final del embarazo en entornos de carga baja de infección por el VIH. En el caso de que se implemente, debe aplicarse solamente a miembros de grupos de población clave o a mujeres con una pareja sexual con VIH que no haya alcanzado la supresión viral mediante el tratamiento antirretroviral o que pertenezca a un grupo poblacional clave.
 - En zonas o distritos específicos con una carga o incidencia alta de la infección por el VIH y en las mujeres negativas para el VIH (o en mujeres en las que no se disponga de información sobre la presencia del VIH) pertenecientes a grupos de población clave y en aquellas cuyas parejas no hayan alcanzado la supresión viral, un mensaje adicional podría alentar a repetir la prueba a las 14 semanas, seis meses o nueve meses después del parto.
 - A todas las mujeres se les debe proporcionar información previa a la prueba, y todas deben dar su consentimiento antes de la prueba y deben tener la opción de rechazarla.
- De conformidad con las *Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para tratar y prevenir la infección por el VIH* del 2016 (42), se debe ofrecer el inicio del tratamiento antirretroviral a todas las mujeres con VIH después de un diagnóstico confirmado de infección por el VIH, una evaluación clínica y una evaluación de la disposición de la persona a fin de evitar tasas altas de pérdida durante el seguimiento después del diagnóstico de infección por el VIH. En el caso de los recién nacidos expuestos al VIH, se recomienda realizar análisis virológicos del VIH lo antes posible, de manera que aquellos que presenten un resultado inicial positivo del análisis virológico puedan comenzar el tratamiento antirretroviral sin demora para salvar vidas.

a Los entornos de prevalencia alta se definen en las directrices unificadas de la OMS del 2015 sobre servicios de pruebas del VIH como entornos con una prevalencia de la infección por el VIH superior al 5% en el grupo de población al que se le está realizando la prueba.

b Los entornos de prevalencia baja son entornos con menos del 5% de prevalencia de la infección por el VIH en el grupo de población al que se le está realizando la prueba.

A.1.3 Tamizaje sistemático de la tuberculosis (TB)

RECOMENDACIÓN 3a

El tamizaje sistemático de la tuberculosis (TB) puede llevarse a cabo en la población general, incluidas las mujeres en el período posparto, en zonas con una prevalencia estimada de TB del 0,5% o superior.

(Recomendación en función del contexto)

RECOMENDACIÓN 3b

En los entornos en los que la prevalencia de la TB en la población general sea de 100/100 000 habitantes o más, se puede realizar un tamizaje sistemático de la TB en las mujeres en el período posparto.

(Recomendación en función del contexto)

RECOMENDACIÓN 3c

Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en los contactos del hogar y otros contactos directos de las personas con TB, incluidas las mujeres que se encuentren en el período posparto y los recién nacidos.

(Recomendado)

Observaciones

- Estas recomendaciones se han adaptado e integrado a partir de las *Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis Módulo 2: Tamizaje. Tamizaje sistemático de la tuberculosis del 2021 (43)*, en las que las recomendaciones 3a y 3b se consideraron recomendaciones condicionales basadas en evidencia de certeza baja y muy baja, respectivamente, y la recomendación 3c se consideró una recomendación firme basada en evidencia de certeza moderada.
- Entre las recomendaciones relacionadas con estas directrices figuran las que se indican a continuación.
 - En entornos de prevalencia alta, se debe considerar el tamizaje sistemático de la tuberculosis activa en las mujeres embarazadas como parte de la atención prenatal según las *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo del 2016 (16)*.
 - Se puede realizar un tamizaje sistemático de la TB en las mujeres en el período posparto en grupos de población con factores de riesgo estructurales para la TB. Estos incluyen comunidades urbanas pobres, comunidades de personas sin hogar, comunidades en zonas remotas o aisladas, poblaciones indígenas, migrantes, refugiados, desplazados internos y otros grupos prioritarios con acceso limitado a la atención médica.
 - Todo recién nacido cuya madre haya presentado un resultado positivo o que haya tenido contacto cercano con alguien con TB debe ser examinado para detectar la TB mediante la detección sistemática de los síntomas o una radiografía de tórax como parte del rastreo activo de contactos.

A.2 INTERVENCIONES PARA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS COMUNES

Antecedentes

El cuerpo de las mujeres experimenta cambios sustanciales durante el período posnatal, que son provocados por efectos hormonales y mecánicos. Estos cambios conducen a diversos síntomas frecuentes, como los de dolor e incomodidad, que pueden afectar negativamente la experiencia posnatal de una mujer.

El GDG consideró la evidencia y otra información de interés para sustentar las recomendaciones relacionadas con los tratamientos farmacológicos o no farmacológicos destinados a aliviar el dolor perineal, el dolor de los espasmos o involución uterinos, la incontinencia urinaria y fecal, y la congestión mamaria.

Dolor perineal y espasmos o involución uterinos

El dolor perineal es un síntoma común a corto y largo plazo después del parto vaginal (44). El dolor puede ser el resultado del traumatismo perineal o puede darse en mujeres con un perineo intacto. Este dolor puede afectar negativamente el bienestar social y emocional de las mujeres como resultado de la disminución de la movilidad, la incomodidad y la dificultad para orinar o defecar, y puede interferir en su capacidad de cuidar a sus recién nacidos y establecer la lactancia materna. Se han propuesto diversos métodos no farmacológicos para el alivio del dolor perineal como alternativas o tratamientos adicionales a las intervenciones farmacológicas. El enfriamiento es uno de los métodos no farmacológicos más utilizados para aliviar el dolor perineal (45), e incluye el uso de: a) hielo sólido o picado aplicado directamente al perineo o entre las capas de una compresa; b) una bolsa de gel aplicada al perineo; o c) el baño. Los analgésicos farmacológicos para aliviar el dolor perineal tras el parto incluyen los analgésicos orales y rectales, así como los analgésicos locales aplicados tópicamente (en forma de gel, pomadas o aerosoles). Los analgésicos orales son el modo más común de administración de medicación para el alivio del dolor perineal. Entre ellos se encuentran el paracetamol, el ácido acetilsalicílico y los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de administración oral.

La involución uterina es la que hace que las mujeres experimenten dolores espasmódicos (a menudo llamados entuertos o calambres) y malestar causado por la involución del útero durante dos o tres días después del parto, a medida que el útero se contrae y vuelve a su tamaño anterior al embarazo (46). Los analgésicos farmacológicos para aliviar el dolor de los espasmos uterinos generalmente

consisten en paracetamol, un AINE (por ejemplo, ácido acetilsalicílico y naproxeno) u opioides (por ejemplo, codeína) (46).

Incontinencia urinaria y fecal

La incontinencia urinaria y fecal es la fuga involuntaria de orina o heces, respectivamente. Aproximadamente un tercio de las mujeres presenta incontinencia urinaria en los primeros tres meses después del parto, que luego disminuye gradualmente durante el primer año tras el parto (47). Tanto la incontinencia urinaria como la fecal pueden tener un impacto importante en la calidad de vida, que puede persistir durante años. El entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) incluye una o varias series diarias de contracciones voluntarias repetidas de los músculos del suelo pélvico, varias veces a la semana, durante un período variable durante el embarazo o el período posparto, para fortalecer los músculos del suelo pélvico (48). El EMSP se propone principalmente para prevenir la fuga de orina o heces en mujeres que son continentes, o como un tratamiento supervisado para las mujeres que desarrollan síntomas de incontinencia durante el embarazo o el período posparto. El EMSP también podría mejorar la función sexual y otras afecciones del suelo pélvico en mujeres en el período posnatal, incluida la incontinencia fecal y el prolapso del suelo pélvico.

Congestión mamaria

La congestión mamaria es el llenado excesivo patológico de los senos con leche, y se caracteriza por mamas duras, dolorosas y en tensión, y por una lactancia materna difícil (49). Por lo general, se debe a un impedimento para el drenaje de la leche, ya sea como consecuencia de la separación de la madre del recién nacido, por prácticas restrictivas de la lactancia o por una succión ineficaz o, con menos frecuencia, por una sobreproducción de leche. La congestión mamaria afecta entre el 15% y el 50% de las mujeres (49) y puede conducir a una mastitis. Dado que las complicaciones de la lactancia, como la mastitis, son las principales razones aducidas para el destete temprano, las intervenciones que alivian los problemas relacionados con la lactancia materna pueden ayudar a continuar con la lactancia materna (50).

Las intervenciones para el tratamiento de la congestión mamaria deben tener como objetivo: a) proporcionar un alivio rápido del dolor mamario; b) permitir que el recién nacido se prenda satisfactoriamente al pecho; c) facilitar el drenaje eficiente de la leche de las mamas; y d) prevenir complicaciones conocidas como la mastitis y los abscesos mamarios (49). Las intervenciones no farmacológicas incluyen la aplicación de calor húmedo en la mama antes de dar el pecho para facilitar la captación de la oxitocina, la lactancia frecuente, el

ablandamiento de la areola antes de dar el pecho, la colocación y acoplamiento al pecho correctos del recién nacido durante la lactancia, la extracción de leche manualmente con un extractor para mayor comodidad si no es posible la lactancia directa dando el pecho, el masaje suave mientras se da el pecho y la aplicación de compresas frías después de ello. Estas intervenciones no farmacológicas se combinan a veces con el empleo de analgésicos (por ejemplo, paracetamol) y medicamentos antiinflamatorios (por ejemplo, ibuprofeno) si es necesario. Otras intervenciones farmacológicas son el uso de oxitocina, proteasa o serrapeptasa. La oxitocina (por vía subcutánea, oral o en aerosol nasal) puede inducir el reflejo de expulsión de la leche. Se cree que el tratamiento enzimático puede suprimir la inflamación, disminuir y aliviar el dolor y el edema, y acelerar la circulación de la sangre y la linfa.

Recuadro 3.1 Valores

Los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa de estudios en los que se ha explorado lo que las mujeres quieren de la atención posnatal (21) indican que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También quieren adaptarse a los cambios en sus relaciones íntimas y familiares (incluida la relación con su recién nacido), afrontar los desafíos físicos y emocionales comunes y experimentar un logro dinámico de crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y en tanto que personas en su propio contexto cultural. A menudo las mujeres no se sienten preparadas para afrontar los efectos físicos y psicológicos del parto y el traumatismo inducido por el parto, así como el impacto que esto tiene en su capacidad de proporcionar la atención adecuada al recién nacido (y a los demás hijos). Las mujeres pueden tener sentimientos de miedo y ansiedad asociados con el manejo a largo plazo de las heridas del parto por cesárea, el daño perineal, los problemas de vejiga, el sangrado vaginal y el malestar general. Algunas mujeres desearían más información por parte de los trabajadores de salud sobre cómo calmar o tratar las lesiones físicas, y algunas agradecerían la oportunidad de comentar su parto y el nacimiento con un trabajador de salud (evidencia de confianza alta). En la revisión se destacó la importancia que las mujeres otorgan a la lactancia materna como medio para establecer una relación con su recién nacido (evidencia de confianza moderada) y los desafíos imprevistos que a veces tienen que afrontar cuando la lactancia materna es difícil o dolorosa (evidencia de confianza moderada). Los resultados de la revisión sugieren que las mujeres recibirían con agrado cualquier apoyo o información adicionales y, cuando sea apropiado, un tratamiento (farmacológico o no farmacológico) para facilitar el éxito de la lactancia materna (evidencia de confianza alta).

Recuadro 3.2 Aceptabilidad de las intervenciones

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las intervenciones evaluadas para tratar los signos y síntomas fisiológicos comunes en el período posnatal (28). La evidencia indirecta encontrada en esta revisión sugiere que las mujeres aprecian cualquier técnica o tratamiento destinados a mejorar la comodidad, la movilidad, las relaciones sexuales y el bienestar psicosocial (evidencia de confianza alta). Los resultados de esa misma revisión indican también que, en algunos contextos, las mujeres pueden preferir usar prácticas tradicionales para tratar los signos y síntomas fisiológicos comunes (evidencia de confianza moderada). A las mujeres les gustaría recibir más información sobre las posibles complicaciones del parto (destacadas durante la fase prenatal) y las medidas que pueden adoptar para evitar estos problemas (evidencia de confianza alta).

Recuadro 3.3 Viabilidad de las intervenciones

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de las intervenciones evaluadas para tratar los signos y síntomas fisiológicos comunes en el período posnatal (28). Del mismo modo, en una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relacionada con las opiniones sobre la viabilidad de estas intervenciones (29). La evidencia indirecta de esta última revisión sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar la oferta de intervenciones para tratar los signos y síntomas fisiológicos comunes abordados, incluido el aporte de información y asesoramiento en relación con estos temas (evidencia de confianza moderada). La evidencia indirecta de la misma revisión indica que algunas mujeres de países de ingresos bajos y medianos pueden tener menos probabilidades de solicitar ayuda para problemas como la congestión mamaria si perciben que los centros de salud carecen de los recursos necesarios para ofrecer tratamientos adecuados o si creen que el tratamiento implicará costos adicionales (evidencia de confianza moderada). La falta de continuidad de la atención y de políticas o directrices comunes entre los diferentes profesionales y niveles de servicios de salud materna puede limitar la oferta de información coherente y de asesoramiento sobre la lactancia materna (evidencia de confianza moderada).

A.2.1 A.2.1 Enfriamiento local para aliviar el dolor perineal

RECOMENDACIÓN 4

Se puede ofrecer a las mujeres el enfriamiento local, como compresas o almohadillas frías, en el período inmediato después del parto para aliviar el dolor agudo debido al traumatismo perineal producido durante el parto, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. (Recomendado)

Observaciones

- La evidencia examinada incluyó la aplicación intermitente de enfriamiento local en forma de hielo picado entre capas de una compresa, o con una bolsa de gel, durante 10 a 20 minutos en una sola aplicación o en múltiples aplicaciones en las primeras 48 horas después del parto.
- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices alcanzó un acuerdo respecto a que el alivio del dolor perineal debe ser individualizado, considerando la presencia de traumatismo perineal, la intensidad del dolor, las múltiples causas de dolor tras el parto (por ejemplo, dolor perineal, uterino, mamario) y el uso de otras formas de alivio del dolor. El enfriamiento local tiene un costo bajo y es poco probable que cause efectos nocivos si se aplica según las instrucciones, y algunas mujeres lo encuentran calmante.
- Las opciones no farmacológicas para el alivio del dolor pueden variar ampliamente en distintos entornos y contextos, lo que podría favorecer otras intervenciones no farmacológicas de alivio del dolor y el uso de la medicina tradicional y complementaria que no se evaluaron durante el proceso de elaboración de las directrices, como los baños de asiento, la acupuntura o la acupresión, la aromaterapia, la música, las técnicas de relajación, los ultrasonidos terapéuticos, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y el tratamiento con láser.
- A todas las mujeres se les debe preguntar sobre el dolor perineal y otras afecciones perineales (por ejemplo, curación del traumatismo perineal y hemorroides) durante su internación en un centro de salud después del parto y en cada contacto posterior de atención posnatal. Se debe informar a las mujeres sobre los signos y síntomas de peligro, incluida cualquier agudización del dolor perineal como manifestación de posibles complicaciones tras el parto, como hematomas, hemorroides e infección.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.2.1 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada sobre el enfriamiento local para aliviar el dolor del traumatismo perineal sufrido durante el parto (45). Dado que la revisión se centró en las técnicas de enfriamiento local, las intervenciones no farmacológicas distintas del enfriamiento local no se han incluido en este resumen de la evidencia.

La revisión se centró en las mujeres que habían sufrido un traumatismo perineal no grave debido a la episiotomía o a desgarros de primer o segundo grado. Las mujeres que sufrieron desgarros de tercer o cuarto grado no fueron incluidas, y tampoco lo fueron las mujeres con un perineo indemne. La revisión incluyó 10 ensayos (1258 mujeres), de los cuales 8 (1182 mujeres) aportaron datos utilizados. Los ensayos incluidos se publicaron entre el 2000 y el 2017 y todos se realizaron en entornos hospitalarios de Brasil (3), Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (2), República Islámica de Irán (1), Tailandia (1) y Turquía (1). En un ensayo en el que se evaluaron los baños de asiento con agua con hielo en comparación

con ninguna intervención (60 mujeres) no se presentaron datos de los resultados en un formato que pudiera incluirse en la revisión sistemática. En un ensayo piloto pequeño (16 mujeres), la aplicación regular de bolsas de hielo con compresión (presión) y la posición horizontal de la madre se comparó con la aplicación de bolsas de hielo (solas) según las necesidades, por lo que los resultados de este ensayo no se consideraron en este marco.

A continuación se presentan dos comparaciones: 1) enfriamiento local perineal en comparación con ningún alivio del dolor o con la atención habitual, y 2) enfriamiento local perineal en comparación con otras formas no farmacológicas de alivio del dolor perineal. La evidencia y las valoraciones relativas a los efectos de las intervenciones (efectos deseables, efectos indeseables y certeza de la evidencia) se presentan por separado para cada una de las comparaciones por tipo de grupo comparativo de referencia. Los demás dominios (valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad) se consideraron similares en las diferentes comparaciones y por tipo de grupo de referencia (ninguna intervención o atención habitual, otras técnicas no farmacológicas de alivio del dolor perineal).

Comparación 1: Enfriamiento local perineal en comparación con ningún alivio del dolor o con la atención habitual

Se incluyeron cinco ensayos (744 mujeres) en la comparación del enfriamiento perineal localizado frente a ninguna intervención o a la atención habitual. En un ensayo se compararon las bolsas de hielo con la atención habitual. En dos ensayos de tres grupos de tratamiento se compararon las bolsas de hielo con las bolsas de gel frío y con un grupo sin ninguna intervención (y para esta comparación se analizaron juntas las mujeres asignadas a cualquiera de las intervenciones de enfriamiento). En otro ensayo se compararon las bolsas de gel frío con las compresas de maternidad absorbentes higiénicas.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el enfriamiento perineal local reduce el dolor perineal en las cuatro a seis horas posteriores al parto, en las 24 horas posteriores al parto o en las 24 a 48 horas después del parto (evaluado con una escala de 0 = sin dolor a 10 = el mayor dolor posible), en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el enfriamiento perineal local reduce el dolor perineal moderado o intenso en las 24 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el enfriamiento perineal local puede reducir el dolor perineal moderado o intenso en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (1 ensayo, 316 mujeres; RR 0,73, IC del 95%: 0,57 a 0,94). Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con precaución debido a la alta tasa de exclusión de participantes (29,8%). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el enfriamiento perineal local puede implicar poca o ninguna diferencia en lo relativo al edema perineal en las 24 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (1 ensayo, 316 mujeres; RR 1,00, IC del 95%: 0,87 a 1,16). No está claro si el enfriamiento perineal local reduce el edema perineal en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el enfriamiento perineal local puede implicar poca o ninguna diferencia en lo relativo a las equimosis perineales en las 24 horas posteriores al parto (1 ensayo, 316 mujeres; RR 0,98, IC del 95%: 0,81 a 1,19); no está claro si el enfriamiento perineal local reduce la equimosis perineal en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el enfriamiento perineal local afecta la puntuación compuesta que incluye el enrojecimiento perineal, el edema, los hematomas, la secreción y la abertura de la herida en las 24 horas posteriores al parto, o en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si el enfriamiento perineal local afecta el uso de analgésicos adicionales de venta sin receta o de prescripción para el alivio del dolor perineal en las 24 horas, o en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja).

Funcionamiento y bienestar maternos: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el enfriamiento perineal local puede implicar poca o ninguna diferencia en cuanto al dolor perineal moderado e intenso autoevaluado de las mujeres que se produce al estar sentadas, en las primeras 24 horas (1 ensayo, 312 mujeres; RR 1,03, IC del 95%: 0,98 a 1,09) o en las 24 a 48 horas posteriores al parto (1 ensayo, 312 mujeres; RR 1,00, IC del 95%: 0,95 a 1,05), en comparación con ninguna intervención. La evidencia de certeza baja existente sugiere que el enfriamiento perineal local puede implicar poca o ninguna diferencia en cuanto al dolor moderado e intenso autoevaluado de las mujeres que se produce al caminar, en las primeras 24 horas (1 ensayo, 312 mujeres; RR 1,00, IC del 95%: 0,94 a 1,08) o en las 24 a 48 horas posteriores al parto (1 ensayo, 312 mujeres; RR 1,01, IC del 95%: 0,93 a 1,09), en comparación con ninguna intervención. No está claro si el enfriamiento perineal local afecta el dolor moderado e intenso autoevaluado de las mujeres que se produce al dar el pecho al recién nacido en las 24 o las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja).

Experiencia de la atención posnatal: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el enfriamiento perineal local puede implicar poca o ninguna diferencia en lo relativo a la satisfacción materna con la atención perineal general al día 10 después del parto, en comparación con ninguna intervención (1 ensayo, 308 mujeres; RR 1,07, IC del 95%: 0,97 a 1,18).

No se informaron efectos adversos directamente relacionados con el uso de técnicas de enfriamiento (p. ej., quemaduras por frío) en la revisión sistemática.

Resultados neonatales

Situación de la lactancia materna: No está claro si el enfriamiento perineal local afecta el número de mujeres que proporcionan leche materna al recién nacido en las 24 a 48 horas posteriores al parto (evidencia de certeza muy baja).

Comparación 2: Enfriamiento perineal local en comparación con otras formas no farmacológicas de alivio del dolor perineal

Comparación 2a: Enfriamiento y compresión perineales en comparación con compresas de gel sin enfriar y compresión después del parto vaginal en mujeres con traumatismo perineal no grave

En un ensayo realizado en Tailandia en 250 mujeres primíparas con episiotomía o desgarros de segundo grado se compararon las compresas con gel frío más compresión con las compresas de gel sin enfriar más compresión.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si las compresas con gel frío más compresión reducen el dolor perineal en las 4 a 6 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas de gel sin enfriar más compresión (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las compresas con gel frío más la compresión pueden reducir el dolor en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas de gel sin enfriar más compresión (1 ensayo, 250 mujeres; DM 0,43 inferior, IC del 95%: 0,73 inferior a 0,13 inferior). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las compresas con gel frío más la compresión pueden reducir el edema en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas de gel sin enfriar más compresión (1 ensayo, 250 mujeres; DM 0,15 inferior, IC del 95%: 0,28 inferior a 0,03 inferior). No está claro si las compresas con gel frío más compresión reducen las equimosis perineales en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas de gel sin enfriar más compresión (evidencia de certeza muy baja).

Experiencia de la atención posnatal: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las compresas con gel frío más compresión pueden aumentar la satisfacción respecto a la atención perineal en comparación con las compresas de gel sin enfriar más compresión (1 ensayo, 250 mujeres; DM 0,88 superior, IC del 95%: 0,38 superior a 1,38 superior).

En este ensayo no se informó sobre el uso de los servicios de salud o el *funcionamiento y bienestar maternos*.

En la revisión sistemática no se informaron *efectos adversos* directamente relacionados con el uso de técnicas de enfriamiento (p. ej., quemaduras por frío).

Resultados neonatales

En este ensayo no se informó sobre *la situación de la lactancia materna*.

Comparación 2b: Enfriamiento perineal (bolsas de hielo) en comparación con bolsas de agua a temperatura ambiente después del parto vaginal en mujeres con traumatismo perineal no grave

En un ensayo que incluyó a 80 mujeres con parto vaginal normal se compararon las bolsas de hielo (guante de látex lleno de hielo picado, envuelto en apósito quirúrgico húmedo) con las bolsas a temperatura ambiente (guante de látex lleno de agua a 20 a 25 °C, envuelto en apósito quirúrgico húmedo). Los autores de la revisión incluyeron tan solo los datos de 63 mujeres que habían sufrido un traumatismo perineal no grave (28 y 35 mujeres en los grupos de intervención y de referencia, respectivamente).

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si las bolsas de hielo reducen el dolor perineal en las 4 a 6 horas o en las 24 horas posteriores al parto, o el edema perineal en las 4 a 6 horas o en las 24 horas posteriores al parto,

en comparación con las bolsas de agua a temperatura ambiente (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si las bolsas de hielo afectan el uso de analgésicos adicionales para el alivio del dolor perineal en las 24 horas posteriores al parto, en comparación con las bolsas de agua a temperatura ambiente (evidencia de certeza muy baja).

Funcionamiento y bienestar maternos: No está claro si las bolsas de hielo afectan el agotamiento materno en las 4 a 6 horas o en las 24 horas posteriores al parto, en comparación con las bolsas de agua a temperatura ambiente (evidencia de certeza muy baja).

Experiencia de la atención posnatal: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las bolsas de hielo pueden implicar poca o ninguna diferencia en cuanto a la satisfacción materna con el tratamiento en comparación con las bolsas de agua a temperatura ambiente (1 ensayo, 63 mujeres; RR 0,91, IC del 95%: 0,77 a 1,08). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las bolsas de hielo pueden implicar poca o ninguna diferencia en lo relativo a la disposición de las mujeres a repetir el tratamiento en un parto futuro, en comparación con las bolsas de agua a temperatura ambiente (1 ensayo, 63 mujeres; RR 0,88; IC del 95%: 0,75 a 1,04). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las bolsas de hielo pueden implicar poca o ninguna diferencia en la disposición de una mujer a recomendar la intervención, en comparación con las bolsas de agua a temperatura ambiente (1 ensayo, 63 mujeres; RR 0,89, IC del 95%: 0,77 a 1,03).

En la revisión sistemática no se informaron *efectos adversos* directamente relacionados con el uso de técnicas de enfriamiento (p. ej., quemaduras por frío).

Resultados neonatales

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las bolsas de hielo pueden implicar poca o ninguna diferencia en lo que respecta a las mujeres que proporcionan leche materna al recién nacido 48 horas después de dar a luz, en comparación con las bolsas de agua a temperatura ambiente (1 ensayo, 63 mujeres; RR 1,00, IC del 95%: 0,94 a 1,06).

Comparación 2c: Enfriamiento perineal (bolsas de hielo) en comparación con compresas con gel frío después del parto vaginal en mujeres con traumatismo perineal no grave

En tres ensayos se compararon las bolsas de hielo con las compresas con gel frío. Dos de ellos fueron ensayos de tres grupos de tratamiento, incluido uno de ellos sin intervención, pero solo se consideraron en esta comparación las mujeres de los grupos en los que se usaron bolsas de hielo o compresas con gel frío. Los autores de los artículos primarios publicaron los datos de diferentes maneras, por lo que se presentaron combinados en un metanálisis cuando fue posible, o por separado.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si las bolsas de hielo reducen el dolor perineal, el edema perineal y las equimosis perineales en las 4 a 6 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja). No está claro si las bolsas de hielo reducen el dolor perineal, el enrojecimiento, el edema, las equimosis, la secreción o la abertura de la herida en las 24 horas, o en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si las bolsas de hielo afectan el efecto de los analgésicos adicionales de venta sin receta o de prescripción para el alivio del dolor perineal en las 24 horas, o en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja).

Funcionamiento y bienestar maternos: No está claro si las bolsas de hielo reducen el dolor que se produce al sentarse en las 24 horas posteriores al parto, o en las 24 a 48 horas posteriores al parto vaginal, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja). No está claro si las bolsas de hielo reducen el dolor que se produce al caminar en las 24 horas posteriores al parto, o en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja). No está claro si las bolsas de hielo reducen el dolor que se produce al caminar en las 24 horas posteriores al parto, o en las 24 a 48 horas posteriores al parto, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja).

Experiencia de la atención posnatal: No está claro si las bolsas de hielo afectan la opinión de las mujeres sobre los efectos del tratamiento (entre buena y excelente) en el quinto día, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja). No está claro si las bolsas de hielo afectan la satisfacción de las pacientes respecto a la atención perineal general (entre buena y excelente) en el día 10, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informaron *efectos adversos* directamente relacionados con el uso de técnicas de enfriamiento (p. ej., quemaduras por frío).

Resultados neonatales

Situación de la lactancia materna: No está claro si las bolsas de hielo afectan el número de mujeres que proporcionan leche materna al recién nacido 48 horas después del parto, en comparación con las compresas con gel frío (evidencia de certeza muy baja).

Otras consideraciones

Se desconoce si los efectos de las intervenciones difirieron según el tipo de traumatismo perineal

(episiotomía en comparación desgarro), ya que no se incluyeron tales análisis por subgrupos en la revisión sistemática (los análisis de subgrupos incluidos fueron los basados en la paridad y en el tipo de parto).

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para aliviar el dolor perineal.

Otras consideraciones

Las intervenciones no farmacológicas, como el enfriamiento local, son relativamente baratas cuando ya se dispone de la infraestructura y las instalaciones necesarias.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para aliviar el dolor perineal después del parto. Las intervenciones no farmacológicas basadas en el enfriamiento local para aliviar el dolor perineal después del parto pueden reducir la equidad, ya que muchas de estas intervenciones requieren acceso a agua limpia, refrigeración, hielo y almacenamiento en frío, para todo lo cual existen limitaciones en muchos países de ingresos bajos. El acceso a las compresas con gel para el enfriamiento local también puede estar limitado en estos entornos. Sin embargo, en entornos en los que las mujeres tienen acceso a agua limpia, refrigeración, hielo y almacenamiento en frío, las intervenciones no farmacológicas basadas en el enfriamiento local pueden aumentar la equidad.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

El acceso a agua limpia, refrigeración, hielo, almacenamiento en frío y compresas con gel es limitado en muchos países de ingresos bajos.

Cuadro 3.1 Principales necesidades de recursos para el enfriamiento local para el alivio del dolor perineal

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de los trabajadores de salud basada en la práctica.
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Varían según el método: <ul style="list-style-type: none"> - bolsa de hielo o hielo picado en una bolsa (también se pueden usar para ello guantes), compresa perineal, gasa húmeda estéril, algodón u otra barrera cutánea, - compresa con gel, gasa húmeda estéril, algodón u otra barrera cutánea, - agua dulce limpia y dispositivo para baño de asiento portátil o similar.
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones de refrigeración, congelación y almacenamiento en frío (incluido el suministro eléctrico)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Varía dependiendo de la intervención; los tratamientos de enfriamiento generalmente se aplican durante hasta 20 minutos por aplicación, comenzando poco después del parto y a intervalos específicos o según sea necesario hasta varios días después del parto.
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Cuadro 3.2 Resumen de valoraciones: enfriamiento local en comparación con ninguna medida de alivio del dolor o con la atención habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Cuadro 3.3 Resumen de valoraciones: enfriamiento local en comparación con otras formas no farmacológicas de alivio del dolor perineal

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

A.2.2 Analgésicos orales para aliviar el dolor perineal

RECOMENDACIÓN 5

Se recomienda el empleo de paracetamol oral como opción de primera línea cuando se requiere analgésicos orales para el alivio del dolor perineal tras el parto. (Recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) estuvo de acuerdo que el alivio del dolor perineal debe individualizarse, teniendo en cuenta la presencia de traumatismo perineal, la intensidad del dolor, las múltiples causas de dolor tras el parto (p. ej., dolor perineal, uterino, mamario), el uso de la dosis efectiva más baja y durante el período más corto, y los efectos adversos y contraindicaciones, incluida la lactancia materna. Es poco probable que el uso de paracetamol en una dosis única administrada a la mujer en el período posnatal inmediato represente un riesgo significativo para el recién nacido, ya que la cantidad que es probable que se excrete en la leche materna será muy baja y es probable que el volumen de leche materna consumido por el recién nacido en los primeros días después del nacimiento sea pequeño.
- El ácido acetilsalicílico está contraindicado durante la lactancia materna dada la evidencia existente de efectos potencialmente dañinos en los recién nacidos amamantados debido al salicilato y los metabolitos de este excretados en la leche materna.
- Se debe aconsejar a todas las mujeres sobre el uso del enfriamiento local como una opción no farmacológica para aliviar el dolor agudo del traumatismo perineal sufrido durante el parto, según la disponibilidad y las preferencias de la mujer (véase la recomendación 4 de estas directrices).
- Reconociendo que la evidencia sobre la efectividad comparativa de diferentes analgésicos orales es limitada, el GDG sugirió que cuando el enfriamiento perineal local o el paracetamol no son eficaces para aliviar el dolor perineal, se debe informar a las mujeres sobre otras opciones farmacológicas de alivio del dolor según el perfil de seguridad (p. ej., alergias, efectos adversos, contraindicaciones), la disponibilidad, la experiencia con un analgésico particular y el costo.
- A todas las mujeres se les debe preguntar sobre el dolor perineal y otras afecciones perineales (por ejemplo, curación del traumatismo perineal y hemorroides) durante su permanencia ingresadas en los centros de salud después del parto y en cada contacto posterior de atención posnatal. Se debe informar a las mujeres sobre los signos y síntomas de peligro, incluida cualquier agudización del dolor perineal como manifestación de posibles complicaciones tras el parto, como hematomas, hemorroides e infección.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.2.2 de la BE)

La evidencia procedió de tres revisiones Cochrane que abordaron el efecto de una dosis única de paracetamol o acetaminofeno (51), de ácido acetilsalicílico (52) y de un AINE (53) en comparación con el placebo o ninguna intervención, o con otro producto farmacológico, para reducir el dolor perineal agudo en el período posnatal inmediato. También se evaluó el efecto de diferentes dosis de los mismos fármacos.

Paracetamol

La evidencia procedió de diez ensayos con un total de 1367 mujeres (51). Se publicaron cinco ensayos en la década de 1970, cuatro en la década de 1980 y el más reciente en 1992. Los ensayos se realizaron en Canadá (1), Estados Unidos de América (7), Francia (1) y la República Bolivariana de Venezuela (1). No hubo ningún ensayo que evaluara el alivio del dolor perineal después del parto vaginal con un perineo indemne, y no se hicieron distinciones entre la episiotomía y las laceraciones espontáneas. Todos los ensayos contaron con varios grupos de tratamiento que incluyeron comparaciones del paracetamol con otros analgésicos solos, o en combinación, o con un placebo. Los autores de la revisión extrajeron

solamente los datos de los grupos de paracetamol en comparación con el placebo. En los ensayos se incluyeron dos dosis diferentes de paracetamol: 500 mg y 1000 mg, en comparación con el placebo.

Ácido acetilsalicílico

La evidencia procedió de 17 ensayos con un total de 1132 mujeres (52).²⁹ Los ensayos se realizaron en Bélgica (1), Canadá (1), Estados Unidos (11), India (1) y la República Bolivariana de Venezuela (3) entre 1967 y 1997. No hubo ningún ensayo que evaluara el alivio del dolor perineal después del parto vaginal con un perineo indemne, y en los ensayos solamente se incluyó a mujeres con una episiotomía. La mayoría de los ensayos especificaron claramente que la lactancia materna fue un criterio de exclusión, y todos excluyeron a las mujeres con sensibilidad o alergia conocidas al ácido acetilsalicílico, y a las mujeres que habían recibido analgésicos previamente. Quince ensayos tuvieron múltiples grupos (entre tres y cinco) y, además del ácido acetilsalicílico, evaluaron una serie de otros productos para el dolor perineal. La revisión analizó tan solo los grupos de ácido acetilsalicílico y de

²⁹ En un ensayo no se indicó el número de mujeres reclutadas.

placebo de los ensayos incluidos. Las dosis de ácido acetilsalicílico varían en los distintos ensayos entre 500 mg y 1200 mg. Tres ensayos incluyeron dos o más grupos de tratamiento con ácido acetilsalicílico (además de un grupo de placebo); en dos ensayos se compararon 600 mg y 1200 mg de ácido acetilsalicílico (uno de ellos incluyó a 49 mujeres y en el otro no se informó el número de mujeres incluidas). En el otro ensayo se comparó 300 mg, 600 mg y 1200 mg de ácido acetilsalicílico.

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales

La evidencia procedió de 28 ensayos con un total de 4181 mujeres (53). Los ensayos se realizaron en una combinación de países de ingresos bajos y medianos y países de ingresos altos entre 1967 y el 2013 (la mayoría en la década de 1980). En un total de 27 ensayos (3853 mujeres) se examinó el efecto de los AINE para el alivio del dolor posepisiotomía, y un ensayo (328 mujeres) incluyó a mujeres con cualquier traumatismo perineal que requiriera reparación, pero excluyó a las mujeres con desgarros de tercero o cuarto grado. Todos los ensayos excluyeron a las mujeres que estaban dando el pecho. Se evaluaron 13 AINE diferentes. Los datos de los ensayos realizados con indoprofeno, zomepirac y fluprocazona se eliminaron de los análisis de revisión sistemática, ya que estos AINE se han retirado actualmente del mercado debido a los efectos adversos. Como los datos sobre la comparación del ácido acetilsalicílico con el placebo o con ningún tratamiento eran más completos en la revisión sistemática de este fármaco, y con objeto de evitar un doble informe de los mismos datos, los datos se extrajeron deliberadamente tan solo de la revisión del ácido acetilsalicílico para informar el resumen de la evidencia actual. Los ensayos compararon cualquier AINE con el uso de placebo, paracetamol o ácido acetilsalicílico (como AINE alternativo).

A continuación se presentan tres comparaciones: 1) analgésico oral en dosis única (cualquier dosis) en comparación con un placebo, 2) analgésico oral en dosis única en comparación con una dosis única más alta del mismo analgésico, y 3) analgésico oral en dosis única en comparación con una dosis única de un analgésico oral alternativo. La evidencia y las valoraciones relativas a los efectos de las intervenciones (efectos deseables, efectos indeseables y certeza de la evidencia) se presentan por separado para cada comparación por tipo de grupo comparativo de referencia. Los demás dominios restantes (valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad) se consideraron similares en las diferentes comparaciones y por tipo de grupo de referencia (placebo u otras formas de alivio farmacológico del dolor perineal).

Comparación 1: Analgésico oral en dosis única (cualquier dosis) en comparación con un placebo

Comparación 1a: Dosis única de paracetamol en comparación con un placebo

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si una dosis única de paracetamol proporciona un alivio adecuado del dolor según lo indicado por las mujeres, en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según la dosis de paracetamol mostraron lo siguiente.

- *Paracetamol 500-650 mg:* No está claro si el paracetamol en dosis de 500-650 mg proporciona un alivio adecuado del dolor en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).
- *Paracetamol 1000 mg:* La evidencia de certeza baja existente sugiere que el paracetamol en dosis de 1000 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor en comparación con un placebo (6 ensayos, 797 mujeres; RR 2,42, IC del 95%: 1,53 a 3,81).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de paracetamol puede reducir la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con un placebo (8 ensayos, 1132 mujeres; RR 0,34, IC del 95%: 0,21 a 0,55). Los análisis por subgrupos según la dosis de paracetamol mostraron lo siguiente.

- *Paracetamol 500-650 mg:* La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de 500-650 mg de paracetamol puede reducir la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con un placebo (3 ensayos, 317 mujeres; RR 0,30, IC del 95%: 0,17 a 0,53).
- *Paracetamol 1000 mg:* La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de 1000 mg de paracetamol puede reducir la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con un placebo (6 ensayos, 815 mujeres; RR 0,36, IC del 95%: 0,19 a 0,67).

Efectos adversos: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de paracetamol de 1000 mg puede tener poco o ningún efecto sobre la incidencia de náuseas o somnolencia en la madre, en comparación con un placebo (1 ensayo, 232 mujeres; RR 0,18, IC del 95%: 0,01 a 3,66 y 1 ensayo, 232 mujeres; RR 0,89, IC del 95%: 0,18 a 4,30, respectivamente). No está claro si una dosis única de paracetamol de 1000 mg afecta el hábito intestinal o el malestar gástrico de la madre en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia³⁰ o los efectos adversos.

Comparación 1b: Ácido acetilsalicílico en dosis única en comparación con un placebo

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ácido acetilsalicílico puede proporcionar un alivio adecuado del dolor según lo informado por las mujeres, en comparación con un placebo (13 ensayos, 1001 mujeres; RR 2,03, IC del 95%: 1,69 a 2,42). Se realizaron análisis por subgrupos según la dosis de ácido acetilsalicílico utilizada, de la siguiente manera.

- **Ácido acetilsalicílico 500–650 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ácido acetilsalicílico de 500–650 mg puede aliviar adecuadamente el dolor perineal en comparación con un placebo (11 ensayos, 800 mujeres; RR 1,98, IC del 95%: 1,64 a 2,39).
- **Ácido acetilsalicílico 300, 900 y 1200 mg:** No está claro si una dosis única de 300 mg, 900 mg o 1200 mg de ácido acetilsalicílico alivia adecuadamente el dolor perineal en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ácido acetilsalicílico puede reducir la necesidad de alivio adicional del dolor en las 4 a 8 horas posteriores a la administración del fármaco en comparación con un placebo (10 ensayos, 744 mujeres; RR 0,25, IC del 95%: 0,17 a 0,37). La certeza de la evidencia fue muy baja para los análisis por subgrupos según la dosis (300 mg, 500–650 mg, 900 mg y 1200 mg).

Efectos adversos: No está claro si una dosis única de ácido acetilsalicílico afecta el riesgo de efectos adversos en general en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). La certeza de la evidencia fue muy baja para los análisis por subgrupos según la dosis (300 mg, 500–650 mg, 900 mg y 1200 mg).

No se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal en los ensayos incluidos en ninguna de las tres revisiones sistemáticas.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Comparación 1c: AINE en dosis única en comparación con un placebo

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si una dosis única de un AINE proporciona un alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración, en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de AINE mostraron lo siguiente.

- **Diclofenaco 100 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de diclofenaco de 100 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con un placebo (1 ensayo, 64 mujeres; RR 2,36, IC del 95%: 1,03 a 5,42).
- **Meclofenamato sódico 100 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de meclofenamato sódico de 100 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con un placebo (3 ensayos, 260 mujeres; RR 1,42, IC del 95%: 1,10 a 1,82).
- **Meclofenamato sódico 200 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de meclofenamato sódico de 200 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con un placebo (3 ensayos, 260 mujeres; RR 1,42, IC del 95%: 1,10 a 1,83).
- No está claro si una dosis única de 300–400 mg u 800 mg de ibuprofeno; 25 mg o 100 mg de diclofenaco; 25 mg de ketoprofeno; 125 mg, 250 mg o 500 mg de diflunisal; 50 mg de ketoprofeno; o 25 mg, 50 mg o 100 mg de flurbiprofeno proporciona un alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de un AINE (en cualquier dosis) puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (17 ensayos, 2079 mujeres; RR 1,92, IC del 95%: 1,69 a 2,17). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de AINE mostraron lo siguiente.

- **Ibuprofeno 300–400 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ibuprofeno de 300–400 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (2 ensayos, 124 mujeres; RR 2,08, IC del 95%: 1,30 a 3,32).
- **Meclofenamato sódico 100 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de meclofenamato sódico de 100 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (3 ensayos, 262 mujeres; RR 1,36, IC del 95%: 1,05 a 1,76).

³⁰ La lactancia materna fue un criterio de exclusión en muchos de los ensayos incluidos en la revisión del ácido acetilsalicílico y en todos los ensayos de la revisión de los AINE.

- **Meclofenamato sódico 200 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de meclofenamato sódico de 200 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (3 ensayos, 262 mujeres; RR 1,40, IC del 95%: 1,07 a 1,83).
- **Dipirona 500 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de dipirona de 500 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (1 ensayo, 133 mujeres; RR 2,21, IC del 95%: 1,44 a 3,39).
- No está claro si una dosis única de 900 mg de ibuprofeno; 25 mg o 50 mg de ketoprofeno; 125 mg, 250 mg o 500 mg de diflunisal; 50 mg, 100 mg o 150 mg de aceclofenaco; 25 mg o 100 mg de etodolaco; 300 mg de antrafenina; 25 mg, 50 mg o 100 mg de flurbiprofeno; o 12,5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg o 300 mg de fenoprofeno proporciona un alivio adecuado del dolor a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de un AINE (en cualquier dosis) puede reducir la necesidad de un alivio adicional del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con un placebo (4 ensayos, 486 mujeres; RR 0,39, IC del 95%: 0,26 a 0,58). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de AINE mostraron lo siguiente.

- **Ibuprofeno 300–400 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ibuprofeno de 300–400 mg reduce la necesidad de un alivio adicional del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con un placebo (3 ensayos, 240 mujeres; RR 0,32, IC del 95%: 0,18 a 0,56).
- **Ibuprofeno 800 mg:** No está claro si una dosis única de ibuprofeno de 800 mg reduce la necesidad de un alivio adicional del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

No está claro si una dosis única de un AINE (en cualquier dosis) reduce la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de AINE mostraron lo siguiente.

- **Ibuprofeno 300–400 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ibuprofeno de 300–400 mg puede reducir la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (3 ensayos, 186 mujeres; RR 0,33, IC del 95%: 0,20 a 0,54).
- **Meclofenamato sódico 100 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis

única de meclofenamato sódico de 100 mg puede reducir la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (3 ensayos, 299 mujeres; RR 0,34, IC del 95%: 0,21 a 0,53).

- **Meclofenamato sódico 200 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de meclofenamato sódico de 200 mg puede reducir la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (2 ensayos, 142 mujeres; RR 0,45; IC del 95%: 0,29 a 0,70).
- **Flurbiprofeno 25 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de flurbiprofeno de 25 mg puede reducir la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (1 ensayo, 40 mujeres; RR 0,06, IC del 95%: 0,01 a 0,49).
- **Flurbiprofeno 50 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de flurbiprofeno de 50 mg puede reducir la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (1 ensayo, 37 mujeres; RR 0,03, IC del 95%: 0,00 a 0,56).
- **Flurbiprofeno 100 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de flurbiprofeno de 100 mg puede reducir la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (1 ensayo, 39 mujeres; RR 0,03, IC del 95%: 0,00 a 0,53).
- No está claro si una dosis única de 900 mg de ibuprofeno o de 300 mg de antrafenina reduce la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si una dosis única de un AINE (en cualquier dosis) afecta el riesgo de efectos adversos a las cuatro horas de la administración, en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de un AINE puede implicar poca o ninguna diferencia en los efectos adversos a las seis horas de la administración, en comparación con un placebo (13 ensayos, 1388 mujeres; RR 1,38, IC del 95%: 0,71 a 2,70). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de AINE mostraron lo siguiente.

- **Dipirona 500 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de dipirona de 500 mg puede implicar poca o ninguna diferencia en los efectos adversos a las 6 horas de la administración en comparación con un placebo (2 ensayos, 335 mujeres; RR 2,48, IC del 95%: 0,49 a 12,46).

- No está claro si una dosis única de 300–400 mg o 900 mg de ibuprofeno; 25 mg o 50 mg de ketoprofeno; 50 mg, 100 mg o 150 mg de aceclofenaco; 125 mg, 250 mg o 500 mg de diflunisal; 300 mg de antrafenina; o 25 mg, 50 mg o 100 mg de flurbiprofeno afecta el riesgo de efectos adversos a las 6 horas de la administración, en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

No se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal* en ninguno de los ensayos incluidos en las tres revisiones sistemáticas.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Comparación 2: Analgésico oral en dosis única en comparación con una dosis única más alta del mismo analgésico

Comparación 2a: *Ácido acetilsalicílico en dosis única en comparación con una dosis única más alta de este fármaco*

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si alguna dosis de ácido acetilsalicílico (300 mg o 600 mg) mejora el alivio del dolor según lo indicado por las mujeres en comparación con una dosis más alta de este fármaco (600 mg o 1200 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si alguna dosis de ácido acetilsalicílico (300 mg o 600 mg) reduce la necesidad de un alivio adicional del dolor perineal en comparación con una dosis más alta de este fármaco (600 mg o 1200 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si alguna dosis de ácido acetilsalicílico afecta el riesgo de efectos adversos en comparación con una dosis más alta de este fármaco (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Comparación 2b: AINE en dosis única en comparación con una dosis única más alta del mismo AINE

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si alguna dosis de los siguientes AINE mejora el alivio del dolor a las 4 o a las 6 horas de la administración en comparación con una dosis más alta del mismo AINE (evidencia de certeza muy baja):

- ibuprofeno en dosis de 300–400 mg frente a 800 mg a las 4 y a las 6 horas de la administración;
- diclofenaco en dosis de 25 mg frente a 50 mg o 100 mg a las 4 y a las 6 horas de la administración;
- diflunisal (125 mg o 250 mg) frente a diflunisal (250 mg o 500 mg) a las 4 horas de la administración;
- ketoprofeno en dosis de 25 mg frente a 50 mg a las 4 y a las 6 horas de la administración;
- aceclofenaco (50 mg o 100 mg) frente a aceclofenaco (150 mg) a las 4 y a las 6 horas de la administración;
- etodolaco en dosis de 25 mg frente a 100 mg a las 6 horas de la administración;
- flurbiprofeno (25 mg o 50 mg) frente a flurbiprofeno (50 mg o 100 mg) a las 4 y a las 6 horas de la administración; y
- fenoprofeno (en cualquier dosis) frente a fenoprofeno (en cualquier dosis más alta) a las 6 horas de la administración.

La evidencia de certeza moderada existente sugiere que el meclofenamato sódico en dosis de 100 mg probablemente comporta poca o ninguna diferencia en el alivio adecuado del dolor a las 4 horas y a las 6 horas de la administración, en comparación con el meclofenamato sódico en dosis de 200 mg (3 ensayos, 348 mujeres; RR 1,00, IC del 95%: 0,85 a 1,17; y RR 1,00, IC del 95%: 0,84 a 1,18, respectivamente).

Uso de los servicios de salud: No está claro si alguna dosis de los siguientes AINE reduce la necesidad de un alivio adicional del dolor a las 4 o a las 6 horas de la administración en comparación con una dosis más alta del mismo AINE (evidencia de certeza muy baja):

- ibuprofeno en dosis de 300–400 mg frente a 800 mg a las 4 y a las 6 horas de la administración;
- meclofenamato sódico en dosis de 100 mg frente a 200 mg a las 6 horas de la administración;
- flurbiprofeno (en cualquier dosis) frente a flurbiprofeno (en cualquier dosis más alta) a las 6 horas de la administración.

Efectos adversos: No está claro si alguna dosis de los siguientes AINE afecta el riesgo de efectos adversos a las 4 o a las 6 horas de la administración, en

comparación con una dosis más alta del mismo AINE (evidencia de certeza muy baja):

- ibuprofeno en dosis de 300–400 mg frente a 800 mg a las 4 y a las 6 horas de la administración;
- diflunisal (125 mg o 250 mg) frente a diflunisal (250 mg o 500 mg) a las 4 y a las 6 horas de la administración;
- ketoprofeno en dosis de 25 mg frente a 50 mg a las 6 horas de la administración;
- aceclofenaco (50 mg o 100 mg) frente a aceclofenaco (100 mg o 150 mg) a las 6 horas de la administración; y
- flurbiprofeno (en cualquier dosis) frente a flurbiprofeno (en cualquier dosis más alta) a las 6 horas de la administración.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Comparación 3: Analgésico oral en dosis única en comparación con una dosis única de un analgésico oral alternativo

Comparación 3a: AINE en dosis única en comparación con paracetamol en dosis única

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que los AINE (en dosis única, cualquier dosis) probablemente proporcionan un alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con el paracetamol (3 ensayos, 342 mujeres; RR 1,54, IC del 95%: 1,07 a 2,22). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis del analgésico mostraron lo siguiente.

- *Ibuprofeno en dosis de 300–400 mg frente a paracetamol en dosis de 1000 mg:* La evidencia de certeza baja existente sugiere que el ibuprofeno en dosis 300–400 mg puede implicar poca o ninguna diferencia en el alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 1000 mg (1 ensayo, 72 mujeres; RR 1,68, IC del 95%: 0,93 a 3,04).
- *Ibuprofeno en dosis de 300–400 mg frente a paracetamol en dosis de 500 mg:* La evidencia de certeza baja existente sugiere que el ibuprofeno en dosis 300–400 mg puede implicar poca o ninguna diferencia en el alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 500 mg (1 ensayo, 210 mujeres; RR 1,40, IC del 95%: 0,86 a 2,28).
- *Aceclofenaco en dosis de 100 mg frente a paracetamol*

en dosis de 650 mg: No está claro si el aceclofenaco en dosis de 100 mg proporciona un alivio adecuado del dolor a las cuatro horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 650 mg (evidencia de certeza muy baja).

No está claro si el aceclofenaco en dosis de 100 mg proporciona un alivio adecuado del dolor a las seis horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 650 mg (evidencia de certeza muy baja).

Uso en los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ibuprofeno de 300–400 mg puede implicar poca o ninguna diferencia en la necesidad de analgésicos adicionales a las cuatro horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 1000 mg (1 ensayo, 72 mujeres; RR 0,55, IC del 95%: 0,27 a 1,13). La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de ibuprofeno de 300–400 mg puede reducir la necesidad de analgésicos adicionales a las seis horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 1000 mg (1 ensayo, 59 mujeres; RR 0,28, IC del 95%: 0,12 a 0,67).

Efectos adversos: No está claro si una dosis única de ibuprofeno de 300–400 mg afecta el riesgo de efectos adversos a las cuatro horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 500 mg (evidencia de certeza muy baja).

La evidencia de certeza baja existente sugiere que los AINE (en dosis única, cualquier dosis) pueden implicar poca o ninguna diferencia en los efectos adversos a las 6 horas de la administración en comparación con el paracetamol (3 ensayos, 300 mujeres; RR 0,74, IC del 95%: 0,27 a 2,08). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis del analgésico mostraron lo siguiente.

- *Dipirona en dosis de 500 mg frente a paracetamol en dosis de 500 mg:* La evidencia de certeza baja existente sugiere que una dosis única de dipirona de 500 mg puede implicar poca o ninguna diferencia en el riesgo de efectos adversos a las 6 horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 500 mg (1 ensayo, 201 mujeres; RR 0,71, IC del 95%: 0,23 a 2,15).
- *Aceclofenaco en dosis de 100 mg frente a paracetamol en dosis de 650 mg:* No está claro si una dosis única de aceclofenaco de 100 mg afecta el riesgo de efectos adversos a las 6 horas de la administración en comparación con el paracetamol en dosis de 650 mg.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Comparación 3b: AINE en dosis única (ácido acetilsalicílico) en comparación con una dosis única de otro AINE³¹

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que probablemente el ácido acetilsalicílico comporta poca o ninguna diferencia en el alivio adecuado del dolor a las 4 horas de la administración en comparación con un AINE diferente (4 ensayos, 731 mujeres; RR 0,95, IC del 95%: 0,83 a 1,09). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis del analgésico utilizado mostraron lo siguiente.

- **Ácido acetilsalicílico en dosis de 900 mg frente a ibuprofeno:** No está claro si el ácido acetilsalicílico en dosis de 900 mg proporciona un alivio adecuado del dolor a las 6 horas de la administración en comparación con el ibuprofeno en dosis de 300-400 mg o de 900 mg (evidencia de certeza muy baja).
- **Ácido acetilsalicílico en dosis de 500-650 mg frente a dipirona en dosis de 500 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que el ácido acetilsalicílico en dosis de 500-650 mg puede implicar poca o ninguna diferencia en el alivio adecuado del dolor a las 6 horas de la administración en comparación con la dipirona en dosis de 500 mg (1 ensayo, 179 mujeres; RR 0,90, IC del 95%: 0,75 a 1,08).
- No está claro si el ácido acetilsalicílico en dosis de 500-650 mg proporciona un alivio adecuado del dolor a las 4 y a las 6 horas de la administración en comparación con 125 mg, 250 mg o 500 mg de diflunisal; 300-400 mg de ibuprofeno, 25 mg, 50 mg o 100 mg de diclofenaco; o 25 mg, 50 mg o 100 mg de flurbiprofeno (evidencia de certeza muy baja).

Uso en los servicios de salud: No está claro si el ácido acetilsalicílico en dosis de 500-650 mg comporta alguna diferencia en la necesidad de analgésicos adicionales a las 4 horas de la administración en comparación con el ibuprofeno en dosis de 300-400 mg (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el ácido acetilsalicílico en dosis de 500-650 mg o 900 mg comporta alguna diferencia en la necesidad de analgésicos adicionales a las 6 horas de la administración en comparación con un AINE diferente (ibuprofeno en dosis de 300-400 mg o 900 mg; flurbiprofeno en dosis de 25 mg, 50 mg o 100 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si el ácido acetilsalicílico en dosis de 500-650 mg o 900 mg³² aumenta el riesgo de efectos adversos a las 4 y a las

6 horas de la administración en comparación con un AINE diferente (dipirona en dosis de 500 mg; flurbiprofeno en dosis de 25 mg, 50 mg o 100 mg; diflunisal en dosis de 125 mg, 250 mg o 500 mg; ibuprofeno en dosis de 300-400 mg o 900 mg) (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Otras consideraciones

No se consideraron otras formas de alivio farmacológico del dolor perineal, como los analgésicos rectales (54, 55) y los anestésicos aplicados tópicamente para tratar el dolor perineal después del parto (56).

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor perineal.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones farmacológicas para aliviar el dolor perineal después del parto. Las intervenciones farmacológicas para aliviar el dolor perineal tras el parto pueden aumentar la equidad, ya que muchas de estas intervenciones están ampliamente disponibles sin receta médica y a bajo costo. Sin embargo, las intervenciones farmacológicas pueden disminuir la equidad si se espera que las mujeres paguen por los analgésicos ellas mismas.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Algunas mujeres pueden rechazar el paracetamol debido a los temores de efectos nocivos en el recién nacido a través de la leche materna. Las mujeres que toman paracetamol necesitan información clara sobre la dosis de paracetamol en presencia de cualquier medicamento concomitante, para ayudar a evitar una sobredosis o toxicidad inadvertidas (57). En general, se prevé que las mujeres aceptarán los analgésicos orales en dosis única con información clara sobre su seguridad.

31 Esta comparación se realizó en un sentido (comparación del ácido acetilsalicílico con otros AINE) que difiere del de las otras comparaciones presentadas en este resumen de la evidencia debido a la forma de presentación de la revisión Cochrane, que se ha reproducido fielmente.

32 Ácido acetilsalicílico en dosis de 900 mg evaluado a las seis horas de la administración solamente.

Cuadro 3.4 Principales necesidades de recursos para la analgesia local para el alivio del dolor perineal

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, de partería o de enfermería
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de los trabajadores de salud basada en la práctica
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos analgésicos - todos en preparados orales, precio por comprimido/cápsula (57): <ul style="list-style-type: none"> - paracetamol 500 mg = US\$ 0,004 - AINE: <ul style="list-style-type: none"> · ácido acetilsalicílico 500 mg = US\$ 0,005 · ibuprofeno 400 mg = US\$ 0,01 · diclofenaco sódico 50 mg = US\$ 0,005
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

En general, los analgésicos orales están ampliamente disponibles a bajo costo. El ácido acetilsalicílico está contraindicado durante la lactancia, pero puede considerarse su empleo en las mujeres que no amamantan. Los únicos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y no opioides incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS son el ácido acetilsalicílico (comprimidos: 100 mg a 500 mg; supositorios: 50 mg a 150 mg), el ibuprofeno (comprimidos: 200 mg, 400 mg, 600 mg) y el paracetamol (comprimidos: 100 mg a 500 mg; supositorios: 100 mg (58).

Cuadro 3.5 Resumen de valoraciones: Analgésico oral en dosis única (en cualquier dosis) en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

Cuadro 3.6 Resumen de valoraciones:
Analgésico oral en dosis única en comparación
con una dosis única más alta del mismo
analgésico

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

Cuadro 3.7 Resumen de valoraciones:
Analgésico oral en dosis única en comparación
con una dosis única de un analgésico oral
alternativo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

A.2.3 Alivio farmacológico del dolor causado por espasmos o involución uterinos

RECOMENDACIÓN 6

Se pueden usar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales cuando se requiere analgésicos para el alivio del dolor después del parto causado por espasmos uterinos, según las preferencias de la mujer, la experiencia del médico con los analgésicos y la disponibilidad de estos medicamentos. (Recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) estuvo de acuerdo en que el alivio del dolor uterino debe individualizarse, teniendo en cuenta la intensidad del dolor, las múltiples causas de dolor tras el parto (p. ej., dolor perineal, uterino, mamario), el uso de la dosis efectiva más baja y durante el período más corto, y los efectos adversos y contraindicaciones, incluida la lactancia materna.
- El ácido acetilsalicílico está contraindicado durante la lactancia materna dada la evidencia existente de efectos potencialmente dañinos en los recién nacidos amamantados debido al salicilato y los metabolitos de este excretados en la leche materna.
- Reconociendo que la evidencia sobre la efectividad comparativa de diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor uterino tras el parto es limitada, el GDG sugirió que se debe asesorar a las mujeres sobre las diferentes opciones farmacológicas según el perfil de seguridad (p. ej., alergia, efectos adversos, contraindicaciones), la disponibilidad, la experiencia con un analgésico particular y el costo.
- El GDG señaló que el uso de opioides para el alivio del dolor causado por los espasmos uterinos debe desaconsejarse ya que los opioides no mostraron ninguna ventaja respecto a los AINE, se asocian a efectos adversos maternos, están contraindicados durante la lactancia materna y se asocian a un riesgo de desarrollar una dependencia psicológica y física.
- Todas las mujeres deben ser informadas sobre la involución uterina y los cambios en los loquios tras el parto. Se les debe preguntar sobre el dolor abdominal y el flujo vaginal durante su permanencia tras el parto en los centros de salud y en cada consulta de atención posnatal. Se debe informar a las mujeres sobre los signos y síntomas de peligro, incluida cualquier agudización del dolor uterino como manifestación de complicaciones tras el parto, como la endometritis.

Resumen de la evidencia y consideraciones: Intervenciones farmacológicas en comparación con un placebo

Efectos de las intervenciones (cuadro A.2.3a de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada sobre el alivio del dolor debido a espasmos o involución uterinos después del parto vaginal (46). La revisión incluyó 28 ensayos con un total de 2749 mujeres, de los cuales 25 (2600 mujeres) aportaron datos incluidos en los análisis. Doce ensayos incluyeron dos grupos de comparación. Los demás fueron ensayos de varios grupos (entre tres y siete). Todos los ensayos fueron de pequeño tamaño, y el número de mujeres asignadas a cada grupo de comparación fue de entre 7 y 63. Los ensayos se realizaron en Estados Unidos (13), Noruega (2), República Bolivariana de Venezuela (2) y República Islámica de Irán (8). La mayoría de los ensayos se publicaron antes del año 2000. Todos los ensayos incluyeron algún tipo de analgésico con otro tipo de analgésico, un placebo o ningún tratamiento. Se compararon fármacos con un placebo en 17 ensayos (1800

mujeres), de los cuales 15 (1411 mujeres) aportaron datos utilizados en el análisis.

Comparación 1: Paracetamol (por vía oral, dosis única) en comparación con un placebo

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el paracetamol (650 mg) proporciona un alivio adecuado del dolor de los espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si el paracetamol (1000 mg) afecta la necesidad de un alivio adicional del dolor de los espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si el paracetamol tiene algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según la dosis de paracetamol (650 mg o 1000 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Otras consideraciones

El paracetamol se considera seguro durante la lactancia materna (59). Aunque se ha descrito un solo caso de erupción en la parte superior del tronco de un lactante, la Academia Estadounidense de Pediatría considera que el paracetamol es compatible con la lactancia materna. No se han notificado otros efectos adversos de la exposición al paracetamol a través de la leche materna. Después del tratamiento de la madre con 1000 mg de paracetamol, se ha calculado que la dosis máxima a la que está expuesto el lactante es inferior al 2% de la dosis materna (59).

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de los tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de los métodos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos. Las intervenciones farmacológicas para aliviar el dolor debido a espasmos o involución uterinos pueden aumentar la equidad en algunos contextos, ya que muchas de estas intervenciones están ampliamente disponibles sin receta médica y a bajo costo. Sin embargo, las intervenciones farmacológicas pueden disminuir la

equidad si se espera que las mujeres paguen por los analgésicos ellas mismas.

Otras consideraciones

Las mujeres deben ser informadas sobre los efectos (deseables e indeseables) de las respectivas opciones farmacológicas disponibles para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Algunas mujeres pueden rechazar el paracetamol debido a los temores de efectos nocivos en el recién nacido a través de la leche materna. Las mujeres que toman paracetamol necesitan información clara sobre la dosis de paracetamol en presencia de cualquier medicamento concomitante, para ayudar a evitar una sobredosis o toxicidad inadvertidas (57). En general, se prevé que las mujeres aceptarán los analgésicos orales en dosis única con información clara sobre su seguridad.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

En general, el paracetamol está ampliamente disponible a bajo costo. El paracetamol (comprimido: 100 mg a 500 mg; supositorio: 100 mg) figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (58).

Cuadro 3.8 Principales necesidades de recursos para el paracetamol (por vía oral, dosis única)

Recurso	Descripción
Personal	▪ Personal médico, de partería o de enfermería
Capacitación	▪ Capacitación de los trabajadores de salud basada en la práctica
Insumos	▪ Paracetamol 500 mg (preparado oral) = US\$ 0,004 por comprimido o cápsula (57)
Equipamiento	▪ Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado
Infraestructura	▪ Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos
Supervisión y seguimiento	▪ Igual que para la atención habitual

Cuadro 3.9 Resumen de valoraciones: Paracetamol (por vía oral, dosis única) en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	Pequeños
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

Comparación 2: AINE en comparación con un placebo

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los AINE pueden proporcionar un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (11 ensayos, 946 mujeres; RR 1,66, IC del 95%: 1,45 a 1,91). Los análisis por subgrupos según el tipo y la

dosis de AINE mostraron lo siguiente:

- **Ácido acetilsalicílico 650 mg:** La evidencia de certeza baja existente sugiere que el ácido acetilsalicílico en dosis de 650 mg puede proporcionar un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (6 ensayos, 282 mujeres; RR 1,33, IC del 95%: 1,09 a 1,61).
- **Otros AINE:** No está claro si 275 mg, 300 mg, 550 mg o 600 mg de naproxeno; 50 mg de flurbiprofeno; 5 mg o 10 mg de ketorolaco; o 12,5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg o 300 mg de fenoprofeno proporcionan un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si los AINE reducen la necesidad de un alivio adicional del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo de AINE (ácido acetilsalicílico en dosis de 650 mg; ketorolaco en dosis de 5 mg o 10 mg; naproxeno en dosis de 275 mg, 300 mg, 550 mg y 600 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

Efectos adversos: No está claro si los AINE afectan los efectos adversos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo de AINE (ácido acetilsalicílico en dosis de 650 mg; fenoprofeno en dosis de 200 mg; flurbiprofeno en dosis de 50 mg; ketorolaco en dosis de 5 mg o 10 mg; naproxeno en dosis de 275 mg, 300 mg, 550 mg y 600 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Cuadro 3.10 Principales necesidades de recursos para los AINE

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, partería o de enfermería
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica para los trabajadores de salud, o no se requiere ninguna
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> AINE (preparado oral, precio por comprimido/cápsula) (57): <ul style="list-style-type: none"> - ácido acetilsalicílico 500 mg = US\$ 0,005 - ibuprofeno 400 mg = US\$ 0,01 - diclofenaco sódico 50 mg = US\$ 0,005
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de los tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de los métodos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos. El resto de la evidencia en torno a la equidad es la misma que para la *Comparación 1: Paracetamol (preparado oral, dosis única) en comparación con un placebo*.

Otras consideraciones

Las demás consideraciones en torno a la equidad son las mismas que para la *Comparación 1: Paracetamol (preparado oral, dosis única) en comparación con un placebo*.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Algunas mujeres pueden rechazar el uso de medicación debido a los temores de efectos nocivos en el recién nacido a través de la leche materna. Las mujeres que toman medicamentos para aliviar el dolor necesitan información clara sobre la dosis y las contraindicaciones. En general, se prevé que las mujeres aceptarán los analgésicos orales en dosis única con información clara sobre su seguridad.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

En general, los AINE están ampliamente disponibles a bajo costo.

Los únicos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS son el ácido acetilsalicílico (comprimidos: 100 mg a 500 mg; supositorios: 50 mg a 150 mg) y el ibuprofeno (comprimidos: 200 mg; 400 mg; 600 mg) (58).

Cuadro 3.11 Resumen de valoraciones: AINE en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a los AINE
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

Comparación 3: Opioides en comparación con un placebo

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si los opioides proporcionan un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según la dosis de los opioides (codeína 60 mg o 120 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

Uso de los servicios de salud: No está claro si los opioides afectan la necesidad de un alivio adicional del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de opioide (codeína 60 mg o 120 mg, y nalbufina 15 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

Efectos adversos: No está claro si los opioides afectan los efectos adversos en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según la dosis de los opioides (codeína 60 mg o 120 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Cuadro 3.12 Principales necesidades de recursos para los opioides

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Por lo general, se requiere que un médico prescriba los opioides (aunque no es así en todos los países; en algunos entornos, las parteras también pueden prescribir opioides).
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Para administrar opioides se requiere una capacitación basada en la práctica para los trabajadores de salud y una capacitación para el seguimiento y el control de los efectos adversos y las complicaciones del uso de opioides.
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Codeína 30 mg (preparado oral) = US\$ 0,09 por comprimido o cápsula (57). Clorhidrato de nalbufina 10 mg/ml = US\$ 1,44/ml (57).
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado.
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos.
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de la administración y seguimiento de los efectos adversos Método seguro de almacenamiento de los opioides y registro del uso de opioides para evitar el abuso.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2:

Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de los tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Otras consideraciones

Si bien en algunos entornos de recursos elevados los medicamentos opioides orales se consideran relativamente baratos, estos medicamentos pueden no estar al alcance en todos los entornos y pueden no ser asequibles en algunos países de ingresos bajos y medianos.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de los métodos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos. El uso de alternativas de opioides costosas podría tener un impacto negativo en la equidad si se utilizan preferentemente en entornos de recursos elevados y en grupos de población más favorecidos. El resto de la evidencia en torno a la equidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2:

Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Algunas mujeres pueden rechazar los opioides debido

a los temores de efectos adversos y efectos nocivos en el recién nacido a través de la leche materna.

Algunas mujeres pueden rechazar los opioides debido a la necesidad de tener que recurrir a los trabajadores de salud para la administración del medicamento.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2:

Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Cuadro 3.13 Resumen de valoraciones: Opioides en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probable reducción
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

Otras consideraciones

En entornos de bajos recursos, donde los opioides no están ampliamente disponibles y no se utilizan de manera generalizada, es probable que haya implicaciones económicas, así como requisitos de capacitación adicionales para su administración y el manejo de los posibles efectos adversos maternos y neonatales. Es probable que el tipo de opioide utilizado en diferentes entornos y países se vea influenciado por el costo del medicamento.

El fosfato de codeína (comprimidos: 30 mg) figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (58).

Resumen de la evidencia y consideraciones: Intervenciones farmacológicas en comparación con otras intervenciones farmacológicas

Efectos de las intervenciones (cuadro A.2.3b de la BE)

La evidencia empleada para elaborar este resumen procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada sobre el alivio del dolor debido a espasmos o involución uterinos después del parto vaginal (46). La revisión incluye 28 ensayos con un total de 2749 mujeres, de los cuales 25 (2600 mujeres) aportaron datos incluidos en el análisis. Doce ensayos incluyeron dos grupos de comparación. Los demás fueron ensayos de varios grupos (entre tres y siete). Todos los ensayos fueron de pequeño tamaño, y el número de mujeres asignadas a cada grupo de comparación fue de entre 7 y 63. Los ensayos se realizaron en Estados Unidos (13), Noruega (2), República Bolivariana de Venezuela (2) y República Islámica de Irán (8). La mayoría de los ensayos se publicaron antes del año 2000.

Todos los ensayos incluidos compararon un tipo de analgésico con otro tipo de analgésico. Los fármacos se compararon con otras clases de fármacos o con fármacos de la misma clase a diferentes dosis, en 20 ensayos (2262 mujeres), de los cuales 19 (1969 mujeres) aportaron datos utilizados en el análisis. En ocho ensayos (736 mujeres) se compararon plantas medicinales, administradas en forma de píldoras o cápsulas. En seis ensayos, algunas de las comparaciones alternativas incluyeron fármacos que ya no se usan debido a efectos adversos graves; solamente se incluyeron en la revisión los grupos de tratamiento con medicamentos utilizados actualmente.

Ocho ensayos (1051 mujeres) en los que se evaluaron opioides y diferentes AINE especificaron claramente que la lactancia materna era un criterio de exclusión. En un ensayo en el que se evaluó el uso de plantas medicinales en comparación con AINE (126 mujeres) incluyó a mujeres en período de lactancia. Los 11 ensayos restantes (1085 mujeres) no especificaron información relativa a la lactancia materna de las mujeres.

Comparación 1: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico

Comparación 1a: Naproxeno (dosis más baja en comparación con una dosis más alta)

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el naproxeno en dosis de 300 mg proporciona un alivio adecuado del dolor según lo indicado por las mujeres, en comparación con una dosis más alta de naproxeno (600 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si el naproxeno en dosis de 300 mg afecta el riesgo de efectos adversos en comparación con una dosis más alta de naproxeno (600 mg) (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Comparación 1b: Ketorolaco (dosis más baja en comparación con una dosis más alta)

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el ketorolaco en dosis de 5 mg proporciona un alivio adecuado del dolor según lo informado por las mujeres, en comparación con una dosis más alta de ketorolaco (10 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si el ketorolaco en dosis de 5 mg afecta la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con una dosis más alta de ketorolaco (10 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si el ketorolaco en dosis de 5 mg afecta el riesgo de efectos adversos en comparación con una dosis más alta de ketorolaco (10 mg) (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Comparación 1c: Codeína (dosis más baja en comparación con una dosis más alta)

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si la codeína en dosis de 60 mg proporciona un alivio adecuado del dolor según lo indicado por las mujeres, en comparación con una dosis más alta de codeína (120 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si la codeína en dosis de 60 mg afecta la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con una dosis más alta de codeína (120 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si la codeína en dosis de 60 mg afecta el riesgo de efectos adversos en comparación con una dosis más alta de codeína (120 mg) (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de los tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Otras consideraciones

No hay grandes diferencias de costos en función de la posología de la misma clase de analgésico.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de los métodos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos. Las intervenciones farmacológicas para aliviar el dolor debido a espasmos o involución uterinos pueden aumentar la equidad en algunos contextos, ya que muchas de estas intervenciones están ampliamente disponibles sin receta médica y a bajo costo. Sin embargo, las intervenciones farmacológicas pueden disminuir la equidad si se espera que las mujeres paguen por los analgésicos. El impacto en la equidad puede ser similar con dosis más bajas o más altas de la misma clase de analgésico.

Otras consideraciones

Las mujeres deben ser informadas sobre los efectos (deseables e indeseables) de las respectivas opciones farmacológicas disponibles para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Cuadro 3.14 Principales necesidades de recursos para los analgésicos orales

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, partería o de enfermería. Opioides: Por lo general, se requiere que un médico prescriba los opioides (aunque no es así en todos los países; en algunos entornos, las parteras también pueden prescribir opioides).
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Para administrar opioides se requiere una capacitación basada en la práctica para los trabajadores de salud y una capacitación para el seguimiento y el control de los efectos adversos y las complicaciones del uso de opioides.
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 500 mg (preparado oral) = US\$ 0,004 por comprimido o cápsula (57). Codeína, comprimidos de 30 mg: US\$ 0,0904 a US\$ 0,25 por comprimido o cápsula (57).
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado.
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos.
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol: Igual que para la atención habitual. Opioides: Supervisión de la administración y seguimiento de los efectos adversos; método seguro de almacenamiento de los opioides y registro del uso de opioides para evitar el abuso.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Algunas mujeres pueden rechazar los medicamentos debido a los temores de efectos nocivos en el recién nacido a través de la leche materna. Las mujeres que toman medicamentos para aliviar el dolor necesitan información clara sobre la dosis y las contraindicaciones. En general, se prevé que las mujeres aceptarán los analgésicos orales en dosis única con información clara sobre su seguridad. Las mujeres pueden preferir usar la dosis más baja posible para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Los trabajadores de salud generalmente preferirán recetar analgésicos utilizando la dosis más baja posible y prescribir los que se asocien a menos efectos adversos.

En entornos de recursos bajos, donde los opioides no están ampliamente disponibles y no se utilizan de manera generalizada, es probable que haya implicaciones económicas, así como requisitos de capacitación adicionales para su administración y el manejo de los posibles efectos adversos maternos y neonatales. Es probable que el tipo de opioide utilizado en diferentes entornos y países se vea influenciado por el costo del medicamento.

Los únicos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y no opioides incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS son el ácido acetilsalicílico (comprimidos: 100 mg a 500 mg; supositorios: 50 mg a 150 mg), el ibuprofeno (comprimidos: 200 mg; 400 mg; 600 mg) y el paracetamol (comprimidos: 100 mg a 500 mg; supositorios: 100 mg) (58).

El opioide fosfato de codeína (comprimidos: 30 mg) figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (58).

Cuadro 3.15 Resumen de valoraciones: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

Comparación 2: Un analgésico oral en comparación con un analgésico oral alternativo de la misma clase

Comparación 2a: Ácido acetilsalicílico en comparación con naproxeno

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el ácido acetilsalicílico (650 mg) proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos según lo indicado por las mujeres, en comparación con el naproxeno (275 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si el ácido acetilsalicílico (650 mg) tiene algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con el naproxeno (275 mg) (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Comparación 2b: Ácido acetilsalicílico en comparación con flurbiprofeno

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el ácido acetilsalicílico (650 mg) proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos según lo indicado por las mujeres, en comparación con el flurbiprofeno (50 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si el ácido acetilsalicílico (650 mg) afecta la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con el flurbiprofeno (50 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si el ácido acetilsalicílico (650 mg) tiene algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con el flurbiprofeno (50 mg) (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la de lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Comparación 2c: Ácido acetilsalicílico en comparación con ketorolaco

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si alguna dosis de ácido acetilsalicílico proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos según lo indicado por las mujeres, en comparación con alguna dosis de ketorolaco (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según la dosis del analgésico (5 mg o 10 mg de ketorolaco) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

Uso de los servicios de salud: No está claro si alguna dosis de ácido acetilsalicílico afecta la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con alguna dosis de ketorolaco (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según la dosis del analgésico (5 mg o 10 mg de ketorolaco) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

Efectos adversos: No está claro si el ácido acetilsalicílico tiene algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con alguna dosis de ketorolaco (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según la dosis del analgésico (5 mg o 10 mg de ketorolaco) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la de lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Comparación 2d: Codeína en comparación con nalbufina

Resultados maternos

Uso de los servicios de salud: No está claro si la codeína en dosis de 60 mg afecta la necesidad de un alivio adicional del dolor en comparación con la nalbufina en dosis de 15 mg (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *alivio de los síntomas*, el *uso de los servicios de salud*, el *funcionamiento y bienestar maternos* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *situación de la de lactancia materna* o los *efectos adversos*.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales sobre los efectos de los medicamentos en el dolor causado por espasmos o involución uterinos son las mismas que para la *Comparación 1: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico*.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

La evidencia y los recursos necesarios son los mismos que para la *Comparación 1: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico*.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de los tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos. El resto de la evidencia en torno a la equidad en el uso de los medicamentos es la misma que para la *Comparación 1: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico*.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales acerca de la equidad son las mismas que para la *Comparación 1: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico*.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales acerca de la aceptabilidad son las mismas que para la *Comparación 1: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico*.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales acerca de la viabilidad son las mismas que para la *Comparación 1: Dosis más baja de un analgésico oral en comparación con una dosis más alta del mismo analgésico*.

Cuadro 3.16 Resumen de valoraciones: Un analgésico oral en comparación con un analgésico oral alternativo de la misma clase

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

Comparación 3: Un analgésico oral en comparación con un analgésico oral alternativo de una clase diferente

Comparación 3a: Paracetamol en comparación con los AINE

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el paracetamol en dosis de 650 mg proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con los AINE (ácido acetilsalicílico en dosis de 650 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si el paracetamol tiene algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con los AINE (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de analgésico (paracetamol en dosis de 650 mg frente a ácido acetilsalicílico en dosis de 650 mg; o paracetamol en dosis de 1000 mg frente a naproxeno en dosis 500 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Comparación 3b: AINE en comparación con opioides

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los AINE pueden proporcionar un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con los opioides (5 ensayos, 560 mujeres; RR 1,33; IC del 95%: 1,13 a 1,57). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis del analgésico mostraron lo siguiente.

- *Ácido acetilsalicílico en comparación codeína:* No está claro si el ácido acetilsalicílico (650 mg) proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con la codeína (en dosis de 60 mg o 120 mg) (evidencia de certeza muy baja).
- *Fenoprofeno en comparación con codeína:* No está claro si el fenoprofeno (en dosis de 12,5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg o 300 mg) proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con la codeína en dosis de 60 mg (evidencia de certeza muy baja).
- *Flurbiprofeno en comparación codeína:* No está claro si el flurbiprofeno (50 mg) proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con la codeína (en dosis de 60 mg o 120 mg) (evidencia de certeza muy baja).

- **Naproxeno en comparación con codeína:** No está claro si el naproxeno (en dosis de 300 mg o 600 mg) proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con la codeína (60 mg) (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si los AINE reducen la necesidad de un alivio adicional del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con los opioides (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de analgésico (ácido acetilsalicílico en dosis de 650 mg en comparación con codeína en dosis de 60 mg o 120 mg; flurbiprofeno en dosis de 50 mg en comparación con codeína en dosis de 60 mg o 120 mg; y naproxeno en dosis de 300 mg o 600 mg en comparación con codeína en dosis de 60 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

Efectos adversos: No está claro si los AINE afectan los efectos adversos en comparación con los opioides (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de analgésico (ácido acetilsalicílico en dosis de 650 mg en comparación con codeína en dosis de 60 mg o 120 mg; flurbiprofeno en dosis de 50 mg en comparación con codeína en dosis de 60 mg o 120 mg; naproxeno en dosis de 300 mg o 600 mg en comparación con codeína en dosis de 60 mg; y fenoprofeno en dosis de 200 mg en comparación con codeína en dosis de 60 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Comparación 3c: AINE en comparación con analgésicos mediante plantas medicinales

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que los AINE probablemente proporcionan un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con analgésicos mediante plantas medicinales (4 ensayos, 394 mujeres; RR 0,96, IC del 95%: 0,78 a 1,18). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis del analgésico mostraron lo siguiente.

- No está claro si el ácido mefenámico en dosis de 250 mg proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con el empleo de *Pimpinella anisum*, *Apium graveolens* y *Crocus sativus* en cantidad de 500 mg, *Melissa officinalis* en cantidad de 395 mg o hinojo en cantidad de 300 mg (evidencia de certeza muy baja).

- No está claro si el ibuprofeno en dosis de 400 mg proporciona un alivio adecuado del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con la esencia de hinojo al 20% (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si los opioides reducen la necesidad de un alivio adicional del dolor causado por espasmos o involución uterinos en comparación con analgésicos mediante plantas medicinales (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de analgésico (ibuprofeno en dosis de 400 mg en comparación con esencia de hinojo al 20%) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

Efectos adversos: No está claro si los AINE tienen alguna influencia en los efectos adversos en comparación con analgésicos mediante plantas medicinales (evidencia de certeza muy baja). Los análisis por subgrupos según el tipo y la dosis de analgésico (ácido mefenámico en dosis de 250 mg en comparación con *Pimpinella anisum*, *Apium graveolens* y *Crocus sativus* en cantidad de 500 mg) mostraron el mismo nivel de incertidumbre.

En los ensayos incluidos no se informó sobre el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados neonatales

En los ensayos incluidos no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de los tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos.

Cuadro 3.17 Principales necesidades de recursos para los analgésicos orales evaluados

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, partería o enfermería. Opioides: Por lo general, se requiere que un médico prescriba los opioides (aunque no es así en todos los países; en algunos entornos, las parteras también pueden prescribir opioides).
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Para administrar opioides se requiere una capacitación basada en la práctica para los trabajadores de salud y una capacitación para el seguimiento y el control de los efectos adversos y las complicaciones del uso de opioides.
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos analgésicos - todos en preparados orales, precio por comprimido/ cápsula (57): <ul style="list-style-type: none"> - codeína 30 mg = US\$ 0,09 - paracetamol 500 mg = US\$ 0,004 - AINE: <ul style="list-style-type: none"> · ácido acetilsalicílico 500 mg = US\$ 0,005 · ibuprofeno 400 mg = US\$ 0,01 · diclofenaco sódico 50 mg = US\$ 0,005
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol y AINE: igual que para la atención habitual Opioides: Supervisión de la administración y seguimiento de los efectos adversos; método seguro de almacenamiento de los opioides y registro del uso de opioides para evitar el abuso

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de los tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor causado por espasmos o involución uterinos. El resto de la evidencia en torno a la equidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la aceptabilidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la viabilidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Cuadro 3.18 Resumen de valoraciones: Un analgésico oral en comparación con un analgésico oral alternativo de una clase diferente

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

A.2.4 Entrenamiento muscular posparto del suelo pélvico para fortalecerlo

RECOMENDACIÓN 7

No se recomienda comenzar el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) de manera rutinaria después del parto para la prevención de la incontinencia urinaria y fecal posparto en las mujeres en el período posparto. (No recomendado)

Observaciones

- En este contexto, el EMSP se refiere a la realización de contracciones voluntarias repetidas de los músculos del suelo pélvico, según un protocolo que describe la frecuencia (una o varias series de ejercicios al día), la intensidad y la progresión de los ejercicios, así como la duración del período de entrenamiento (por ejemplo, al menos varios días de la semana, durante al menos ocho semanas) y puede incluir ejercicios musculares del suelo pélvico de mantenimiento después del entrenamiento inicial.
- Si bien el EMSP iniciado después del parto no se recomienda como medida preventiva, las mujeres con pérdidas involuntarias de pequeños volúmenes de orina (incontinencia urinaria de esfuerzo) después del parto deben ser informadas de los posibles efectos beneficiosos del EMSP para el tratamiento de la incontinencia urinaria. En estas mujeres, en ausencia de evidencia más sólida, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG, por su sigla en inglés) estuvo de acuerdo en que los ejercicios del suelo pélvico no supervisados realizados en el hogar pueden ser beneficiosos y es improbable que causen efectos nocivos. Los ejercicios musculares del suelo pélvico también pueden influir favorablemente en la función sexual en el período posnatal y promover el autocuidado.
- Todas las mujeres deben ser informadas durante el embarazo y después del parto sobre los posibles problemas del suelo pélvico, incluida la incontinencia urinaria o fecal después del parto.
- El GDG reconoció que los efectos del EMSP iniciado al principio del embarazo en las embarazadas que no tienen incontinencia no se evaluaron durante el proceso de elaboración de las directrices.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.2.4 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada del uso del EMSP para prevenir y tratar la incontinencia urinaria y fecal en las mujeres en los períodos prenatal y posnatal (48). A los efectos de estas directrices, solamente se incluyó la evidencia procedente de ensayos clínicos en los que se evaluó el EMSP iniciado en el período posterior al parto. Los datos procedieron de 19 ECA con un total de 5452 mujeres, realizados principalmente en países de ingresos altos. Un ensayo multicéntrico se llevó a cabo en Nueva Zelanda y Reino Unido.

Catorce ensayos (4293 mujeres) se centraron en el EMSP posnatal para la prevención y el tratamiento combinados de la incontinencia. En las mujeres que eran continentales en el momento de la inclusión, el EMSP se concibió como un tratamiento preventivo, mientras que en las mujeres que tenían síntomas de incontinencia en el momento de la inclusión, el EMSP se concibió como un tratamiento terapéutico. Las mujeres fueron asignadas aleatoriamente al EMSP posnatal, a la atención habitual o a ningún tipo de EMSP. De estos ensayos, nueve (3651 mujeres) presentaron datos de los criterios de valoración de interés. Al tratarse de una población mixta de mujeres reclutadas en estos ensayos, no se pudieron

diferenciar los efectos relativos del EMSP como tratamiento preventivo de los del EMSP como tratamiento terapéutico.

Cinco ensayos (1159 mujeres) incluyeron mujeres en el período posparto que notificaron pérdidas de orina, heces o ambas. En un ensayo se reclutó a mujeres en las seis semanas posteriores al parto, en uno entre las semanas 10 y 16, y en tres ensayos se reclutó a mujeres tres meses o más después del parto. Las mujeres fueron asignadas aleatoriamente a un EMSP supervisado (como tratamiento para la incontinencia) o a los grupos de referencia (mujeres que no recibieron EMSP o que recibieron la atención habitual). Tan solo en cuatro ensayos (1061 mujeres) se presentaron datos sobre los criterios de valoración de interés.

Comparación 1: EMSP posnatal en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual para la prevención o el tratamiento (combinados) de la incontinencia

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el EMSP puede mejorar la incontinencia urinaria en el período posnatal inicial (0 a 3 meses) en comparación con la ausencia de uso de EMSP (2 ensayos, 321 mujeres; RR 0,54, IC del 95%: 0,44 a 0,66). No está claro si el EMSP afecta la incontinencia urinaria en el período posnatal medio (> 3 a 6 meses) en comparación con la

atención habitual (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el EMSP puede tener poco o ningún efecto sobre la incontinencia urinaria en el período posnatal tardío (> 6 a 12 meses) en comparación con la ausencia de uso de EMSP o la atención habitual (3 ensayos, 826 mujeres; RR 0,88, IC del 95%: 0,71 a 1,09). No está claro si el EMSP afecta la incontinencia fecal en el período posnatal inicial (de 0 a 3 meses) o en el período posnatal tardío (de 6 a 12 meses) en comparación con la ausencia de uso de EMSP (evidencia de certeza muy baja).

Funcionamiento y bienestar maternos: No está claro si el EMSP afecta la calidad de vida posnatal (relacionada con la incontinencia urinaria) en comparación con la ausencia de EMSP (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *morbilidad materna a largo plazo* o los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se evaluó la experiencia de la atención posnatal.

Comparación 2: EMSP posnatal en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual para el tratamiento de la incontinencia

Alivio de los síntomas: No está claro si el EMSP afecta la incontinencia urinaria en el período posnatal tardío (de 6 a 12 meses) después del parto en comparación con el grupo de referencia (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el EMSP afecta la incontinencia fecal en el período posnatal tardío (de 6 a 12 meses).

Morbilidad materna a largo plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el EMSP puede implicar poca o ninguna diferencia en la incontinencia urinaria a largo plazo (de 5 a 10 años) en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 516 mujeres; RR 0,96, IC del 95%: 0,88 a 1,05). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el EMSP puede implicar poca o ninguna diferencia en la incontinencia urinaria a muy largo plazo (más de 10 años) en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 471 mujeres; RR 1,03, IC del 95%: 0,94 a 1,12). No está claro si el EMSP afecta la incontinencia fecal a largo plazo (de 5 a 10 años) o a muy largo plazo (más de 10 años), en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Funcionamiento y bienestar maternos: No está claro si el EMSP afecta la calidad de vida específica relacionada

con la incontinencia urinaria en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se evaluó la *experiencia de la atención posnatal*.

Otras consideraciones

La evidencia adicional procedente de la revisión sistemática Cochrane (48) sugiere que el inicio del EMSP de forma temprana en el embarazo probablemente prevenga la incontinencia urinaria al final del embarazo y reduzca el riesgo de incontinencia durante el período posparto, en particular entre los tres y los seis meses después del parto. La evidencia existente sobre los efectos después de los primeros seis meses tras el parto es insuficiente.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

La revisión sistemática Cochrane incluyó una búsqueda sistemática de evaluaciones económicas completas (análisis de costo-eficacia, análisis de costo-utilidad y análisis de costo-beneficio) realizadas como parte de un único estudio empírico, como un ensayo controlado y aleatorizado, un modelo basado en un solo estudio de este tipo o un modelo basado en varios de estos estudios. No se encontraron estudios económicos.

Otras consideraciones

En la revisión sistemática Cochrane se encontró un protocolo para una evaluación económica en curso realizada junto con un ECA (240 mujeres embarazadas o en período posparto con incontinencia urinaria de esfuerzo; finalización prevista en diciembre del 2020) (60). Para los programas de EMSP con un componente supervisado (ya sea como parte de la capacitación inicial o durante toda la duración del programa), el EMSP llevado a cabo en sesiones grupales puede tener una relación costo-eficacia mejor que proporcionar sesiones individuales (60).

Cuadro 3.19 Principales necesidades de recursos para el EMSP posnatal a fin de fortalecer el suelo pélvico

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapeuta, personal de partería o de enfermería, u otro trabajador de salud.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Certificación en fisioterapia o ejercicios posnatales. Capacitación en ejercicios musculares del suelo pélvico posparto (personal de partería y enfermería).
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Para el entrenamiento en el hogar o sin supervisión, información (escrita o gráfica, por ejemplo, folletos).
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Varía según el programa: algunos pueden no requerir equipamiento, otros pueden incorporar una silla para sentarse, una colchoneta de yoga (se necesita suficiente espacio en el suelo) o un equipamiento para el ejercicio (por ejemplo, pelota de ejercicio), y las sesiones grupales requieren una sala asignada a ello.
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <i>Tiempo de entrenamiento</i>: varía según el programa <i>Tiempo de realización</i>: varía según el programa Muchos ejercicios se pueden realizar sin supervisión y no requieren supervisión o acompañamiento de forma continua
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> No se requiere

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto del EMSP en la equidad en la salud. El EMSP puede reducir la equidad, ya que a las mujeres les puede resultar más difícil acceder a él debido a la disponibilidad limitada de servicios y los posibles costos personales, en especial si el EMSP es proporcionado por personal especializado. El EMSP puede no tener ningún efecto o puede aumentar la equidad si el propio EMSP y los ejercicios pueden ser aplicados o supervisados por personal de partería o enfermería o realizados sin supervisión (mediante instrucciones).

Otras consideraciones

Una síntesis interpretativa de los problemas individuales, profesionales y de servicio asociados con la implementación del EMSP en mujeres en edad reproductiva (67) señaló que el EMSP puede no ser fácilmente accesible a las mujeres que no hablan español o las mujeres con pocos conocimientos básicos sobre salud. Algunas mujeres pueden sentir vergüenza debido a los síntomas de la incontinencia urinaria y pueden no revelar el problema a los prestadores de la atención de salud (67).

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.2 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Además, una revisión sistemática cualitativa que exploró la adhesión al EMSP (incorporando varios estudios de mujeres en el período posnatal) observó

que las mujeres experimentaron dificultades importantes en cuanto a la capacidad (en especial el conocimiento y las habilidades), la motivación (especialmente en relación con las considerables demandas cognitivas del EMSP) y la oportunidad (ya que los factores externos generan prioridades competitivas) a la hora de adoptar y mantener un programa de EMSP (62).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad del uso del EMSP para la prevención o el tratamiento de la incontinencia urinaria o fecal (28). La evidencia indirecta existente sugiere que las mujeres pueden tener dificultades para acomodar un programa de EMSP mientras se enfrentan a las demandas competitivas existentes respecto a su tiempo y priorizan las necesidades de su recién nacido (evidencia de confianza alta).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones sobre la viabilidad del uso de EMSP para la prevención o el tratamiento de la incontinencia urinaria o fecal (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar la oferta de EMSP, el aporte de información y el asesoramiento sobre posibles problemas del suelo pélvico en el período posnatal (evidencia de confianza moderada).

En una síntesis interpretativa de los problemas de las mujeres, los profesionales y los servicios asociados con la implementación del EMSP para mujeres en edad reproductiva (61) se señaló que las mujeres no tienen conocimientos sobre la incontinencia urinaria y el EMSP, y que ello puede reducir su probabilidad de buscar este tipo de apoyo. Como puede haber un cierto tabú y fatalismo en torno a la incontinencia urinaria después del parto, algunas mujeres pueden no sentirse cómodas comentando los síntomas o el tratamiento con los trabajadores de salud (61). Del mismo modo, los trabajadores de salud pueden ser reacios a plantear el problema a las mujeres como parte de la atención de rutina (61). En la síntesis se observó una falta de capacitación y apoyo para que el personal de partería complete la capacitación requerida para permitir la aplicación del EMSP como parte de la atención de maternidad, así como un acceso limitado a fisioterapeutas especializados en algunas regiones (61). En la síntesis también se señaló que las mujeres que realizan un EMSP en el período posnatal valorarían una evaluación para confirmar si están llevando a cabo las contracciones musculares del suelo pélvico correctamente. Sin embargo, la evaluación objetiva puede no formar parte de la prestación regular del servicio, y se desconoce la aceptabilidad de dicha evaluación para el personal de partería y las mujeres (61).

Cuadro 3.20 Resumen de valoraciones: EMSP posnatal en comparación con la atención habitual o con ninguna intervención

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

A.2.5 Intervenciones no farmacológicas para tratar la congestión mamaria posparto

RECOMENDACIÓN 8

Para el tratamiento de la congestión mamaria en el período posparto, se debe aconsejar y apoyar a las mujeres para que realicen una lactancia materna a demanda, para que el bebé tenga un buen posicionamiento y se prenda bien al pecho, y para la extracción de leche materna y uso de compresas tibias o frías, según las preferencias de la mujer. (Recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció que la evidencia era insuficiente para establecer conclusiones sobre el valor adicional aportado por la crema de hojas de col o repollo, las hojas de col o repollo frías, las bolsas de gel frío, las compresas de plantas calientes y el masaje mamario, agregados al asesoramiento habitual sobre la lactancia materna y al apoyo para el tratamiento de la congestión mamaria durante la lactancia, que a menudo se incorporaron a los grupos comparativos de referencia en los ensayos evaluados.
- Algunas mujeres pueden encontrar que las intervenciones no farmacológicas evaluadas alivian el dolor y la dureza de los senos y pueden optar por usar estos métodos. Se debe informar a las mujeres que no está claro si estas opciones de tratamiento para la congestión mamaria tienen efectos adversos, debido a la escasez de datos.
- En este contexto, se entiende por lactancia materna a demanda (63, 64) la de la madre que responde a las señales de su recién nacido, así como a su propio deseo de amamantar. La lactancia a demanda es distinta de la lactancia a demanda, ya que reconoce la relación recíproca entre la madre y el recién nacido y los beneficios de la lactancia materna más allá del alivio del hambre.
- Se debe informar a todas las mujeres sobre las afecciones mamarias frecuentes asociadas con la lactancia, como pezones doloridos o agrietados, congestión y mastitis, y se les debe alentar a informar cualquier signo o síntoma a los prestadores de la atención de salud.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.2.5 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada de 21 ensayos con un total de 2170 mujeres (49). En 18 de estos ensayos (1996 mujeres) se evaluaron intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria durante la lactancia. Catorce ensayos fueron ECA y cuatro fueron cuasi-ECA. Los ensayos se realizaron en diversos países de ingresos bajos y medianos y países de ingresos altos.

Los tratamientos no farmacológicos incluyeron el empleo de hojas de col o repollo frías, calientes o a temperatura ambiente aplicadas directamente en la mama; cremas de extracto de hojas de col o repollo; compresas calientes o frías (solas o combinadas con compuestos de plantas medicinales); bolsas de gel frío o refrigerado; tratamiento de Ghua-Sha (raspado); y diferentes técnicas de masaje.

Este resumen de la evidencia incluye tan solo los resultados de los ensayos que comparan una intervención con la ausencia de intervención, con un placebo o con la atención habitual. Cuatro ensayos (353 mujeres) evaluaron el uso de hojas de col o repollo aplicadas directamente en la mama en comparación con un grupo de referencia que incluyó otra intervención o la atención habitual. Dos ensayos (62 mujeres) fueron excluidos de la revisión ya que los resultados se presentaron por cada mama en lugar de por cada mujer. Un ensayo se excluyó de este resumen porque en él se comparó el uso de hojas de col o repollo a temperatura ambiente aplicadas directamente a la mama con el uso de bolsas de agua caliente. Cuatro ensayos indicaron que las mujeres de ambos grupos recibieron información y asesoramiento sobre la lactancia materna, mientras que otros dos señalaron que solamente las mujeres del grupo de referencia recibieron información y asesoramiento sobre la lactancia materna. Además, en algunos ensayos la atención habitual incluyó el uso de compresas calientes (3 ensayos).

Los autores de la revisión no pudieron agrupar los resultados de los ensayos en un metanálisis debido a la heterogeneidad de las intervenciones, la evaluación y la presentación de los resultados.

Comparación 1: Crema de extracto de hojas de col o repollo en comparación con un placebo

En un ensayo (39 mujeres) se comparó una crema de extracto de hojas de col o repollo al 1% con una crema placebo.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el uso de una crema con extracto de hojas de col o repollo al 1% reduce el dolor o la congestión mamaria (medida mediante una escala autoevaluada de seis puntos elaborada por Hill y Humenick) en comparación con una crema placebo (evidencia de certeza muy baja)³³.

En este ensayo no se informó sobre los *efectos adversos o el funcionamiento y bienestar maternos*. En la revisión sistemática no se informó sobre la *morbilidad materna a corto plazo, el uso de los servicios de salud o la experiencia de la atención posnatal*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el ensayo incluido no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* o los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

En general, los trabajadores de salud valoran mucho la promoción de la lactancia materna y las intervenciones que pueden ayudarles a proporcionar un mejor asesoramiento y apoyo a las mujeres que amamantan.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria después del parto.

33 Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact.* 1994;10(2):79-86. doi:10.1177/089033449401000212.

Cuadro 3.21 Principales necesidades de recursos para la crema de extracto de hojas de col o repollo

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none">Personal de partería o enfermería, o no se requiere personal cuando se la aplica la propia mujer.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">Capacitación en partería o enfermería basada en la práctica, o no se requiere ninguna.
Insumos	<ul style="list-style-type: none">Crema de hojas de col o repollo = aproximadamente US\$ 30,00 el tubo de 60 ml.
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none">Habitación tranquila y segura propicia para la privacidad (cortina, puerta, pared).
Tiempo	<ul style="list-style-type: none">Aplicación generosa en ambas mamas y dejarla actuar durante 2 horas.
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none">Igual que para la atención habitual.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para tratar la congestión mamaria después del parto. El costo de la crema de extracto de hojas de col o repollo puede ser prohibitivo para algunas mujeres y ello puede reducir la equidad. Es improbable que la crema de extracto de hojas de col o repollo sea proporcionada por el servicio de salud. Sin embargo, si se puede obtener a través del servicio de salud, es posible que no tenga ningún efecto en la equidad o que la aumente.

Otras consideraciones

A pesar de que se reconocen los beneficios para la salud, emocionales, psicosociales y sociales de la lactancia materna para las mujeres y los niños, las tasas de lactancia materna en todo el mundo son insuficientes, en especial en las mujeres con ingresos bajos. El aumento del inicio y la duración de la lactancia materna en las mujeres con ingresos bajos, incluida la prevención de los problemas mamarios que pueden afectar la continuación de la lactancia materna, no solo ofrecería mejores beneficios para la salud de la madre y el recién nacido, sino que también disminuiría la carga económica soportada por este grupo en la comunidad (65, 66).

Aceptabilidad

Una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre los tratamientos no farmacológicos para la congestión mamaria (28). Sin embargo, la evidencia indirecta obtenida en esta revisión sugiere que las mujeres apreciarían cualquier

técnica o tratamiento que proporcione un alivio de la congestión mamaria (evidencia de confianza alta), ya que es probable que mejoren el desarrollo de la relación entre la madre y el recién nacido, así como la autopercepción de la imagen corporal, y que aumenten el bienestar psicosocial (evidencia de confianza alta). Los resultados de esta misma revisión indican también que, en algunos contextos, las mujeres pueden preferir usar prácticas tradicionales, que incluyen alimentación, plantas medicinales (hojas de col o repollo u otras), masajes o sanación espiritual, para tratar los problemas asociados con la lactancia materna (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

Probablemente la mayoría de las mujeres aceptarían una intervención simple que consista en la aplicación de una crema en las mamas para reducir la congestión y para la posible prevención de complicaciones como la mastitis. Sin embargo, algunas mujeres que amamantan pueden ser reacias a aplicar una crema directamente en el pecho, si les preocupa que el recién nacido ingiera la crema mientras mama o si tienen que quitarse la crema antes de amamantar.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

La aplicación de crema es una intervención simple y fácil que cabe prever que se lleve a cabo de un modo viable en la mayoría de los entornos.

Cuadro 3.22 Resumen de valoraciones: Crema de extracto de hojas de col o repollo en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

Comparación 2: Hojas de col o repollo frías aplicadas directamente a la mama en comparación con el cuidado habitual

En un ensayo de tres grupos (228 mujeres) se comparó el uso de hojas frías de col aplicadas directamente a la mama con la atención habitual (incluidas las clases posnatales diarias mientras permanecen ingresadas, durante los pases de visita realizados por consultores de lactancia, folletos en el hospital) o con las bolsas con gel frío. En esta comparación se consideran las hojas de col o repollo frías frente al grupo de cuidado de rutina.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las hojas de col o repollo frías reduzcan el dolor

mamario en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 152 mujeres; DM 1,03 inferior, IC del 95%: 1,53 inferior a 0,53 inferior). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las hojas de col o repollo frías reduzcan la dureza mamaria (medida en una escala de evaluación de la congestión mamaria) en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 152 mujeres; DM 0,58 inferior, IC del 95%: 0,82 inferior a 0,34 inferior).

Funcionamiento y bienestar maternos: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las hojas de col o repollo frías aumenten la satisfacción de las mujeres (satisfechas o muy satisfechas) en comparación con la atención habitual (1 ensayo 152 mujeres; RR 1,42, IC del 95%: 1,22 a 1,64).

En el ensayo incluido no se informó sobre los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se informó sobre la *morbilidad materna a corto plazo*, el *uso de los servicios de salud* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Duración de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que es posible que las hojas de col o repollo frías comporten poca o ninguna diferencia en el riesgo de abandono de la lactancia materna antes de los seis meses en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 108 mujeres; RR 1,75, IC del 95%: 0,93 a 3,30).

En la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2:

Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a los valores de los trabajadores de salud son las mismas que para la *Comparación 1: Crema de extracto de hojas de col o repollo en comparación con un placebo*.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria después del parto.

Cuadro 3.23 Principales necesidades de recursos para las hojas de col o repollo frías aplicadas directamente a la mama

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, o no se requiere personal cuando se las aplica la propia mujer.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en partería o enfermería basada en la práctica, o no se requiere ninguna.
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de col o repollo verde común refrigeradas La disponibilidad y el costo varían según la región; costo indicativo = US\$ 0,5-1,3 por cabeza de col Utensilios de cocina u otro instrumento afilado para preparar las hojas.
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones de refrigeración y almacenamiento en frío (incluido el suministro eléctrico) Acceso a agua limpia para lavar y preparar las hojas Habitación tranquila y segura propicia para la privacidad (cortina, puerta, pared).
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de aplicación de 2 a 8 horas (con uso de hojas frescas cada 2 horas).
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para tratar la congestión mamaria después del parto. Es probable que el impacto de las hojas de col o repollo frías para tratar la congestión mamaria después del parto varíe según el entorno. Esta intervención requiere un acceso a agua salubre, refrigeración y almacenamiento en frío, que es limitado en muchos países de ingresos bajos. La col fresca está disponible de manera habitual en muchas zonas, pero puede haber limitaciones allí donde haya un acceso restringido a productos frescos. La disponibilidad de col puede variar según la región. Cuando se dispone con facilidad de los insumos e instalaciones necesarios, las hojas de col o repollo frías pueden no tener ningún efecto en la equidad o pueden aumentarla.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad en la salud son las mismas que para la *Comparación 1: Crema de extracto de hojas de col o repollo en comparación con un placebo*.

Aceptabilidad

Las evidencia relativa a la aceptabilidad es la misma que para la *Comparación 1: Crema de extracto de hojas de col en comparación con un placebo*.

Otras consideraciones

Probablemente la mayoría de las mujeres aceptarían una intervención simple como la aplicación de hojas de col o repollo frías en las mamas para reducir la congestión y para la posible prevención de complicaciones como la mastitis.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

El acceso a la refrigeración y al agua salubre es limitado en muchos entornos de ingresos bajos. El acceso a productos frescos también puede ser limitado en algunos entornos.

Cuadro 3.24 Resumen de valoraciones: Hojas de col o repollo fría en comparación con el cuidado habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Moderados
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Moderada
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a las hojas de col o repollo frías
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 3: Bolsas con gel frío aplicadas directamente a la mama en comparación con el cuidado habitual

En un ensayo de tres grupos (228 mujeres) se comparó el uso de hojas de col o repollo frías aplicadas directamente a la mama con la atención estandarizada o con las bolsas con gel frío. En esta comparación se consideran las bolsas con gel frío (bolsa con gel refrigerada aplicada a cada mama durante dos horas seguido de media hora de descanso antes de repetir la aplicación) más la atención habitual, frente a la atención habitual sola (incluidas las clases posnatales diarias durante el ingreso en los pases de visita realizados por consultores de lactancia, y folletos en el hospital). En otro ensayo (88 mujeres) se comparó las bolsas con gel frío adaptadas a la forma de la mama (usadas de 15 a 20 minutos después de dos tomas consecutivas) con la atención habitual. Los resultados de este ensayo no se incluyeron en las tablas de resumen de la revisión debido a las altas tasas de cambio de grupo de tratamiento.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las bolsas con gel frío pueden implicar poca o ninguna diferencia en el dolor mamario en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 151 mujeres; DM 0,4 inferior, IC del 95%: 0,91 inferior a 0,11 inferior). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las bolsas con gel frío reduzcan el número de mujeres con dureza mamaria en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 151 mujeres; DM 0,34 inferior, IC del 95%: 0,6 inferior a 0,08 inferior).

Funcionamiento y bienestar maternos: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las bolsas con gel frío pueden implicar poca o ninguna diferencia en la satisfacción de las mujeres (el número de mujeres

que estaban satisfechas o muy satisfechas) en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 151 mujeres; RR 1,17; IC del 95%: 0,97 a 1,40).

En el ensayo incluido no se informó sobre los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se informó sobre la *morbilidad materna a corto plazo, el uso de los servicios de salud o la experiencia de la atención posnatal*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las bolsas con gel frío pueden implicar poca o ninguna diferencia en el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 109 mujeres; RR 1,03, IC del 95%: 0,50 a 2,14).

En la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a los valores de los trabajadores de salud son las mismas que para las comparaciones anteriores.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria después del parto.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones farmacológicas para tratar la congestión mamaria después del parto. Es probable que el impacto de las bolsas con gel frío en la equidad en la salud varíe según los entornos. Estos tratamientos requieren un

Cuadro 3.25 Principales necesidades de recursos para las bolsas con gel frío aplicadas directamente a las mamas

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, o no se requiere personal cuando se las aplica la propia mujer.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en partería o enfermería basada en la práctica, o no se requiere ninguna
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Bolsas mamarias reutilizables calientes o frías o similares (aproximadamente US\$ 20,00 por paquete de dos) Toallas u otra barrera cutánea
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones de refrigeración y almacenamiento en frío (incluido el suministro eléctrico) Habitación tranquila y segura propicia para la privacidad (cortina, puerta, pared)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> El tiempo de aplicación varía entre 15 minutos y hasta 4 horas (con interrupciones en la aplicación)
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

acceso a refrigeración y almacenamiento en frío, que es limitado en muchos países de ingresos bajos. La disponibilidad de compresas con gel también puede ser limitada en estos entornos.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Aceptabilidad

La evidencia en torno a la aceptabilidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

Probablemente la mayoría de las mujeres aceptarían una intervención simple como la aplicación de bolsas con gel frías en las mamas para reducir la congestión y para la posible prevención de complicaciones como la mastitis.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

El acceso a la refrigeración y a las compresas con gel es limitado en muchos países de ingresos bajos.

Cuadro 3.26 Resumen de valoraciones: Bolsas con gel frío aplicadas directamente a las mamas en comparación con el cuidado habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No es favorable a ninguno de los dos
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 4: Compresas de plantas medicinales tibias en comparación con el cuidado habitual (incluidas las compresas tibias sin plantas medicinales)

Tres ensayos (610 mujeres) compararon las compresas de plantas medicinales tibias o calientes con la atención habitual (incluidas las compresas tibias sin plantas medicinales). En un ensayo se comparó las bolas de compresas de plantas medicinales calientes (con jengibre *Cassumunar*, cúrcuma y alcanfor) con las bolas de compresas sin plantas medicinales (500 mujeres). En otro ensayo se comparó las compresas tibias seguidas de compresas de hojas de malvarrosa con las compresas tibias solas (40 mujeres). En el último ensayo se comparó las compresas tibias de jengibre con la atención habitual (76 mujeres), pero los resultados se presentaron por cada mama y, por lo tanto, no se incluyeron en la revisión sistemática.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que las bolas de compresas a base de plantas medicinales reducen probablemente el dolor mamario en comparación con la atención habitual (incluidas las bolas de compresas tibias sin plantas medicinales) (1 ensayo, 500 mujeres; DM 1,8 inferior, IC del 95%: 2,07 inferior a 1,53 inferior). No está claro si las compresas de hojas de malvarrosa tienen algún efecto sobre la congestión mamaria en comparación con la atención habitual (incluidas las compresas tibias sin plantas medicinales).

Efectos adversos: No está claro si las bolas de compresas a base de plantas medicinales tienen algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos*. En la revisión sistemática no se informó sobre la morbilidad materna a corto plazo, el *uso de los servicios de salud* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el ensayo incluido no se informó sobre la *situación de la lactancia materna*. En la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Otras consideraciones

El ensayo indicó que dos mujeres del grupo de bolas de compresas a base de plantas medicinales presentaron una irritación de la piel en comparación con ninguna del grupo de referencia (2/250 y 0/250, respectivamente).

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a los valores de los trabajadores de salud son las mismas que para las comparaciones anteriores.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria después del parto.

Otras consideraciones

Es posible que se requiera que un herbolario prepare una solución de malvarrosa. En algunos entornos, es posible que las mujeres sepan preparar ellas mismas en casa esta y otras soluciones de plantas medicinales.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para tratar la congestión mamaria después del parto. Es probable que el impacto de las compresas calientes de plantas medicinales para tratar la congestión mamaria después del parto varíe según el entorno. El tratamiento con compresas de plantas medicinales puede reducir la equidad, ya que a las mujeres les puede resultar difícil de acceder a ellas debido a la disponibilidad limitada y los posibles costos personales, en especial si los productos son proporcionados por un herbolario o similar y no se puede acceder a ellos localmente o prepararlos en casa. El crecimiento de plantas como la malvarrosa puede variar según la región.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Aceptabilidad

La evidencia en torno a la aceptabilidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

Probablemente la mayoría de las mujeres aceptaría una intervención simple como la aplicación de compresas calientes de plantas medicinales aplicadas a las mamas para reducir la congestión y para la posible prevención de complicaciones como la mastitis.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

La viabilidad puede ser limitada en entornos donde los productos solo pueden ser proporcionados por un herbolario o similar y no se puede acceder a ellos localmente o prepararlos en casa.

Cuadro 3.27 Principales necesidades de recursos para las compresas calientes (con o sin plantas medicinales)

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, o no se requiere personal cuando se las aplica la propia mujer Es posible que se requiera que un herbolario prepare una solución de malvarrosa
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en partería o enfermería basada en la práctica, o no se requiere ninguna. Capacitación en fitoterapia según corresponda
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Solución a base de plantas medicinales hierbas u otra solución (por ejemplo, malvarrosa o jengibre) y empaquetado (bola, compresa, almohadilla) Toallas u otra barrera cutánea
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones para calentar, equipos e instalaciones para hervir agua Instalaciones para preparar soluciones de plantas medicinales (por ejemplo, las hojas y el tallo de la malvarrosa se secan, se muelen y se exponen a la luz ultravioleta) (67) Para la aplicación, habitación tranquila y segura que propicie la privacidad (cortina, puerta, pared)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> El tiempo de aplicación varía entre 10 y 20 minutos para una sola aplicación, y hasta 1 hora y media tres veces al día durante dos días.
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Cuadro 3.28 Resumen de valoraciones: Compresas tibias (con o sin plantas medicinales) en comparación con el cuidado habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 5: Masaje mamario en comparación con la atención habitual (sin masaje mamario)

En un ensayo se comparó el masaje mamario Oketani³⁴ con la atención habitual (educación sanitaria sobre las técnicas adecuadas de lactancia materna, lactancia materna frecuente y compresas calientes). El ensayo se excluyó de los análisis ya

que los resultados se presentaron por cada mama en lugar de por cada mujer.

En otro ensayo de tres grupos (200 mujeres) se comparó el masaje mamario alternado con compresas frías de cactus y aloe, con las compresas frías de cactus y aloe solas, así como con el masaje mamario solo. Los autores de la revisión solamente presentaron en esta comparación los grupos que evaluaron la terapia de masaje más las compresas de cactus y aloe en comparación con las compresas de cactus y aloe solas; en la revisión no se presentaron los grupos que compararon el masaje mamario solo con las compresas de cactus y aloe solas.

Otras consideraciones

La revisión sistemática Cochrane incluyó dos ensayos que consideraron el tratamiento con ultrasonidos y uno sobre el masaje electromecánico. Estos ensayos no se incluyeron en este marco ya que la terapia con ultrasonidos se consideró técnicamente compleja y no viable a nivel mundial.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a los valores de los trabajadores de salud son las mismas que para las comparaciones anteriores.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria después del parto.

Otras consideraciones

El costo del masaje mamario aplicado por masajistas terapéuticos profesionales podría ser relativamente alto, dependiendo de la ubicación y el entorno.

³⁴ Masaje de tejido conjuntivo desarrollado por la partera Sotomi Oketani.

Cuadro 3.29 Principales necesidades de recursos para el masaje mamario

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, o masajista especialista (con autorización para realizar masajes mamarios).
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en masaje mamario posnatal (para personal de partería o enfermería) o bien certificación en terapia de masaje con licencia para ofrecer masaje mamario
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Varían según la técnica específica, pero incluye lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - información (escrita o gráfica, por ejemplo, folletos) (en caso de autoaplicación) - toallas calientes y lubricante natural para masaje - silla, cama o camilla de masaje
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones para calentar (según la región) Habitación tranquila y segura propicia para la privacidad (cortina, puerta, pared) Silla, cama o camilla de masaje
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Varía según la técnica (por ejemplo, el método Oketani dura 30 minutos una vez al día durante dos días consecutivos) (68)
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para tratar la congestión mamaria después del parto. Es probable que el impacto del masaje mamario para tratar la congestión mamaria después del parto varíe según el entorno. El masaje mamario puede reducir la equidad, ya que a las mujeres les puede resultar difícil acceder a él debido a la disponibilidad limitada de servicios y los posibles costos personales, en especial si el servicio es proporcionado por personal especializado. Cuando el masaje mamario puede ser realizado por personal de partería u otro personal de salud con capacitación especializada, o puede autoaplicarse previa instrucción, puede no tener ningún efecto en la equidad en la salud o puede aumentarla.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Aceptabilidad

La evidencia en torno a la aceptabilidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

La viabilidad puede ser limitada en entornos en los que el masaje mamario solo puede ser realizado por un masajista terapéutico especializado. Cuando el personal de maternidad puede acceder a la

capacitación para realizar el masaje mamario o este es realizado por la propia mujer, la intervención puede ser viable.

Cuadro 3.30 Resumen de valoraciones: Masaje mamario en comparación con el cuidado habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	No se incluyó ningún estudio
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

A.2.6 Intervenciones farmacológicas para tratar la congestión mamaria posparto

RECOMENDACIÓN 9

No se recomienda el uso de intervenciones farmacológicas como la oxitocina subcutánea y la terapia enzimática proteolítica para el tratamiento de la congestión mamaria en el período posparto. (No recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices hizo hincapié en el asesoramiento y el apoyo a la lactancia materna como tratamiento de elección para la congestión mamaria después del parto (véase la recomendación 8 de estas directrices).
- Todas las mujeres deben recibir asesoramiento y apoyo continuos sobre la lactancia materna y deben decidir sobre las opciones de tratamiento de la congestión mamaria en función de sus preferencias individuales.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.2.6 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada de 21 ensayos con 2170 mujeres (49). En tres de estos ensayos (174 mujeres) se evaluaron intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria durante la lactancia.

Uno de los ensayos incluidos fue un ECA y dos fueron cuasi-ECA. Los ensayos se realizaron en Japón, Singapur y Suecia. En la mayoría de los ensayos se reclutaron a mujeres con mamas hinchadas, duras y dolorosas (con o sin dificultad en la lactancia materna). Los tratamientos farmacológicos consistieron en oxitocina subcutánea, comprimidos orales de complejo de proteasas y serrapeptasa oral (enzimas proteolíticas antiinflamatorias). La duración de las intervenciones varió entre una sola aplicación y los tratamientos administrados durante un máximo de tres días. Todos los ensayos indicaron que las mujeres de ambos grupos recibieron información y asesoramiento sobre la lactancia materna. El seguimiento fue de entre 15 minutos y seis meses después de la intervención. La mayoría de los ensayos realizaron un seguimiento de las mujeres durante dos a siete días, o hasta la mejoría de los síntomas.

Los autores de la revisión no pudieron agrupar los resultados de los ensayos en un metanálisis debido a la heterogeneidad de las intervenciones, la evaluación y la presentación de los resultados.

Comparación 1: Oxitocina subcutánea en comparación con un placebo

En un ensayo (45 mujeres) se comparó la administración diaria de 2,5 UI de oxitocina por vía subcutánea hasta el restablecimiento de la blandura mamaria, frente a un placebo.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el uso de oxitocina subcutánea tiene algún efecto sobre la congestión mamaria a los tres días de tratamiento en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

En el ensayo incluido no se informó sobre los efectos adversos. En la revisión sistemática no se informó sobre la *morbilidad materna a corto plazo, el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.*

Resultados en recién nacidos y lactantes

En la revisión sistemática no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Otras consideraciones

En ninguno de los ensayos se evaluaron los efectos y la seguridad de otras formas de oxitocina (aerosol oral o nasal) sobre la congestión mamaria.

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

En general, los trabajadores de salud valoran mucho la promoción de la lactancia materna y las intervenciones que pueden ayudarles a proporcionar un mejor asesoramiento y apoyo a las mujeres que amamantan.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria.

Cuadro 3.31 Principales necesidades de recursos para la oxitocina subcutánea

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> La oxitocina requiere administración subcutánea por parte de trabajadores de salud calificados (personal médico, partería o enfermería)
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere capacitación basada en la práctica para que los trabajadores de salud administren inyecciones y supervisen y controlen los efectos adversos esperados e inesperados, según la capacitación habitual del personal de maternidad. Es posible que se requiera alguna capacitación adicional si se introduce la vía subcutánea de administración de oxitocina en entornos donde no ha estado disponible previamente
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Costo indicativo de la oxitocina: <ul style="list-style-type: none"> - 5 UI (inyectable) = US\$ 0,1885 por ml (57) - 10 UI: US\$ 0,22-1,19 por ml (69, 70) Agujas y jeringas Torundas con alcohol Recipiente para objetos punzocortantes
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado, y cama o camilla de masaje Almacenamiento y transporte con cadena de frío
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión y seguimiento para garantizar el uso adecuado, la disponibilidad de existencias y la calidad

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones farmacológicas para tratar la congestión mamaria después del parto. Es probable que el impacto en la equidad en la salud de la oxitocina subcutánea varíe según la región geográfica y el contexto. La oxitocina es relativamente barata y es fácil de obtener en una gran variedad de entornos. Sin embargo, los niveles de existencias irregulares y la sensibilidad al calor pueden limitar el uso en los países de ingresos bajos y medianos de escasos recursos, en especial en zonas rurales aisladas.

Otras consideraciones

A pesar de que se reconocen los beneficios para la salud, emocionales, psicosociales y sociales de la lactancia materna para las mujeres y los niños, las tasas de lactancia materna en todo el mundo son insuficientes, en especial en las mujeres con ingresos bajos. El aumento del inicio y la duración de la lactancia materna en las mujeres con ingresos bajos, incluida la prevención de los problemas mamarios que pueden afectar la continuación de la lactancia materna, no solo ofrecería mejores beneficios para la salud de la madre y el recién nacido, sino que también disminuiría la carga económica soportada por este grupo en la comunidad (65, 66).

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las intervenciones farmacológicas para aliviar los síntomas de la congestión mamaria (27). La evidencia indirecta obtenida en esta revisión sugiere que las mujeres apreciarían cualquier intervención que proporcione un alivio de la congestión mamaria (evidencia de confianza alta), ya que es probable que mejoren el desarrollo de la relación entre la madre y el recién nacido, así como la autopercepción de la imagen corporal, y que aumenten el bienestar psicosocial (evidencia de confianza alta). Sin embargo, los resultados de esta misma revisión indican también que, en algunos contextos, las mujeres pueden preferir usar prácticas tradicionales, que incluyen alimentación, plantas medicinales (hojas de col o repollo u otras), masajes o sanación espiritual, para tratar los problemas asociados con la lactancia materna (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

Un procedimiento invasivo y doloroso que implica una inyección diaria puede no ser aceptable para muchas mujeres, especialmente dada la evidencia limitada existente sobre sus efectos, y teniendo en cuenta que se dispone de otras opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las limitaciones de recursos pueden influir en el uso efectivo de la oxitocina en los países de ingresos bajos y medianos. El suministro irregular y las reservas sobre el almacenamiento de la oxitocina en zonas con un servicio eléctrico limitado o poco uniforme dificultan la utilización. Sin embargo, la oxitocina inyectable puede estar disponible en los centros de salud, ya que ya se usa ampliamente en todo el mundo para otras indicaciones (por ejemplo, la prevención y el tratamiento de la hemorragia tras el parto y la inducción del trabajo de parto).

La oxitocina (10 UI en 1 ml para inyección) figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (58).

Cuadro 3.32 Resumen de valoraciones: Oxitocina subcutánea en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente no
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 2: Enzimas proteolíticas en comparación con un placebo

Comparación 2a: Complejo de proteasas oral en comparación con un placebo

En un ensayo (59 mujeres) publicado en 1965 se comparó la administración oral de un complejo de proteasas (comprimido con recubrimiento entérico que contiene bromelaína y tripsina) con un placebo. No estuvo claro si todas las mujeres incluidas en el ensayo estaban amamantando.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si el uso del complejo de proteasas oral tiene algún efecto sobre el dolor mamario o la hinchazón mamaria en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si las proteasas orales tienen algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con un placebo, ya que la evidencia descriptiva narrativa se consideró de certeza muy baja.

La morbilidad materna a corto plazo, el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos y la experiencia de la atención posnatal no se presentaron en la revisión sistemática.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En la revisión sistemática no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Comparación 2b: Serrapeptasa oral en comparación con un placebo

En un ensayo (70 mujeres) se comparó la serrapeptasa oral (Danzen), un medicamento enzimático proteolítico antiinflamatorio derivado de *Serratia E15* (aislada del intestino del gusano de seda) con un placebo. Los autores presentaron los porcentajes acumulados en el apartado de resultados, que los autores de la revisión corrigieron. Los autores del ensayo indicaron que se fomentó la lactancia materna durante el estudio, pero solo cuatro mujeres del grupo de tratamiento y ocho del grupo de placebo amamantaron a sus hijos durante el período de prueba.

Resultados maternos

Alivio de los síntomas: No está claro si la serrapeptasa oral tiene algún efecto sobre el dolor mamario o la hinchazón mamaria en comparación con un placebo (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que la serrapeptasa oral puede reducir la congestión mamaria en comparación con un placebo (1 ensayo, 70 mujeres; RR 0,36, IC del 95%: 0,14 a 0,88).

Efectos adversos: No está claro si la serrapeptasa oral tiene algún efecto sobre los efectos adversos en comparación con un placebo, ya que la evidencia descriptiva narrativa se consideró de certeza muy baja.

En la revisión sistemática no se informó sobre la *morbilidad materna a corto plazo, el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal.*

Resultados en recién nacidos y lactantes

En la revisión sistemática no se informó sobre la situación de la lactancia materna o los efectos adversos.

Otras consideraciones

Los ensayos incluidos no aportaron información sobre los efectos adversos en los grupos de proteasas, de serrapeptasa o de placebo.

La bromelaína y la serrapeptasa también se

comercializan como suplementos alimentarios o nutricionales y están ampliamente disponibles para su compra sin receta médica. Una revisión sistemática de la evidencia existente en torno al uso de serratiopeptidasa concluyó que la evidencia es insuficiente para respaldar su uso como analgésico y como suplemento de salud (71).

Valores

Véase el recuadro 3.1 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la congestión mamaria.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones farmacológicas para tratar la congestión mamaria después del parto. El costo de las enzimas proteolíticas puede ser prohibitivo para algunas mujeres y ello puede reducir la equidad. También es probable que su disponibilidad varíe según la región. Sin embargo, es posible que las enzimas proteolíticas no tengan ningún efecto en la equidad o que puedan aumentarla cuando los tratamientos son proporcionados por los centros de salud.

Cuadro 3.33 Principales necesidades de recursos para las enzimas proteolíticas

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, partería o de enfermería, o no se requiere personal (cuando la mujer lo compra de forma privada como suplemento alimentario o nutricional).
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica para los trabajadores de salud, o no se requiere ninguna
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Enzimas proteolíticas (por ejemplo, bromelaína, serrapeptasa, administración oral) = aproximadamente US\$ 20–30 por 90 cápsulas (US\$ 0,22–0,33 por comprimido o cápsula)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos Múltiples comprimidos tomados varias veces al día
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad en la salud son las mismas que para la *Comparación 1: Oxitocina subcutánea en comparación con un placebo*.

Aceptabilidad

La evidencia relativa a la aceptabilidad es la misma que para la *Comparación 1: Oxitocina subcutánea en comparación con un placebo*.

Otras consideraciones

Se prevé que tomar comprimidos orales que contengan sustancias que ayudan al organismo a descomponer las proteínas sería una intervención aceptable para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, dada la información limitada sobre el perfil de seguridad de las enzimas proteolíticas, como la seguridad a largo plazo de la serrapeptasa (71), es poco probable que las mujeres que amamantan acepten esta intervención.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.3 en el apartado 3.A.2: Intervenciones para los signos y síntomas fisiológicos comunes.

Otras consideraciones

Las enzimas proteolíticas están disponibles en algunos entornos, como productos de venta libre o en línea, en forma de suplemento dietético. Los precios indicativos sugieren que el costo de estos

suplementos puede ser prohibitivo para algunas mujeres.

No se incluyen enzimas proteolíticas en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (58).

Cuadro 3.34 Resumen de valoraciones: Enzimas proteolíticas en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente no
Viabilidad	Probablemente no

A.3 MEDIDAS PREVENTIVAS

Antecedentes

El GDG consideró la evidencia y otros datos de interés para sustentar las recomendaciones sobre la prevención de las siguientes afecciones.

Mastitis

La mastitis es una afección inflamatoria de la mama, que se manifiesta por dolor, enrojecimiento e hinchazón mamarios, y que puede ir acompañada o no de infección (50). Aproximadamente una de cada cuatro mujeres que amamantan durante las primeras 26 semanas del período posparto sufre una mastitis (72). La mastitis no infecciosa puede ser el resultado de la estasis de la leche, la obstrucción de los conductos, la congestión o el daño del pezón o del tejido mamario a menudo asociado con una mala posición y un mal acoplamiento del recién nacido a la mama, y el vaciado mamario incompleto (50). La mastitis infecciosa puede ser consecuencia del agrietamiento o traumatismo de los pezones y puede conducir a la formación de abscesos (50). La prevención de la mastitis implica generalmente la extracción efectiva de la leche, asegurar una buena colocación y acoplamiento del recién nacido, un masaje mamario durante la lactancia, así como medidas de apoyo como descanso, consumo suficiente de líquidos, aplicación de compresas tibias y analgésicos orales.

Estreñimiento posparto

Se entiende por estreñimiento la presencia de deposiciones infrecuentes, duras, secas o voluminosas cuya evacuación es difícil o dolorosa, una sensación de evacuación incompleta u obstrucción, o la necesidad de maniobras manuales para completar la evacuación (73). La prevalencia del estreñimiento posparto declarado por la propia mujer es del 15% al 62% (74). Las causas del estreñimiento posparto incluyen los cambios hormonales durante el embarazo y el período posparto, los trastornos del suelo pélvico (incluido el dolor perineal después del parto y el traumatismo

perineal), el miedo a la apertura de la herida perineal, los hemorroides y los efectos adversos de los suplementos de hierro o los medicamentos recibidos durante el embarazo y el parto (por ejemplo, analgésicos, opiáceos, sulfato de magnesio o enemas) (74). La alteración del consumo alimentario durante el trabajo de parto activo y en los días inmediatamente posteriores al parto puede afectar negativamente el hábito intestinal. En el período posparto posterior, las prácticas culturales y las restricciones alimentarias, la alteración del consumo de alimentos y agua, y las preocupaciones emocionales también pueden afectar el hábito intestinal (74). Las estrategias para prevenir el estreñimiento incluyen intervenciones farmacológicas (p. ej., laxantes) e intervenciones no farmacológicas (p. ej., modificación de la alimentación y el estilo de vida y asesoramiento sobre la postura durante las deposiciones) (74).

Además de la recomendación del GDG sobre lo anterior, en este apartado de las directrices se incluyen cuatro conjuntos de recomendaciones sobre medidas preventivas que se han integrado a partir de las directrices de la OMS sobre la prevención de infecciones maternas que son de interés para la atención posnatal de rutina.

Recuadro 3.4. Valores

Los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa de estudios en los que se ha explorado lo que las mujeres quieren de la atención posnatal (21) indican que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También quieren adaptarse a los cambios en sus relaciones íntimas y familiares (incluida la relación con su recién nacido), afrontar los desafíos físicos y emocionales comunes y experimentar un logro dinámico de crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y en tanto que personas en su propio contexto cultural.

A.3.1 Intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis posparto

RECOMENDACIÓN 10

A fin de la prevención de la mastitis en el período posparto, se debe aconsejar y apoyar a las mujeres para que realicen una lactancia materna a demanda, para que el bebé tenga un buen posicionamiento y se prenda bien al pecho, y para la extracción manual de leche materna y el uso de compresas tibias o frías, según las preferencias de la mujer. (Recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció que la evidencia era insuficiente para establecer conclusiones sobre el valor adicional aportado por los probióticos, los alimentos inductores de factores antiseoretos, el masaje de puntos de acupuntura y la educación en materia de salud especializada en lactancia materna al agregarlos al asesoramiento habitual sobre la lactancia materna y el apoyo para la prevención de la mastitis durante la lactancia, intervenciones que a menudo se incorporaron a los grupos de referencia de los ensayos evaluados.
- En este contexto, se entiende por lactancia materna a demanda (63, 64) la de la madre que responde a las señales de su recién nacido, así como a su propio deseo de amamantar. La lactancia a demanda es distinta de la lactancia a demanda, ya que reconoce la relación recíproca entre la madre y el recién nacido y los beneficios de la lactancia materna más allá del alivio del hambre.
- Se debe informar a todas las mujeres sobre las afecciones mamarias frecuentes asociadas con la lactancia, como pezones doloridos o agrietados, congestión y mastitis, y se les debe alentar a informar cualquier signo o síntoma a los prestadores de la atención de salud.
- Los trabajadores de salud deben apoyar a las mujeres para que continúen amamantando con congestión mamaria si lo desean, según la directriz de la OMS del 2017 sobre proteger, promover y apoyar la lactancia materna en las instalaciones que brindan servicios a madres y recién nacidos (75).
- Todas las mujeres deben recibir asesoramiento sobre la lactancia materna de conformidad con la directriz de la OMS del 2018 sobre el asesoramiento a las mujeres para mejorar las prácticas de lactancia materna (76).

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.3.1 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada sobre las intervenciones para prevenir la mastitis después del parto (50), que incluye 10 ensayos con un total de 3034 mujeres. Esta revisión incluyó intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, que se abordaron por separado para los fines de estas directrices. El presente resumen incluye seis ensayos (2215 mujeres) que evaluaron intervenciones no farmacológicas y que se realizaron en Australia (1), Brasil (1), China (2), España (1) y Suecia (1), y se publicaron entre el 2004 y el 2018.

En dos ensayos (de los cuales solamente en uno se aportó datos) se compararon probióticos con un placebo. En los otros tres ensayos se evaluaron los cereales procesados hidrotérmicamente, la educación en materia de salud especializada sobre la lactancia materna en el hospital y el masaje mamario en puntos de acupuntura.

En todos los ensayos se incluyó a mujeres que no tenían mastitis en el momento de la inclusión.

Comparación 1: Probióticos en comparación con un placebo

Los probióticos se administraron diariamente en forma de cápsulas que contenían *Lactobacillus fermentum* 3 en un ensayo (625 mujeres). Los resultados del ensayo más grande realizado en Australia (639 mujeres) no están disponibles debido a un acuerdo contractual entre el proveedor de probióticos y los autores del ensayo.

Resultados maternos

Prevención de los síntomas: No está claro si los probióticos reducen el número de mujeres con lesiones en los pezones en los seis meses posteriores al parto o el dolor mamario (evidencia de certeza muy baja).

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los probióticos pueden implicar poca o ninguna diferencia en el riesgo de mastitis en comparación con un placebo (1 ensayo, 291 mujeres; RR 0,58, IC del 95%: 0,33 a 1,02).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o los efectos adversos. En la revisión sistemática no se informó sobre el uso de los servicios de salud o la experiencia de la atención posnatal.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En los ensayos incluidos no se informó la *situación de la lactancia materna* y en la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Otras consideraciones

El ensayo más grande de evaluación de los probióticos (639 mujeres), que en el que se comparó los probióticos con un placebo, fue el ensayo para el cual no se dispuso de datos debido a las restricciones impuestas a los autores del ensayo por el fabricante del producto de la intervención. Con la inclusión de tan solo otro ensayo en esta comparación, es probable que la inclusión de estos datos hubiera tenido un impacto sustancial en los resultados generales.

Otra revisión sistemática Cochrane sobre la efectividad y la seguridad de los tratamientos para la congestión mamaria durante la lactancia, que incluyó 21 ensayos (2170 mujeres), se actualizó en el 2020 (49). Si bien la mastitis fue un criterio de valoración preespecificado para la revisión, los ensayos no incluyeron la mastitis como criterio de valoración.

Valores

Véase el recuadro 3.4 del apartado 3.A.3: Medidas preventivas.

Además, los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa que ha explorado lo que las mujeres desean de la atención posnatal (27) destacan la importancia que las mujeres otorgan a la lactancia materna como medio para establecer una relación con su recién nacido (evidencia de confianza moderada) y los retos imprevistos que a veces tienen que afrontar cuando la lactancia materna es difícil o dolorosa (evidencia de confianza moderada). Los resultados sugieren también que las mujeres recibirían con agrado cualquier apoyo o información adicionales y, cuando sea apropiado, un tratamiento (farmacológico o no

farmacológico) para facilitar el éxito de la lactancia materna (evidencia de confianza alta).

Otras consideraciones

En general, los trabajadores de salud valoran mucho la promoción de la lactancia materna y las intervenciones que pueden ayudarles a proporcionar un mejor asesoramiento y apoyo a las mujeres que amamantan.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para la prevención de la mastitis después del parto.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis después del parto. El costo de los probióticos puede ser prohibitivo para algunas mujeres y ello puede reducir la equidad. Se requiere almacenamiento en frío para algunos probióticos, y es posible que no se disponga de ello en entornos de escasos recursos. Es improbable que los probióticos sean proporcionados por el servicio de salud. Sin embargo, si se pueden obtener a través del servicio de salud, es posible que no tengan ningún efecto en la equidad o que la aumenten.

Otras consideraciones

A pesar de que se reconocen los beneficios para la salud, emocionales, psicosociales y sociales de la lactancia materna para las mujeres y los niños, las tasas de lactancia materna en todo el mundo son insuficientes, en especial en las mujeres con ingresos bajos. El aumento del inicio y la duración de la lactancia materna en las mujeres con ingresos bajos, incluida la prevención de los problemas mamarios que pueden afectar la continuación de la lactancia

Cuadro 3.35 Principales necesidades de recursos para los probióticos

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, de enfermería o partería, o no se requiere personal.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica para los trabajadores de salud, o no se requiere ninguna.
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Probióticos en sobres, comprimidos o cápsulas (aproximadamente US\$ 1 por comprimido o cápsula o US\$ 1,50 por sobre, destinado al uso diario)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Algunos probióticos pueden requerir refrigeración o deben almacenarse por debajo de una cierta temperatura (p. ej., por debajo de 25 °C).
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Destinado al uso diario
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

materna, no solo ofrecería mejores beneficios para la salud de la madre y el recién nacido, sino que también disminuiría la carga económica soportada por este grupo en la comunidad (65, 66).

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre los tratamientos no farmacológicos para la prevención de la mastitis (28). Sin embargo, la evidencia indirecta derivada de esta revisión sugiere que las mujeres a menudo no se sienten preparadas para los posibles desafíos asociados con la lactancia materna (evidencia de confianza moderada) y es probable que reciban favorablemente más información y apoyo (incluida la instrucción por parte de personal debidamente capacitado) para permitir una toma de decisiones fundamentada con respecto a las técnicas de lactancia materna o los posibles tratamientos para el dolor o las molestias mamarias (evidencia de confianza alta). Las mujeres apreciarían cualquier técnica o tratamiento que proporcione un alivio de la congestión mamaria (evidencia de confianza alta), ya que es probable que mejoren el desarrollo de la relación entre la madre y el recién nacido, así como la autopercepción de la imagen corporal, y que aumenten el bienestar psicosocial (evidencia de confianza alta). Los resultados de esta misma revisión indican también que, en algunos contextos, las mujeres pueden preferir usar prácticas tradicionales, que incluyen alimentación, plantas medicinales, masajes y sanación espiritual, para potenciar la lactancia materna y tratar cualquier problema asociado a ella (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

Se prevé que los probióticos en sobres, comprimidos o cápsulas constituirían una intervención aceptable para la mayoría de las mujeres.

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de usar intervenciones no farmacológicas para la prevención de la mastitis (28). La evidencia indirecta derivada de la misma revisión indica que algunas mujeres de países de ingresos bajos y medianos pueden ser menos propensas a solicitar ayuda para este tipo de problema si perciben que los centros de salud carecen de los recursos necesarios (es decir, personal debidamente capacitado o tratamientos adecuados) o si creen que la estrategia preventiva implicará costos adicionales (evidencia de confianza moderada).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones sobre la viabilidad de las intervenciones destinadas a tratar la congestión mamaria durante la lactancia (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar la oferta de intervenciones no farmacológicas, el aporte de información y el asesoramiento sobre las intervenciones destinadas a prevenir la mastitis en el período posnatal (evidencia de confianza moderada). La falta de continuidad de la atención y la ausencia de políticas o directrices comunes entre los diferentes profesionales y niveles de servicios de salud materna pueden limitar la oferta de información coherente y de asesoramiento sobre la lactancia materna (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

El costo de los probióticos puede ser prohibitivo para algunas mujeres. Algunos probióticos pueden requerir refrigeración o deben almacenarse por debajo de una cierta temperatura (p. ej., por debajo de 25 °C), lo cual puede no ser viable en ciertos entornos. También debe tenerse en cuenta el período de conservación de los probióticos.

Cuadro 3.36 Resumen de valoraciones: Probióticos en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 2: Cereales procesados hidrotérmicamente con propiedades inductoras de factores antiseoretos en comparación con los cereales tradicionales (que se utilizaron como placebo)

En el ensayo (40 mujeres) en el que se aportaron datos para esta comparación se consideraron los cereales procesados hidrotérmicamente (que inducen la producción de factor antisecretor en la leche humana) en comparación con los cereales no tratados (utilizados como placebo).

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: No está claro si los cereales procesados hidrotérmicamente reducen la incidencia de mastitis en los seis meses posteriores al parto, o en los 12 meses posteriores al parto, en comparación con los cereales tradicionales (evidencia de certeza muy baja).

En el ensayo incluido no se informó el *funcionamiento y bienestar maternos*. En la revisión sistemática no se informó la *prevención de los síntomas*, el *uso de los servicios de salud*, la *experiencia de la atención posnatal* o los *efectos adversos*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el ensayo incluido no se informó la *situación de la lactancia materna* y en la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Valores

La evidencia relativa a los valores es la misma que para la *Comparación 1: Probióticos en comparación con un placebo*.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a los valores de los trabajadores de salud son las mismas que para la *Comparación 1: Probióticos en comparación con un placebo*.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para la prevención de la mastitis después del parto.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis después del parto. Es probable que el impacto en la equidad de los alimentos que causan una inducción de factor antisecretor varíe según la disponibilidad y el costo regionales. Sin embargo, los alimentos inductores de factor antisecretor pueden reducir la equidad, ya que es poco probable que sean suministrados por los centros de salud y su costo puede resultar prohibitivo para muchas mujeres.

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad en la salud son las mismas que para la *Comparación 1: Probióticos en comparación con un placebo*.

Cuadro 3.37 Principales necesidades de recursos para los cereales procesados hidrotérmicamente con propiedades inductoras de factor antisecretor

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> No se requiere
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> No se requiere
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos inductores de factor antisecretor (p.ej., cereales tratados) = aproximadamente US\$ 22,00 por paquete de 450 g (para ser consumidos con productos lácteos como yogur o leche, cocinados en forma de gachas de avena o utilizados para hacer pan)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Almacenamiento seco y frío de productos Instalaciones y utensilios de cocina Otras instalaciones según el método de preparación elegido (p.ej., instalaciones de refrigeración y de cocción)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Como el del consumo diario
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad en la salud son las mismas que para la *Comparación 1: Probióticos en comparación con un placebo*.

Aceptabilidad

La evidencia relativa a la aceptabilidad es la misma que para la *Comparación 1: Probióticos en comparación con un placebo*.

Otras consideraciones

Se prevé que los alimentos inductores de factor antisecretor como los cereales tratados constituirían una intervención aceptable para la mayoría de las mujeres.

Viabilidad

La evidencia relativa a la viabilidad es la misma que para la *Comparación 1: Probióticos en comparación con un placebo*.

Otras consideraciones

Los alimentos inductores de factor antisecretor, como los cereales tratados, pueden tener un costo prohibitivo para muchas mujeres. Es probable que su disponibilidad varíe según la región.

Cuadro 3.38 Resumen de valoraciones: Cereales procesados hidrotérmicamente con propiedades inductoras de factor antisecretor en comparación con los cereales tradicionales (utilizados como placebo)

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probable reducción
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 3: Educación sanitaria especializada en lactancia materna en comparación con la atención habitual

En el ensayo (211 mujeres) en el que se aportaron datos para esta comparación se consideró la educación en materia de salud especializada en lactancia materna en el hospital (una sesión personal de 30 minutos con un consultor de lactancia y una enfermera) en comparación con la atención habitual (lactancia materna temprana, asesoramiento sobre técnicas de lactancia materna y apoyo en caso de lactancia materna difícil).

Resultados maternos

Prevención de los síntomas: No está claro si la educación en materia de salud especializada en lactancia materna reduce el riesgo de dolor mamario (definido en el ensayo como dolor en los pezones) al alta hospitalaria, a los siete días y a los treinta días, en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja). No está claro si la educación en materia de salud especializada en lactancia materna reduce el riesgo de congestión mamaria en cualquiera de estos puntos temporales de valoración en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Morbilidad materna a corto plazo: No está claro si la educación en materia de salud especializada en lactancia materna reduce el riesgo de que las mujeres sufran una mastitis al alta hospitalaria, a los siete días y a los treinta días, en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

En el ensayo incluido no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* y en la revisión sistemática no se informó sobre el *uso de los servicios de salud, la experiencia de atención posnatal* o los *efectos adversos*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación en materia de salud especializada en lactancia materna puede implicar poca o ninguna diferencia en el uso de una lactancia materna exclusiva a los siete días (1 ensayo, 169 mujeres; RR 1,03, IC del 95%: 0,90 a 1,18). No está claro si la educación en materia de salud especializada en lactancia materna afecta la lactancia materna exclusiva a los 30 días (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Otras consideraciones

A los efectos de las comparaciones incluidas en este resumen de la evidencia, se consideró atención habitual el asesoramiento o el apoyo en materia de lactancia materna temprana y lactancia materna (sin incluir el asesoramiento de especialistas). Dicho asesoramiento debe ser la norma mínima para la atención posnatal de calidad en todos los centros.

Otra revisión sistemática Cochrane de 21 ensayos (2170 mujeres) sobre la efectividad y la seguridad de los tratamientos para la congestión mamaria durante la lactancia se actualizó en el 2020 (49). Si bien la mastitis fue un criterio de valoración preespecificado para la revisión, los ensayos no incluyeron la mastitis como criterio de valoración.

Valores

La evidencia en torno a los valores es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

La evidencia cualitativa en cuanto al asesoramiento sobre la lactancia materna ha demostrado que tanto las mujeres como los trabajadores de salud valoran mucho el asesoramiento sobre la lactancia materna (76). También ha puesto de manifiesto que las mujeres desearían más asesoramiento y ha subrayado la importancia del seguimiento. Cuando se proporciona a las mujeres o estas lo solicitan de manera proactiva, el asesoramiento es muy valorado y aumenta la satisfacción.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para la prevención de la mastitis después del parto.

Otras consideraciones

El costo de los especialistas en lactancia podría ser relativamente alto, dependiendo de la ubicación y el entorno. Cuando el personal de partería y enfermería puede obtener la capacitación necesaria para proporcionar apoyo especializado en lactancia, los costos pueden reducirse. Sin embargo, el costo de la capacitación en sí también puede ser considerable.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis después del parto. El asesoramiento y el apoyo especializados en lactancia materna pueden reducir la equidad, ya que a las mujeres les puede resultar difícil acceder a ello debido a la disponibilidad limitada de servicios y a los posibles costos personales, en particular en entornos en los que el servicio solo está disponible por parte de personal especializado, como los consultores de lactancia. Cuando la educación en materia de salud especializada en lactancia materna pueden llevarla a cabo el personal de partería y enfermería con capacitación en lactancia, es posible que no tenga ningún efecto en la equidad o que la aumente.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Aceptabilidad

La evidencia en torno a la aceptabilidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

En otra revisión sistemática de estudios cualitativos relativos al asesoramiento sobre la lactancia materna se observó que el asesoramiento sobre la lactancia materna era muy valorado por las mujeres y por los trabajadores de salud. Se reconoció que los trabajadores de salud pueden ser reticentes a proporcionar asesoramiento si no reciben la capacitación adecuada y se les asigna tiempo suficiente para aplicarlo (76). La variabilidad en la aceptabilidad se consideró pequeña.

Cuadro 3.39 Principales necesidades de recursos para la educación en materia de salud especializada en lactancia materna

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Varía según el programa concreto: consultor de lactancia, personal de enfermería o partería especializado en lactancia materna, u otro prestador especializado
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Certificación en lactancia
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Información (escrita o gráfica, p. ej., folletos)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Habitación tranquila y segura propicia para la privacidad (cortina, puerta, pared) Capacidad para realizar visitas domiciliarias donde sea necesario
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <i>Tiempo de capacitación:</i> varía según el programa <i>Tiempo de realización:</i> varía según el programa; a poder ser en varias sesiones de al menos 30 minutos de duración
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Viabilidad

La evidencia en torno a la viabilidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

Para permitir un asesoramiento de calidad, es esencial proporcionar capacitación, acompañamiento y apoyo adecuados a los trabajadores de salud y a los asesores técnicos o no técnicos, por parte de capacitadores calificados. Los asesores con capacitación necesitan tiempo suficiente para el asesoramiento. Los trabajadores de salud preferirían disponer de más tiempo y más recursos para proporcionar un asesoramiento de mejor calidad (76). Por lo tanto, es probable que la viabilidad de la educación en materia de salud especializada en lactancia materna varíe en función del acceso al personal, los recursos y la capacitación.

Cuadro 3.40 Resumen de valoraciones: Educación en materia de salud especializada en lactancia materna en comparación con la atención habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 4: Masaje en puntos de acupuntura en comparación con la atención habitual

En el ensayo (400 mujeres) en el que se aportaron datos para esta comparación se consideró el masaje mamario en puntos de acupuntura en comparación con la atención habitual (lactancia materna temprana, asesoramiento sobre la lactancia materna en cuanto a la colocación y el acoplamiento y lactancia materna a demanda)³⁵.

35 Masaje de presión digital en sentido proximal a distal, a lo largo de la dirección de los conductos mamarios, seguido de un masaje alrededor de la "raíz" de la mama en el sentido de las agujas del reloj, durante 30 segundos, tres veces al día.

Resultados maternos

Prevención de los síntomas: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que el masaje en puntos de acupuntura reduce probablemente el riesgo de dolor mamario en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 400 mujeres; RR 0,13, IC del 95%: 0,07 a 0,23). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que el masaje en puntos de acupuntura reduce probablemente el riesgo de congestión mamaria en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 400 mujeres; RR 0,49, IC del 95%: 0,37 a 0,65).

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que el masaje en puntos de acupuntura reduce probablemente la incidencia de mastitis en los seis meses posteriores al parto en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 400 mujeres; RR 0,38, IC del 95%: 0,19 a 0,78).

Funcionamiento y bienestar maternos: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que el masaje en puntos de acupuntura mejora probablemente la percepción de las mujeres sobre el suministro de leche (mejora moderada o superior) en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 400 mujeres; RR 1,26, IC del 95%: 1,13 a 1,40).

En la revisión sistemática no se informó sobre el uso de los servicios de salud, la experiencia de la atención posnatal o los efectos adversos.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que el masaje en puntos de acupuntura aumenta probablemente la lactancia materna exclusiva (a los 42 días después del parto) en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 400 mujeres; RR 1,90, IC del 95%: 1,58 a 2,29).

En la revisión sistemática no se informó sobre los efectos adversos.

Valores

La evidencia en torno a los valores es la misma que para las comparaciones anteriores.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones no farmacológicas para la prevención de la mastitis después del parto.

Otras consideraciones

El costo del masaje en puntos de acupuntura aplicado por masajistas terapéuticos profesionales podría ser relativamente alto, dependiendo de la ubicación y el entorno.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones no farmacológicas para prevenir la mastitis después del parto. El masaje mamario en puntos de acupuntura puede reducir la equidad, ya que a las mujeres les puede resultar difícil acceder

Cuadro 3.41 Principales necesidades de recursos para el masaje en puntos de acupuntura

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, o masajista terapéutico (autorizado para realizar masajes mamarios)
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en masaje mamario posnatal en puntos de acupuntura (para el personal de partería o enfermería) o bien certificación en terapia de masaje con licencia para ofrecer masaje mamario
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Información (escrita o gráfica, p. ej., folletos) (en caso de autoaplicación) Toallas calientes y lubricante natural para masaje
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Habitación tranquila y segura propicia para la privacidad (cortina, puerta, pared) Capacidad para realizar visitas domiciliarias donde sea necesario Instalaciones necesarias para calentar toallas Silla, cama o camilla de masaje
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Varía según el método concreto Los puntos de acupuntura se presionan durante períodos cortos (p. ej., 30 segundos) varias veces al día, con un masaje adicional en puntos de acupuntura si hay dolor mamario
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

a él debido a la disponibilidad limitada de servicios y a los posibles costos personales, en especial si el servicio es proporcionado por personal especializado. Cuando el masaje mamario en puntos de acupuntura puede ser realizado por personal de partería u otro personal de salud, o puede autoaplicarse previa instrucción, puede no tener ningún efecto en la equidad en la salud o puede aumentarla.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en las comparaciones anteriores.

Aceptabilidad

La evidencia en torno a la aceptabilidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

Se prevé que el masaje en puntos de acupuntura resultaría aceptable para la mayoría de las mujeres. Aunque se aplica presión a la mama, el grado de presión aplicada no debe inducir nunca dolor.

Viabilidad

La evidencia en torno a la viabilidad es la misma que para las comparaciones anteriores.

Otras consideraciones

El masaje mamario en puntos de acupuntura puede ser viable en entornos en los que el personal de partería u otro personal de salud puedan acceder a la capacitación necesaria y aplicarlo, pero esto variará en los distintos centros de salud. El masaje en puntos

de acupuntura también puede ser realizado por la propia mujer siguiendo las instrucciones del personal

Cuadro 3.42 Resumen de valoraciones: Masaje mamario en puntos de acupuntura en comparación con el cuidado habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Moderados
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Moderada
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable al masaje en puntos de acupuntura
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

capacitado.

A.3.2 Intervenciones farmacológicas para prevenir la mastitis posparto

RECOMENDACIÓN 11

No se recomienda la profilaxis antibiótica oral o tópica de rutina para la prevención de la mastitis en el período posparto. (No recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) resaltó el riesgo de efectos adversos de los antibióticos para la mujer y para el recién nacido, y el impacto negativo en la salud pública de la administración sistemática de antibióticos en los esfuerzos mundiales por contener la resistencia a los antimicrobianos.
- El GDG se mostró de acuerdo en que la investigación adicional sobre los efectos de los antibióticos para la prevención de la mastitis no es una prioridad de investigación.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.3.2 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane sobre las intervenciones para prevenir la mastitis después del parto, que incluye 10 ensayos con un total de 3034 mujeres (50). Tres ensayos compararon el uso de antibióticos con un placebo, con un antibiótico diferente o con la atención habitual. Uno de estos ensayos (Sebitloane et al., 2008) no se tuvo en cuenta ya que ni la intervención (antibióticos administrados durante el período intraparto) ni el grupo de población (mujeres con infección por el VIH que planeaban un parto vaginal) correspondían al ámbito de estas directrices.

Solamente se han extraído para este resumen de la evidencia las comparaciones que evalúan los antibióticos frente a un placebo o a ninguna intervención, incluida la atención habitual, y no las que comparan los antibióticos con otros antibióticos. Solamente se presentó un resultado prioritario, la incidencia de mastitis en los seis meses posteriores al parto, en los dos ensayos incluidos.

A continuación se presentan dos comparaciones: 1) antibióticos profilácticos orales en comparación con un placebo o con la atención habitual, y 2) antibióticos profilácticos tópicos en comparación con un placebo o con ninguna intervención. La evidencia y las valoraciones relativas a los efectos de las intervenciones (efectos deseables, efectos indeseables y certeza de la evidencia) se presentan por separado para cada comparación. Los dominios restantes (valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad) se consideraron similares en ambas intervenciones.

Comparación 1: Antibióticos profilácticos orales en comparación con un placebo o con la atención habitual

Comparación 1a: Antibióticos orales (flucloxacilina) en comparación con un placebo

Esta comparación incluye un ensayo (10 mujeres), realizado en Australia y publicado en el 2004, que incluyó a mujeres lactantes con pezones agrietados colonizados por *Staphylococcus aureus*. En el ensayo se comparó la flucloxacilina oral (tomada durante siete días) con cápsulas de un placebo con la misma duración de la administración. El ensayo se interrumpió prematuramente debido al cumplimiento deficiente de la intervención y a la falta de participantes aptas para el ensayo.

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el uso de antibióticos orales (flucloxacilina) puede implicar poca o ninguna diferencia en el riesgo de mastitis en los seis meses posteriores al parto en comparación con un placebo (1 ensayo, 10 mujeres; RR 0,33, IC del 95%: 0,02 a 6,55).

En el ensayo incluido no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se informó sobre el *uso de los servicios de salud* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el ensayo incluido no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* y en la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Comparación 1b: Antibióticos orales (cloxacilina o eritromicina) en comparación con la atención habitual (asesoramiento sobre la lactancia materna)

Esta comparación incluye datos de un ensayo de cuatro grupos (84 mujeres) realizado en Canadá y publicado en 1999, que incluyó a mujeres que acudieron a una clínica de lactancia materna por problemas de lactancia materna, pezones agrietados o doloridos, o resultados positivos para *S. aureus*. Los cuatro grupos de comparación del ensayo fueron los siguientes: pomada tópica de mupirocina al 2% aplicada a los pezones (n = 25 mujeres); pomada tópica de ácido fusídico aplicada a los pezones (n = 17); y antibióticos orales – cloxacilina o eritromicina (esquema posológico no indicado) (n = 19) y asesoramiento sobre lactancia materna (n = 23). El ensayo se interrumpió prematuramente porque los autores percibieron que las mujeres que no recibían antibióticos tenían una tasa más alta de mastitis (no se proporcionó más información). En esta comparación se consideran los grupos de antibióticos orales en comparación con el de lactancia materna de este ensayo.

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el uso de antibióticos orales (cloxacilina o eritromicina) puede implicar poca o ninguna diferencia en el riesgo de mastitis en los seis meses posteriores al parto en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 42 mujeres; RR 0,17; IC del 95%: 0,02 a 1,28).

En el ensayo incluido no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se informó sobre el *uso de los servicios de salud* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el ensayo incluido no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* y en la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Comparación 2: Antibióticos profilácticos tópicos en comparación con la atención habitual (asesoramiento sobre lactancia materna)

Esta comparación incluye datos del grupo tres del ensayo de cuatro grupos (84 mujeres) descrito anteriormente.

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la pomada tópica de ácido fusídico (1 ensayo, 40 mujeres; RR 0,77, IC del 95%: 0,27 a 2,22) puede implicar poca o ninguna diferencia en la incidencia de mastitis en los seis meses posteriores al parto en comparación con la atención habitual. La evidencia de certeza baja existente sugiere que la pomada tópica de mupirocina

(1 ensayo, 48 mujeres; RR 0,39, IC del 95%: 0,12 a 1,35) puede implicar poca o ninguna diferencia en la incidencia de mastitis en los seis meses posteriores al parto en comparación con la atención habitual.

En el ensayo incluido no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o los *efectos adversos*. En la revisión sistemática no se informó sobre el *uso de los servicios de salud* o la *experiencia de la atención posnatal*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el ensayo incluido no se informó sobre la *situación de la lactancia materna* y en la revisión sistemática no se informó sobre los *efectos adversos*.

Otras consideraciones

Otra revisión sistemática Cochrane sobre la efectividad y la seguridad de los tratamientos para la congestión mamaria durante la lactancia, que incluyó 21 ensayos (2170 mujeres), se actualizó en el 2020 (49). Si bien la mastitis fue un criterio de valoración preespecificado para la revisión, los ensayos no incluyeron la mastitis como criterio de valoración.

En una revisión sistemática Cochrane del 2013 sobre la efectividad de los tratamientos con antibióticos para aliviar los síntomas en mujeres lactantes con mastitis con o sin análisis de laboratorio se observó que había evidencia insuficiente para confirmar o refutar la efectividad del tratamiento con antibióticos para el tratamiento de la mastitis de la lactancia (77).

Valores

Véase el recuadro 3.4 del apartado 3.A.3: Medidas preventivas.

Además, los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa que ha explorado lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) destacan la importancia que algunas mujeres otorgan a la lactancia materna como medio para establecer una relación con su recién nacido (evidencia de confianza moderada) y los retos imprevistos que a veces tienen que afrontar cuando la lactancia materna es difícil o dolorosa (evidencia de confianza moderada). Los resultados sugieren que es posible que las mujeres reciban con agrado cualquier apoyo o información adicionales y, cuando sea apropiado, un tratamiento para facilitar el éxito de la lactancia materna (evidencia de confianza alta).

Otras consideraciones

La mayoría de las mujeres pueden preferir evitar los inconvenientes y los efectos adversos del uso de antibióticos.

Cuadro 3.43 Principales necesidades de recursos para intervenciones farmacológicas para prevenir la mastitis

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, partería o enfermería
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de los trabajadores de salud basada en la práctica
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Antibióticos orales,³⁶ precio por comprimido o cápsula (57): <ul style="list-style-type: none"> - amoxicilina/ácido clavulánico 500 mg/125 mg = US\$ 0,16 - cefalexina 250 mg = US\$ 0,04 - cloxacilina sódica 500 mg = US\$ 0,04 Antibióticos tópicos, precio por gramo (57): <ul style="list-style-type: none"> - ácido fusídico crema al 2% = US\$ 0,08 - mupirocina crema al 2% = US\$ 0,19
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 a 5 minutos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Es probable que los trabajadores de salud y los responsables de la formulación de políticas den un alto valor al impacto potencial del uso de antibióticos en la resistencia a los antibióticos. Es posible que no haya diferencias en este valor en distintos contextos.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones farmacológicas para la prevención de la mastitis después del parto.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto que tienen en la equidad en la salud las intervenciones farmacológicas para prevenir la mastitis después del parto. Los antibióticos profilácticos para prevenir la mastitis después del parto pueden aumentar la equidad, ya que estos medicamentos están disponibles a un costo bajo. Sin embargo, los antibióticos profilácticos pueden reducir la equidad si se prevé que las mujeres paguen ellas mismas los antibióticos.

Otras consideraciones

A pesar de que se reconocen los beneficios para la salud, emocionales, psicosociales y sociales de la lactancia materna para las mujeres y los niños, las tasas de lactancia materna en todo el mundo son insuficientes, en especial en las mujeres con ingresos bajos. El aumento del inicio y la duración de la lactancia materna en las mujeres con ingresos bajos, incluida la prevención de los problemas mamarios que pueden afectar la continuación de la lactancia materna, no solo ofrecería mejores beneficios para la salud de la madre y el recién nacido, sino que también

disminuiría la carga económica soportada por este grupo en la comunidad (65, 66).

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre los tratamientos farmacológicos para la prevención de la mastitis (28). Sin embargo, la evidencia indirecta derivada de esta revisión sugiere que las mujeres a menudo no se sienten preparadas para los posibles desafíos asociados con la lactancia materna (evidencia de confianza moderada) y es probable que reciban favorablemente más información y apoyo para permitir una toma de decisiones fundamentada con respecto a las técnicas de lactancia materna o los posibles tratamientos para el dolor o las molestias mamarias (evidencia de confianza alta). Los resultados de esta misma revisión indican también que las mujeres apreciarían cualquier técnica o tratamiento que proporcione un alivio de la congestión mamaria (evidencia de confianza alta), ya que es probable que mejore el desarrollo de la relación entre la madre y el recién nacido, así como la autopercepción de la imagen corporal, y que aumente el bienestar psicosocial (evidencia de confianza alta). En algunos contextos, las mujeres pueden preferir utilizar prácticas tradicionales (alimentación, plantas medicinales y sanación espiritual) para mejorar las prácticas de lactancia materna y tratar cualquier problema asociado con la ella (evidencia de confianza moderada).

36 Incluye los antibióticos indicados en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS como "antibióticos del grupo de acceso" (los que tienen una amplia actividad contra patógenos y un menor potencial de resistencia), que son adecuados para infecciones de la piel y los tejidos blandos.

Otras consideraciones

Un ensayo de la revisión sistemática Cochrane se interrumpió prematuramente debido a las dificultades de reclutamiento derivadas de las exigencias de la maternidad y la renuencia a tomar antibióticos entre algunas mujeres (50).

Dadas las preocupaciones sobre los efectos adversos y la resistencia a los antibióticos, es posible que muchas mujeres y trabajadores de salud sean reacios a tomar o prescribir antibióticos en ausencia de una infección confirmada y sin que haya evidencia clara de un efecto beneficioso.

Algunas mujeres que amamantan pueden ser reacias a aplicar una crema directamente en el pecho, si les preocupa que el recién nacido ingiera la crema mientras mama o si tienen que quitarse la crema antes de amamantar.

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de usar antibióticos profilácticos para el tratamiento de la

mastitis (28). La evidencia indirecta derivada de la misma revisión indica que algunas mujeres de países de ingresos bajos y medianos pueden ser menos propensas a solicitar ayuda para este tipo de problema si perciben que los centros de salud carecen de los recursos necesarios para ofrecer un tratamiento apropiado o si creen que la estrategia preventiva implicará costos adicionales (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

Los antibióticos indicados en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS como “antibióticos del grupo de acceso” (los que tienen una amplia actividad frente a los patógenos y un menor potencial de resistencia) que son adecuados para las infecciones de la piel y los tejidos blandos son la amoxicilina más ácido clavulánico (como tratamiento de primera elección), la cloxacilina (como tratamiento de primera elección) y la cefalexina (como tratamiento de segunda elección) (58). Se prefiere la administración oral de la cloxacilina debido a su mejor biodisponibilidad (58).

Cuadro 3.44 Resumen de valoraciones: Antibióticos profilácticos orales en comparación con un placebo o con la atención habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a no aplicar la intervención
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

Cuadro 3.45 Resumen de valoraciones: Antibióticos profilácticos tópicos en comparación con la atención habitual (asesoramiento sobre la lactancia materna)

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a no aplicar la intervención
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

A.3.3 Prevención del estreñimiento posparto

RECOMENDACIÓN 12

Se deben ofrecer consejos alimentarios e información sobre los factores asociados con el estreñimiento a las mujeres para la prevención del estreñimiento posparto. (Recomendado)

Observaciones

- El asesoramiento alimentario y la información para prevenir el estreñimiento durante el período posnatal deben incluir la promoción de una alimentación equilibrada y saludable con un consumo adecuado de agua y fibra (que se encuentra en verduras, frutas, frutos secos y cereales integrales) (78). La información debe incluir factores relacionados con el estreñimiento, así como consejos sobre los hábitos de ir al baño (por ejemplo, responder a la necesidad de defecar y evacuar completamente) y realizar actividad física de bajo impacto (por ejemplo, caminar) durante al menos 150 minutos durante toda la semana (véase la recomendación 22 de estas directrices). El asesoramiento y la información deben ser sensibles al entorno cultural, y deben adaptarse a las necesidades de una mujer (por ejemplo, considerar el tipo de parto o las complicaciones del parto) y a los contextos específicos.
- El estreñimiento durante el período posterior al parto podría ser consecuencia de una amplia gama de eventos y circunstancias que se producen antes, durante o después del parto, incluidos los hematómicos utilizados en el embarazo y el período posparto, la interrupción del consumo de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto activo, el uso de enemas, los estupefacientes administrados durante el trabajo de parto o el parto por cesárea y el dolor perineal asociado al traumatismo, los hemorroides, la alteración y la irregularidad del patrón alimentario en el período posnatal, y factores psicosociales y situacionales. La prevención del estreñimiento debe incluir medidas para abordar estos factores subyacentes frecuentes.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) reconoció la necesidad de garantizar que los trabajadores de salud cumplan las recomendaciones existentes de la OMS como parte de las estrategias para prevenir el estreñimiento posparto (*Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto del 2014* [79] y *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva del 2018* [17]).
 - Para las mujeres con un riesgo bajo, la OMS recomienda la ingesta oral de líquidos y alimentos y la adopción de la movilidad durante el trabajo de parto.
 - No se recomienda la administración de un enema para reducir el uso de la potenciación del trabajo de parto
- A todas las mujeres se les debe preguntar sobre su hábito intestinal durante su internación posparto en centros de salud y en cada consulta de atención posnatal.
- Al hacer esta recomendación, el GDG adoptó un enfoque gradual para la prevención y el tratamiento del estreñimiento en la población adulta, en el cual el uso de laxantes se aplica solamente si las modificaciones alimentarias o los suplementos de fibra no logran aliviar el estreñimiento, en especial teniendo en cuenta la preocupación por los efectos adversos maternos y neonatales de los laxantes. El GDG sugirió que este enfoque se aplicara en el período posparto inmediato para estimular los primeros movimientos intestinales maternos después del parto y durante todo el período posnatal, después del parto vaginal y del parto por cesárea.
- En las mujeres con antecedentes de estreñimiento antes del embarazo o durante la gestación puede resultar beneficioso continuar con los tratamientos para aliviar el estreñimiento posparto.

RECOMENDACIÓN 13

No se recomienda el uso rutinario de laxantes para la prevención del estreñimiento posparto. (No recomendado)

Observaciones

- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) destacó que la recomendación actual es aplicable en el contexto de la prevención del estreñimiento posparto funcional, definido como deposiciones infrecuentes, duras, secas o voluminosas de evacuación difícil o dolorosa, o una sensación de evacuación incompleta u obstrucción. Esta recomendación no se aplica al estreñimiento crónico y al estreñimiento agudo asociado con otras disfunciones orgánicas (es decir, la disfunción gastrointestinal aguda).
- Al hacer esta recomendación, el GDG adoptó un enfoque gradual para la prevención y el tratamiento del estreñimiento en la población adulta, en el cual el uso de laxantes se aplica solamente si las modificaciones alimentarias o los suplementos de fibra no logran aliviar el estreñimiento; el GDG sugirió que este enfoque se aplicara en el período posparto inmediato para estimular los primeros movimientos intestinales maternos después del parto y durante todo el período posnatal, después del parto vaginal y del parto por cesárea.
- A todas las mujeres se les debe preguntar sobre los movimientos intestinales durante la internación posparto en los centros de salud, y en cada consulta de atención posnatal, y deben recibir consejos alimentarios e información sobre los factores asociados con el estreñimiento según la recomendación 12 de estas directrices.
- El GDG se mostró de acuerdo en que una mayor investigación sobre los efectos del uso sistemático de laxantes para prevenir el estreñimiento en las mujeres en el período posparto no es una prioridad de investigación.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.3.3 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada de intervenciones destinadas a prevenir el estreñimiento posparto (74). Los datos utilizados para este resumen de la evidencia procedieron de cuatro ensayos con un total de 1061 mujeres, de los cuales dos fueron ECA y dos fueron cuasi-ECA. Los ensayos se realizaron en Estados Unidos (2), Irlanda (1) y Sudáfrica (1). Los cuatro ensayos se publicaron hace 40 años o más. En este resumen de la evidencia no se consideró un quinto ensayo en el que se comparó un laxante más un producto formador de volumen frente a un laxante solo, en mujeres a las que se había practicado una reparación quirúrgica después de lesiones del esfínter anal durante el parto vaginal.

Todos los ensayos compararon el uso de laxantes con ninguna intervención o con un placebo. Los laxantes evaluados fueron acetato de bisoxatina, sena activa, dorbanex y dioctil succinato sódico más sena. Actualmente, el acetato de bisoxatina está contraindicado en las mujeres que amamantan, mientras que el dorbanex ya no se comercializa puesto que se "prevé razonablemente que es carcinógeno en el ser humano" según los estudios realizados en animales (74). Por lo tanto, a continuación se describen solamente los datos de los ensayos que incluyen los tratamientos disponibles y los tratamientos indicados en las mujeres en el período posparto (dos ensayos). En los dos ensayos incluidos, el tratamiento con laxantes se inició inmediatamente después del parto.

Comparación: Laxantes en comparación con un placebo

Dos ensayos aptos para la inclusión (755 mujeres) examinaron la efectividad y la seguridad de un laxante en comparación con un placebo. Estos ensayos se publicaron en 1960 y 1980 y compararon el uso de sena activa o de dioctil succinato sódico más sena con un placebo.

Resultados maternos

Síntomas de estreñimiento: tiempo hasta la primera evacuación intestinal (días): La evidencia de certeza baja existente sugiere que los laxantes pueden provocar que más mujeres tengan la primera evacuación intestinal menos de 24 horas después del parto en comparación con lo observado con un placebo (1 ensayo, 471 mujeres; RR 2,90, IC del 95%: 2,24 a 3,75). No está claro si los laxantes afectan el número de mujeres que defecan por primera vez el día 1 después del parto (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que los laxantes pueden hacer que menos mujeres tengan la primera evacuación intestinal el día 2 después del parto (1 ensayo, 471 mujeres; RR 0,23, IC del 95%: 0,11 a 0,45). No está claro si los laxantes afectan el número de mujeres que defecan por primera vez el día 3 o el día 4 después del parto (en ambos casos, evidencia de certeza muy baja). Ninguno de los ensayos informó sobre otros síntomas de estreñimiento, como dolor o esfuerzo durante la defecación, ni sobre la incidencia del estreñimiento posparto notificada por las propias mujeres o la consistencia de las heces.

Uso de los servicios de salud: No está claro si los laxantes afectan el número de enemas administrados después del parto (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si los laxantes afectan la incidencia de espasmos abdominales (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* y en la revisión sistemática no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal*.

Otras consideraciones

En ninguno de los ensayos se evaluaron intervenciones no farmacológicas, como el asesoramiento y la modificación de la alimentación, la promoción de actividades físicas saludables, la postura corporal correcta para la defecación o el uso de plantas medicinales o de la medicina tradicional y complementaria.

Existe cierta preocupación en torno al uso del diocil succinato sódico, que se evaluó junto con la toma de sena en uno de los ensayos aptos para la inclusión. Se ha descrito que el fármaco es ineficaz y que puede ser inadecuado su uso durante la lactancia (74). Algunos laxantes pueden interferir en la absorción de vitaminas y suplementos minerales (16).

Valores

Véase el recuadro 3.4 del apartado 3.A.3: Medidas preventivas.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el estreñimiento posparto.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas destinadas a prevenir el estreñimiento posparto. Es probable que el impacto de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas destinadas a prevenir el estreñimiento posparto en la equidad en la salud varíe en las distintas intervenciones. Como las intervenciones farmacológicas y los suplementos dietéticos están ampliamente disponibles a un costo relativamente bajo y sin receta, pueden aumentar la equidad. Las intervenciones no farmacológicas, como la modificación más amplia de la alimentación y la actividad física, pueden plantear dificultades a algunas mujeres.

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre los tratamientos farmacológicos o no farmacológicos para aliviar el estreñimiento posparto (28). La evidencia indirecta de esta revisión sugiere que las mujeres pueden apreciar cualquier técnica o tratamiento que proporcione un alivio del estreñimiento (evidencia

Cuadro 3.46 Principales necesidades de recursos para la prevención del estreñimiento posparto

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Varía según la intervención; algunas no requieren personal. La información alimentaria y el asesoramiento general puede proporcionarlos el personal de partería o un servicio de nutrición y alimentación
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Para las intervenciones alimentarias y el asesoramiento general, capacitación en partería posnatal o certificación en nutrición y dietética; o no se requiere ninguna
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Varía según la intervención: <ul style="list-style-type: none"> - sena = US\$ 0,01 por comprimido o cápsula; menos de US\$ 4 para un suministro de seis meses (57) - suplementos de fibra de cereales = US\$ 1,79 por bolsa de 227 g de salvado de trigo - plantas medicinales, suplementos u otros tratamientos alternativos (varía según el tratamiento y la región) - información (escrita o gráfica, p. ej., folletos)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Varía según la intervención; una banqueta para facilitar la colocación corporal durante la defecación puede ser útil. Entorno físico apropiado, con instalaciones adecuadas de agua, saneamiento, lavado de manos y desecho de residuos: inodoros, instalaciones de lavado y baño que sean adecuadas, seguras, limpias, bien mantenidas y que propicien la privacidad (cortina, puerta, pared).
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Varía según la intervención
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> No se requiere

de confianza alta), ya que es probable que mejore la comodidad, la movilidad y el bienestar psicosocial (evidencia de confianza alta). Sin embargo, los resultados de la misma revisión también indican que, en contextos específicos, las mujeres pueden ser reacias a usar intervenciones farmacológicas o no farmacológicas, ya que siguen rutinas alimentarias estrictas asociadas a las prácticas posnatales tradicionales (evidencia de confianza baja).

Otras consideraciones

La evidencia indirecta procedente de una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró la aceptación de la atención prenatal (80) indica que las mujeres de diversos países de ingresos bajos y medianos tienen más probabilidades de recurrir a curanderos tradicionales, plantas medicinales o parteras tradicionales para tratar el estreñimiento (confianza moderada).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de usar intervenciones farmacológicas o no farmacológicas para la prevención del estreñimiento (28).

Cuadro 3.47 Resumen de valoraciones: Laxantes en comparación con un placebo

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los profesionales de la salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los profesionales de la salud sobre la viabilidad de usar intervenciones farmacológicas o no farmacológicas para la prevención del estreñimiento (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar la oferta de asesoramiento alimentario y de tratamientos farmacológicos para abordar este problema (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

El único fármaco laxante incluido en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS es la sena (58), cuyo uso se recomienda únicamente si las intervenciones alimentarias han resultado ineficaces (81).

Se prevé que algunos cambios moderados en la alimentación serían viables para la mayoría de las mujeres.

Cuadro 3.48 Resumen de valoraciones: Intervención no farmacológica (asesoramiento sobre alimentación y estilo de vida) en comparación con ninguna intervención

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	No se incluyó ningún estudio
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a la intervención no farmacológica
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

A.3.4 Prevención de la infección materna posparto después de un parto vaginal sin complicaciones

RECOMENDACIÓN 14

No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para las mujeres con parto vaginal sin complicaciones.
(No recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto* del 2015 (82), en las que se consideró una recomendación firme basada en evidencia de certeza muy baja.
- Las siguientes observaciones fueron formuladas por el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG, por su sigla en inglés) responsable de la recomendación original.
 - El GDG se mostró preocupado por las posibles implicaciones para la salud pública de la alta tasa de uso sistemático de antibióticos después del parto vaginal sin que haya ningún factor de riesgo específico en algunos entornos. El grupo hace hincapié en las repercusiones negativas de dicho uso sistemático por lo que respecta a los esfuerzos mundiales por contener la resistencia a los antimicrobianos y, por lo tanto, emitió una recomendación sólida en contra de la profilaxis antibiótica sistemática.
 - En este contexto, “parto vaginal sin complicaciones” indica un parto vaginal en ausencia de todo factor de riesgo específico y de signos clínicos de infección materna posparto.
 - El seguimiento cuidadoso de todas las mujeres después del parto es esencial para detectar rápidamente cualquier posible signo de endometritis e instaurar un tratamiento antibiótico adecuado.
 - Las recomendaciones sobre el uso de antibióticos para afecciones frecuentes durante el parto o intervenciones que a menudo plantean la preocupación por un aumento del riesgo de infección pueden consultarse en las directrices originales de la OMS (82).

A.3.5 Tratamiento antihelmíntico

RECOMENDACIÓN 15

Se recomienda la quimioterapia preventiva (desparasitación vermífuga) con albendazol (400 mg) o mebendazol (500 mg) en dosis única anual o bianual^a, como intervención de salud pública para todas las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva que no estén embarazadas, incluidas las que se encuentran en el período posparto o de lactancia, que vivan en zonas donde la prevalencia de referencia de cualquier geohelmintiasis sea del 20% o más en las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva, con el fin de reducir la carga de helmintos transmitidos por el suelo. (Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de *Directrices: Quimioterapia preventiva para controlar las geohelmintiasis en grupos de población en riesgo* de la OMS del 2017 (83), en las que se consideró una recomendación sólida basada en evidencia de certeza moderada.
- Aunque la recomendación original se formuló para las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva no embarazadas, también se aplica a las mujeres en fase de lactancia, ya que los estudios examinados observaron que su uso no causa daños (se consideró poco probable que la baja concentración en la leche materna fuera perjudicial para el lactante alimentado con lactancia materna).
- Durante las deliberaciones, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) responsable de la recomendación original tuvo en cuenta en particular la siguiente evidencia que condujo a una recomendación sólida:
 - las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva no embarazadas obtienen un beneficio relevante con el tratamiento antihelmíntico por lo que respecta a la reducción de la carga de parásitos;
 - la morbilidad causada por las diferentes especies de geohelmintos en las personas intensamente infectadas está bien documentada y es grave;
 - el albendazol y el mebendazol son bien tolerados por las adolescentes no embarazadas y las mujeres no embarazadas, y solamente se han notificado efectos adversos transitorios y de carácter menor;
 - la quimioterapia preventiva suele ser aceptada por las mujeres, los trabajadores de salud y los responsables de la formulación de políticas, aunque existe incertidumbre en torno a la viabilidad de proporcionar esta intervención a las adolescentes, ya que la infraestructura existente puede variar según el país y el contexto;
 - las dificultades logísticas y los costos adicionales de los métodos alternativos para detectar y tratar a las personas infectadas pueden ser prohibitivos; y
 - las zonas donde la geohelmintiasis es endémica con al menos un 20% de prevalencia de geohelmintos se consideraron la prioridad para los programas a gran escala debido a la presencia de infecciones de gravedad moderada o alta y, por lo tanto, de morbilidad asociada a los geohelmintos.
- El GDG de atención posnatal estuvo de acuerdo en que, en las zonas con endemidad, el tratamiento preventivo antihelmíntico también podría proporcionarse a las mujeres embarazadas después del primer trimestre como parte de los programas de reducción de la geohelmintiasis, según las publicaciones *Directrices: Quimioterapia preventiva para controlar las geohelmintiasis en grupos de población en riesgo de la OMS del 2017 (83)*, y *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo del 2016 (16)*.

^a Se recomienda la administración bianual cuando la prevalencia en la situación inicial supera el 50%.

A.3.6 Tratamiento preventivo de la esquistosomiasis

RECOMENDACIÓN 16a

En comunidades con endemias en las que se registre una prevalencia de *Schistosoma spp.* del 10% o superior, se recomienda la quimioterapia preventiva anual con praziquantel en una dosis única para $\geq 75\%$ y hasta el 100% de las embarazadas después del primer trimestre, y para las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva que no estén embarazadas, incluidas las que se encuentran en el período posparto o de lactancia, a fin de controlar la morbilidad por esquistosomiasis y avanzar hacia la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública. (Recomendación en función del contexto)

RECOMENDACIÓN 16b

En comunidades con endemias en las que se registre una prevalencia de *Schistosoma spp.* inferior al 10%, se sugieren dos enfoques posibles según los objetivos y recursos de los programas: a) donde haya un programa de quimioterapia preventiva regular, seguir proporcionándola con la misma frecuencia o con una frecuencia reducida para interrumpir la transmisión; y b) donde no haya un programa de quimioterapia preventiva regular, adoptar un enfoque clínico de pruebas y tratamiento, en lugar de una quimioterapia preventiva dirigida a la población. (Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Adaptado e integrado de las directrices de la OMS del 2022 sobre control y eliminación de la esquistosomiasis humana (84). La recomendación 16a para los entornos con una prevalencia superior al 10% se consideró una recomendación sólida basada en evidencia de certeza moderada. La recomendación 16b se consideró una recomendación condicional basada en evidencia de certeza baja a muy baja.
- Las directrices originales señalan que, en comunidades con endemias en las que se registre una prevalencia inicial de *Schistosoma spp.* del 10% o superior que muestran una falta de respuesta suficiente a la quimioterapia preventiva anual a pesar de la cobertura adecuada ($\geq 75\%$), la OMS sugiere una quimioterapia preventiva semestral en lugar de anual, en coordinación con las intervenciones establecidas en la Recomendación 3: Recomendación condicional (evidencia de certeza muy baja).

A.3.7 Profilaxis oral previa a la exposición para prevenir la infección por el VIH

RECOMENDACIÓN 17

Debe iniciarse o continuarse la profilaxis oral previa a la exposición (PrEP, por su sigla en inglés) con fumarato de disoproxilo de tenofovir (TDF) como opción de prevención adicional para las mujeres que están en el período posparto o que están amamantando y que presentan un riesgo^a significativo de infección por el VIH, como parte de los enfoques combinados de prevención de la infección por el VIH.

(Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Esta recomendación ha sido adaptada e integrada a partir de las *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública* del 2016 (segunda edición) (42), en las que se consideró una recomendación sólida basada en evidencia de certeza alta.
- Las mujeres durante el embarazo o la lactancia que viven en entornos donde la incidencia de la infección por el VIH es superior a 3 por 100 años-personas, en especial en el África subsahariana, a menudo siguen teniendo un riesgo sustancial y aumentado de contraer el VIH durante el embarazo y la lactancia. Los factores biológicos aumentan la susceptibilidad, y los factores sociales y de comportamiento pueden aumentar la exposición a la infección por el VIH.
- Las directrices originales establecen que no hay ninguna razón relacionada con la seguridad para no permitir o suspender el uso de la PrEP durante el embarazo y la lactancia en las mujeres negativas para el VIH que reciben una PrEP y siguen en riesgo de contraer el VIH. El Grupo de Elaboración de las Directrices responsable de la recomendación original llegó a la conclusión de que en tales situaciones el riesgo de contraer el VIH y el consiguiente mayor riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo superan cualquier posible riesgo de la PrEP, incluidos los riesgos de exposición fetal e infantil a TDF con los regímenes de PrEP.
- A medida que los países implementan la PrEP en las mujeres durante el posparto o la lactancia, las directrices originales señalan la necesidad de una vigilancia activa de esta población, incluidos los resultados adversos maternos e infantiles.

^a El riesgo significativo se define provisionalmente como una incidencia del VIH superior a 3 por 100 años persona en ausencia de PrEP.

A.4 INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL

Antecedentes

El GDG consideró la evidencia y otra información de interés para sustentar las recomendaciones sobre el tamizaje y la prevención de los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto (depresión y ansiedad).

La depresión y la ansiedad durante el período posparto son las principales causas de discapacidad en las mujeres de todo el mundo. Su prevalencia se estima en un 13% en los países de ingresos altos y en un 19,8% en los países de ingresos bajos y medianos (85). A pesar de una carga alta de la enfermedad, menos del 20% de las mujeres afectadas informan sobre sus síntomas a los trabajadores de salud, debido probablemente a la estigmatización y las deficiencias en las prácticas de solicitud de ayuda que se asocian de manera inherente a estos problemas (86). Además, la depresión y la ansiedad tienen un profundo impacto en la relación parentofilial, que es la base del futuro desarrollo emocional, relacional y social del niño. Se han utilizado diferentes herramientas, como la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS, por su sigla en inglés) y el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9, por su sigla en inglés), para detectar la depresión posparto en la atención primaria de salud de rutina o para la detección basada en un tamizaje poblacional a nivel comunitario. El manejo posterior al tamizaje puede requerir diversos tratamientos e intervenciones dependiendo del contexto específico.

Recuadro 3.5 Valores

Los resultados de una revisión cualitativa sistemática que exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) indican que algunas mujeres experimentan períodos de bajo estado de ánimo, depresión y soledad durante el período posparto (evidencia de confianza moderada) y afrontan períodos prolongados de cansancio o agotamiento durante la transición a la maternidad (evidencia de confianza moderada). En el caso de las madres primerizas, en especial, estos sentimientos pueden verse acentuados por ansiedades e inseguridades sobre su nuevo papel y su capacidad para adaptarse a una percepción idealizada de lo que se considera una buena madre (evidencia de confianza moderada). Para hacer frente a estos retos, las mujeres aprecian el apoyo que reciben de los miembros de la familia, de sus pares y de los trabajadores de salud (evidencia de confianza alta) y, por lo tanto, es probable que valoren las intervenciones que les ayudan a superar cualquier posible problema de salud mental. La misma revisión indica también que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También quieren adaptarse a los cambios en sus relaciones íntimas y familiares (incluida la relación con su recién nacido), afrontar los desafíos físicos y emocionales comunes y experimentar un logro dinámico de crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y en tanto que personas en su propio contexto cultural.

A.4.1 Detección sistemática de la depresión y la ansiedad posparto

RECOMENDACIÓN 18

Se recomienda el tamizaje para la detección de la depresión y la ansiedad posparto utilizando un instrumento validado, acompañado de servicios de diagnóstico y tratamiento para las mujeres con un resultado positivo. (Recomendado)

Observaciones

- La detección de los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto debe realizarse utilizando un instrumento validado, como la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS, por su sigla en inglés) o el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9). A todas las mujeres se les debe preguntar sobre su bienestar emocional en cada consulta de atención posnatal.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que los ensayos que mostraban una reducción en la depresión y la ansiedad posparto incluían la detección universal de los problemas de salud mental por parte de trabajadores de salud capacitados, junto con el diagnóstico confirmatorio y estrategias de tratamiento.
- Deben crearse o fortalecerse los sistemas de derivación, diagnóstico y tratamiento de las mujeres para garantizar un seguimiento y un manejo adecuados de las que presentan un resultado positivo en el tamizaje, de conformidad con los principios de los programas de detección sistemática (87). A las mujeres en las que se detecta un riesgo de depresión o ansiedad posparto según los resultados de las pruebas de tamizaje se les deben ofrecer intervenciones psicosociales o psicológicas para prevenir estas afecciones según la recomendación 19 de estas directrices.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.4.1 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática del tamizaje de problemas de salud mental frecuentes en las mujeres durante el embarazo el posparto (88), que incluyó seis estudios con un total de 13.728 mujeres. Uno de ellos fue un ECA (4621 mujeres), tres fueron ECA grupales (7930 mujeres) y dos fueron ensayos cuasi-ECA (5336 mujeres). Los ensayos se realizaron en China, Región Administrativa Especial de Hong Kong (1), Estados Unidos (1), Noruega (1), Países Bajos (1) y Reino Unido (2) entre 1997 y el 2014. El ámbito de todos los ensayos fue el tamizaje universal de las mujeres.

Cinco ensayos emplearon la EPDS para evaluar las tasas de depresión, y tres de ellos también emplearon entrevistas de la Pauta para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN, por su sigla en inglés) y evaluaciones clínicas realizadas por médicos y enfermeras de salud pública como prueba confirmatoria para la depresión posparto. Un ensayo aplicó un enfoque de dos pasos, con un EPDS autoadministrado para la detección y una evaluación médica mediante el cuestionario PHQ-9 en las mujeres que presentaron un resultado positivo. Todos los exámenes de detección sistemática se combinaron con estrategias de tratamiento, incluido el asesoramiento imparcial, la psicoeducación y el tratamiento farmacológico. La evaluación de la depresión posparto se realizó presencialmente, en línea o por correo postal en diferentes momentos entre 3 y 12 semanas después del parto.

Los resultados de este resumen de la evidencia

se estratifican según el diseño del estudio (ECA y cuasi-ECA).

Comparación: Detección sistemática de problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto en comparación con ningún tamizaje o con la atención habitual

Resultados maternos

Problemas de salud mental

Depresión posparto

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes en las mujeres en el período posparto puede reducir la tasa de depresión posparto en comparación con la atención habitual (4 ensayos, 3164 mujeres; OR 0,53; IC del 95%: 0,45 a 0,62).
- Evidencia derivada de cuasi-ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes en las mujeres en el período posparto puede reducir la tasa de depresión posparto en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 5010 mujeres; OR 0,30, IC del 95%: 0,24 a 0,48).

Ansiedad posparto

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza alta existente sugiere que el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes en las mujeres después del parto reduce la ansiedad posparto en comparación con la atención habitual (1 ensayo, 565 mujeres; DM 0,28 inferior, IC del 95%: 0,44 inferior a 0,11 inferior).
- Evidencia derivada de cuasi-ECA: No está claro si el tamizaje para la detección de los problemas de

salud mental frecuentes en las mujeres después del parto afecta la tasa de ansiedad posparto en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Funcionamiento y bienestar maternos

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes en las mujeres en el período posparto puede mejorar la calidad de vida en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 2068 mujeres; DM 0,24, IC del 95%: 0,11 a 0,38). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes comunes en las mujeres en el período posparto probablemente comporta poca o ninguna diferencia en la satisfacción conyugal en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 1017 mujeres; OR 0,56 inferior, IC del 95%: 0,21 a 1,53).
- Evidencia derivada de cuasi-ECA: No está claro si el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes en las mujeres después del parto afecta la calidad de vida en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Morbilidad materna a corto plazo

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza alta existente sugiere que el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes posparto reduce el estrés parental en comparación con la atención habitual (3 ensayos, 1582 mujeres; OR 0,57, IC del 95%: 0,45 a 0,74).
- Evidencia derivada de cuasi-ECA: No está claro si el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental frecuentes en las mujeres después del parto afecta el estrés parental en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje para la detección de los problemas de salud mental comunes en el período posparto puede aumentar las prácticas de solicitud de tratamiento en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 1017 mujeres; OR 3,45, IC del 95%: 2,52 a 4,70).

Efectos adversos: Los autores de la revisión no pudieron agrupar los resultados de los efectos adversos notificados en dos ensayos (4546 mujeres). En un ensayo (462 mujeres) no se informó sobre los efectos adversos. En el otro ensayo (4084 mujeres) no se informó sobre los ingresos hospitalarios o psiquiátricos debidos a eventos adversos. Las consultas con otros trabajadores de salud mental o asistentes sociales fueron raras en el grupo de tamizaje.

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal* y no fue posible realizar análisis por subgrupos debido al número limitado de estudios.

Otras consideraciones

En la revisión sistemática se presentaron también otros resultados en los recién nacidos o los lactantes que no se incluyeron en el resumen de la evidencia. Los resultados en los lactantes se describieron en tres estudios y mostraron una pequeña mejora en el desarrollo socioemocional infantil en el grupo de intervención (DME = -0,10; IC del 95%: -0,16 a -0,04; 4050 lactantes, $I^2 = 0\%$). No se apreció ninguna mejora en el desarrollo físico de los lactantes (DME = 0,09; IC del 95%: -0,02 a 0,19; 1486 lactantes, $I^2 = 0\%$). Un estudio observó una mejora en la interacción entre progenitores e hijos (DME = 0,32; IC del 95%: 0,13 a 0,52; $n = 565$, $I^2 = 26,52\%$). El número de citas médicas para el niño aumentó en el grupo de intervención (DME = 0,19; IC del 95%: 0,01 a 0,34; $n = 462$). Sin embargo, no se observaron diferencias en el número de hospitalizaciones (DME = 0,06; IC del 95%: -0,13 a 0,24; $n = 462$).

La publicación primaria de esta revisión sistemática incluyó tres ensayos (914 mujeres) en los que, durante el embarazo, se realizaron exámenes de detección sistemática de los problemas de salud mental posparto frecuentes. Los resultados revelaron una reducción en las tasas de síntomas depresivos en las mujeres en el período posparto (OR 0,68; IC del 95%: 0,48 a 0,96).

Valores

Véase el recuadro 3.5 en el apartado 3.A.4: Intervenciones de salud mental.

Recursos

En la revisión sistemática se encontró un estudio (de calidad alta) en el que se evaluó la relación costo-eficacia de los programas de tamizaje (89). El tamizaje general de la depresión posparto se realizó de forma presencial o a través de cuestionarios enviados por correo. A las mujeres con un resultado positivo para la depresión posparto se les ofreció un tratamiento basado en enfoques cognitivo-conductuales o un asesoramiento imparcial. En caso de síntomas graves como los de tendencias suicidas, las mujeres fueron derivadas a un apoyo psiquiátrico. En el grupo de intervención hubo un mayor número de años de vida ganados ajustados por calidad (AVAC) (+0,003; IC del 95%: 0,001 a 0,006) y un menor costo total (-36,035; IC del 95%: -68,423 a -3,646). El grupo del ensayo en el que se aplicaron enfoques cognitivo-conductuales presentó un mayor aumento de los AVAC, una relación costo-eficacia más favorable y también tuvo menos consultas con los servicios de salud. Cuando se consideró que los AVAC estaban entre £ 20.000 y £ 30.000, la probabilidad de la relación costo-eficacia fue superior al 70% en este grupo.

Cuadro 3.49 Principales necesidades de recursos para el tamizaje de detección de los problemas de salud mental comunes (depresión, ansiedad) en el período posparto

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería (de la comunidad o de salud pública), personal de enfermería, visitantes de salud, asistentes sociales o trabajadores de salud mental (por ejemplo, asesores, psicoterapeutas, psicólogos clínicos, psiquiatras, personal comunitario de enfermería psiquiátrica)
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación y apoyo especiales para el personal que aplica el tamizaje y la evaluación de las mujeres (por ejemplo, personal de partería o enfermería, visitantes de salud, asistentes sociales)
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Medidas, instrumentos o cuestionarios de tamizaje
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Podría requerir el rediseño o la mejora de la organización de la atención posnatal, por ejemplo mediante el establecimiento e integración de redes de personal de enfermería dedicado a la salud pública, visitantes de salud, asistentes sociales o trabajadores de salud mental en la prestación de la atención posnatal
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo empleado para el tamizaje <ul style="list-style-type: none"> - EPDS: 10 minutos en forma presencial, 5 minutos autoaplicado - PHQ: 3 a 10 minutos según la versión
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo y supervisión continuos de médicos y equipos de supervisión psiquiátrica

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud del tamizaje de detección de problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto. En general, el tamizaje aumentaría la equidad en la salud, especialmente si existen programas para proporcionar tratamiento para los problemas de salud mental, si se detecta alguno. Si los instrumentos de detección sistemática no son universales y no están adaptados culturalmente, las mujeres analfabetas y las de grupos minoritarios pueden quedar excluidas, sobre todo si se trata de instrumentos autoadministrados, lo que podría llevar a una falta de equidad.

Otras consideraciones

Las mujeres afectadas por desigualdades sociales tienen un mayor riesgo de presentar muchos problemas de salud mental frecuentes y sus consecuencias adversas en el período posparto (90).

Aceptabilidad

La evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa que explora la experiencia de las mujeres con la atención posnatal (28) destaca un deseo a menudo no expresado e insatisfecho en las mujeres de reconocer sus propias necesidades de atención, especialmente su bienestar mental y emocional (evidencia de confianza alta). Las mujeres esperan y agradecen que los recursos de atención médica posnatal se centren principalmente en el bienestar de su recién nacido y, a veces, se sienten incómodas o culpables por pedir ayuda para sus propias necesidades (evidencia de confianza moderada).

Sin embargo, la mayoría de las mujeres reconocen que necesitan mucho apoyo durante la transición a la maternidad, y aprecian la ayuda profesional para afrontar las preocupaciones emocionales y psicosociales (evidencia de confianza alta).

Una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las opiniones de los trabajadores de salud y su experiencia en la prestación de la atención posnatal (29) sugiere que las mujeres pueden ser reacias a reconocer los problemas de salud mental y a solicitar tratamiento debido a las preocupaciones sobre la estigmatización y el temor a ser juzgadas como no aptas para la función parental (evidencia de confianza baja).

Los resultados de una síntesis sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud respecto a la preparación para el alta, derivados de una revisión del tema de la preparación para el alta (97), indican que a menudo se considera que la atención a las mujeres se pasa por alto durante el período de atención posnatal, con un énfasis predominante en el cuidado del recién nacido (evidencia de confianza moderada) y dando por supuesto que las mujeres reciben la información que necesitan durante la atención prenatal (evidencia de confianza baja). El proceso de alta es considerado a menudo apresurado tanto por las mujeres como por los trabajadores de salud (evidencia de confianza baja). Además, es frecuente que las mujeres no estén preparadas para el dolor y la incomodidad que experimentan y que carezcan de la educación práctica en materia de salud sobre cómo cuidarse a sí mismas y cuidar a sus recién nacidos y de apoyo para la depresión posparto (evidencia de confianza baja).

Otras consideraciones

Varios estudios cualitativos que han explorado las percepciones de las mujeres respecto a los instrumentos de detección sistemática de la depresión posnatal (92) sugieren que instrumentos como la EPDS son útiles para las mujeres siempre que no se utilicen como un punto final, simplemente para confirmar o descartar la depresión, sino más bien como un punto de partida para una conversación abierta sobre el bienestar psicosocial. En algunas mujeres existía la percepción de que los exámenes de salud mental podrían interpretarse como una prueba para verificar la llamada normalidad, y ello conducía a preocupaciones posteriores por sentirse estigmatizadas. Otras mujeres consideraron que la detección sistemática podía ser intrusiva y poco sensible y destacaron la importancia de contar con personal amable y bien capacitado en el proceso de tamizaje.

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) no se encontró evidencia directa relativa a la viabilidad de la detección sistemática de los problemas de salud mental maternos frecuentes. Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que algunas mujeres valoran el tiempo que pasan con los trabajadores de salud y no les gusta sentirse apresuradas en las evaluaciones posnatales sin tener la oportunidad de comentar las preocupaciones relacionadas con la evaluación (evidencia de confianza baja). La disponibilidad de instalaciones de salud con un personal adecuado que sea sensible y esté bien formado es una consideración importante para las mujeres (evidencia de confianza moderada).

Buist et al. (93), en su evaluación de los programas de tamizaje para la detección de la depresión posparto en Australia, presentaron las percepciones de los trabajadores de salud sobre el uso de la EPDS. La mayoría del personal de enfermería (83%), partería (76%) y profesionales de medicina general (71%) señalaron que la EPDS era fácil de usar.

Una síntesis de la evidencia cualitativa relativa a las opiniones y la experiencia de los trabajadores de salud sobre la prestación de atención posnatal (29) sugiere que la falta de personal y recursos puede limitar la oferta del tamizaje posnatal para la detección de los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto (evidencia de confianza moderada). Los trabajadores de salud describieron limitaciones en los conocimientos, la capacitación y la experiencia en el tamizaje de las mujeres para la detección de los problemas de salud mental posparto (evidencia de confianza moderada), incluida la prestación de una atención y apoyo culturalmente sensibles para las mujeres (evidencia

de confianza baja), y el conocimiento de las formas de derivación y los servicios disponibles para las mujeres con problemas de salud mental.

Otras consideraciones

La detección de la depresión posparto puede integrarse en los sistemas de información de atención médica de rutina o en el tamizaje poblacional a nivel comunitario a través de encuestas domiciliarias.

Después de la detección de problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, el diagnóstico y el tratamiento deben ser una prioridad para los sistemas de salud. También se debe explorar la opción preferida y la aceptabilidad de quienes vayan a encargarse de ello. En algunos entornos, la solicitud de tratamiento por parte de profesionales de medicina general para problemas de salud mental puede no ser aceptada debido a la creencia de que los profesionales de medicina general son más adecuados para tratar afecciones físicas (89).

Cuadro 3.50 Resumen de valoraciones: Detección sistemática de problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto en comparación con ningún tamizaje o con la atención habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Moderados
Efectos indeseables	Triviales
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable al tamizaje
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	Moderada
Relación costo-eficacia	Probablemente favorable al tamizaje
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

A.4.2 Prevención de la depresión y la ansiedad posparto

RECOMENDACIÓN 19

Se recomiendan intervenciones psicosociales o psicológicas durante el período prenatal y posnatal para prevenir la depresión y la ansiedad posparto. (Recomendado)

Observaciones

- Durante la atención prenatal y posnatal, en todas las mujeres se obtendría un beneficio con intervenciones psicosociales como la psicoeducación³⁷ para desarrollar estrategias de afrontamiento, controlar el estrés y construir redes de apoyo, cuando ello sea factible y se disponga de los recursos necesarios. El Grupo de Elaboración de las Directrices se mostró de acuerdo en que las intervenciones psicosociales para apoyar la salud mental materna son un componente importante de la salud y el desarrollo en la primera infancia (véase la recomendación 41 de estas directrices).
- A las mujeres con síntomas clínicamente trascendentes o factores de riesgo se les deben ofrecer intervenciones psicológicas (p. ej., terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal).
- La aplicación de estas intervenciones debe decidirse de manera colaborativa en función de la preferencia de la mujer y la capacidad del prestador de atención para realizar la intervención aportando capacitación, conocimientos y experiencia.
- Las mujeres en riesgo de depresión o ansiedad posparto son aquellas que a) han presentado síntomas depresivos pero con una puntuación inferior al límite establecido para la depresión en las pruebas de detección, b) han tenido episodios previos de depresión o c) tienen factores de riesgo social como ingresos bajos, violencia de pareja o ser adolescentes.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro A.4.2 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática de las intervenciones psicológicas y psicosociales para la prevención de los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto (94). Los datos procedieron de 44 estudios (23.542 mujeres), el primero de los cuales se publicó en 1995. La mayoría de los estudios (38) se realizaron en países de ingresos altos. Estas intervenciones se centraron en poblaciones universales (21) o en grupos de población destinatarios específicos (23), como las mujeres con factores de estrés social, con síntomas depresivos por debajo del umbral al inicio del estudio, o grupos específicos como las adolescentes.

La mayoría de las intervenciones fueron de naturaleza psicosocial (28); el resto (16) tuvieron un fundamento teórico psicológico. Las intervenciones psicosociales consistieron en estrategias psicoeducativas, visitas domiciliarias de personal paramédico o personal no técnico, o intervenciones de apoyo social. Las intervenciones psicológicas consistieron en terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, técnicas de atención

plena, intervenciones relacionadas con la mente y el cuerpo, y seguimiento del estado de ánimo. Las intervenciones estuvieron a cargo de especialistas en salud mental o por profesionales no especialistas en salud mental, como trabajadores de salud con formación en terapias específicas (por ejemplo, profesionales de medicina general, personal de partería y enfermería y personal paramédico, pares y asociados). Todas las intervenciones se realizaron de forma presencial, excepto una que se llevó a cabo utilizando un medio en línea. Se utilizaron escalas psicométricas e instrumentos heterogéneos para la evaluación de la depresión y la ansiedad en los estudios incluidos.

Todas las intervenciones, independientemente de su momento de aplicación (período prenatal, período posnatal o ambos), tuvieron como objetivo prevenir la depresión o la ansiedad posparto. Por lo tanto, todos los resultados notificados en la revisión sistemática se midieron durante el período posparto. Este informe proporciona metanálisis por separado de las intervenciones en función del momento de aplicación de la intervención.

³⁷ La psicoeducación es una intervención basada en la evidencia con un aporte de información sistemático y estructurado sobre los síntomas de la depresión o la ansiedad y su prevención y tratamiento. También puede integrar aspectos emocionales y motivacionales de las afecciones y enseñar destrezas para la resolución de problemas y la comunicación, con formación y recursos en un entorno empático y de apoyo.

Comparación: Intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto, aplicadas en cualquier momento, en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual

Resultados maternos

Problema de salud mental

Depresión posparto

La evidencia de certeza moderada existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados en cualquier momento, probablemente reducen la tasa de depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (9 ensayos, 1831 mujeres; OR 0,61, IC del 95%: 0,38 a 0,99). La evidencia de certeza baja existente sugiere que es posible que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados en cualquier momento, reduzcan la gravedad de depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (38 ensayos, 20.569 mujeres; DME 0,29 inferior, IC del 95%: 0,44 inferior a 0,15 inferior).

Ansiedad posparto

La evidencia de certeza moderada existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados en cualquier momento, probablemente reducen la tasa de ansiedad posparto (4 ensayos; OR 0,20, IC del 95%: 0,04 a 0,89) y la gravedad de la ansiedad posparto (9 ensayos, 1796 mujeres; DME 0,79 inferior, IC del 95%: 1,30 inferior a 0,28 inferior), en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual.

Funcionamiento y bienestar maternos: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, con componentes aplicados en cualquier momento, probablemente reducen la discordia conyugal (7 ensayos, 1563 mujeres; DME 0,33 inferior, IC del 95%: 0,54 inferior a 0,12 inferior), y probablemente mejoran el apego del lactante y la madre (6 ensayos, 2078 mujeres; DME 0,11 inferior, IC del 95%: 0,20 inferior a 0,02 inferior), en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual. La evidencia de certeza baja existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, con componentes aplicados en cualquier momento, pueden tener poco o ningún efecto sobre el apoyo social percibido (9 ensayos, 8416 mujeres; DME 0,002 superior, IC del 95%: 0,05 superior a 0,05 inferior), la lactancia materna exclusiva (1 ensayo, 2438 mujeres; OR 1,02, IC del 95%: 0,81 a 1,27) o las prácticas de inicio de la lactancia materna (2 ensayos, 1210 mujeres; OR 1,10, IC del 95%: 0,90 a 1,33), en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual.

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, con

componentes aplicados en cualquier momento, pueden tener poco o ningún efecto sobre el estrés parental en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (4 ensayos, 592 mujeres; DME 0,07 superior, IC del 95%: 0,21 inferior a 0,34 superior).

Experiencia de la atención posnatal: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, con componentes aplicados en cualquier momento, pueden reducir la insatisfacción materna en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (8 ensayos, 4007 mujeres; DME 0,36 inferior, IC del 95%: 0,60 inferior a 0,12 inferior).

Uso de los servicios de salud: No está claro si las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental maternos, con componentes aplicados prenatalmente, tienen algún efecto sobre las prácticas de solicitud de tratamiento en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre los efectos adversos.

Resultados según la cronología de la intervención (prenatal solamente, prenatal y posparto, posparto solamente)

Problema de salud mental

Depresión posparto

- Intervenciones aplicadas solamente en el período prenatal: No está claro si las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados prenatalmente, tienen un efecto sobre la tasa de depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).
- Intervenciones con componentes aplicados en los períodos prenatal y posparto: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, con componentes aplicados tanto prenatal como posnatalmente, pueden tener poco o ningún efecto sobre la tasa de depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (5 ensayos 594 mujeres; OR 0,57, IC del 95%: 0,27 a 1,18).
- Intervenciones aplicadas solamente en el período posparto: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados posnatalmente, probablemente tienen poco o ningún efecto sobre la tasa de depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (2 ensayos, 1012 mujeres; OR 0,82, IC del 95%: 0,48 a 1,41).

Gravedad de la depresión posparto

- Intervenciones aplicadas solamente en el período prenatal: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el

período posparto, con componentes aplicados prenatalmente, pueden reducir la gravedad de la depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (9 ensayos, 3006 mujeres; DM 0,70 inferior, IC del 95%: 1,17 inferior a 0,24 inferior).

- Intervenciones con componentes aplicados en los períodos prenatal y posparto: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, con componentes aplicados tanto prenatal como posnatalmente, probablemente reducen la gravedad de la depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (14 ensayos 3485 mujeres; DM 0,10 inferior, IC del 95%: 0,20 inferior a 0,01 inferior).
- Intervenciones aplicadas solamente en el período posparto: No está claro si las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados posnatalmente, tienen un efecto sobre la gravedad de la depresión posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja)

Gravedad de la ansiedad posparto

- Intervenciones aplicadas solamente en el período posparto: No está claro si las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados en el período prenatal, tienen un efecto sobre la gravedad de la ansiedad posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).
- Intervenciones con componentes aplicados en los períodos prenatal y posparto: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados tanto prenatal como posnatalmente, pueden tener poco o ningún efecto sobre la gravedad de la ansiedad posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (3 ensayos, 171 mujeres, DM 0,20 inferior, IC del 95%: 0,50 inferior a 0,11 superior).
- Intervenciones con componentes aplicados solamente en el período posparto: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto, con componentes aplicados posnatalmente, probablemente reducen la gravedad de la ansiedad posparto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (4 ensayos, 1193 mujeres; DM 0,45 inferior, IC del 95%: 0,88 inferior a 0,02 inferior).

Otras consideraciones

Se realizaron análisis adicionales para evaluar la efectividad de las intervenciones incluidas para la mejora de los síntomas depresivos posparto, según el

tipo de intervención y el enfoque poblacional. Un total de 21 estudios se centraron en grupos de población específicos con factores de riesgo o síntomas prodrómicos de depresión, y 20 de ellos se realizaron en poblaciones universales. Las intervenciones diseñadas para poblaciones universales tuvieron un mayor efecto sobre los síntomas depresivos posparto (DME = -0,33; IC del 95%: -0,57 a -0,10) que las destinadas a grupos de población específicos (DME = -0,21; IC del 95%: -0,33 a -0,09). Sin embargo, este análisis por subgrupos no alcanzó significación estadística ($p = 0,64$). En 26 estudios se informó sobre la efectividad de las intervenciones psicosociales para los síntomas depresivos, mientras que 15 se basaron en una teoría psicológica. Las intervenciones psicológicas tuvieron un mayor efecto sobre los síntomas depresivos posparto (DME = -0,44; IC del 95%: -0,77 a -0,10) en comparación con las intervenciones psicológicas (DME = -0,22; IC del 95%: -0,40 a -0,05). Sin embargo, este análisis por subgrupos no alcanzó significación estadística ($p = 0,20$).

Valores

Véase el recuadro 3.5 en el apartado 3.A.4: Intervenciones de salud mental.

Recursos

Tras la revisión sistemática se encontraron dos estudios en los que se evaluó la relación costo-eficacia de las intervenciones de prevención para los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto. En un estudio (de calidad alta) se presentó un análisis de costo-eficacia para un programa basado en la labor de voluntarios para la prevención de la depresión posparto en mujeres de alto riesgo de Canadá, y se informó un costo medio por mujer de Can\$ 4497 en el grupo de apoyo de pares y de Can\$ 3380 en el grupo de atención habitual (diferencia de Can\$ 1117, $p < 0,0001$) (95). Había una probabilidad del 95% de que el programa tuviera un costo de menos de Can\$ 20.196 por caso de depresión posparto evitado. Aunque se trataba de un programa basado en la labor de voluntarios, se tradujo en un costo neto para el sistema de salud y para la sociedad. Sin embargo, este costo estuvo dentro del intervalo de valores del costo de otras intervenciones aceptadas para esa población (95). En otro estudio (de calidad moderada) se evaluó la intervención psicoeducativa para mujeres en el período posparto denominada "What Were We Thinking" ("En qué estábamos pensando"), y no se observaron diferencias de costo entre las mujeres a las que se aplicó la intervención y las del grupo de referencia (96). Las relaciones de costo-eficacia incrementales fueron de AU\$ 36.451 por AVAC ganado y de AU\$ 152 por punto porcentual de reducción en la prevalencia de la depresión, la ansiedad y los problemas de adaptación a los 30 días. Esta cifra es inferior al umbral de costo-eficacia de AU\$ 55.000 por AVAC; sin embargo, hubo una variabilidad considerable en los resultados, con una probabilidad del 55% de que se considerara que el programa tenía una relación costo-eficacia favorable con ese umbral (96).

Cuadro 3.51 Principales necesidades de recursos para las intervenciones de prevención de los problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería, visitantes de salud, facilitadores, trabajadores de extensión en la atención del embarazo, equipos multidisciplinares de personal de enfermería y graduados, o profesionales de la salud mental (por ejemplo, asistentes sociales, profesionales de psicología clínica y de salud, equipos multidisciplinares de personal de enfermería de salud reproductiva y de salud mental).
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación y apoyo especiales para el personal (por ejemplo, personal de partería y enfermería, visitantes de salud, asistentes sociales) para la aplicación de la intervención
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Medios de comunicación en línea; aplicaciones de autoayuda; talleres, capacitación o materiales educativos; folletos Instrumentos para evaluar los problemas de salud mental maternos
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Podría requerir el rediseño o la mejora de la organización de la atención posnatal, por ejemplo mediante el establecimiento e integración de redes de visitantes de salud, asistentes sociales o trabajadores de salud mental en la prestación de la atención posparto.
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo empleado en la aplicación de la intervención y en la atención de seguimiento de las mujeres
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo y supervisión continuos de médicos y equipos de supervisión psiquiátrica

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de las intervenciones de prevención de los problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto. En general, las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto pueden aumentar la equidad en la salud. Sin embargo, si no son universales y no tienen la adaptación cultural adecuada, las mujeres de minorías o analfabetas pueden quedar excluidas. Esto podría conducir a una falta de equidad.

Otras consideraciones

Las mujeres afectadas por desigualdades sociales tienen un mayor riesgo de sufrir muchos problemas de salud mental frecuentes y sus consecuencias adversas en el período posparto(90).

Aceptabilidad

La evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa que explora las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) destaca un deseo a menudo no expresado e insatisfecho en las mujeres de reconocer sus propias necesidades de atención de salud, especialmente su bienestar mental y emocional (evidencia de confianza alta). Los resultados también indican que las mujeres pueden presentar un bajo estado de ánimo, depresión, fatiga, inseguridad y ansiedad durante la transición a la maternidad (evidencia de confianza alta) y agradecen el apoyo psicosocial para afrontar estos problemas, siempre que este apoyo sea prestado por trabajadores de salud adecuadamente capacitados que sean sensibles a sus necesidades

y circunstancias vitales (evidencia de confianza alta). Además, las mujeres aprecian la continuidad (de atención y de cuidador), por lo que cualquier intervención que se aplique durante las fases prenatal y posnatal, a poder ser, debe ser aplicada por la misma persona (evidencia de confianza alta).

Los resultados de una síntesis sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud respecto a la preparación para el alta, derivados de una revisión del tema de la preparación para el alta (91), indican que a menudo se considera que la atención a las mujeres se pasa por alto durante el período de atención posnatal, con un énfasis predominante en el cuidado del recién nacido (evidencia de confianza moderada) y dando por supuesto que las mujeres reciben la información que necesitan durante la atención prenatal (evidencia de confianza baja). El proceso de alta a menudo es visto como apresurado tanto por las mujeres como por los trabajadores de salud, con un aporte de demasiada información, un deseo de las mujeres de irse a casa pronto, limitaciones de tiempo y una escasez de personal de salud (evidencia de confianza baja). Además, es frecuente que las mujeres no estén preparadas para el dolor y la incomodidad que experimentan y que carezcan de la educación sanitaria práctica sobre cómo cuidarse a sí mismas y cuidar a sus recién nacidos y de apoyo para la depresión posparto (evidencia de confianza baja).

Otras consideraciones

Varios estudios cualitativos (97-99) en los que se han explorado la salud mental posparto de las mujeres indican que estas a veces tienen dificultades para

detectar los problemas de salud mental o no saben a quién dirigirse o cómo acceder al apoyo para estos problemas. Es posible que se sientan abrumadas o con capacidades insuficientes y desarrollen estrategias de afrontamiento o inicien procesos de autonegación para disfrazar los problemas de salud mental. Los resultados también indican que las mujeres aprecian las visitas domiciliarias regulares de trabajadores de salud siempre que el apoyo ofrecido sea empoderador en lugar de condescendiente o debilitador.

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de las intervenciones destinadas a prevenir los problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto. Sin embargo, la evidencia indirecta obtenida en esta revisión sugiere que las cualidades personales de empatía, sensibilidad y discreción son importantes para las mujeres, por lo que los trabajadores de salud que ofrecen intervenciones terapéuticas pueden necesitar una capacitación adicional en estas competencias (evidencia de confianza moderada).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal (29) no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los profesionales de la salud sobre la viabilidad de las intervenciones destinadas a prevenir los problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto. Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el aporte de información, asesoramiento e intervenciones preventivas en el período posnatal (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

La integración de las intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de los problemas de salud mental frecuentes en el período posparto en los servicios de salud materno-infantil de rutina aumentará la viabilidad. La aplicación de las intervenciones por parte de personal no especialista con formación también mejora la viabilidad.

Cuadro 3.52 Resumen de valoraciones: Intervenciones para prevenir los problemas de salud mental frecuentes (depresión, ansiedad) en el período posparto, aplicadas en cualquier momento, en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a la intervención
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	Moderada
Relación costo-eficacia	Probablemente favorable a la intervención
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

A.5 INTERVENCIONES NUTRICIONALES Y ACTIVIDAD FÍSICA

Antecedentes

En este apartado de las directrices se incluyen tres conjuntos de recomendaciones que se han

integrado a partir de las directrices de la OMS sobre suplementos nutricionales y actividad física posparto, que son de interés para la atención posnatal de rutina.

A.5.1 Suplementos orales de hierro y ácido fólico en el posparto

RECOMENDACIÓN 20

Se pueden proporcionar suplementos orales de hierro solo o en combinación con suplementos de ácido fólico a las mujeres en el período posparto durante 6 a 12 semanas después del parto a fin de reducir el riesgo de anemia en entornos donde la anemia gestacional sea un problema de salud pública.^a

(Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de la publicación de la OMS del 2016 sobre suplementos de hierro en las mujeres en el período posparto (100), en la que se consideró una recomendación condicional basada en evidencia de certeza baja.
- Las siguientes observaciones fueron algunas de las formuladas por el Grupo de Elaboración de las Directrices responsable de la recomendación original
 - Esta recomendación es aplicable a todas las mujeres en el período posparto, independientemente de la situación de la lactancia materna.
- Para facilitar la aplicación y la continuidad de la atención, los suplementos posparto deben iniciarse lo antes posible después del parto, y el esquema posológico de los suplementos de hierro (es decir, la dosis y si el suplemento se toma cada día o una vez por semana) debe seguir al utilizado durante el embarazo (16) o bien debe iniciarse según lo planificado para mujeres adultas y adolescentes no embarazadas (101, 102).
- En los casos en los que se diagnostica a una mujer una anemia en un entorno clínico (103), el tratamiento debe realizarse según la política del país o la recomendación de la OMS de suplementos diarios de hierro (120 mg de hierro elemental más 400 µg de ácido fólico), hasta que la concentración de hemoglobina aumente hasta valores normales (103, 104).
 - Se debe recomendar a las mujeres en el período posparto o durante la fase de lactancia una nutrición adecuada, que se consigue mejor con el consumo de una alimentación equilibrada y saludable (78, 105).

^a La OMS considera que una prevalencia poblacional de anemia gestacional del 20% o más es un problema moderado de salud pública.

A.5.2 Postpartum vitamin A supplementation

RECOMENDACIÓN 21

No se recomienda la administración de suplementos de vitamina A a mujeres en el período posparto para la prevención de la morbilidad y mortalidad maternas e infantiles. (No recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de la *Directriz: Administración de suplementos de vitamina A* en el posparto de la OMS del 2011 (106), en la que se consideró una recomendación sólida basada en evidencia de certeza muy baja.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices responsable de la recomendación original estuvo de acuerdo en que se debe recomendar a las mujeres en el período posparto o en fase de lactancia una nutrición adecuada, lo cual se consigue mejor mediante el consumo de una alimentación equilibrada y saludable (78, 105).

A.5.3 Actividad física y hábitos sedentarios

RECOMENDACIÓN 22

Las mujeres que se encuentren en el posparto y no tengan contraindicaciones deben:

- realizar actividad física regular durante todo el período posparto;
- hacer al menos 150 minutos de actividad física a la semana para obtener beneficios sustanciales para la salud; e
- incorporar diversos ejercicios físicos y de fortalecimiento muscular; agregar estiramientos suaves también puede ser beneficioso. (Recomendado)

RECOMENDACIÓN 23

Las mujeres en el período posparto deben limitar el tiempo que pasan en un estado sedentarios. Sustituir el sedentarismo por una actividad física de cualquier intensidad (incluso ligera) se traduce en beneficios para la salud. (Recomendado)

Observaciones

- Estas recomendaciones se han adaptado e integrado a partir de las *Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios del 2020 (107)*, en las que se consideraron recomendaciones sólidas basadas en evidencia de certeza moderada y baja, respectivamente.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de Atención Posnatal señaló lo siguiente basándose en las directrices originales.
 - En las mujeres en período posparto, las actividades físicas y de fortalecimiento muscular se pueden realizar como parte de las actividades recreativas y de ocio (por ejemplo, juegos, competiciones, deportes de ocio o ejercicio planificado), desplazamiento (por ejemplo, caminar), trabajo y tareas domésticas, en el contexto de entornos ocupacionales, educativos, domésticos o comunitarios cotidianos. Las mujeres en período posparto deben tratar de cumplir estas recomendaciones siempre que sea posible, según sus capacidades, y si no hay contraindicaciones, con el apoyo de su pareja y su familia. Se debe solicitar una orientación clínica para las mujeres con complicaciones asociadas al embarazo o el parto.
 - Un total de 150 minutos de actividad física por semana equivale aproximadamente a entre 20 y 25 minutos de caminar al día. Los 150 minutos no tienen que ser de actividad física continua, sino que pueden acumularse a lo largo del día.
- Se presentan a continuación las declaraciones relativas a prácticas adecuadas.
 - Si las mujeres en período posparto no cumplen el nivel de actividad física establecido en las recomendaciones, realizar algo de actividad física será beneficioso para su salud.
 - Las mujeres en período posparto deben comenzar haciendo pequeñas cantidades de actividad física y aumentar gradualmente la frecuencia, la intensidad y la duración a lo largo del tiempo.
- Las consideraciones de seguridad adicionales son las siguientes.
 - Las mujeres en período posparto debieran:
 - ser informadas por su prestador de atención de salud de las señales de peligro que han de alertarlas sobre cuándo dejar de realizar actividad física o limitarla y consultar inmediatamente a un trabajador de salud calificado en caso de que se produzcan;
 - reanudar la actividad física gradualmente después del parto y tras una consulta a un trabajador de salud, en particular en el caso del parto por cesárea; y
 - ser asesoradas por su prestador de atención de salud sobre las consideraciones especiales a tener en cuenta en función de sus antecedentes de cualquier posible contraindicación para realizar actividad física durante el período posparto.
- Entre las recomendaciones relacionadas de estas directrices figuran las siguientes.
 - Las mujeres que, antes del embarazo, realizaban habitualmente actividades aeróbicas de intensidad elevada, o que eran físicamente activas, pueden continuar con estas actividades durante el embarazo y el período posparto
- El comportamiento sedentario se define como el tiempo que se pasa sentado o acostado, con un bajo gasto de energía mientras se está despierto, en el contexto de entornos ocupacionales, educativos, domésticos y comunitarios o de desplazamiento.

A.6 ANTICONCEPCIÓN

Antecedentes

Este apartado de las directrices incluye una recomendación que se ha integrado a partir de

una directriz de la OMS sobre el suministro de información y servicios anticonceptivos, y que es de interés para la atención posnatal de rutina.

A.6.1 Anticoncepción posparto

RECOMENDACIÓN 24

Se recomienda proporcionar información y servicios anticonceptivos integrales durante la atención posnatal. (Recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir del documento de la OMS del 2013 sobre el *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones (108)*. Las actuales recomendaciones de la OMS sobre métodos anticonceptivos para mujeres durante el posparto o la lactancia se especifican en el recuadro 3.6, y se basan en la publicación de la OMS del 2015 sobre *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (109)*. Deben verificarse de manera regular las recomendaciones de la OMS sobre la anticoncepción posparto para incorporar las posibles actualizaciones.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de Atención Posnatal señaló lo siguiente basándose en los documentos existentes de la OMS
 - A todas las mujeres en período posparto y sus parejas se les debe ofrecer información anticonceptiva completa y basada en la evidencia, así como educación en materia de salud y asesoramiento para garantizar una elección fundamentada de su uso de la anticoncepción moderna sin discriminación. Debe respetarse la privacidad de las personas durante todo proceso de aporte de información y servicios anticonceptivos, incluida la confidencialidad de la información médica y otro tipo de información personal (108).
 - El tipo de parto no restringe la elección de métodos anticonceptivos en una mujer en período posparto.
 - Las mujeres que mantienen la lactancia materna por más de 6 meses después del parto pueden usar anticonceptivos de progestágeno solo, anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, implantes de levonorgestrel (LNG) o etonogestrel (ETG) sin restricciones (criterios médicos de elegibilidad [CME], categoría 1) y generalmente pueden usar anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (CME, categoría 2).^a
 - El riesgo de infección por el VIH de una mujer no limita su elección anticonceptiva, y las mujeres son aptas para usar todos los métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los dispositivos intrauterinos que contienen cobre (DIU-Cu) y los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG) sin restricciones según la declaración de orientación de la OMS sobre las opciones anticonceptivas para mujeres con riesgo alto de VIH (110).
 - La anticoncepción inyectable autoadministrada debe estar disponible como un enfoque adicional para administrar anticonceptivos inyectables a personas en edad reproductiva, según las directrices unificadas de la OMS del 2019 sobre intervenciones de autocuidado para la salud: salud y derechos sexuales y reproductivos (111), y según la elegibilidad basada en los CME de la OMS para el uso de anticonceptivos.
 - La guía de la OMS sobre los CME incluye otros diversos métodos anticonceptivos que se autoadministran, incluido el parche anticonceptivo combinado, el anillo vaginal anticonceptivo combinado, el anillo vaginal liberador de progesterona (AVR) y los métodos de barrera, incluidos los preservativos (masculinos de látex, masculinos de poliuretano y femeninos), el diafragma (con espermicida) y el capuchón cervical. Las mujeres que están amamantando también pueden optar por usar métodos anticonceptivos junto con el método de amenorrea de la lactancia durante los primeros seis meses después del parto.
 - La capacitación continua basada en competencias y la supervisión de los trabajadores de salud en lo relativo a la prestación de los servicios de educación en materia de salud, información y servicios anticonceptivos deben basarse en las directrices de la OMS existentes.

^a CME: criterios médicos de elegibilidad. Las categorías de CME para la elegibilidad anticonceptiva son: CME, categoría 1: una situación en la cual no hay ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo; CME, categoría 2: una situación en la que las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o probados; CME, categoría 3: una situación en la que los riesgos teóricos o probados generalmente superan a las ventajas de usar el método; CME, categoría 4: una situación que supone un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.

Recuadro 3.6 Recomendaciones de métodos anticonceptivos para las mujeres en el período posparto, incluidas las que están en fase de lactancia (109)

Menos de seis semanas después del parto

En las 48 horas después del parto, las mujeres en período posparto pueden usar DIU-Cu (CME, categoría 1).

En las 48 horas después del parto, las mujeres que amamantan generalmente pueden usar DIU-LNG (CME, categoría 2).

En las 6 semanas después del parto, las mujeres que amamantan generalmente pueden usar anticonceptivos de progestágeno solo ni implantes de LNG y de ETG (CME, categoría 2).

En las cuatro semanas o más después del parto, las mujeres que amamantan pueden usar el PVR sin restricciones (CME, categoría 1).

En las cuatro semanas o más después del parto, las mujeres en período posparto pueden usar DIU-Cu y DIU-LNG sin restricciones (CME, categoría 1).

Entre 21 y 42 días después del parto, las mujeres en período posparto que no tienen otros factores de riesgo para el tromboembolismo venoso (TEV) generalmente pueden usar AHC (CME, categoría 3).

De seis semanas a menos de seis meses después del parto

Entre seis semanas y seis meses después del parto, las mujeres que amamantan pueden usar anticonceptivos de progestágeno solo, anticonceptivos inyectables de progestágeno solo e implantes de LNG y ETG sin restricciones (CME, categoría 1).

En los 42 días después del parto, las mujeres en período posparto pueden usar AHC sin restricciones (CME, categoría 1).

Recomendaciones contrarias al uso de algunos métodos anticonceptivos

En las ≥ 48 horas a < 4 semanas después del parto, a las mujeres en período posparto generalmente no se les debe colocar un DIU-LNG (CME, categoría 3).

En las seis semanas después del parto, las mujeres que amamantan generalmente no deben usar anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (preparados de absorción lenta [depot] de acetato de medroxiprogesterona o enantato de noretisterona) (CME, categoría 3).

En las seis semanas después del parto, las mujeres que amamantan no deben usar AHC (CME, categoría 4).

Entre las seis semanas y los seis meses después del parto, las mujeres que amamantan generalmente no deben usar AHC (CME, categoría 3).

En los primeros 21 días después del parto, las mujeres en período posparto que no tienen otros factores de riesgo para el TEV generalmente no deben usar AHC (CME, categoría 4).

En los primeros 21 días después del parto, las mujeres en período posparto que tiene otros factores de riesgo para el TEV no deben usar AHC (CME, categoría 2).

En los primeros 21 a 42 días después del parto, las mujeres en período posparto que tienen otros factores de riesgo para el TEV generalmente no deben usar AHC (CME, categoría 3).

Recomendaciones sobre anticoncepción de emergencia

Las mujeres que amamantan pueden usar anticonceptivos orales combinados o LNG como píldora anticonceptiva de urgencia sin restricciones (CME, categoría 1).

Las mujeres que están amamantando generalmente pueden usar acetato de ulipristal como píldora anticonceptiva de urgencia (CME, categoría 2).

B. Atención neonatal

B.1 EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Antecedentes

La detección temprana de afecciones que pueden afectar negativamente la salud y el desarrollo del recién nacido es un componente importante de la atención posnatal de rutina de calidad.

Para obtener una orientación sobre la evaluación de rutina del recién nacido, los trabajadores de salud deben consultar el manual operativo de la OMS (39), en el que se proporciona orientación detallada sobre la evaluación neonatal.

En este apartado de las directrices, el GDG consideró la evidencia y otra información de interés para sustentar las recomendaciones sobre la detección universal de las siguientes afecciones.

Anomalías oculares

Se calcula que hay 1,14 millones de niños de 0 a 15 años ciegos o que tienen una discapacidad visual grave a causa de afecciones oculares (112). Las principales causas de ceguera en los niños son las cataratas congénitas y del desarrollo, la cicatrización corneal, las anomalías oculares congénitas, las distrofias de la retina, el glaucoma y la retinopatía del prematuro. Las afecciones que están presentes al nacer se pueden detectar mediante un tamizaje durante el período neonatal, y los recién nacidos afectados pueden ser remitidos para tratamientos como la cirugía de las cataratas, el glaucoma y el retinoblastoma (un tumor maligno), el seguimiento a largo plazo o la derivación a una evaluación general de la salud o la rehabilitación visual (113). La evaluación ocular del recién nacido generalmente se realiza con una linterna para examinar las estructuras externas del ojo y con pruebas de reflejo rojo, que requieren un oftalmoscopio directo o una alternativa adecuada.

Deficiencia auditiva

Se ha descrito que la prevalencia de pérdida auditiva bilateral permanente (PABP) entre grave y profunda en los recién nacidos es de 1 a 1,5 por 1000 recién nacidos en los países de ingresos altos (114, 115). La PABP se define como una pérdida auditiva permanente bilateral, de conducción (problemas óseos, del canal auditivo o del tímpano) o neurosensorial (daño nervioso o cerebral) de 35 dB o más en el oído mejor (116). Se produce durante el período intrauterino o congénito (debido a infecciones como TORCH [toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple, sífilis], problemas genéticos y craneofaciales) y también durante el período posnatal (por ejemplo, debido a lesiones

intracraneales, meningitis, ictericia, antibióticos ototóxicos). Dos pruebas que pueden detectar la pérdida de audición en los recién nacidos y los lactantes de menos de 6 meses de vida son las emisiones otoacústicas (EOA) y la prueba de potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados (PEATC-A), utilizadas solas o en combinación.

Hiperbilirrubinemia

La hiperbilirrubinemia neonatal no conjugada (indirecta) es una afección común que afecta aproximadamente entre el 60% y 80% de los recién nacidos sanos (117, 118). Se manifiesta en los primeros días después del nacimiento en forma de ictericia. Bioquímicamente, se define como un aumento de la bilirrubina total en suero (TSB, por su sigla en inglés) como resultado de una bilirrubina indirecta elevada en el suero. Aunque la mayoría de los recién nacidos presentan una ictericia fisiológica, que con frecuencia es normal y benigna, un subconjunto de los recién nacidos desarrolla una enfermedad grave que justifica el tratamiento y requiere hospitalización en las primeras semanas después del nacimiento (117, 118). La ictericia grave, si no se diagnostica y trata a tiempo, puede provocar encefalopatía aguda por bilirrubina, disfunción neurológica inducida por bilirrubina (DNIB) o, en los casos más graves, ictericia nuclear o muerte relacionada con la ictericia. Clínicamente, la ictericia se detecta mediante inspección visual, y los niveles séricos de bilirrubina se estiman de forma no invasiva a través de la piel utilizando un bilirrubinómetro transcutáneo (TcB) o se confirman de forma invasiva mediante una muestra de sangre y determinación analítica de la TSB en el laboratorio. La inspección visual (con o sin evaluación de los factores de riesgo) es un método de detección comúnmente utilizado, en especial en entornos con recursos limitados. La TSB es el método más preciso de determinación de la bilirrubina sérica, pero requiere un pinchazo en el talón y una evaluación analítica de laboratorio.

Además de las recomendaciones y orientaciones del GDG sobre lo anterior, este apartado de las directrices incluye una recomendación sobre la evaluación del recién nacido para detectar signos de peligro, que se ha integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido (15).

Recuadro 3.7 Valores

Los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa de estudios en los que se ha explorado lo que las mujeres quieren de la atención posnatal (21) indican que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También quieren adaptarse a los cambios en sus relaciones íntimas y familiares (incluida la relación con su recién nacido), afrontar los desafíos físicos y emocionales comunes y experimentar un logro dinámico de crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y en tanto que personas en su propio contexto cultural. Los resultados de la misma revisión también indican que las mujeres tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido y, por lo tanto, es probable que valoren la información relacionada con el desarrollo neonatal y las prácticas y procedimientos que optimizan el desarrollo neonatal (evidencia de confianza baja).

Recuadro 3.8 Aceptabilidad de las intervenciones

En una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las evaluaciones del recién nacido examinadas. La evidencia indirecta obtenida en la revisión indica que las mujeres desean información clara y precisa sobre el bienestar de su recién nacido (evidencia de confianza alta), siempre que sea proporcionada por trabajadores de salud que dispongan de conocimientos adecuados y sean sensibles a sus necesidades (evidencia de confianza moderada). La evidencia indirecta obtenida de una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las experiencias de las mujeres en la atención posnatal sugiere que la mayoría de las mujeres aprecian el asesoramiento y la información proporcionados por los trabajadores de salud sobre el desarrollo neonatal (evidencia de confianza alta) (28). Las mujeres también tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido, por lo que es probable que aprecien los procedimientos y técnicas que optimizan el bienestar infantil (evidencia de confianza baja).

Recuadro 3.9 Viabilidad de las intervenciones

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad del tamizaje neonatal (28). Sin embargo, la evidencia indirecta obtenida en esta revisión indica que algunas mujeres valoran el tiempo que pasan con los trabajadores de salud y que no les gusta sentirse apresuradas en las evaluaciones sin tener la oportunidad de comentar las preocupaciones relacionadas con el tamizaje (evidencia de confianza baja). Teniendo esto en cuenta, la disponibilidad de instalaciones de salud adecuadamente equipadas y con trabajadores de salud sensibles y bien capacitados son consideraciones importantes para algunas mujeres (evidencia de confianza moderada).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los trabajadores de salud sobre la viabilidad del tamizaje neonatal (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el aporte de información y asesoramiento sobre el tamizaje neonatal y de una exploración física completa del recién nacido (evidencia de confianza moderada). Los trabajadores de salud de diferentes entornos indicaron diferencias en su percepción del grado en el que se consideraban adecuadamente capacitados para proporcionar atención posnatal, en particular en lo relativo a las exploraciones neonatales (evidencia de confianza moderada).

B.1.1 Evaluación de signos de peligro en el recién nacido

RECOMENDACIÓN 25

Se deben evaluar los siguientes signos en cada consulta de atención posnatal y se debe derivar al recién nacido a una evaluación adicional si se presenta alguno de ellos:

- no se alimenta bien;
- haber tenido convulsiones;
- respiración rápida (frecuencia respiratoria > 60 por minuto);
- tiraje torácico intenso;
- ausencia de movimiento espontáneo;
- fiebre (temperatura $\geq 37,5$ °C);
- hipotermia (temperatura < 35,5 °C);
- todo tipo de ictericia en las primeras 24 horas después del nacimiento, o palmas y plantas amarillas a cualquier edad.

Se debe alentar a los progenitores y la familia a que soliciten atención de salud lo antes posible si detectan cualquiera de estos signos de peligro entre las consultas de atención posnatal. *(Recomendado)*

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido (15), en las que se consideró una recomendación sólida basada en evidencia de certeza baja.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) responsable de la recomendación original no realizó ninguna observación.

B.1.2 Tamizaje universal de anomalías oculares

RECOMENDACIÓN 26

Se recomienda el tamizaje neonatal universal para la detección de anomalías oculares, que debe ir acompañado de servicios de diagnóstico y tratamiento para los bebés en los que se detecte alguna anomalía. (Recomendado)

Observaciones

- La detección universal de anomalías oculares en el recién nacido debe realizarse antes del alta después de un parto en un centro de salud o bien en el primer consulta de atención posnatal en un entorno ambulatorio después de un parto en el hogar. A poder ser, la detección debe hacerse dentro de las primeras seis semanas después del nacimiento.
- La exploración externa del ojo y la prueba del reflejo rojo debe realizarlas un trabajador de salud con la formación adecuada, utilizando un equipamiento estándar (por ejemplo, un oftalmoscopio directo).
- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) tuvo en cuenta la evidencia revisada relativa a la detección sistemática de una sola afección (catarata congénita). Sin embargo, dado que la prueba del reflejo rojo puede detectar una amplia gama de afecciones, el GDG amplió la recomendación para abarcar todas las anomalías oculares que se pueden detectar mediante un tamizaje.
- La recomendación se basa en la evidencia derivada de estudios realizados en todos los recién nacidos, independientemente de la gestación o la presencia o ausencia de factores de alto riesgo. Sin embargo, no se tuvo en cuenta la evidencia derivada de estudios realizados tan solo en grupos de población de alto riesgo como los recién nacidos prematuros o los que presentan anomalías congénitas.
- La ampliación de la recomendación para incluir el diagnóstico y el tratamiento se hizo para incorporar los principios del tamizaje (87).
- Se deben establecer o fortalecer sistemas de detección sistemática, derivación, diagnóstico y tratamiento para garantizar un seguimiento y un manejo adecuados de los recién nacidos con un resultado positivo.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.1.2 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática del tamizaje ocular universal de recién nacidos (113). En la revisión se encontraron 25 estudios no aleatorizados con un total de 2.289.431 recién nacidos, y tres de esos estudios se incluyeron en este resumen de la evidencia.

Dos estudios se realizaron en Suecia (724.523 recién nacidos) utilizando datos procedentes de un registro pediátrico específico de las cataratas. En el primer estudio se compararon dos regiones en las que se utilizaron ubicaciones diferentes para el tamizaje y otra región en la que no se aplicó el tamizaje, entre 1992 y 1998 (la población total de las regiones incluidas fue de casi 400 000 recién nacidos). En una región se realizaron las pruebas de reflejo rojo con una exploración ocular externa en la sala de maternidad durante los primeros días después del nacimiento; en otra se utilizaron las mismas pruebas de detección realizadas en ambulatorios en lactantes sanos de alrededor de 6 semanas de vida, y en la tercera no se llevó a cabo ningún tamizaje. El segundo estudio agregó los datos nacionales de los años 2007 al 2009 a los del primer estudio, con exploraciones oculares que se realizaron de manera sistemática

en el 90% de las salas de maternidad (población total de 394 438 recién nacidos). El tamizaje lo llevaron a cabo personal médico o de enfermería mediante pruebas de reflejo rojo y una exploración ocular externa. El tercer estudio fue un estudio de comparación entre el antes y el después realizado en Israel (18 872 recién nacidos), en el que se evaluó el efecto de la introducción de la prueba del reflejo rojo entre el 2008 y el 2009, y entre el 2010 y el 2011.

Comparación: Tamizaje universal de recién nacidos para detectar anomalías oculares en comparación con ninguna prueba de detección sistemática

Resultados en recién nacidos y lactantes

Morbilidad grave de recién nacidos y lactantes: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje universal de afecciones oculares anormales en las salas de maternidad puede aumentar la proporción de recién nacidos con cataratas congénitas que son remitidos por las salas de maternidad o las consultas ambulatorias de recién nacidos sanos en el primer año después del nacimiento, en comparación con lo observado sin ningún tamizaje (1 estudio, 394 438 niños; RR 9,83, IC del 95%: 1,36 a 71,20). No está claro si el tamizaje universal de afecciones oculares anormales en las consultas ambulatorias en recién nacidos sanos

tiene algún efecto sobre la proporción de recién nacidos con cataratas congénitas remitidos por las salas de maternidad o las consultas ambulatorias de recién nacidos sanos en el primer año después del nacimiento, en comparación con lo observado sin ningún tamizaje (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el tamizaje universal de afecciones oculares anormales tiene algún efecto sobre la proporción de recién nacidos con cataratas congénitas remitidos por cualquier centro de salud (sala de maternidad, consulta ambulatoria de recién nacidos sanos, por un pediatra u otro profesional) en el primer año después del nacimiento, en comparación con lo observado con ningún tamizaje, cuando este se realiza en salas de maternidad o en consultas ambulatorias de recién nacidos sanos (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje universal de afecciones oculares anormales en las salas de maternidad puede aumentar la proporción de recién nacidos con cataratas congénitas remitidos en los 42 días posteriores al nacimiento, en comparación con lo observado con ningún tamizaje (1 estudio, 394 438; RR 4,61, IC del 95%: 1,12 a 19,01). No está claro si el tamizaje universal de afecciones oculares anormales en las consultas ambulatorias en recién nacidos sanos tiene algún efecto sobre la proporción de recién nacidos con cataratas congénitas remitidos en los primeros 42 días siguientes al nacimiento, en comparación con lo observado sin ningún tamizaje (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje universal de anomalías oculares en las salas de maternidad puede aumentar la proporción de recién nacidos con cataratas congénitas que son operados en los primeros 42 días después del nacimiento, en comparación con lo observado con ningún tamizaje (1 estudio, 394 438 niños; RR 8,23, IC del 95%: 1,13 a 59,80). No está claro si el tamizaje universal de anomalías en las consultas ambulatorias en recién nacidos sanos tiene algún efecto sobre la proporción de recién nacidos con cataratas congénitas que son operados en los primeros 42 días siguientes al nacimiento en comparación con lo observado sin ningún tamizaje (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje universal de afecciones oculares anormales mediante la prueba del reflejo rojo puede aumentar la aparición de conjuntivitis clínica en comparación con lo observado con ningún tamizaje (1 estudio, 18 870; OR 1,22, IC del 95%: 1,01 a 1,47). No está claro si el tamizaje universal de afecciones oculares anormales mediante la prueba del reflejo rojo aumenta la aparición de conjuntivitis bacteriana en comparación con lo observado con ningún tamizaje (evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *mortalidad de recién nacidos y lactantes* o el *neurodesarrollo*.

Resultados maternos

En los estudios incluidos no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal* o el *costo*.

No fue posible analizar los datos de subgrupos preespecificados ya que no se disponía de esos datos.

Otras consideraciones

Un estudio (7641 recién nacidos sanos) mostró una alta especificidad (96,0%, IC del 95%: 95,6% a 96,5%) de las pruebas de reflejo rojo con oftalmoscopia directa para las afecciones del segmento anterior y del segmento posterior, y para todas las afecciones combinadas, en comparación con el patrón de referencia de la exploración ocular completa (incluidas las imágenes digitales y la oftalmoscopia indirecta o la ecografía según fuera necesario) (119), pero la sensibilidad fue del 0% para las afecciones del segmento posterior y del 66,7% (con intervalos de confianza amplios) para los trastornos del segmento anterior.

En un estudio comparativo basado en datos del Registro Pediátrico de Cataratas (PECARE, por su sigla en inglés) se observó que, del total de casos de cataratas congénitas operados en el primer año después del nacimiento, 13 de cada 100.000 niños (561 743 recién nacidos) fueron remitidos en los primeros 42 días (es decir, antes de las ocho semanas) tras el nacimiento cuando se examinaron mediante pruebas de reflejo rojo temprano, en comparación con 1,3 por 100 000 (población de 308 181 recién nacidos) cuando fueron examinados mediante una exploración con linterna (120).

Valores

Véase el recuadro 3.7 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas del tamizaje universal de anomalías oculares en los recién nacidos sanos a término en comparación con lo observado con ningún tamizaje.

Otras consideraciones

En un estudio incluido en la revisión sistemática se evaluó la relación costo-eficacia del tamizaje ocular universal mediante pruebas de reflejo rojo en consultas ambulatorias en recién nacidos sanos y en unidades de maternidad, en comparación con el tamizaje realizado de la unidad de maternidad solamente (121). Como el tamizaje universal no se comparó con lo observado sin ningún tamizaje, el estudio no proporcionó datos de interés para este resumen de la evidencia.

Cuadro 3.53 Principales necesidades de recursos para el tamizaje universal de anomalías oculares en recién nacidos

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de neonatología o pediatría, personal de partería o enfermería
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica respecto a la exploración con linterna para trabajadores de la atención de salud neonatal; no se requiere una capacitación especializada para la exploración ocular con linterna de los recién nacidos La capacitación para realizar pruebas de reflejo rojo la proporciona un oftalmólogo pediátrico (122)
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Información (escrita o gráfica, p. ej., folletos) para los progenitores Baterías (pilas alcalinas de celda seca reemplazables o recargables, según el dispositivo específico; Arclight™ se puede cargar mediante energía solar o a través de un USB)³⁸
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Linterna médica = US\$ 2,60 (123) Equipamiento de oftalmoscopio = US\$ 51,41 (123); US\$ 7,50 para Arclight™ (costo por compra al por mayor) (124) Sala o espacio a oscuras
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> El tamizaje se puede realizar antes del alta tras el nacimiento o como parte de las consultas posnatales de rutina posteriores <i>Tiempo de realización:</i> de 1 a 2 minutos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Es necesaria la derivación a un oftalmólogo pediátrico cuando haya resultados anormales; de lo contrario, igual que para la atención habitual

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud del tamizaje universal de anomalías oculares para los recién nacidos sanos a término. El tamizaje ocular universal en los recién nacidos podría ayudar a abordar las desigualdades en la salud al mejorar la detección de anomalías oculares en entornos de ingresos bajos a medianos, donde la ceguera infantil es más frecuente (125). Sin embargo, es probable que el impacto final en la equidad en la salud varíe según la capacidad de los servicios de proporcionar una derivación adecuada, así como del acceso al tratamiento necesario

Otras consideraciones

La evidencia derivada de una revisión sistemática sugiere que las niñas con cataratas bilaterales tienen menos probabilidades de acceder a la cirugía de las cataratas que los niños en algunas regiones, en especial en Asia meridional y Asia oriental, y en el Pacífico (126). También hay diferencias en la edad y el estadio inicial del retinoblastoma según el nivel de ingresos del país, de tal manera que los niños de los países de ingresos altos son detectados a una media de edad inferior y con unas tasas más bajas de enfermedad en estadio VI avanzado en comparación con los de los países de ingresos bajos y medianos

(127). La detección, identificación y asesoramiento tempranos aumentarán la concientización entre los padres y pueden ayudar a aumentar el acceso a los servicios.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.8 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

Un estudio experimental realizado en la República Unida de Tanzania mostró que era aceptable incluir un módulo de atención oftalmológica en el programa de capacitación sobre salud infantil para 60 trabajadores de atención primaria de salud infantil sobre las pruebas de reflejo rojo utilizando Arclight™ y que ello aumentaba los conocimientos de los trabajadores de salud, que eran capaces de aplicarlo en la atención de rutina (128).

En otro estudio realizado en la República Unida de Tanzania, se capacitó a 24 enfermeras y enfermeros para realizar exploraciones de los ojos de niños de 0 a 5 años mediante la prueba de reflejo rojo Arclight™ y se observó que los padres estaban satisfechos con ello y se mostraban dispuestos a dejar que sus hijos fueran examinados (129).

38 Para obtener más información, consulte el Arclight Project: <https://medicine.st-andrews.ac.uk/arclight/>

Viabilidad

Véase el recuadro 3.9 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

En un estudio realizado en la República Unida de Tanzania se evaluó la viabilidad del tamizaje mediante el reflejo rojo con Arclight™ en niños de 0 a 5 años en entornos de atención primaria de salud por parte del personal de enfermería adecuadamente capacitado para ello (129). La mayoría de las enfermeras y enfermeros indicaron que eran capaces de diferenciar un reflejo rojo normal de un reflejo rojo anormal de manera fácil o muy fácil, que el examen de los recién nacidos de menos de cuatro semanas de vida era más difícil y que la exploración requería menos de tres minutos. Sin embargo, el tamizaje interfería en sus actividades cotidianas debido a la escasez de personal, el gran número de niños y las múltiples responsabilidades. Es necesario tener precaución al extrapolar algunos de estos resultados a los recién nacidos, que son más difíciles de detectar con la prueba del reflejo rojo que los niños mayores.

Cuadro 3.54 Resumen de valoraciones: Exploración ocular universal en comparación con ningún examen

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	Triviales
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable al tamizaje ocular
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

B.1.3 Tamizaje universal de la discapacidad auditiva

RECOMENDACIÓN 27

Se recomienda realizar un tamizaje auditivo universal en los recién nacidos (TAURN) con emisiones otoacústicas (EOA) o la prueba de potenciales evocados auditivos del tronco cerebral automatizados (PEATC-A) para la detección temprana de la pérdida auditiva bilateral permanente (PABP). El TAURN debe ir acompañado de servicios de diagnóstico y tratamiento para los bebés en los que se detecte pérdida auditiva. (Recomendado)

Observaciones

- Al formular esta recomendación, independientemente de la gestación o de los factores de riesgo, el Grupo de Elaboración de las Directrices convino en que, si bien la evidencia sobre los efectos se originó en países de ingresos altos, la evidencia sobre los recursos, la relación costo-eficacia, los valores, la equidad, la aceptabilidad y la viabilidad muestra que el TAURN podría aplicarse con éxito en los países de ingresos bajos y medianos.
- La PABP se define como una pérdida auditiva permanente bilateral de conducción o neurosensorial de 35 dB o más en el oído con mejor capacidad de audición.
- Si el TAURN indica una posible PABP, se debe realizar una prueba definitiva de seguimiento tan pronto como sea posible después de la detección. Esto implica la realización de pruebas por parte de un audiólogo con métodos diagnósticos de respuesta auditiva del tronco encefálico más detalladas en un entorno muy controlado. Se tarda de 30 a 60 minutos en completar la prueba de diagnóstico.
- Los principios de los programas de tamizaje (87) deben aplicarse a todo lo largo de la introducción y ampliación del uso del TAURN. En entornos donde no se cumplen los principios del tamizaje, la implementación de la detección sistemática universal puede considerarse poco ética.
- Los padres y cuidadores de todos los niños deben ser informados sobre el desarrollo de la audición y el lenguaje apropiados para cada edad y sobre las capacidades de comunicación, independientemente de los resultados de las pruebas.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.1.3 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática de los programas universales de tamizaje auditivo en recién nacidos para detectar a los niños con PABP (130). La revisión incluyó 30 estudios no aleatorizados, de los cuales cinco (1 023 610 recién nacidos) que aportaban información sobre los efectos comparativos del tamizaje auditivo universal del recién nacido (TAURN) frente a ningún TAURN se incluyeron en este resumen de la evidencia. Los estudios se realizaron en Australia (1), Estados Unidos (2), Países Bajos (1) y Reino Unido (1).

Las pruebas de detección utilizadas en el grupo de intervención fueron las EOA, la prueba PEATC-A o ambas. En los casos en los que se describió, el tamizaje se realizó en las primeras 24 a 48 horas después del nacimiento o a las 2 semanas de vida. En el grupo de comparación no se realizó ningún tamizaje en ningún momento, o ningún tamizaje en los primeros ocho meses después del nacimiento seguido de un tamizaje de distracción a los ocho meses o más tarde, o se llevó a cabo un tamizaje de factores de riesgo. En un estudio, para definir la PABP se consideró “cualquier pérdida auditiva que

requiera amplificación”. En los otros cuatro estudios, se utilizaron niveles umbral en el oído mejor de > 40 dB, > 35 dB o > 25 dB.

Cuatro estudios (1 171 737 recién nacidos) fueron estudios poblacionales grandes de programas de TAURN. En los niños que no superaron el tamizaje, un audiólogo realizó una evaluación auditiva definitiva inmediatamente después del tamizaje. Los niños con PABP fueron objeto de un seguimiento para determinar los resultados del desarrollo. En el otro estudio (63 niños) se utilizó un diseño de cohorte retrospectivo y se examinaron los registros médicos de los niños con PABP a la edad de 5 años para determinar si se les habían practicado exámenes de detección sistemática neonatales, pruebas auditivas definitivas, uso de dispositivos de amplificación (audífonos) y el momento en el que se aplicaron estos procedimientos.

Comparación: TAURN en comparación con ningún tamizaje o con un tamizaje selectivo (sin TAURN)

Resultados en recién nacidos y lactantes

Morbilidad grave de recién nacidos y lactantes: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el TAURN puede implicar poca o ninguna diferencia

en la proporción de niños en los que se detecta una PABP en comparación con lo observado con ningún TAURN (3 estudios, 1 023 497 recién nacidos; RR 1,01, IC del 95%: 0,89 a 1,14). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el TAURN puede mejorar la proporción de lactantes en los que se detecta de forma temprana una PABP (antes de los 9 meses de vida) en comparación con lo observado con ningún TAURN (1 estudio, 156 733 recién nacidos; RR 3,28, IC del 95%: 1,84 a 5,85). No está claro si el TAURN en recién nacidos con pérdida auditiva bilateral mejora la media de edad de la detección de la PABP en comparación con lo observado con ningún TAURN (evidencia de certeza muy baja).

Neurodesarrollo: No está claro si el TAURN en recién nacidos con PABP tiene algún efecto sobre el lenguaje receptivo medio a la edad de 3 a 8 años (puntuación z y cociente de desarrollo), el lenguaje expresivo medio a los 3 a 8 años (puntuación z y cociente de desarrollo), la alfabetización media a los 5 a 11 años (puntuación z) y la alfabetización media a los 13 a 19 años (puntuación z), en comparación con lo observado con ningún TAURN (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informó sobre los efectos adversos.

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre la experiencia de la atención posnatal o el costo.

Otras consideraciones

Las revisiones de la evidencia indicaron que en los lactantes con PABP detectados mediante un TAURN se produce una derivación, diagnóstico y tratamiento de forma significativamente más temprana, y se mejoran los resultados de comunicación en comparación con los lactantes detectados a través de medios distintos del TAURN (131, 132).

En la revisión sistemática de 32 poblaciones de estudio de países de ingresos altos (1 799 863 niños examinados) se observaron resultados altos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo de la prueba PEATC-A y de las EOA, utilizadas solas o de forma combinada. La sensibilidad y la especificidad fueron de entre el 89% y el 100% y de entre el 92% y el 100%, respectivamente; el valor predictivo positivo fue de entre el 2% y el 84%, y el valor predictivo negativo fue del 100% en todos los casos (115).

Valores

Véase el recuadro 3.7 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Recursos

La OMS realizó un cálculo conservador del retorno de la inversión en las pruebas de audición de recién nacidos en entornos de ingresos medianos bajos o altos. Los resultados, basados en los costos reales, indicaron que, en un entorno de ingresos medianos bajos (tomado como ejemplo) habría un posible retorno de 1,67 dólares internacionales por cada dólar invertido en el tamizaje de la audición del recién nacido (116).

En la revisión sistemática de las evaluaciones económicas se encontraron 12 evaluaciones económicas (133) en las que se calculó el costo incremental por caso positivo verdadero detectado o el costo incremental por AVAD evitado con el TAURN en comparación con el tamizaje selectivo o con ningún tamizaje. Once estudios utilizaron un enfoque basado en una modelización. En la única evaluación realizada dentro de un estudio (calidad moderada) se comparó el tamizaje auditivo dirigido y el universal en un programa comunitario u hospitalario en Nigeria entre el 2005 y el 2006 (134). El análisis indicó que el costo por recién nacido examinado en un tamizaje selectivo o el costo por niño con una pérdida auditiva congénita permanente y de inicio temprano (PACPT) detectado fueron mayores, tanto en el hospital como en la comunidad, en comparación con lo observado con el TAURN. El costo incremental por caso positivo verdadero detectado en el tamizaje selectivo comunitario fue de US\$ 1221 en comparación con el TAURN comunitario (133). Si se considerara una estrategia de ausencia de tamizaje con un costo de 0 dólares y un efecto nulo (tomado como referencia), el TAURN realizado en la comunidad tendría una relación costo-eficacia incremental (ICER) de US\$ 26 809 (133).

En diferentes estudios, el costo de la detección neonatal mediante EOA oscila entre US\$ 1,60 y US\$ 2,20 por niño (135) y el costo de la prueba PEATC-A oscila entre US\$ 2,30 y aproximadamente US\$ 4,00 por niño (135, 136).

Otras consideraciones

En la revisión sistemática de evaluaciones económicas antes descrita se encontraron once evaluaciones de modelos que concluyeron que el TAURN tuvo una relación costo-eficacia favorable en comparación con ningún tamizaje o con un tamizaje selectivo en Alemania, Australia, China, España, Estados Unidos, Filipinas, Reino Unido y Taipei Chino (133).

Otra evaluación mediante modelización publicada después de la aparición de la revisión sistemática mencionada anteriormente observó que un protocolo de tamizaje en dos etapas (EOA-PEATC-A en la maternidad) tenía una relación costo-eficacia favorable para su implementación en Albania (137).

Cuadro 3.55 Principales necesidades de recursos para el tamizaje auditivo universal en recién nacidos (TAURN)³⁹

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, partería o enfermería. No se requiere personal especializado para el tamizaje dada la simplicidad de manejo del equipamiento y la automatización de los resultados
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación para aplicar las pruebas de detección (EOA o PEATC-A) Se pueden usar una o ambas pruebas de detección dependiendo de los protocolos locales
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Información (escrita o gráfica, p. ej., folletos) para los progenitores Para el tamizaje con EOA: <ul style="list-style-type: none"> Puntas de auriculares para los oídos = costo indicativo US\$ 160 por un paquete de 250 piezas reutilizables, lo que equivale a alrededor de US\$ 0,10 por niño (134) Para el tamizaje con PEATC-A: <ul style="list-style-type: none"> Auriculares desechables y sensores o electrodos = US\$ 12 por niño (134) Cartas para la derivación cuando sea necesario (papel, impresión)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Dispositivo y programa informático para EOA, incluida una pequeña sonda para el oído externo con auriculares y micrófono (US\$ 4127-5777) (135) Dispositivo y programa informático de la prueba PEATC-A, incluidos los acopladores para los oídos (US\$ 5503-7153) (135) Computadora u otro dispositivo compatible con el programa informático de la prueba para evaluar los resultados Un espacio tranquilo y silencioso para realizar la prueba Acceso a suministro eléctrico para el uso de computadora, impresión y carga de la batería del dispositivo de tamizaje
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> El tiempo necesario para cada prueba de tamizaje es de aproximadamente 20 minutos, incluido el tiempo de colocación del niño, la realización de la prueba, el registro de los resultados y el comentario de los resultados con los padres; el tamizaje puede requerir más tiempo si el niño está inquieto o hay dificultades para colocarlo (138). La prueba en sí dura aproximadamente 5 minutos. Mantenimiento y recalibración de los equipamientos para el tamizaje según las especificaciones del fabricante El tamizaje se realiza generalmente antes del alta o se puede llevar a cabo en una consulta posnatal.
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere una derivación a servicios de audiología en los recién nacidos que no alcanzan el umbral de aprobación en el tamizaje auditivo; de lo contrario, igual que para la atención habitual

PEATC-A, respuesta auditiva automática del tronco encefálico; EOA, emisiones otoacústicas

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud del TAURN en los recién nacidos sanos a término. El TAURN podría ser útil para abordar las desigualdades en la salud, mejorando la detección de los problemas auditivos e impulsando la intervención temprana de las familias y los trabajadores de salud para reducir al mínimo las desventajas del desarrollo en entornos de ingresos bajos o medianos, en los que la discapacidad auditiva infantil es más frecuente (139). Sin embargo, el impacto final en la equidad en la salud probablemente dependa del acceso a la prueba diagnóstica definitiva necesaria y de que se realicen la derivación y el tratamiento apropiados en los casos de resultado positivo.

Otras consideraciones

Algunos estudios han indicado que entre los factores de riesgo para la pérdida o discapacidad auditiva infantil se encuentran el bajo nivel de escolaridad de la madre (140), la pertenencia a una minoría racial (141) y el hecho de vivir en vecindarios urbanos más pobres (141). El bajo nivel socioeconómico también ha mostrado una relación con la falta de participación en los programas de tamizaje auditivo de recién nacidos (142).

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.8 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

Varios estudios de investigación cualitativa que han explorado las experiencias de los padres respecto a

³⁹ Estos costos se refieren exclusivamente al tamizaje; se incurriría en otros costos adicionales por cualquier prueba de diagnóstico y tratamiento, cuando fueran necesarios

los programas de TAURN han indicado que los padres pueden experimentar ansiedad en relación con el tamizaje auditivo del recién nacido; que a menudo no se sienten preparados para afrontar un resultado positivo o no concluyente de una prueba de audición del recién nacido; y que pueden necesitar apoyo e información adicionales por parte de trabajadores de salud con un buen conocimiento del tema y que sean sensibles (143-145). Un estudio observacional transversal realizado en 48 madres en Nigeria puso de manifiesto una falta de concientización sobre el tamizaje auditivo de los recién nacidos. Sin embargo, la mayoría de las madres (92%) expresaron su disposición a aceptar el tamizaje auditivo de sus hijos. La disposición a aceptar el tamizaje mostró una asociación con el nivel socioeconómico y con el nivel de escolaridad de la madre (146).

Viabilidad

Véase el recuadro 3.9 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

La implementación de programas de tamizaje auditivo selectivo (por ejemplo, factores de riesgo y tamizaje oportunista) requiere una capacitación de los trabajadores de salud respecto a los factores de riesgo importantes para la pérdida auditiva y el comportamiento de los niños pequeños que presentan una pérdida auditiva. Estos programas también requieren un nivel personal de concientización de los trabajadores de salud atareados en el día a día.

Una evaluación nacional del programa de TAURN de Estados Unidos entre el 2005 y el 2006 (147) observó que el programa de tamizaje era eficaz, pero que los obstáculos para el seguimiento, incluida la falta de capacidad del sistema de servicios, la falta de conocimiento de los trabajadores de salud y las lagunas existentes en la información, limitaron el éxito global en varios estados. El bajo seguimiento comporta un verdadero reto para los programas de TAURN, en particular en entornos de ingresos bajos o medianos.

Cuadro 3.56 Resumen de valoraciones: TAURN en comparación con ningún tamizaje o con un tamizaje selectivo (sin TAURN)

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable al TAURN
Recursos necesarios	Costos elevados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	Moderada
Relación costo-eficacia	Probablemente favorable al TAURN
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

B.1.4 Tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal

RECOMENDACIÓN 28

Se recomienda el tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal con bilirrubinómetro transcutáneo (TcB) al momento del alta del centro de salud. *(Recomendado)*

RECOMENDACIÓN 29

La evidencia existente no es suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del tamizaje universal de la bilirrubina total en suero (TSB) al momento del alta del centro de salud *(no se hace ninguna recomendación)*

Observaciones

- La edad posnatal para el tamizaje universal mediante TcB al alta debe basarse en el momento en el que se da el alta del centro de salud. El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) consideró que todos los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro de salud durante al menos 24 horas después del nacimiento. El GDG consideró que el tamizaje transcutáneo de la bilirrubina al alta debe ir seguido de la determinación de la bilirrubina sérica, el tratamiento adecuado y un seguimiento según lo indicado por los nomogramas apropiados para la edad.⁴⁰
- El GDG resaltó que continúan siendo válidas las recomendaciones actuales de la OMS sobre la evaluación de rutina del recién nacido para detectar signos de peligro, incluida la ictericia y las palmas y plantas amarillas (véase la recomendación 25 de estas directrices). Durante la permanencia en el centro de salud, los médicos deben asegurarse de que todos los recién nacidos sean objeto de un monitoreo sistemático para detectar la posible aparición de ictericia y que se determine la bilirrubina sérica en los que estén en riesgo; es decir, en todos los recién nacidos si aparece ictericia el día 1, y en todos los recién nacidos si las palmas y las plantas tienen un color amarillo a cualquier edad (148).
- El GDG decidió no formular una recomendación sobre el tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal mediante TSB debido a la falta de evidencia respecto a la comparación de la determinación universal de la TSB con la evaluación universal mediante TcB. Hubo incertidumbre en torno a los efectos beneficiosos del tamizaje universal de la TSB en comparación con el tamizaje clínico respecto a resultados clínicos importantes. Además, el GDG consideró que los costos eran elevados, y que la viabilidad y la aceptabilidad presentaban notables diferencias.

Resumen de la evidencia y consideraciones: Tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia neonatal

Efectos de las intervenciones (cuadro B.1.4a de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática del tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia en recién nacidos sanos a término al alta (149). En la revisión sistemática se consideraron cinco estudios que se incluyeron en este resumen de la evidencia (377 814 recién nacidos), cuatro de los cuales se realizaron en Estados Unidos y uno en Sudáfrica.

Un estudio fue un ECA (1858 recién nacidos) y cuatro estudios utilizaron un diseño de cohorte retrospectivo (375 956 recién nacidos). Todos los estudios incluyeron recién nacidos prematuros tardíos o niños nacidos a término. Se realizó un

tamizaje universal mediante TcB en todos los recién nacidos dados de alta de las salas de recién nacidos sanos, independientemente de que tuvieran o no un factor de riesgo clínico para la aparición de hiperbilirrubinemia. La mayoría de los estudios realizaron el tamizaje mediante TcB en el hospital antes del alta y en el día del alta (entre 24 y 96 horas después del nacimiento, dependiendo del tipo de parto). En el grupo de comparación, todos los estudios utilizaron un tamizaje clínico (inspección visual o evaluación de los factores de riesgo; 329 394 recién nacidos) excepto en uno en el que se empleó la TcB de forma "aleatoria" (285 recién nacidos). En el grupo de TcB, se realizó una determinación de la TSB confirmatoria en todos los estudios, pero el protocolo varió según el grado de riesgo

⁴⁰ Un nomograma es un gráfico que proporciona valores de TcB y TSB específicos según las horas. Ayuda a determinar cuándo analizar la bilirrubina sérica y a decidir sobre la necesidad de fototerapia o exanguinotransfusión en función de la edad posnatal del niño y de los factores de riesgo clínicos.

Comparación: Tamizaje universal para la detección de la hiperbilirrubinemia neonatal mediante TcB al alta en comparación con el tamizaje clínico (inspección visual o evaluación de factores de riesgo), seguido de TcB o determinación de la TSB en caso necesario

Resultados en recién nacidos y lactantes

Morbilidad neonatal grave

Hiperbilirrubinemia grave

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia puede dar lugar a una reducción de la proporción de recién nacidos con hiperbilirrubinemia grave en comparación con el tamizaje clínico (1 ensayo, 1858 recién nacidos; RR 0,27, IC del 95%: 0,08 a 0,97).
- Evidencia derivada de estudios distintos de los ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia puede dar lugar a una reducción de la proporción de recién nacidos con hiperbilirrubinemia grave en comparación con el tamizaje clínico (1 ensayo, 358 086 recién nacidos; RR 0,25, IC del 95%: 0,12 a 0,52).

Ictericia que requiera exanguinotransfusión

- Evidencia derivada de ECA: No está claro si el tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia tiene algún efecto sobre la proporción de recién nacidos con ictericia que requieren exanguinotransfusión en comparación con el tamizaje clínico (evidencia de certeza muy baja).
- Evidencia derivada de estudios distintos de los ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que el tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia puede reducir la proporción de recién nacidos con ictericia que requieren exanguinotransfusión en comparación con el tamizaje clínico (1 estudio, 358 086 recién nacidos; OR 0,28, IC del 95%: 0,19 a 0,42).

Ictericia nuclear o DNIB

- No está claro si el tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia tiene algún efecto sobre la proporción de casos de DNIB o ictericia nuclear en comparación con el tamizaje clínico (ECA) (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud

Reingreso por ictericia

- Evidencia de ECA: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que el tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia reduzca el reingreso por ictericia en comparación con el tamizaje clínico (1 ensayo, 1858 recién nacidos; OR 0,24; IC del 95%: 0,13 a 0,46).

- Evidencia derivada de estudios distintos de los ECA: No está claro si el tamizaje universal mediante TcB para la hiperbilirrubinemia tiene algún efecto sobre los reingresos por ictericia en comparación con el tamizaje clínico (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informó sobre la mortalidad neonatal, el neurodesarrollo o los efectos adversos.

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre la experiencia de la atención posnatal o el costo.

Otras consideraciones

En un estudio de comparación entre el antes y el después en una sala de recién nacidos sanos (28.908 recién nacidos) encontrado como parte de la revisión sistemática antes mencionada se comparó el tamizaje universal mediante TcB (TcB diaria en el hospital y después del alta en la comunidad) con el tamizaje clínico (inspección visual por parte de una enfermera de salud pública). En el estudio se indicó que el tamizaje universal mediante TcB redujo la hiperbilirrubinemia grave (OR 0,45; IC del 95%: 0,31 a 0,65) y el reingreso por ictericia (OR 0,91; IC del 95%: 0,81 a 1,04) en los recién nacidos sanos de 35 semanas de gestación o más, mientras que la duración media de la estancia en el hospital previa al alta no se modificó (40,8±22,3 horas en el grupo de tamizaje universal mediante TcB en comparación con 40,3±21,5 horas en el grupo de inspección visual; DM 0,5 superior, IC del 95%: 0 a 1 superior) (150).

Existe cierta preocupación por la posibilidad de que el tamizaje mediante TcB pueda sobreestimar los niveles de TSB en recién nacidos con un color o tono de piel oscuro (151, 152), pero la evidencia a este respecto es contradictoria (153). Lo mismo puede decirse de factores como la edad gestacional, la edad posnatal y los niveles de TSB.

Valores

Véase el recuadro 3.7 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas del tamizaje universal mediante TcB en comparación con el tamizaje clínico en recién nacidos a término sin complicaciones.

Otras consideraciones

En un estudio de comparación entre el antes y después en el que se evaluó la implementación de la detección universal mediante TcB en un centro terciario de Canadá, McLean y colaboradores calcularon que el costo por prueba de TcB era de Can\$ 3,54 y de Can\$ 3,76 en los entornos hospitalarios y comunitarios, respectivamente (154).

Cuadro 3.57 Principales necesidades de recursos para el tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal mediante TcB

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica, incluida la capacitación para el uso de la TcB según los protocolos locales
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Toallitas con alcohol para la esterilización de la sonda del medidor Puntas de sonda reutilizables (dependiendo del dispositivo) Nomograma impreso para trazar los resultados (si no se hace electrónicamente)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> TcB = desembolso de capital de aproximadamente US\$ 500-2000 cada uno, más los costos de calibración Acceso a suministro eléctrico para el medidor de carga a través de la estación de acoplamiento Computadora (si utiliza la transferencia electrónica de los datos de TcB)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Comprobación operativa diaria de la TcB antes de su uso Calibración previa a cada medición (dependiendo del dispositivo) El tiempo necesario para realizar la prueba se estima en 2 minutos; los resultados son instantáneos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento y calibración continuos del dispositivo según las especificaciones del fabricante

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud del tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia mediante TcB en los recién nacidos a término. El tamizaje universal mediante TcB en los recién nacidos podría ayudar a mejorar la detección de la hiperbilirrubinemia neonatal y fomentar una intervención temprana para prevenir la hiperbilirrubinemia grave en los países de ingresos bajos y medianos, en los que la muerte y la discapacidad relacionadas con la ictericia tienen mayor prevalencia (155). En ninguno de los estudios incluidos se evaluó la TcB en entornos comunitarios. Dado que el tamizaje mediante TcB previo al alta (y las pruebas de seguimiento y el tratamiento cuando sea necesario) sería igual de accesible para todos los recién nacidos en el centro de salud, se prevé que probablemente esta intervención no tendría ninguna repercusión en la equidad en la salud.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.8 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

Los autores de un estudio cualitativo sobre la toma de decisiones de los padres en cuanto al tamizaje de los recién nacidos (156) observaron que los padres apoyaron el tamizaje de los recién nacidos para

afecciones tratables, pero sugirieron el tamizaje opcional para otras afecciones. También sugirieron que las influencias variables en la toma de decisiones de los padres podrían proporcionar perspectivas críticas y ayudar a los programas de tamizaje a abordar las preferencias de los padres y satisfacer las necesidades de información pertinentes, si se incluyeran a los padres en la toma de decisiones con respecto a las políticas de tamizaje.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.9 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

La evidencia indirecta derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa que ha explorado la oferta y la aceptación de los servicios prenatales de rutina (80) sugiere que el costo inicial y el mantenimiento del equipamiento para el tamizaje, así como la falta de trabajadores de salud adecuadamente formados, pueden ser factores que impidan su uso en algunos entornos de recursos limitados (evidencia de confianza alta).

Dado que los dispositivos de TcB son portátiles, fáciles de usar y generan resultados instantáneos (157), el tamizaje universal con este método se consideró probablemente viable, cuando se dispone de financiación para el desembolso de capital inicial.

Cuadro 3.58 Resumen de valoraciones: TcB universal en comparación con el tamizaje clínico

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Elevados
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a la TcB universal
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente no habría ninguna repercusión
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

Resumen de la evidencia y consideraciones: Universal TSB screening for neonatal hyperbilirubinaemia

Efectos de las intervenciones (cuadro B.1.4b de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática del tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia en recién nacidos sanos a término al alta (149). La revisión incluyó dos estudios de cohorte retrospectivos y un estudio observacional (490 426 recién nacidos), todos ellos realizados en Estados Unidos. Todos los estudios incluyeron recién nacidos con una edad gestacional de 35 semanas o más (490 426 recién nacidos). Todos los estudios evaluaron el tamizaje universal mediante la determinación de la TSB en comparación con el tamizaje clínico (inspección visual o evaluación de los factores de riesgo), pero los grupos de intervención y de comparación variaron ligeramente en los distintos estudios. Los factores de riesgo se definieron de manera diversa, al igual que las definiciones de la hiperbilirrubinemia grave y los protocolos para el seguimiento posterior al alta.

Comparación: Tamizaje universal mediante determinación de la TSB antes del alta en comparación con el tamizaje clínico (inspección visual o evaluación de los factores de riesgo)

Resultados en recién nacidos y lactantes

Morbilidad neonatal grave: No está claro si el tamizaje universal mediante determinación de la TSB antes del alta para la hiperbilirrubinemia neonatal tiene

algún efecto sobre el número de recién nacidos con hiperbilirrubinemia grave o ictericia que requieren exanguinotransfusión en comparación con el tamizaje clínico.

Uso de los servicios de salud: No está claro si el tamizaje universal mediante determinación de la TSB antes del alta para la hiperbilirrubinemia neonatal tiene algún efecto sobre los reingresos por ictericia en comparación con el tamizaje clínico.

En la revisión sistemática no se informó sobre la *mortalidad neonatal*, el *neurodesarrollo* o los *efectos adversos del tamizaje*.

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal* o el *costo*.

Valores

Véase el recuadro 3.7 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas directas sobre el tamizaje universal mediante determinación de la TSB para la hiperbilirrubinemia neonatal en comparación con el tamizaje clínico.

Otras consideraciones

Los costos estimados por tamizaje mediante TSB realizado en los centros de salud en los países de ingresos altos fueron diversos. McLean y colaboradores calcularon que el costo por tamizaje mediante TSB era de Can\$ 15,82 en entornos hospitalarios, y de Can\$ 50,21 y Can\$ 65,03 en entornos comunitarios urbanos y rurales, respectivamente (154). No se encontró información sobre los costos del tamizaje mediante TSB en los países de ingresos bajos y medianos.

En un estudio de modelización del 2012 se evaluó la relación costo-eficacia incremental de un enfoque basado en el sistema en el que se utilizó un tamizaje universal mediante determinación de la TSB y un tratamiento de la ictericia neonatal y la prevención de la ictericia nuclear en recién nacidos de más de 35 semanas de gestación. En el estudio se consideró la práctica tradicional de inspección visual y tamizaje selectivo mediante determinación de la TSB y observó que el aumento de los costos asociados al tamizaje universal mediante TSB se vio parcialmente compensado por la reducción de las consultas a los servicios de urgencias, los reingresos y los casos de ictericia nuclear (158).

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud del tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal mediante determinación de la TSB antes del alta del centro de salud en los recién nacidos a término. El tamizaje universal mediante determinación de la TSB en los recién nacidos podría mejorar la detección de la hiperbilirrubinemia neonatal y fomentar una intervención temprana para prevenir la hiperbilirrubinemia grave en los países de

Cuadro 3.59 Principales necesidades de recursos para el tamizaje universal de la hiperbilirrubinemia neonatal mediante determinación de la TSB

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica, incluida la formación para realizar una prueba de punción en el talón del recién nacido
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Calentadores de talones Guantes Torundas con alcohol Lancetas Papel de filtro o tarjetas Curitas o tela adhesiva tras la punción Costo estimado por tamizaje de TSB en un centro de salud = Can\$ 15,82 en el hospital, Can\$ 50,21 y Can\$ 65,03 en entornos comunitarios urbanos y rurales, respectivamente (154) Costo por recién nacido para el tamizaje universal mediante determinación de la TSB = Can\$ 176 (158)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones de analítica clínica <i>in situ</i> o acceso a servicios de laboratorio, incluido un analizador de hematología o bioquímica
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> El tiempo necesario para realizar la prueba se estima en 2 a 5 minutos. El tiempo de laboratorio para procesar los resultados varía según el centro entre menos de 30 minutos y varias horas
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Determinación exacta de los niveles séricos de bilirrubina y tratamiento adecuado según los protocolos locales de hiperbilirrubinemia, cuando sea necesario

ingresos bajos y medianos, en los que la muerte y la discapacidad relacionadas con la ictericia tienen mayor prevalencia (155), pero es necesario obtener mayor evidencia al respecto. La pregunta PICO que guió este resumen de la evidencia se refería expresamente a la detección universal de la TSB antes del alta de los centros de salud. Así pues, dado que el tamizaje mediante determinación de la TSB previo al alta (y las pruebas de seguimiento y el tratamiento cuando sea necesario) sería igual de accesible para todos los recién nacidos en el centro de salud, se prevé que probablemente esta intervención no tendría ninguna repercusión en la equidad en la salud.

Aceptabilidad

Véase el recuadro 3.8 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

El tamizaje mediante determinación de la TSB requiere una extracción de sangre a través de un pinchazo en el talón, que es un procedimiento invasivo y doloroso para los recién nacidos y puede no resultar aceptable para los padres. En entornos en los que la TSB se puede incluir en un tamizaje metabólico de rutina, por lo que no requiere un pinchazo adicional independiente en el talón, los padres pueden encontrar más aceptable la determinación universal de la TSB.

Viabilidad

Véase el recuadro 3.9 en el apartado 3.B.1: Evaluación del recién nacido.

Otras consideraciones

La determinación de la TSB no está disponible

en todos los centros de salud y la capacidad de proporcionar el análisis de la TSB a través de laboratorios externos es diversa según los centros y los entornos. Cuando la determinación de la TSB se puede incluir en un tamizaje metabólico de rutina, puede ser más viable.

Cuadro 3.60 Resumen de valoraciones: Determinación universal de la TSB en comparación con el tamizaje clínico

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Costos elevados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente no habría ninguna repercusión
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

B.2 MEDIDAS PREVENTIVAS

Antecedentes

El GDG consideró la evidencia y otra información de interés para sustentar las recomendaciones sobre la prevención de los siguientes resultados adversos durante el período neonatal o la primera infancia.

Hipotermia y sus secuelas

La hipotermia neonatal es una afección frecuente que afecta entre el 32% y el 85% de los recién nacidos en el hospital (159). El primer baño del recién nacido tiene como finalidad eliminar la sangre y el meconio de la piel, dejando intacto el unto sebáceo (vérnix caseosa) (160). Sin embargo, el baño puede ser un procedimiento estresante para un recién nacido, y un baño temprano puede desencadenar una hipotermia y sus consecuencias asociadas, incluidas la hipoglucemia, la hipoxia y la hemorragia pulmonar (161). El baño de los recién nacidos se lleva a cabo utilizando diversos métodos, como el baño en la bañera, el baño con esponja, el baño envuelto y el baño bajo agua corriente.

Dermatitis atópica y otras afecciones de la piel

La piel de un recién nacido es un órgano dinámico y complejo que se encuentra en proceso de maduración. Los recién nacidos y los lactantes tienen una piel fina y sumamente permeable, con una superficie corporal más grande. Los emolientes tópicos pueden proteger el estrato córneo, aumentar su hidratación, reducir la pérdida de agua en toda la piel y pueden mejorar la función de barrera epidérmica (162). Estos emolientes incluyen cremas, pomadas, lociones, aceites, geles, aerosoles y emulsiones, y se utilizan para el baño, la limpieza o como emolientes sin enjuague. Si bien la aplicación de emolientes antes de que aparezca la dermatitis atópica puede ser útil en la prevención primaria de esta afección, el efecto nocivo plausible es la posible destrucción del manto ácido, que es clave para la función de la epidermis (163). Además, la absorción de los excipientes de los emolientes puede conducir a una sensibilidad de contacto y una lesión epidérmica (163).

Infección neonatal

La infección neonatal grave es una de las principales causas de mortalidad neonatal a nivel mundial (164). Durante los primeros días después del nacimiento, el muñón del cordón umbilical en proceso de cicatrización es un posible punto de entrada para la infección, por ejemplo a través de la colonización del muñón por microorganismos potencialmente patógenos (165). En los países de ingresos bajos y medianos, las prácticas tradicionales para sellar el muñón del cordón umbilical comportan la aplicación de sustancias potencialmente nocivas en la zona (por ejemplo, suciedad, polvo, arcilla, barro y estiércol animal) (166), lo que aumenta aún más el riesgo de infección sistémica y tétanos. La clorhexidina es un antiséptico de amplio espectro que se aplica

tópicamente al muñón y la base del cordón umbilical para la prevención de la infección neonatal.

Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

El SMSL se define como la muerte súbita inesperada de un menor de 1 año, con un inicio del episodio mortal que aparentemente ocurre durante el sueño, y que queda sin explicación después de una investigación exhaustiva, incluida la realización de una autopsia completa y el examen de las circunstancias de la muerte y de la historia clínica (167). El término general "muerte súbita e inesperada del lactante" (MSIL) hace referencia a todas las muertes inexplicables que se producen en menores de 1 año, así como a las muertes debidas a causas conocidas (por ejemplo, asfixia, malformaciones, arritmias) (168). Según el modelo de triple riesgo (169), un lactante es susceptible de sufrir un SMSL cuando están presentes los tres factores independientes siguientes: a) factores estresantes exógenos (por ejemplo, posición prona, sobrecalentamiento, infección, cobertura de la cabeza); b) período crítico del desarrollo del control homeostático; y c) vulnerabilidad del lactante (por ejemplo, debido a la prematuridad, el peso bajo al nacer o la exposición a la nicotina). La posición para dormir prona (acostado con el pecho hacia abajo o la espalda hacia arriba) se considera uno de esos factores estresantes exógenos, que puede alterar el funcionamiento cardiovascular infantil, aumentando el riesgo de hipoxia, bradicardia, hipotensión, acidosis metabólica, respiración boqueante y muerte (168).

Recuadro 3.10 Valores

Los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa de estudios en los que se ha explorado lo que las mujeres quieren de la atención posnatal (21) indican que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También quieren adaptarse a los cambios en sus relaciones íntimas y familiares (incluida la relación con su recién nacido), afrontar los desafíos físicos y emocionales comunes y experimentar un logro dinámico de crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y en tanto que personas en su propio contexto cultural. Los resultados de la misma revisión también indican que las mujeres tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido y es muy probable que valoren cualquier estrategia que fomente el desarrollo infantil y mejore la lactancia materna o el bienestar general de su hijo (evidencia de confianza alta).

Además de la recomendación del GDG sobre lo anterior, este apartado de las directrices incluye una recomendación que se ha integrado a partir de las directrices de la OMS sobre la vacunación para la prevención de infecciones y que es de interés para

la atención posnatal de rutina. En el recuadro 3.11 (apartado 3.2.5) se presenta una orientación sobre la vacunación específica de los recién nacidos, basada en los documentos de posicionamiento existentes de la OMS.

B.2.1 Momento del primer baño para prevenir la hipotermia y sus secuelas

RECOMENDACIÓN 30

El primer baño de un recién nacido sano a término no debe realizarse hasta transcurridas al menos 24 horas después del nacimiento. (*Recomendado*)

Observaciones

- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) señaló que no hay evidencia que respalde un primer baño temprano después del nacimiento por ninguna razón especial, como las manchas de meconio o para prevenir el riesgo de transmisión de una infección de la madre.
- El GDG sugirió que se deben tomar todas las medidas posibles para reducir al mínimo la pérdida de calor durante el baño, como son mantener un ambiente térmico neutro, secado inmediato, ropa adecuada para el recién nacido a la temperatura ambiente (esto significa una o dos capas de ropa más que los adultos y el uso de gorras o capuchas), y permitir que la madre y el bebé permanezcan juntos en todo momento.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.2.1 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática sobre el momento de realizar los primeros baños en recién nacidos sanos a término (170), que incluyó 13 estudios con 37 995 recién nacidos. La revisión sistemática incluyó nueve estudios de comparación entre el antes y el después de una intervención, dos estudios de casos y controles, un ensayo no aleatorizado y un estudio transversal. Los estudios se realizaron en Canadá (1), Etiopía (1), Estados Unidos (8), Nepal (1), Pakistán (1) y Reino Unido (1).

En la mayoría de los estudios, en la fase previa a la implementación se consideró como baño temprano el baño realizado antes del punto temporal de corte que definió el baño tardío en el entorno de interés. En dos estudios se definió como el baño temprano el realizado a las 24 horas del nacimiento o antes, y el baño tardío como el realizado después de las 24 horas tras el nacimiento. En nueve estudios se definió el baño temprano como el realizado a las seis horas del nacimiento o antes; sin embargo, la definición del baño tardío varió entre los distintos estudios, entre después de seis horas tras el nacimiento y después de 24 horas tras el nacimiento. En un estudio se definió el baño temprano como el realizado a las 12 horas o antes y el baño tardío como el realizado después de las 12 horas, mientras que otro estudio clasificó los datos sobre el momento del primer baño en seis categorías: después de las 24 horas, entre las 12 y las 23,9 horas, entre las 6 y las 11,9 horas, entre las 3 y las 5,9 horas, entre la primera hora y las 2,9 horas y antes de la primera hora.

Comparación 1: Primer baño tardío (después de las 24 horas) en comparación con primer baño temprano (a las 24 horas o antes)

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad de recién nacidos y lactantes: La evidencia de certeza baja existente sugiere que un primer baño tardío (después de las 24 horas) puede reducir la mortalidad infantil (por cualquier causa) en comparación con un baño temprano (a las 24 horas o antes) (1 estudio, 789 recién nacidos; RR 0,46, IC del 95%: 0,28 a 0,76).

Morbilidad neonatal a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que un primer baño tardío (después de las 24 horas) puede reducir la hipotermia neonatal en comparación con un baño temprano (a las 24 horas o antes) (1 estudio, 660 recién nacidos; RR 0,50, IC del 95%: 0,28 a 0,88).

Situación de la lactancia materna: No está claro si un primer baño tardío (después de las 24 horas) tiene algún efecto sobre la lactancia materna exclusiva al alta en comparación con un baño temprano (a las 24 horas o antes) (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informó sobre la *morbilidad grave de recién nacidos y lactantes*

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal*.

Comparación 2: Primer baño tardío (después de las 6 horas; es decir, a las 9, 12 o 24 horas) en comparación con primer baño temprano (a las 6 horas o antes).

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad de recién nacidos y lactantes: No está claro si un primer baño tardío (después de las 6 horas) tiene algún efecto sobre la mortalidad neonatal en comparación con un baño temprano (a las 6 horas o antes) (evidencia de certeza muy baja).

Morbilidad neonatal a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que un primer baño tardío (después de las 6 horas; es decir, a las 9, 12 o 24 horas o después) puede reducir la hipotermia neonatal en comparación con un baño temprano (a las 6 horas o antes) (4 estudios, 2711 recién nacidos; OR 0,47, IC del 95%: 0,36 a 0,61). La evidencia de certeza baja existente sugiere que un primer baño tardío (después de las 6 horas; es decir, a las 12 o 24 horas) puede reducir la hipoglucemia neonatal en comparación con un baño temprano (a las 6 horas o antes) (3 estudios, 2775 recién nacidos; RR 0,39, IC del 95%: 0,23 a 0,66).

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que un primer baño tardío (después de las 6 horas; es decir, a las 9, 12 o 24 horas) puede aumentar la lactancia materna exclusiva al alta en comparación con un baño temprano (a las 6 horas o antes) (6 estudios, 6768 recién nacidos; OR 1,20, IC del 95%: 1,08 a 1,34).

En la revisión sistemática no se informó sobre la morbilidad grave de recién nacidos y lactantes.

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre la experiencia de la atención posnatal.

Valores

Véase el recuadro 3.10 del apartado 3.B.2: Medidas preventivas.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas sobre el primer baño neonatal tardío.

Equidad

Una evaluación mediante comparación entre el antes y el después del programa de atención maternoinfantil comunitario de Malawi utilizando encuestas de hogares indicó aumentos en la cobertura del baño tardío (definido como el primer baño a las 6 horas o más después del nacimiento) al final del programa en comparación con la situación inicial en todos los cuartiles de riqueza. Se observó un aumento pequeño pero estadísticamente significativo en la equidad entre la situación inicial y la final para el baño tardío (171). Otro conjunto de medidas de atención al recién nacido en la comunidad en Nepal mostró un aumento en la cobertura del baño tardío (definido como un primer baño a las 6 horas o más después del nacimiento) en los diversos cuartiles de riqueza al final del estudio en comparación con la situación inicial, aunque no hubo un aumento estadísticamente significativo de la equidad para este componente específico del conjunto de medidas de atención (172).

Cuadro 3.61 Principales necesidades de recursos para el primer baño tardío en comparación con el primer baño temprano

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, como para la atención habitual
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en el lugar de trabajo para aplicar el nuevo protocolo del centro y proporcionar la información y el apoyo necesarios a los padres y cuidadores sobre el primer baño neonatal tardío (por ejemplo, asesoramiento a las familias, manejo de la sangre o el meconio en los recién nacidos sin un baño, seguridad en el baño) Capacitación adicional, apoyo y participación de líderes clínicos, especialmente para entornos en los que el baño temprano es la norma cultural y donde el personal pueda ser reacio al cambio
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Carteles, volantes y folletos informativos para el personal Información (escrita o gráfica, p. ej., folletos) para los progenitores Ropa adecuada para el recién nacido según la temperatura ambiente (1 o 2 capas de ropa más gorras o capuchas) Insumos de baño que incluyen agua limpia, toallas limpias (como para el cuidado habitual)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Una política de baño tardío puede significar que el primer baño de algunos recién nacidos se realice después del alta; por lo tanto, en la mayoría de los casos, es probable que la principal persona encargada del baño sea la madre, los padres o un miembro de la familia. Es posible que se requiera un tiempo adicional antes del alta para proporcionar información y apoyo a los padres sobre el primer baño y las prácticas del baño en el hogar
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Auditoría continua de la historia clínica por parte de líderes clínicos para supervisar el momento del baño y abordar cualquier posible obstáculo para la implementación

Las intervenciones que mejoran los resultados de los recién nacidos y los lactantes, incluidas las tasas de lactancia materna, podrían ayudar a abordar la equidad en la salud. Retrasar el momento del primer baño neonatal es una intervención simple y sin implicaciones adicionales de costos continuados para los centros de salud o las familias. Siempre que se disponga de la capacitación y el apoyo necesarios para modificar la práctica actual, es probable que esta intervención aumente la equidad en la salud.

Acceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el momento del baño de sus recién nacidos (28). La evidencia indirecta de esta revisión sugiere que la mayoría de las mujeres aprecian cualquier consejo, información o técnica (p. ej., un primer baño tardío) que pueda mejorar la comodidad y el bienestar de su recién nacido (evidencia de confianza alta). Los resultados también sugieren que es probable que las mujeres valoren los momentos íntimos en el desarrollo del apego entre madre y recién nacido, como el primer baño del niño (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

En un estudio incluido en la revisión sistemática (170) en el que se evaluó el efecto de retrasar el baño del recién nacido durante 24 horas, las enfermeras se sintieron más apoyadas por sus colegas para retrasar el primer baño 24 horas según lo indicado en las encuestas posteriores a la implementación en comparación con antes de la intervención (173). Sin embargo, la aceptabilidad del retraso del baño en las familias puede variar en distintos grupos de población, en especial cuando el baño temprano es la norma cultural (174).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de un primer baño tardío en comparación con el baño temprano (28). La evidencia indirecta de baja calidad obtenida en algunos países de ingresos bajos y medianos indica que las mujeres son conscientes de las limitaciones de recursos, como las irregularidades en el suministro de agua, que podrían afectar el momento del baño neonatal (evidencia de confianza moderada). En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa

relativa a las opiniones de los trabajadores de salud sobre la viabilidad del primer baño neonatal tardío en los recién nacidos a término (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el suministro de información y el asesoramiento sobre el primer baño neonatal tardío en recién nacidos a término en el período posnatal (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

En un estudio incluido en la revisión sistemática (173) en el que se evaluó el efecto de retrasar el baño del recién nacido 24 horas, hubo más enfermeras y enfermeros que indicaron sentirse cómodos determinando los beneficios del baño tardío, sus contraindicaciones y alentando a las familias y a sus colegas de enfermería a retrasar el primer baño 24 horas durante las encuestas posteriores a la implementación en comparación con lo observado antes de la intervención. No hubo ningún aumento de la carga de trabajo.

Cuadro 3.62 Resumen de valoraciones: Primer baño tardío en comparación con primer baño temprano

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Moderados
Efectos indeseables	Triviales
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable al primer baño tardío
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

B.2.2 Uso de emolientes para prevenir afecciones cutáneas

RECOMENDACIÓN 31

No se recomienda la aplicación rutinaria de emolientes tópicos en recién nacidos a término sanos para la prevención de afecciones cutáneas. (No recomendado)

Observaciones

- La recomendación entiende por emolientes tópicos las cremas, pomadas, lociones, aceites, geles, aerosoles y emulsiones para el cuidado de la piel, aplicados de forma sistemática a todo o parte del cuerpo, sin un masaje adicional.
- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) se mostró de acuerdo en que no había evidencia suficiente sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales, caso de haberlos, de la aplicación sistemática de emolientes tópicos en los recién nacidos a término sanos para prevenir afecciones de la piel (como la dermatitis atópica, la sequedad cutánea y otros) o la sensibilización atópica a alérgenos (alimentarios o inhalados).
- La recomendación se basa en la evidencia derivada de estudios de recién nacidos a término sanos. No se tuvo en cuenta la evidencia derivada de estudios realizados en grupos de población de alto riesgo, como los recién nacidos con antecedentes familiares de enfermedad alérgica, prematuros y pequeños para la edad gestacional.
- La recomendación no va en contra de que se continúe investigando sobre el uso de emolientes en recién nacidos a término sanos, dada la falta de evidencia sobre los resultados neonatales fundamentales.
- Los estudios incluidos en la base de evidencia para esta recomendación rara vez describieron efectos nocivos. Sin embargo, el GDG planteó su preocupación por el posible riesgo de efectos perjudiciales con ciertos tipos de emolientes que se observó en ensayos piloto controlados y aleatorizados y en estudios observacionales en recién nacidos a término y en adultos, así como en estudios de recién nacidos prematuros y estudios realizados en animales

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.2.2 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática del efecto del uso sistemático de emolientes tópicos en recién nacidos a término sanos para mejorar los resultados neonatales (175). La revisión incluyó 12 ECA (5215 recién nacidos), cinco de los cuales se tuvieron en cuenta en este resumen de la evidencia. Tres ensayos incluyeron tan solo recién nacidos a término (728 recién nacidos) y dos ensayos incluyeron recién nacidos de 35 semanas de gestación o más (2624 recién nacidos).

Los ensayos se realizaron entre el 2006 y el 2017 en Alemania (1), Japón (2) y Reino Unido (1). Un ensayo fue un estudio multinacional realizado en Suecia y Noruega. Los ensayos compararon varias formulaciones de emolientes como cremas o aceites de frutos secos, semillas y vegetales, con otros emolientes o con ningún emoliente, utilizando diseños de estudio de dos, tres y cuatro grupos. Se consideraron para el análisis los recién nacidos asignados a "solamente emolientes" y a los grupos de referencia. Cuando así se indica, se aplicaron emolientes en la cara, el antebrazo izquierdo o el muslo izquierdo y el abdomen, y la aplicación comenzó en diferentes momentos entre el nacimiento

y hasta dos semanas después del nacimiento. La duración y la frecuencia del uso de los emolientes variaron entre cuatro semanas y hasta ocho meses, con una aplicación entre dos veces por semana y dos o tres veces al día

Comparación: Emolientes tópicos en comparación con ninguna intervención o con el cuidado de la piel sin emolientes

Resultados en recién nacidos y lactantes

Morbilidad de recién nacidos y lactantes a corto plazo:

La evidencia de certeza baja existente sugiere que el cuidado de la piel con emolientes tópicos puede tener poco o ningún efecto sobre la dermatitis atópica en los recién nacidos a término sanos, en comparación con ninguna intervención o con el cuidado de la piel sin emolientes (2 ensayos, 1408 recién nacidos; RR 1,29, IC del 95%: 0,96 a 1,72). No está claro si el cuidado de la piel con emolientes tiene algún efecto sobre las alergias alimentarias, la sensibilización alérgica a alérgenos alimentarios, la sensibilización alérgica a alérgenos inhalados, la sequedad cutánea o los problemas de la piel en los recién nacidos sanos, en comparación con ninguna intervención o con el cuidado de la piel sin emolientes (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: Tan solo dos ensayos proporcionaron información sobre los efectos adversos. Un ensayo (115 recién nacidos) indicó que los aceites pueden impedir el desarrollo de estructuras lipídicas laminares de la barrera de permeabilidad tras el nacimiento. El otro ensayo (2397 recién nacidos) informó un caso de resbalón del recién nacido en el grupo de uso de emolientes en comparación con ninguno en el grupo de referencia.

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos*.

Otras consideraciones

La revisión sistemática incluyó siete ensayos (894 recién nacidos, en un ensayo no se informó el número de participantes) en recién nacidos con riesgo de dermatitis atópica, definida en la mayoría de los estudios por la existencia de al menos un familiar de primer grado con eccema, rinitis alérgica o asma, según lo indicado por los padres o lo diagnosticado por un médico. Los resultados sugieren que el uso de emolientes reduce el riesgo de dermatitis atópica con poco o ningún efecto sobre la alergia alimentaria, la sensibilización alérgica a alérgenos alimentarios, la sensibilización alérgica a alérgenos inhalados, la sequedad cutánea y los problemas de la piel. En un ensayo (1394 recién nacidos), los padres informaron un aumento de las infecciones de la piel diagnosticadas por médicos. No hubo diferencias en los resbalones del lactante en el plazo de una hora tras la aplicación de los emolientes.

Valores

Véase el recuadro 3.10 del apartado 3.B.2: Medidas preventivas.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas del cuidado sistemático de la piel con emolientes tópicos para recién nacidos a término sanos.

Otras consideraciones

Un ensayo (176) en el que se evalúa la aplicación de emolientes durante el primer año para prevenir el eccema atópico en lactantes de alto riesgo aportará información sobre la relación costo-eficacia y la relación costo-utilidad a los 24 meses.

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud del cuidado sistemático de la piel con emolientes tópicos para los recién nacidos a término sanos. Si se prevé que las familias paguen por productos para el cuidado de la piel, especialmente durante todo el período posnatal, es posible que la intervención reduzca la equidad en la salud.

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el uso de emolientes para sus recién nacidos (28). La evidencia indirecta de esta revisión sugiere que la mayoría de las mujeres aprecian cualquier consejo, información y, cuando proceda, tratamiento, que puedan mejorar la comodidad y el bienestar de su recién nacido (evidencia de confianza alta). Sin embargo, en algunos contextos de países de ingresos bajos y medianos, las mujeres pueden preferir usar prácticas tradicionales de cuidado del recién nacido, incluido el empleo de aceites específicos, plantas locales y compresas de plantas medicinales, para abordar los problemas de la piel del lactante (evidencia de confianza moderada).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de usar emolientes para el cuidado de la piel de los recién nacidos a término (28). La evidencia indirecta derivada de la misma revisión indica que, en los países de ingresos

Cuadro 3.63 Principales necesidades de recursos para el uso de emolientes tópicos para el cuidado de la piel en recién nacidos a término sanos

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> No se requiere
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> No se requiere
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Producto emoliente adecuado para la piel del recién nacido (por ejemplo, aceite a base de plantas o crema hidratante disponible comercialmente); el precio varía según el lugar y el proveedor
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a jabón y agua limpia para una higiene adecuada de las manos antes de la aplicación
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> La frecuencia de aplicación varía según el producto y la pauta de uso específica; generalmente es de una aplicación diaria, pero puede ser de hasta varias veces al día. La duración de la intervención varía, entre cuatro semanas y 12 meses
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> No se requiere

bajos y medianos, algunas mujeres pueden ser menos propensas a usar estos productos si perciben que los centros de salud carecen de los recursos para ofrecer asesoramiento y apoyo o si creen que su utilización implicará costos adicionales innecesarios (evidencia de confianza moderada).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los profesionales de la salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los profesionales de la salud sobre la viabilidad de usar emolientes para el cuidado de la piel de los recién nacidos a término (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el suministro de información y asesoramiento sobre el uso de emolientes para el cuidado de la piel en los recién nacidos a término durante el período posnatal (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

En un estudio incluido en la revisión sistemática sobre la efectividad se evaluó si el uso de emolientes desde el nacimiento es viable para reducir la dermatitis atópica en recién nacidos de alto riesgo. Todas las familias participantes consideraron aceptable la intervención, y la mayoría indicó que aplicaba emolientes al menos cinco días a la semana a los seis meses (162).

El uso de emolientes es una intervención sencilla, pero la aplicación en todo el cuerpo de un lactante diariamente o varias veces por semana, durante un período prolongado, puede resultar exigente para algunas familias.

Cuadro 3.64 Resumen de valoraciones: Emolientes tópicos en comparación con ningún emoliente

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	Pequeños
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a no aplicar emolientes
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

B.2.3 Aplicación de clorhexidina en el muñón del cordón umbilical para prevenir infecciones neonatales

RECOMENDACIÓN 32a

Se recomienda el cuidado del cordón umbilical para que esté limpio y seco. *(Recomendado)*

RECOMENDACIÓN 32b

Se recomienda la aplicación diaria de clorhexidina al 4% (solución acuosa o gel de digluconato de clorhexidina al 7,1%, que proporciona clorhexidina al 4%) en el muñón del cordón umbilical en la primera semana después del nacimiento tan solo en entornos en los que se usan con frecuencia sustancias tradicionales nocivas (por ejemplo, estiércol animal) en el cordón umbilical. *(Recomendación en función del contexto)*

Observaciones

- Las conclusiones del Grupo de Elaboración de las Directrices se basan en evidencia de certeza moderada acerca de los efectos sobre la mortalidad neonatal de la aplicación de clorhexidina al 4% en la primera semana después del nacimiento en los recién nacidos con un cuidado del cordón umbilical no higiénico (nocivo). En los recién nacidos con un cuidado no higiénico del cordón umbilical, la clorhexidina redujo la mortalidad. En los recién nacidos sin un cuidado del cordón umbilical no higiénico, la clorhexidina no redujo la mortalidad.
- La recomendación se basa en estudios de Asia y África con unas proporciones elevadas de partos en el hogar y de lactantes de peso bajo al nacer y una mortalidad neonatal alta, realizados principalmente entre el 2000 y el 2010. La prevalencia de la onfalitis ha disminuido desde entonces.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.2.3 de la BE)

La evidencia procedió de un metanálisis de datos de pacientes individuales (DPI) sobre la eficacia y la seguridad de la limpieza del cordón umbilical con clorhexidina en recién nacidos (177), en el que se incluyeron cinco ensayos (129 391 recién nacidos) y se realizó un análisis por intención de tratar (IDT). Cuatro ensayos fueron ECA grupales (92 480 recién nacidos) y uno fue un ECA de pacientes individuales (36 911 recién nacidos). Los ensayos se realizaron en Bangladesh, Nepal, Pakistán, República Unida de Tanzania y Zambia. La tasa de mortalidad neonatal en la situación inicial en tres lugares de realización de ensayos (Bangladesh, Nepal, Pakistán) fue de 30 o más por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad en la situación inicial en los otros lugares de realización de ensayos (República Unida de Tanzania, Zambia) fue de 15 por 1000 nacidos vivos. Alrededor del 80% de los nacimientos en tres de las localizaciones del ensayo se produjeron en el hogar (Bangladesh, Nepal, Pakistán), y menos del 50% de los nacimientos en las otras dos localizaciones del ensayo se produjeron en el hogar (República Unida de Tanzania, Zambia). El uso de aplicaciones no higiénicas (definidas como el uso en el cordón de sustancias nocivas, como suciedad, polvo, arcilla, barro y estiércol animal) en algún momento del ensayo varió entre menos del 1% y un 90% en los cinco ensayos.

El uso de clorhexidina al 4% se comparó con la cura del cordón seca o con agua y jabón, un líquido placebo o el lavado intensivo de las manos.

La clorhexidina se aplicó diariamente, utilizando aplicaciones únicas o múltiples mediante una torunda de algodón empapada o un gotero, hasta 14 días después del nacimiento, en días preespecificados después del nacimiento o hasta tres días después del desprendimiento del cordón umbilical. La clorhexidina fue aplicada por el personal del estudio, por un trabajador de salud voluntario, por una partera tradicional, por el personal clínico o por la madre.

Comparación: Aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical en comparación con la cura seca del cordón o con la atención habitual

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad neonatal: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical comporte poca o ninguna diferencia en la mortalidad neonatal en comparación con la atención de cura seca del cordón o con la atención habitual (5 ensayos, 136 829 recién nacidos; OR 0,90, IC del 95%: 0,78 a 1,04).

En el análisis por subgrupos definidos por la tasa de mortalidad notificada en el ensayo se indicó lo siguiente.

- No está claro si la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical tiene algún efecto sobre la mortalidad neonatal en entornos con tasas de mortalidad neonatal mayor o igual al 30% en comparación con la atención de cura seca del cordón o con la atención habitual (evidencia

de certeza muy baja).

- La evidencia de certeza alta existente sugiere que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical tiene poco o ningún efecto sobre la mortalidad neonatal en entornos con tasas de mortalidad neonatal menor del 30% en comparación con la atención de cura seca del cordón o con la atención habitual (2 ensayos, 74.762 recién nacidos; OR 0,99, IC del 95%: 0,79 a 1,25)

En el análisis por subgrupos definidos según el lugar de nacimiento se indicó lo siguiente.

- No está claro si la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical tiene algún efecto sobre la mortalidad neonatal en recién nacidos en partos en el hogar, en comparación con la atención de cura seca del cordón o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).
- La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical comporte poca o ninguna diferencia en la mortalidad neonatal en recién nacidos en partos en el hogar, en comparación con la atención de cura seca del cordón o con la atención habitual (5 ensayos, 50 644 recién nacidos; OR 0,95, IC del 95%: 0,81 a 1,10).

En el análisis por subgrupos definidos según las aplicaciones de productos no higiénicos se indicó lo siguiente.

- La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical reduzca la mortalidad neonatal en comparación con la atención habitual que incluye aplicaciones de productos no higiénicos (5 ensayos, 27 817 recién nacidos; OR 0,63, IC del 95%: 0,50 a 0,79).
- La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical comporte poca o ninguna diferencia en la mortalidad neonatal en comparación con la atención de cura seca del cordón que no incluye la aplicación de productos no higiénicos (5 ensayos, 136 320 recién nacidos; OR 0,89, IC del 95%: 0,77 a 1,03).

Mortalidad neonatal después de las 24 horas de vida:

La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical comporte poca o ninguna diferencia en la mortalidad en los lactantes mayores de 24 horas de vida, en comparación con la atención de cura seca del cordón o con la atención habitual (5 ensayos, 135 237 recién nacidos; OR 0,91, IC del 95%: 0,82 a 1,02).

*Morbilidad grave de recién nacidos y lactantes:*⁴¹ La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical reduzca el riesgo de onfalitis moderada en comparación con la cura seca del cordón o con la atención habitual (5 ensayos, 137 942 recién nacidos; OR 0,77, IC del 95%: 0,71 a 0,83). La evidencia de certeza baja existente sugiere que es posible que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical reduzca el riesgo de onfalitis grave en comparación con la cura seca del cordón o con la atención habitual (5 ensayos, 137 942 recién nacidos; OR 0,55, IC del 95%: 0,39 a 0,76). La evidencia de certeza baja existente sugiere que es posible que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical tenga poco o ningún efecto en las posibles infecciones bacterianas graves, en comparación con la cura seca del cordón o con la atención habitual (5 ensayos, 137 942 recién nacidos; OR 0,91, IC del 95%: 0,76 a 1,10). La evidencia de certeza baja existente sugiere que es posible que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical tenga poco o ningún efecto en cualquier posible infección bacteriana grave más específica, en comparación con la cura seca del cordón o con la atención habitual (5 ensayos, 137 942 recién nacidos; OR 0,91, IC del 95%: 0,75 a 1,11). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical comporte poca o ninguna diferencia en las posibles infecciones bacterianas más graves (5 ensayos, 137 942 recién nacidos; OR 0,93, IC del 95%: 0,83 a 1,10).

En el metanálisis de DPI no se informó sobre el uso de los servicios de salud. Solamente se dispuso de una información descriptiva sobre los efectos adversos de la clorhexidina, que se resume más adelante en Otras consideraciones.

Resultados maternos

En el metanálisis de DPI no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal*.

Otras consideraciones

Los autores del metanálisis de DPI examinaron los cinco estudios para obtener datos sobre los efectos adversos. En un estudio no se indicó si se habían evaluado los efectos adversos. En un estudio se describieron ocho casos de irritación cutánea local leve y un caso en el que la clorhexidina se aplicó accidentalmente a la conjuntiva, lo cual dio lugar a una irritación ocular leve. No se observaron efectos adversos en ninguno de los recién nacidos de los otros tres ensayos.

⁴¹ La calidad de los datos impidió el análisis de la aparición de cualquier onfalitis; se indicó que más de 30% de los recién nacidos presentaron una onfalitis o una infección alrededor del muñón del cordón umbilical.

En el 2019, la OMS publicó una alerta sobre lesiones oculares graves como resultado de la mala administración de la clorhexidina, con informes de aplicación por error de la clorhexidina al ojo (en forma de gotas oftálmicas o de pomada) (178). La alerta insta a todas las partes interesadas involucradas en el cuidado del cordón umbilical a tomar medidas para garantizar el uso y la administración correctos de la clorhexidina. Se dieron instrucciones a los programas de salud reproductiva y a los responsables de su reglamentación para que garantizaran un etiquetado claro y específico de los productos de clorhexidina, y para que proporcionaran a los padres y otros cuidadores materiales escritos detallados y culturalmente apropiados, así como un asesoramiento sobre el uso de la clorhexidina (178).

Dos ensayos hospitalarios se incluyeron en las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre la

atención posnatal de la madre y el recién nacido (15), pero no se incluyeron en el análisis actual de DPI ya que no se dispuso de datos de pacientes individuales. Ambos ensayos examinaron a lactantes para detectar la onfalitis y describieron unos efectos similares a los del análisis de DPI (890 recién nacidos, RR 0,48; IC del 95%: 0,28 a 0,84). En un ensayo se examinó a lactantes para determinar la mortalidad neonatal y se informó una reducción notable y no significativa (120 recién nacidos, RR 0,11; IC del 95%: 0,01 a 2,04).

Valores

Véase el recuadro 3.10 del apartado 3.B.2: Medidas preventivas.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de la aplicación de clorhexidina al muñón del cordón umbilical.

Cuadro 3.65 Principales necesidades de recursos para la aplicación de clorhexidina al muñón del cordón umbilical

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería calificado u otros trabajadores de salud capacitados para aplicar la clorhexidina o para proporcionar instrucciones a padres y otros cuidadores para que apliquen la clorhexidina
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica para trabajadores de salud neonatal, incluidas instrucciones específicas sobre el uso de la clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical (por ejemplo, folletos informativos, videos instructivos) Formación para reconocer los signos y síntomas de la infección del cordón umbilical
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Información (escrita o gráfica, p. ej., folletos) para los progenitores y otros cuidadores Digluconato de clorhexidina al 7,1%, administración tópica (57): <ul style="list-style-type: none"> - gel = US\$ 0,36 el tubo de 20 g (\$0,0178 por gramo) - solución acuosa = US\$ 0,0356 por ml (disponible en frascos de 10 ml, 15 ml y 100 ml) Aplicación directa con un dedo limpio o con torundas de algodón
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado Acceso a jabón y agua limpia y a soluciones alcohólicas para la higiene de las manos antes de la aplicación Almacenamiento seguro del tubo o frasco de clorhexidina protegido de la luz solar
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> La frecuencia de aplicación varía; generalmente una administración diaria a partir del nacimiento y durante siete días
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Derivación o tratamiento inmediatos después de cualquier signo o síntoma de infección del cordón umbilical o reacción local, aplicando la atención habitual

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de la aplicación de clorhexidina al muñón del cordón umbilical para reducir la mortalidad y la morbilidad neonatales. Dada la carga alta de morbilidad y mortalidad neonatales relacionada con la sepsis en los países de ingresos bajos y medianos, el uso de clorhexidina como antiséptico para el cordón umbilical podría ayudar a abordar la inequidad en la salud en entornos de ingresos bajos o medianos. Sin embargo, si se prevé que las familias paguen por la clorhexidina sin ningún subsidio, la intervención puede reducir la equidad.

Otras consideraciones

En una encuesta de hogares del 2010 en zonas rurales de Bangladesh se observó que la mayoría de los hogares no estaban dispuestos a pagar por la clorhexidina al precio establecido, pero indicó una voluntad y capacidad de pedir dinero prestado para hacer frente a un posible déficit (179). Otro estudio realizado en Bangladesh (180) reveló que si el precio unitario de la clorhexidina en dosis múltiples fuera superior a 25 takas de Bangladesh (US\$ 0,35), al menos algunos hogares necesitarían pedir dinero prestado para pagarla, lo cual podría requerir subsidios (179).

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las experiencias de las mujeres con la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el uso de la clorhexidina para tratar el muñón del cordón umbilical (28). La evidencia indirecta derivada de esta revisión sugiere que la mayoría de las mujeres aprecian el asesoramiento y la información de los trabajadores de salud acerca de los tratamientos y las técnicas que optimizan el bienestar del lactante (evidencia de confianza alta). Sin embargo, en algunos contextos de países de ingresos bajos y medianos, es posible que las mujeres prefieran utilizar prácticas tradicionales de cuidados de recién nacidos, como el uso de aceites específicos, plantas nativas y compresas de plantas medicinales en el período posparto inmediato (evidencia de confianza moderada).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad del empleo de la clorhexidina (28). La evidencia indirecta de la misma revisión indica que, en los países de ingresos bajos y medianos, algunas mujeres pueden

tener menos probabilidades de usar clorhexidina si creen que el tratamiento implicará costos adicionales o innecesarios (evidencia de confianza moderada). En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los trabajadores de salud sobre la utilización de la clorhexidina (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el aporte de información y asesoramiento sobre el cuidado del cordón en el período posnatal (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

La Lista Modelo de Medicamentos Pediátricos Esenciales de la OMS incluye la clorhexidina en forma de "solución o gel: (digluconato) al 7,1% que proporciona clorhexidina al 4% (para el cuidado del cordón umbilical)" (181).

Cuadro 3.66 Resumen de valoraciones: Aplicación sistemática de clorhexidina al muñón del cordón umbilical en comparación con la cura seca del cordón o el cuidado habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	Pequeños
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a la clorhexidina
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

B.2.4 Posición al dormir para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante

RECOMENDACIÓN 33

Se recomienda poner al recién nacido a dormir en posición de decúbito supino durante el primer año para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y la muerte súbita inesperada del lactante (MSIL). (Recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se basa en estudios de países de ingresos altos, independientemente de la edad gestacional del recién nacido. No se consideraron otros factores de riesgo para el SMSL (por ejemplo, compartir la cama, lugar para dormir, tabaquismo de los padres, etc.).
- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices también consideró la evidencia de los estudios ecológicos que describieron las tendencias de la mortalidad posneonatal y las tasas de SMSL de las estadísticas vitales internacionales, los estudios epidemiológicos de los factores de riesgo para el SMSL y los resultados de las intervenciones de salud pública destinadas a promover una posición no prona para dormir con objeto de reducir el riesgo de SMSL.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro de la B.2.4 BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática del efecto de la posición para dormir sobre los resultados neonatales e infantiles en los recién nacidos a término sanos (168). La revisión incluyó 49 estudios, 32 de ellos observacionales, que aportaron datos para este resumen de la evidencia. Todos los estudios menos uno (realizado en Brasil) se realizaron en países de ingresos altos. En los estudios que presentaron los resultados del SMSL o MSIL, la exposición se pudo registrar en cualquier momento hasta los 365 días de vida, mientras que en los demás estudios que presentaron los resultados de eventos con peligro aparente para la vida, retraso en el desarrollo neurológico y plagiocefalia posicional, la exposición se produjo como mínimo una vez en el período neonatal. La incidencia máxima del SMSL se observó a una edad media de alrededor de dos a cuatro meses en todos los estudios.

Comparación: Posición para dormir en decúbito supino (boca arriba) en comparación con la posición para dormir no supina (prona o lateral)

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad de lactantes: No está claro si dormir en posición supina tiene algún efecto sobre las muertes debidas al SMSL en menores de 1 año en comparación con dormir en posición no supina (prona o lateral) (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que dormir en posición supina puede reducir la MSIL en comparación con dormir en posición no supina (prona o lateral) (1 estudio, 384 lactantes; OR 0,39, IC del 95%: 0,23 a 0,65).

Morbilidad grave de recién nacidos y lactantes: No está claro si dormir en posición supina tiene algún efecto sobre el SMSL inexplicado o sobre los eventos graves con peligro aparente para la vida en el período neonatal en comparación con dormir en

posición no supina (prona o lateral) (evidencia de certeza muy baja).

Neurodesarrollo: En comparación con dormir en posición prona, la evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que dormir en decúbito supino empeore el desarrollo motor grueso a los 6 meses de vida, medido con la probabilidad de estar 0,5 DE por debajo de la media en la escala de motricidad gruesa de la prueba de detección del desarrollo de Denver (DDST, por su sigla en inglés) (1 estudio, 2097 lactantes; OR 1,67, IC del 95%: 1,22 a 2,27). En comparación con dormir en posición lateral, la evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que dormir en posición supina tenga poco o ningún efecto sobre el desarrollo motor grueso a los 6 meses de vida, medido con la probabilidad de estar 0,5 DE por debajo de la media en la escala motora gruesa de la prueba DDST (1 estudio, 8012 lactantes; OR 1,02, IC del 95%: 0,91 a 1,15). En comparación con dormir en posición prona, la evidencia de certeza baja existente sugiere que es posible que dormir en posición supina tenga poco o ningún efecto sobre el desarrollo motor grueso a los 18 meses de vida, medido con la probabilidad de estar 0,5 DE por debajo de la media en la escala motora gruesa de la prueba DDST (1 estudio, 1919 recién nacidos; OR 1,16, IC del 95%: 0,96 a 1,43). En comparación con dormir en posición lateral, la evidencia de certeza baja existente sugiere que es posible que dormir en posición supina tenga poco o ningún efecto sobre el desarrollo motor grueso a los 18 meses de vida, medido con la probabilidad de estar 0,5 DE por debajo de la media en la escala motora gruesa de la prueba DDST (1 estudio, 7503 recién nacidos; OR 1,12, IC del 95%: 0,86 a 1,45).

Uso de los servicios de salud: No está claro si dormir en posición supina tiene algún efecto sobre los ingresos hospitalarios relacionados con eventos con peligro

aparente para la vida en los primeros 6 meses de vida⁴² en comparación con dormir en posición no supina (prona o lateral) (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: La evidencia de certeza baja existente sugiere que dormir en posición supina puede aumentar la plagiocefalia posicional en las primeras 28 semanas de vida⁴³ en comparación con dormir en posición no supina (prona o lateral) (2 estudios, 471 recién nacidos; OR 6,53, IC del 95%: 3,39 a 12,57).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *mortalidad neonatal*.

Resultados maternos

En los estudios incluidos no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal*.

Otras consideraciones

En un análisis de las tendencias de la mortalidad posneonatal y de las tasas de SMSL en Australia, Estados Unidos, Gran Bretaña, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos y Suecia entre 1980 y 1992 se observó que los países que experimentaron una disminución rápida en la posición prona para dormir también presentaron reducciones de las tasas de SMSL de aproximadamente el 50% (182). No hubo cambios significativos en la proporción

de progenitores con tabaquismo ni en las tasas de lactancia materna durante este tiempo. No hubo un aumento apreciable de eventos adversos como las muertes por aspiración o los eventos con peligro aparente para la vida, aunque estos datos se consideraron preliminares.

La campaña *Back to Sleep*, un amplio programa de salud pública de Estados Unidos destinado a promover la posición de decúbito para dormir, se puso en marcha en 1994. Esta campaña sigue en curso (aunque ahora ha pasado a denominarse campaña *Safe to Sleep*).⁴⁴ Posteriormente se han descrito aumentos significativos del uso de la posición de decúbito supino para dormir, pasando del 13% a aproximadamente el 76% entre 1992 y el 2006, y una reducción de la tasa de SMSL en Estados Unidos de aproximadamente el 50% durante el mismo período. Las disminuciones más notables se produjeron en los años inmediatamente posteriores a las primeras recomendaciones de dormir en posición no prona (183, 184). En un estudio en el que se evaluó el impacto de la campaña *Back to Sleep* entre 1990 y el 2012 en Colorado (Estados Unidos), se describió también disminuciones significativas de la incidencia del SMSL, que pasó de 1,99 por 1000 nacidos vivos en el período anterior a la campaña *Back to Sleep*

Cuadro 3.67 Principales necesidades de recursos para la posición de decúbito supino (boca arriba) para dormir

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, otros prestadores de atención adecuadamente capacitados.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Formación en el empleo para fomentar la posición supina para dormir, incluido el asesoramiento a las familias sobre la posición supina y la seguridad en el sueño después del alta
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Información (escrita o gráfica, p. ej., folletos) para los progenitores y cuidadores
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Cuna o moisés u otra superficie segura para dormir
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo adicional requerido para el asesoramiento de las familias con respecto a la posición para dormir; por lo demás, igual que para la atención habitual
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <i>Antes del alta:</i> Supervisión de partería o enfermería para garantizar la seguridad de la posición para dormir <ul style="list-style-type: none"> - Auditoría continua de la historia clínica por parte de líderes clínicos para supervisar la postura para dormir y abordar cualquier posible obstáculo para el empleo de la posición supina para dormir <i>Después del alta:</i> Comentar la posición para dormir en las consultas posnatales y asesoramiento adicional sobre la posición de decúbito supino para dormir cuando sea necesario

42 Evaluados a los 1, 3 y 6 meses de vida.

43 Evaluados a las 8 a 12 o 25 a 28 semanas de vida.

44 La campaña *Back to Sleep* fue iniciada por el NICHD, la AAP, la Oficina de Salud Maternoinfantil de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, la SIDS Alliance (conocida ahora como *First Candle*) y la Asociación de SMSL y Programas de Mortalidad Infantil. El objetivo de la campaña fue alentar a los padres a que pusieran a dormir a los lactantes boca arriba para reducir el riesgo de SMSL.

(1990-1993) a 0,57 por 1000 nacidos vivos en el período posterior a esa campaña (1997-2012) ($p \leq 0,001$ para la tendencia) (185).

Valores

Véase el recuadro 3.10 del apartado 3.B.2: Medidas preventivas.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de la posición supina para dormir en recién nacidos a término sin complicaciones.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de la posición para dormir en los recién nacidos a término sin complicaciones.

Otras consideraciones

La prevalencia del SMSL es mayor en las familias social y económicamente desfavorecidas (186). También hay claras disparidades en las prácticas de sueño de los recién nacidos en función de factores raciales, demográficos, económicos y de otro tipo. Por ejemplo, la posición para dormir de decúbito supino parece tener una menor prevalencia en los grupos de población hispanos y negros no hispanos que en los grupos de población blancos no hispanos (187). Otros estudios han puesto de manifiesto que las madres con un nivel de escolaridad bajo tienen una mayor probabilidad de poner a dormir a los lactantes en una posición no supina, en comparación con las madres con un nivel de escolaridad más alto (188, 189). Un menor nivel de ingresos del cuidador también se ha asociado a una menor probabilidad de que conozca las recomendaciones sobre la posición para dormir de los lactantes (190).

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las posiciones para dormir de los lactantes (28). La evidencia indirecta derivada de esta revisión sugiere que la mayoría de las mujeres aprecian el asesoramiento y la

información de los trabajadores de salud acerca de las técnicas que optimizan el bienestar del lactante (evidencia de confianza alta). Sin embargo, en algunos contextos de países de ingresos bajos y medianos, las mujeres pueden preferir adoptar prácticas tradicionales de atención al recién nacido durante el período posparto inmediato (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

En una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploró la toma de decisiones sobre el entorno para dormir de los lactantes en familias en riesgo (191) se encontraron problemas clave de gran prevalencia en los grupos de población relativamente desfavorecidos de países de ingresos altos. Los progenitores se mostraron reacios a aceptar la orientación de los trabajadores de salud sobre las posiciones para dormir de los lactantes si consideraban que el consejo era contrario a la intuición o a su propia experiencia (por ejemplo de que colocar a los lactantes en posiciones no supinas facilita la comodidad, facilita la respiración o reduce la posibilidad de asfixia). Los progenitores querían que se les diera información y asesoramiento junto con evidencia que lo respaldara, en lugar de que se les dijera qué debían hacer de una manera didáctica.

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de implementar la posición de decúbito supino para dormir (28). La evidencia indirecta de esta revisión indica que las mujeres desean información clara y coherente por parte de los trabajadores de salud acerca de las técnicas o tratamientos que optimizan el bienestar del lactante, incluidos los procedimientos apropiados para dormir (evidencia de confianza alta). En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones sobre la viabilidad de implementar la posición de decúbito supino para dormir (29). Sin embargo, la evidencia indirecta

existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el aporte de información y el asesoramiento sobre la posición para dormir en los recién nacidos a término durante el período posnatal (evidencia de confianza moderada). La evidencia existente sugiere que la disponibilidad de directrices o políticas sobre las posiciones para dormir puede evitar que haya opiniones divergentes entre los trabajadores de salud a lo largo de la atención posnatal y puede ayudar a los padres a sentirse seguros acerca de la información que reciben (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

En una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploró la toma de decisiones sobre el entorno para dormir de los lactantes en familias en riesgo (191) se detectó varios problemas clave de gran prevalencia en los grupos de población relativamente desfavorecidos de países de ingresos altos. Los resultados indican que, en estas comunidades, es posible que los padres no confíen en los consejos sobre las posiciones para dormir proporcionados por los trabajadores de salud, en especial cuando entran en conflicto con la información proporcionada por familiares de confianza o por las redes comunitarias.

Cuadro 3.68 Resumen de valoraciones: Posición para dormir en decúbito supino (boca arriba) en comparación con la posición para dormir no supina (prona o lateral)

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Elevados
Efectos indeseables	Triviales
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Favorable a la posición de decúbito supino
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

B.2.5 Vacunación para prevenir infecciones

RECOMENDACIÓN 34

Se debe promover la vacunación de los recién nacidos según lo indicado en las últimas recomendaciones disponibles de la OMS sobre la vacunación sistemática. (Recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido (15), basadas en el consenso del Grupo de Elaboración de las Directrices sobre las directrices existentes de la OMS.
- La orientación actual de la OMS sobre las vacunaciones para los recién nacidos (a noviembre del 2021) se especifica en el recuadro 3.11, sobre la base de los últimos documentos de posicionamiento de la OMS que recomiendan la vacunación al nacer con dosis de las vacunas contra la hepatitis B (192), la poliomielitis (193) y el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) (194).
- La OMS recomienda las siguientes vacunas a partir de las 6 semanas de vida: vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b, vacuna antineumocócica conjugada y vacuna contra rotavirus (195).
- Las recomendaciones de la OMS para la vacunación sistemática de los niños deben revisarse periódicamente para ver si hay actualizaciones (195).

Recuadro 3.11 Orientación y consideraciones de la OMS sobre la vacunación de los recién nacidos (a noviembre del 2021)**Vacuna contra la hepatitis**

Todos los lactantes deben recibir la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B tan pronto como sea posible después del nacimiento, a poder ser en las primeras 24 horas. Si la administración en las primeras 24 horas no es viable, todos los lactantes deben recibir la dosis de nacimiento durante el primer contacto con los centros de salud, hasta el momento de la primera serie de dosis primaria.

Si la administración en las primeras 24 horas no es viable, la dosis al nacer aún puede ser efectiva para prevenir la transmisión perinatal si se administra dentro de los primeros siete días, y sobre todo dentro de los tres primeros días, aunque será algo menos eficaz que la administrada en las primeras 24 horas; su efectividad disminuye con cada día que pasa. Incluso después de siete días, una dosis al nacer tardía puede ser eficaz para prevenir la transmisión horizontal y, por lo tanto, sigue siendo beneficiosa.

La dosis al nacer debe ir seguida de dos o tres dosis adicionales para completar la serie primaria. Los calendarios de vacunación se describen en el documento de posicionamiento de la OMS del 2017 sobre las vacunas contra la hepatitis B (192).

Vacuna contra la poliomielitis

En los países en los que la poliomielitis es endémica y en los países con riesgo alto de importación y posterior propagación, la OMS recomienda una dosis de la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (bOPV) seguida de una serie primaria de tres dosis de bOPV y al menos dos dosis de virus de la poliomielitis inactivado (IPV).

Vacuna de bacilo de Calmette-Guérin (BCG)

En los países o entornos con una incidencia alta de TB o lepra, debe administrarse una dosis única de la vacuna BCG a los recién nacidos al nacer, o tan pronto como sea posible, con el fin de prevenir la TB y la lepra. Si no se puede aplicar al nacimiento, debe administrarse lo antes posible a partir de este momento y no debería retrasarse.

Si se omitió la dosis al nacer, se recomienda la vacunación de puesta al día de los lactantes mayores y niños no vacunados, dado que la evidencia demuestra su utilidad. La vacunación de puesta al día debe realizarse en el primer contacto oportuno con el sistema de atención de salud, para reducir al mínimo una eventual exposición, conocida o desconocida, a contactos con TB o lepra.

B.3 INTERVENCIONES NUTRICIONALES

Antecedentes

Una nutrición óptima es crucial para que los recién nacidos sobrevivan y prosperen. El GDG consideró la evidencia y otra información de interés para sustentar las recomendaciones relativas a los suplementos de dos micronutrientes importantes, la vitamina A y la vitamina D.

La vitamina A desempeña funciones importantes en la visión, el sistema inmunitario y el funcionamiento celular general (196). En los lactantes y los niños pequeños hay una mayor necesidad de vitamina A debido a su rápido crecimiento y desarrollo. Sin embargo, los niños nacen con unas reservas bajas de vitamina A y dependen de fuentes externas, sobre todo la leche materna. En entornos donde el déficit de vitamina A o la desnutrición son frecuentes, es probable que los lactantes reciban cantidades insuficientes de vitamina A con la leche materna debido al mal estado nutricional de la madre (197). A nivel mundial, se calcula que el déficit de vitamina A (retinol sérico inferior a 0,70 $\mu\text{mol/l}$) afecta a aproximadamente el 33% de los niños de 6 a 59 meses de vida, es decir, a 190 millones de niños (198, 199). La prevalencia máxima se da en el sur de Asia (44%) y en el África subsahariana (48%) (199). Cuando es grave, el déficit de vitamina A puede causar una deficiencia visual (ceguera nocturna) y anemia. También puede aumentar el riesgo de enfermedad y muerte por infecciones infantiles comunes y prevenibles, como el sarampión y las que causan diarrea.

La vitamina D desempeña un papel importante en la mineralización ósea, la contracción muscular, la conducción nerviosa, el funcionamiento celular general y el sistema inmunitario. La adquisición del contenido mineral óseo es mayor en el primer año después del nacimiento (200), y la mineralización ósea adecuada durante este período sienta las bases para la presencia de huesos fuertes más adelante en la vida (201). La vitamina D tiene dos formas activas: vitamina D2 (ergocalciferol) y vitamina D3 (colecalfiferol). La vitamina D2 está presente en la naturaleza tan solo en los hongos, mientras que la vitamina D3 se puede obtener de orígenes

alimentarios como el pescado graso y las yemas de huevo, o a través de la síntesis en el organismo después de la exposición a la luz solar. En general, se considera que los lactantes tienen un riesgo elevado de déficit de vitamina D, ya que tienen reservas limitadas de vitamina D al nacer, una exposición poco frecuente a la luz solar y necesidades relativamente grandes de vitamina D debido a su rápido crecimiento (196). El déficit grave de vitamina D puede conducir al raquitismo nutricional; un trastorno óseo asociado al deterioro del crecimiento, deformidades de las extremidades y la pelvis, retraso del desarrollo, anomalías dentales y convulsiones hipocalcémicas (202). Aunque la lactancia materna exclusiva se recomienda para lactantes de hasta 6 meses de vida, la leche materna presenta a menudo niveles bajos de vitamina D (~ 50 UI/l) (203).

Recuadro 3.12 Valores

Los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa de estudios en los que se ha explorado lo que las mujeres quieren de la atención posnatal (21) indican que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. Los resultados de la misma revisión también indican que las mujeres tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido (evidencia de confianza baja) y, teniendo esto presente, aprecian el asesoramiento práctico, el apoyo y la información que les proporcionan los trabajadores de salud (evidencia de confianza moderada), siempre que esto se haga de manera coherente y en una forma que puedan comprender (evidencia de confianza moderada).

B.3.1 Suplementos de vitamina A neonatales

RECOMENDACIÓN 35a

No se recomienda la administración sistemática de suplementos neonatales de vitamina A para reducir la mortalidad de recién nacidos y lactantes. *(No recomendado)*

RECOMENDACIÓN 35b

En contextos con datos recientes (de los últimos cinco años) y fiables que indiquen una tasa alta de mortalidad en menores de 1 año (superior a 50 por 1000 nacidos vivos) y una prevalencia alta de déficit materno de vitamina A ($\geq 10\%$ de las mujeres embarazadas con concentraciones séricas de retinol $< 0,70 \mu\text{mol/l}$), se puede considerar la conveniencia de administrar a los recién nacidos una dosis oral única de 50 000 UI de vitamina A en los tres primeros días después del nacimiento para reducir la mortalidad en menores de 1 año *(recomendación en función del contexto).*

Observaciones

- Al formular esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices hizo hincapié en la necesidad de evitar efectos nocivos, dada la incertidumbre existente en cuanto a la evidencia y los resultados contradictorios de los estudios de investigación, así como los costos de la aplicación.
- La tasa de mortalidad de lactantes propuesta de más de 50 por 1000 nacidos vivos se basó en varios supuestos:
 - un 50% de la tasa de mortalidad de lactantes total corresponde a muertes neonatales;
 - un 50% de la mortalidad neonatal se produce en las primeras 24 horas después del nacimiento;
 - la tasa de mortalidad posneonatal hasta los 6 meses de vida representa dos tercios (2/3) de la tasa total de mortalidad de lactantes, y la tasa de mortalidad entre los 6 y los 12 meses de vida constituye el tercio (1/3) restante;
 - la tasa de 30 muertes por 1000 utilizada en los estudios contabiliza las muertes ocurridas entre la inclusión en el estudio y los 6 meses de vida;
 - la administración o inclusión casi siempre tuvo lugar en las primeras 24 horas después del nacimiento.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.3.1 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática actualizada de Campbell sobre los efectos de las intervenciones de nutrición neonatal en la mortalidad neonatal y los resultados de salud y desarrollo infantil (204), y de un metanálisis de datos de participantes individuales (DPI) sobre los efectos de los suplementos neonatales tempranos de vitamina A en la mortalidad de los lactantes (205). El metanálisis de DPI se utilizó para sustentar aún más la evidencia sobre los efectos y la seguridad de la administración de suplementos neonatales de vitamina A, y para investigar las posibles causas de heterogeneidad. En la revisión de Campbell se encontraron 16 ensayos (169 366 lactantes) en los que se evaluó el efecto de la administración de suplementos neonatales de vitamina A, de los cuales 13 fueron ECA aleatorizados o ECA grupales (168 788 lactantes) en los que se aportaron datos a este resumen de la evidencia. Todos los ensayos se realizaron en países de ingresos bajos y medianos. En los 13 ensayos se proporcionó a los lactantes vitamina A oral en una dosis única de 50 000 UI, dos dosis de 24 000 UI (con 24 horas de

diferencia), una dosis única de 25 000 UI o una dosis única de 25 000 UI y 50 000 UI, en comparación con un placebo.

El metanálisis de DPI incluyó 11 ensayos en los que se evaluó el efecto de la administración temprana de suplementos neonatales de vitamina A (25 000-50 000 UI a administrar en los dos o tres días posteriores al nacimiento) en comparación con un placebo, con un seguimiento del lactante hasta al menos los 6 meses de vida.

Comparación: Suplementos de vitamina A en comparación con un placebo o con ningún suplemento de vitamina A (revisión sistemática de Campbell)

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad de recién nacidos y lactantes: La evidencia de certeza alta existente muestra que la administración temprana de suplementos de vitamina A tiene poco o ningún efecto sobre la mortalidad neonatal por cualquier causa (0 a 28 días después del nacimiento) en comparación con un placebo (6 ensayos, 126 548 lactantes; RR 0,99, IC del 95%: 0,90 a 1,08). La evidencia de certeza moderada existente sugiere

que es probable que la administración temprana de suplementos de vitamina A tenga poco o ningún efecto sobre la mortalidad de lactantes por cualquier causa a los 6 meses de vida en comparación con un placebo (12 ensayos, 154 940 lactantes; RR 0,98, IC del 95%: 0,89 a 1,07). La evidencia de certeza alta existente sugiere que la administración temprana de suplementos de vitamina A tiene poco o ningún efecto sobre la mortalidad de lactantes por cualquier causa a los 12 meses de vida en comparación con un placebo (8 ensayos, 118 376 lactantes; RR 1,04, IC del 95%: 0,94 a 1,14).

Efectos adversos: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la administración de suplementos de vitamina A aumente el abombamiento de las fontanelas en los lactantes (dentro de los tres días de administración) en comparación con un placebo (6 ensayos, 100 256 lactantes; RR 1,53, IC del 95%: 1,12 a 2,09). La evidencia de certeza alta existente muestra que la administración de suplementos de vitamina A tiene poco o ningún efecto sobre los vómitos de los lactantes (dentro de los tres días de administración) en comparación con un placebo (5 ensayos, 99 582 lactantes; RR 1,00, IC del 95%: 0,93 a 1,07).

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *morbilidad neonatal grave*.

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre la *experiencia de la atención posnatal*.

Comparación: Suplementos de vitamina A en comparación con un placebo o con ningún suplemento de vitamina A (metanálisis de DPI)⁴⁵

Mortalidad de recién nacidos y lactantes: La administración de suplementos de vitamina A a recién nacidos se asoció a un efecto variable de entre una disminución del 11% y un aumento del 6% del riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (11 ensayos; RR 0,97, IC del 95%: 0,89 a 1,06) y a un efecto variable de entre una disminución del 7% y un aumento del 8% de la mortalidad hasta los 12 meses de vida (10 ensayos; RR 1,00, IC del 95%: 0,93 a 1,08) en comparación con un placebo.

Metarregresión univariada y metanálisis por características a nivel de estudio

La metarregresión detectó cinco variables con una asociación significativa con el efecto de los suplementos de vitamina A en los recién nacidos sobre la mortalidad a los seis meses, como se presenta a continuación. Luego, se realizaron metanálisis por características a nivel de estudio para esas variables.

⁴⁵ No se presenta el número de lactantes para cada resultado, ya que en el metanálisis no se indicaron estos datos. No fue posible asignar un grado de certeza a la evidencia, ya que la información necesaria para permitir esta clasificación no estaba disponible en la publicación original

Región geográfica: Hasta los 6 meses de vida, los suplementos de vitamina A en recién nacidos se asociaron a un riesgo de muerte un 13% menor en los países asiáticos (5 ensayos; RR 0,87, IC del 95%: 0,77 a 0,98), pero en los países africanos el riesgo de muerte muestra un efecto variable de entre una reducción del 2% y un aumento del 15% (6 ensayos; RR 1,06, IC del 95%: 0,98 a 1,15). Hasta los 12 meses de vida, los suplementos de vitamina A en los recién nacidos se asociaron a un efecto variable de entre una reducción del 20% y un aumento del 3% en el riesgo de muerte en los países asiáticos (4 ensayos; RR 0,91, IC del 95%: 0,80 a 1,03), y a un efecto variable de entre ningún efecto y un aumento del 15% en los países africanos (6 ensayos; RR 1,07; IC del 95%: 1,00 a 1,15).

Déficit de vitamina A materno: Hasta los 6 meses de vida, y en las poblaciones de estudio en las que la prevalencia del déficit de vitamina A materno fue moderada o grave, los suplementos de vitamina A en recién nacidos se asociaron a un riesgo de mortalidad un 13% menor (3 ensayos; RR 0,87, IC del 95%: 0,80 a 0,94). En las poblaciones de estudio con un déficit de vitamina A materno leve o inexistente, el riesgo de muerte muestra un efecto variable, entre un 4% menor y un 15% mayor (7 ensayos; RR 1,05, IC del 95%: 0,96 a 1,15). Hasta los 12 meses de vida, y en las poblaciones de estudio en las que la prevalencia del déficit de vitamina A materno era moderada o grave, los suplementos de vitamina A en los recién nacidos se asociaron a un efecto variable, de entre un 17% menor a un efecto nulo sobre el riesgo de muerte (2 ensayos; RR 0,91, IC del 95%: 0,83 a 1,00). En las poblaciones de estudio con un déficit de vitamina A materno leve o inexistente, el riesgo de muerte muestra un efecto variable, entre un 2% menor y un 15% mayor (7 ensayos; RR 1,06, IC del 95%: 0,98 a 1,15).

Mortalidad temprana de lactantes: La administración de suplementos de vitamina A en recién nacidos se asoció a un riesgo de muerte un 9% menor hasta los 6 meses de vida en las poblaciones de estudio en las que la mortalidad a los 6 meses en el grupo de referencia era mayor o igual a 30 por 1000 nacidos vivos (6 ensayos; RR 0,91, IC del 95%: 0,85 a 0,98), pero mostró un efecto variable de entre un riesgo de muerte un 5% menor y un riesgo un 24% mayor en las poblaciones en las que la mortalidad a los 6 meses en el grupo de referencia fue inferior a 30 por 1000 nacidos vivos (5 ensayos; RR 1,08, IC del 95%: 0,95 a 1,24).

Razón de mortalidad a 6 meses frente a 12 meses en el grupo de referencia: La administración de suplementos de vitamina A en los recién nacidos se asoció a un efecto variable, con un riesgo de muerte entre un 16% menor y un 1% mayor hasta los 6 meses de vida en las poblaciones de estudio en las que hubo una mortalidad de lactantes del 75% o más en los

primeros 6 meses de vida (6 ensayos; RR 0,92, IC del 95%: 0,84 a 1,01), pero se asoció a un efecto variable de entre ningún efecto en el riesgo de mortalidad y un riesgo un 22% mayor en las poblaciones en las que hubo una mortalidad de lactantes inferior al 75% hasta los 6 meses de vida (4 ensayos; RR 1,11, IC del 95%: 1,00 a 1,22).

Nivel de escolaridad materno: Los suplementos de vitamina A en los recién nacidos se asociaron a un riesgo de muerte un 12% menor hasta los 6 meses de vida en las poblaciones en las que el 32% o más de las madres no habían asistido a la escuela (4 ensayos; RR 0,88, IC del 95%: 0,80 a 0,96), pero se asoció a un efecto variable en el riesgo de muerte, entre un 8% menor y un 18% mayor, en las poblaciones de estudio en las que menos del 32% de las madres no habían ido a la escuela (5 ensayos; RR 1,04, IC del 95%: 0,92 a 1,18).

Análisis por subgrupos según el grado de riesgo neonatal (riesgo alto o riesgo bajo)

Vitamina A administrada a recién nacidos con peso inferior a 2500 g: Los suplementos de vitamina A en recién nacidos con un peso al nacer inferior a 2500 g se asociaron a un efecto variable de entre una disminución del 11% y un aumento del 5% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (8 ensayos; RR 0,97, IC del 95%: 0,89 a 1,05) y a un efecto variable de entre una disminución del 8% y un aumento del 8% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (7 ensayos; RR 0,99; IC del 95%: 0,92 a 1,08), en comparación con un placebo.

Vitamina A administrada a recién nacidos con peso superior o igual a 2500 g: Los suplementos de vitamina A en recién nacidos con un peso al nacer superior o igual a 2500 g se asociaron a un efecto variable de entre una disminución del 11% y un aumento del 4% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (8 ensayos; RR 0,96, IC del 95%: 0,89 a 1,04) y a un efecto variable de entre una disminución del 7% y un aumento del 7% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (7 ensayos; RR 1,00, IC del 95%: 0,93 a 1,07) en comparación con un placebo.

Análisis por subgrupos según el riesgo materno de déficit de vitamina A

Vitamina A administrada a recién nacidos de madres con ceguera nocturna durante el embarazo: Los suplementos de vitamina A en recién nacidos cuyas madres habían presentado ceguera nocturna durante el embarazo se asociaron a un efecto variable de entre una disminución del 35% y un aumento del 33% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (3 ensayos; RR 0,93, IC del 95%: 0,65 a 1,33) y a un efecto variable de entre una disminución del 36% y un aumento del 37% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (2 ensayos; RR 0,94, IC del 95%: 0,64 a 1,37) en comparación con un placebo.

Vitamina A administrada a recién nacidos de madres

sin ceguera nocturna durante el embarazo: Los suplementos de vitamina A en recién nacidos cuyas madres no habían presentado ceguera nocturna durante el embarazo se asociaron a una disminución del 14% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (3 ensayos; RR 0,86, IC del 95%: 0,77 a 0,96) pero a un efecto variable de entre una disminución del 23% y un efecto nulo en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (2 ensayos; RR 0,88, IC del 95%: 0,78 a 1,00) en comparación con un placebo.

Análisis por subgrupos según el inicio de una lactancia materna

Vitamina A administrada a recién nacidos que iniciaron una lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento: Los suplementos de vitamina A en los recién nacidos que iniciaron una lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento se asociaron a un efecto variable de entre una disminución del 6% y un aumento del 14% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (6 ensayos; RR 1,03, IC del 95%: 0,94 a 1,14) y a un efecto variable de entre una disminución del 5% y un aumento del 12% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (6 ensayos; RR 1,03, IC del 95%: 0,95 a 1,12), en comparación con un placebo.

Vitamina A administrada a recién nacidos que iniciaron la lactancia materna entre 2 y 23 horas después del nacimiento: Los suplementos de vitamina A en los recién nacidos que iniciaron la lactancia materna entre 2 y 23 horas después del nacimiento se asociaron a un efecto variable de entre una reducción del 13% y un aumento del 3% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (6 ensayos; RR 0,94, IC del 95%: 0,87 a 1,03) y a un efecto variable de entre una disminución del 10% y un aumento del 5% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (6 ensayos; RR 0,97, IC del 95%: 0,90 a 1,05), en comparación con un placebo.

Vitamina A administrada a recién nacidos que iniciaron la lactancia materna 24 horas después del nacimiento: Los suplementos de vitamina A en los recién nacidos que iniciaron la lactancia materna 24 horas después del nacimiento se asociaron a un efecto variable de entre una disminución del 26% y un aumento del 13% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (6 ensayos; RR 0,92, IC del 95%: 0,74 a 1,13) y a un efecto variable de entre una disminución del 26% y un aumento del 8% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (6 ensayos; RR 0,90, IC del 95%: 0,74 a 1,08), en comparación con un placebo.

Análisis por subgrupos según el sexo biológico neonatal

Vitamina A administrada a recién nacidos varones: Los suplementos de vitamina A en recién nacidos varones se asociaron a un efecto variable de entre una disminución del 8% y un aumento del 8% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (11 ensayos; RR 0,99, IC del 95%: 0,92 a 1,08) y a un efecto variable de entre una disminución del 7% y un aumento del

7% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (10 ensayos; RR 1,00, IC del 95%: 0,93 a 1,07), en comparación con un placebo.

Vitamina A administrada a niñas recién nacidas: La administración de suplementos de vitamina A a niñas recién nacidas se asoció a un efecto variable de entre una disminución del 14% y un aumento del 1% en el riesgo de muerte hasta los 6 meses de vida (11 ensayos; RR 0,93, IC del 95%: 0,86 a 1,01) y a un efecto variable de entre una disminución del 8% y un aumento del 6% en el riesgo de muerte hasta los 12 meses de vida (10 ensayos; RR 1,01, IC del 95%: 0,92 a 1,06), en comparación con un placebo.

Otras consideraciones

En la revisión de Campbell se presentaron resultados sin agrupar respecto a los parámetros del neurodesarrollo a largo plazo. En un ensayo (2067 lactantes) (206) se sugirió que la administración de suplementos neonatales de vitamina A no tuvo ningún efecto adverso sobre el desarrollo (evaluado mediante la escala Bayley de desarrollo del lactante [*Bayley Scales of Infant Development*] a los 3 años, tras haber recibido suplementos de vitamina A en el período neonatal) independientemente de la presencia o ausencia de abombamiento de fontanelas (evaluado mediante la palpación de la fontanela anterior) o cualquier otro signo o síntoma (p. ej. fiebre, irritabilidad, vómitos o diarrea) o de un aumento de la presión intracraneal, reflejado en el índice de resistencia. Los suplementos neonatales de vitamina A tuvieron un efecto favorable en todas las puntuaciones del desarrollo. En otro ensayo (15 937 lactantes) (207) no se observó evidencia

que indicara una diferencia en el neurodesarrollo (inteligencia, memoria y función motora) a los ocho años después de la administración de suplementos de vitamina A en recién nacidos o mujeres embarazadas; sin embargo, cuando a los recién nacidos y a sus madres se les administraron suplementos de vitamina A en comparación con un placebo, mejoró su desempeño en la lectura, la ortografía y los cálculos matemáticos.

Valores

Véase el recuadro 3.12 en el apartado 3.B.3: Intervenciones nutricionales.

Otras consideraciones

En general, es probable que, en todos los entornos, los trabajadores de salud, los responsables de la formulación de políticas y los padres, cuidadores y familiares den un gran valor a la supervivencia de los lactantes y niños pequeños y a las intervenciones seguras que conduzcan a una mejor supervivencia sin causar morbilidad.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de la administración neonatal de suplementos de vitamina A.

Otras consideraciones

Pueden ser necesarias investigaciones operacionales para determinar los recursos necesarios en función del país o los contextos regionales de un país, como las diferencias entre grupos de población y dentro de ellos, los entornos urbanos y rurales, y los sistemas de salud, en particular la prestación de atención materna y neonatal de calidad.

Cuadro 3.69 Principales necesidades de recursos para la administración neonatal de suplementos de vitamina A

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería, personal calificado para atender partos u otro prestador de atención adecuadamente capacitado
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de los trabajadores de salud neonatal basada en la práctica
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Vitamina A (retinol) 50 000 UI/ml en gotas (administración oral) = US\$ 1,70 por frasco de 30 ml (US\$ 0,06 por ml) (57) Vitamina A (retinol) en cápsulas de gelatina blanda (en forma de palmitato; formulación en aceite para administración oral) (123): <ul style="list-style-type: none"> - 100 000 UI en cápsulas de gelatina blanda = US\$ 1,79 el paquete de 100 - 100 000 UI en cápsulas de gelatina blanda = US\$ 7,54 el paquete de 500 - 200 000 UI en cápsulas de gelatina blanda = US\$ 2,79 el paquete de 100 - 200 000 UI en cápsulas de gelatina blanda = US\$ 11,25 el paquete de 500
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado Algunos suplementos de vitamina A deben conservarse a temperaturas no altas (por ejemplo, por debajo de 25 °C); algunos pueden tener que ser refrigerados una vez abiertos, mientras que otros no requieren refrigeración
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 minutos Administración en dosis única o en dosis diarias directamente en la boca del lactante (formulación en gotas o cápsulas exprimibles)
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión realizada por médico o partera para detectar cualquier posible efecto adverso de los suplementos

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud de los suplementos neonatales de vitamina A. El déficit de vitamina A es un problema de salud pública en los países de ingresos bajos y medianos, especialmente en zonas con una carencia de vitamina A materna elevada. Las intervenciones eficaces para mejorar la nutrición de los recién nacidos en esos grupos de población podrían ser útiles para abordar las desigualdades en materia de salud. Sin embargo, si se prevé que los cuidadores y las familias sean quienes los paguen, los suplementos de vitamina A pueden reducir la equidad.

Otras consideraciones

Es importante evaluar la disponibilidad de datos subnacionales a fin de abordar y reducir las desigualdades dentro de los países y, cuando se disponga de ellos, utilizar los datos desglosados para determinar las zonas que necesitan disponibilidad, fortalecimiento y apoyo de los programas, así como las zonas de alta cobertura, que pueden aportar importantes enseñanzas, conocimientos y buenas prácticas.

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre los suplementos de vitamina A para los recién nacidos (28). La evidencia indirecta derivada de esta revisión indica que las mujeres desean más información y apoyo de los trabajadores de salud, en particular en torno a las necesidades alimentarias y nutricionales de su recién nacido (evidencia de confianza alta) y que es probable que reciban bien las intervenciones que optimizan el bienestar de su recién nacido (evidencia de confianza moderada). Sin embargo, las mujeres de ciertos entornos (en particular las de países de ingresos bajos y medianos) pueden ser reacias a aceptar los suplementos de vitaminas debido a las preferencias personales o las expectativas de la comunidad en relación con las prácticas alimentarias o nutricionales tradicionales (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

Los ensayos NeoVita realizados en Ghana, India y República Unida de Tanzania (208-210) indicaron que las familias y los trabajadores de salud han aceptado la administración de suplementos neonatales de vitamina A con fines de investigación. Sin embargo, en el estudio mecanicista de Bangladesh, se señaló que el 11% (72/636) de las mujeres embarazadas aptas para la inclusión en el estudio se negaron a

participar al no desear administrar suplementos a sus recién nacidos (211).

En un estudio de viabilidad realizado en Bangladesh y Nepal (212), las madres se mostraron favorables a los suplementos neonatales de vitamina A y hubo pocos informes de experiencias negativas. Las experiencias negativas fueron en gran medida autolimitadas y no claramente atribuibles a la intervención. Los trabajadores de salud se mostraron favorables a la intervención.

El potencial de efectos beneficiosos en algunos contextos y el potencial de efectos nocivos en otros contextos pueden conducir a diferencias en la aceptabilidad entre distintos grupos de población. Si se restringe a entornos específicos en los que la intervención ha mostrado un beneficio significativo, es probable que la intervención resulte aceptable.

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de usar suplementos de vitamina A para sus recién nacidos (28). La evidencia indirecta de la misma revisión indica que puede haber dificultades de viabilidad en algunos países de ingresos bajos y medianos en las mujeres que no entienden o no valoran las estrategias de uso de suplementos neonatales (evidencia de confianza moderada). Además, las mujeres y las familias de entornos de bajos recursos pueden estar menos motivadas para interactuar con los trabajadores de salud si piensan que los centros de salud tienen pocos recursos o si creen que el tratamiento implicará costos adicionales (evidencia de confianza moderada).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los trabajadores de salud sobre los suplementos de vitamina A para los recién nacidos (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el aporte de información y asesoramiento sobre los suplementos de vitaminas para los recién nacidos (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

El análisis agrupado de los ensayos NeoVita sugiere que la inclusión de la dosis neonatal de vitamina A en las intervenciones que se pueden implementar en el período posnatal inmediato y los primeros días después del nacimiento es viable y puede tener una relación costo-eficacia favorable. Los datos de los

ensayos publicados utilizados en el análisis agrupado sugieren que es posible que los trabajadores de salud administren los suplementos de vitamina A en entornos comunitarios y hospitalarios. En India, aproximadamente el 45% de los nacimientos tuvieron lugar en el hogar, mientras que en Ghana y República Unida de Tanzania, entre el 76% y el 87% de los nacimientos tuvieron lugar en un centro de salud. Los datos de estudios piloto realizados en Nepal y Bangladesh también indican que la administración de suplementos neonatales de vitamina A es viable (212).

La vitamina A (retinol) figura en la Lista Modelo de Medicamentos Pediátricos Esenciales de la OMS (181) en forma de solución oleosa oral, comprimidos e inyección miscible en agua. Algunos suplementos de vitamina A deben conservarse a temperaturas no altas (por ejemplo, por debajo de 25 °C) y algunos requieren refrigeración una vez abiertos.

Cuadro 3.70 Resumen de valoraciones: Administración neonatal de suplementos de vitamina A en comparación con un placebo o con ningún suplemento

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	Pequeños
Certeza de la evidencia	Alta
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a no utilizar suplementos
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

B.3.2 Suplementos de vitamina D en recién nacidos a término alimentados con lactancia materna

RECOMENDACIÓN 36

Se recomienda administrar suplementos de vitamina D a los recién nacidos a término alimentados con lactancia materna para mejorar los resultados de salud del lactante, tan solo en el contexto de una investigación rigurosa. (Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- El Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció que la administración de suplementos de vitamina D se recomienda actualmente en las primeras semanas después del nacimiento como parte de la orientación nacional en muchos países para mejorar el estado de la vitamina D y prevenir el raquitismo; sin embargo, hubo acuerdo en que, en la actualidad, la evidencia existente sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales, en caso de haberlos, de la administración sistemática de suplementos de vitamina D en los resultados de salud de los lactantes nacidos a término y alimentados con lactancia materna es insuficiente.
 - Se observó que los suplementos de vitamina D en los lactantes mejoran las concentraciones de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) y reducen la prevalencia de las concentraciones séricas de 25(OH)D < 50 nmol/l.
 - Sin embargo, no se encontró evidencia de que los suplementos de vitamina D en lactantes reduzcan la prevalencia de las concentraciones séricas de 25(OH)D < 30 nmol/l, prevengan el raquitismo o mejoren la salud ósea.
 - Se encontró poca evidencia publicada sobre los efectos adversos; sin embargo, no serían de esperar efectos adversos con dosis diarias que proporcionen el nivel de consumo seguro y suficiente.
 - La evidencia obtenida en lactantes no alimentados con lactancia materna no fue tomada en cuenta por el panel de esta directriz ya que las normas existentes para las fórmulas para lactantes incluyen un enriquecimiento en vitamina D (213).
- Además de la aceptabilidad variable de la intervención entre las partes interesadas, es probable que el aporte de suplementos de vitamina D a los lactantes comporte algunos costos, lo cual no respalda su uso en todos los recién nacidos a término que reciben lactancia materna.
- En general, se recomienda que los lactantes de menos de 6 meses de vida estén protegidos de los rayos UV tanto como sea posible, preferiblemente manteniéndolos alejados de la luz solar directa y protegiéndoles la piel con ropa y sombreros adecuados para reducir el riesgo de cáncer de piel y los efectos adversos de la exposición excesiva a la luz solar (por ejemplo, quemaduras solares). La fototerapia para el tratamiento de la ictericia neonatal es una excepción a esta recomendación general.
- La investigación en este contexto incluye estudios con un poder estadístico adecuado sobre el efecto de la administración de suplementos neonatales de vitamina D en la mortalidad, la morbilidad, el crecimiento y el desarrollo, incluidos los resultados clínicamente relevantes (tanto beneficiosos como perjudiciales), la evaluación del estado de la vitamina D y la relación costo eficacia de esta intervención en lactantes con o sin lactancia materna

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.3.2 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada de la administración de suplementos de vitamina D para recién nacidos a término alimentados con lactancia materna con objeto de prevenir el déficit de vitamina D y mejorar la salud ósea (214). En este resumen de la evidencia se incluyeron ensayos que evaluaron la administración de suplementos de vitamina D directamente al lactante. Se consideraron ocho ensayos (536 lactantes amamantados), uno de los cuales fue un ensayo de tres grupos. Los ensayos se realizaron en Australia (1), España (1), Estados Unidos (3), India (1), México (1) y Noruega (1).

Todos los lactantes habían nacido de embarazos únicos a término, estaban sanos y eran alimentados con lactancia materna exclusiva o eso era lo que pretendían hacer sus madres. El inicio de la administración de los suplementos fue diferente

en los distintos estudios, entre el nacimiento y seis semanas después del nacimiento (en los casos en los que se indicó este dato). Las dosis y las formas activas de vitamina D utilizadas fueron también diferentes en los distintos ensayos: se usaron gotas de vitamina D2 (ergocalciferol) a una dosis de 400 UI por día hasta las siete semanas y tres y seis meses en tres ensayos (88 lactantes); en un ensayo se utilizaron gotas de vitamina D3 (colecalfiferol) a una dosis única de 50 000 UI (49 lactantes); y en cuatro ensayos se emplearon dosis de 200 UI, 400 UI, 402 UI por día hasta los 6, 9 y 12 meses (448 lactantes). Se realizaron análisis de subgrupos para los lactantes con un alto riesgo de déficit de vitamina D, debido a la pigmentación de la piel, a la cobertura de la piel o evitación de la exposición al sol o a la latitud (es decir, intensidad ultravioleta insuficiente durante la mayor parte del año) en comparación con los lactantes de bajo riesgo, según la dosis de vitamina D, el momento de inicio y la forma de vitamina D utilizada (D2 o D3).

Comparación: Suplementos de vitamina D en lactantes nacidos a término y alimentados con lactancia materna en comparación con un placebo o con ningún suplemento

Resultados en recién nacidos y lactantes

Déficit de vitamina D subclínico o clínico: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los lactantes que reciben suplementos de vitamina D pueden tener un menor riesgo de insuficiencia de vitamina D (concentraciones plasmáticas o séricas de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] < 50 nmol/l) (4 ensayos, 274 lactantes; RR 0,57, IC del 95%: 0,41 a 0,80) en comparación con los lactantes que no recibieron suplementos de vitamina D o que recibieron un placebo. La evidencia de certeza baja existente sugiere que la administración de suplementos de vitamina D puede aumentar las concentraciones plasmáticas o séricas de 25(OH)D en el último momento de evaluación notificado hasta los 6 meses de vida (6 ensayos, 334 lactantes; DM 22,63 nmol/l superior, IC del 95%: 17,05 superior a 28,21 superior) en comparación con lo observado sin ningún suplemento o con la administración de un placebo. No está claro si la administración de suplementos de vitamina D afecta el déficit de vitamina D (concentraciones de 25(OH)D < 30 nmol/l), el raquitismo nutricional (bioquímico), el peso, la longitud, el perímetro craneal a los 6 meses de vida o el contenido mineral óseo al final de la intervención (evidencia de certeza muy baja).

Efectos adversos: No está claro si la administración de suplementos de vitamina D causa efectos adversos (hipercalcemia u otros) en comparación con lo observado sin ningún suplemento de vitamina D o con el empleo de un placebo (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informó sobre la mortalidad neonatal o la morbilidad neonatal grave.

Resultados maternos

En la revisión sistemática no se informó sobre la experiencia de la atención posnatal.

Análisis por subgrupos según el grado de riesgo neonatal (riesgo alto o riesgo bajo)

Administración de suplementos de vitamina D a lactantes de alto riesgo en comparación con lo observado con ningún suplemento de vitamina D o el empleo de un placebo

Déficit subclínico o clínico de vitamina D: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la administración de suplementos de vitamina D a los lactantes de alto riesgo puede reducir la insuficiencia de vitamina D (concentraciones plasmáticas o séricas de 25(OH)D < 50 nmol/l) (3 ensayos, 134 lactantes; RR 0,65, IC del 95%: 0,46 a 0,94) en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo. La evidencia de certeza baja existente sugiere que la administración de suplementos de vitamina D

en lactantes de alto riesgo puede aumentar las concentraciones plasmáticas o séricas de 25(OH)D (nmol/l) en el último momento de evaluación notificado (hasta los 6 meses de vida; 3 ensayos, 134 lactantes; DM 18,24 nmol/l superior, IC del 95%: 9,39 superior a 27,09 superior) en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo. No está claro si la administración de suplementos de vitamina D en lactantes de alto riesgo afecta el déficit de vitamina D (25(OH)D en plasma o suero < 30 nmol/l) o el raquitismo nutricional [bioquímico] en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo (evidencia de certeza muy baja).

Comparación: Administración de suplementos de vitamina D a lactantes de riesgo bajo en comparación con lo observado con ningún suplemento de vitamina D o el empleo de un placebo

Déficit subclínico o clínico de vitamina D: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la administración de suplementos de vitamina D a los lactantes de riesgo bajo puede reducir la insuficiencia de vitamina D (concentraciones plasmáticas/séricas de 25(OH)D < 50 nmol/l) (1 ensayo, 140 lactantes; RR 0,19, IC del 95%: 0,07 a 0,53) en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo. La evidencia de certeza baja existente sugiere que la administración de suplementos de vitamina D en lactantes de riesgo bajo puede aumentar las concentraciones plasmáticas o séricas de 25(OH)D (nmol/l) en el último momento de evaluación notificado hasta los 6 meses de vida (3 ensayos, 200 lactantes; DM 25,53 superior, IC del 95%: 18,34 superior a 32,72 superior) en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo. No está claro si la administración de suplementos de vitamina D en lactantes de bajo riesgo afecta el riesgo de raquitismo nutricional (bioquímico; vitamina D2 200 UI por día desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida) en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que la administración de suplementos de vitamina D a los lactantes de bajo riesgo (D2 400 UI por día desde el nacimiento hasta los 3 meses de vida) puede mejorar el contenido mineral óseo del lactante al final de la intervención en comparación con un placebo o con ningún tratamiento (1 ensayo, 18 lactantes; DM 15 superior, IC del 95%: 6,68 superior a 23,32 superior). La evidencia de certeza baja existente sugiere que la administración de suplementos de vitamina D a los lactantes de bajo riesgo (D2 400 UI por día desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida) puede reducir el contenido mineral óseo del lactante al final de la intervención en comparación con un placebo o con ningún tratamiento (1 ensayo, 38 lactantes; DM 11,5 inferior, IC del 95%: 21,32 inferior a 1,68 inferior).

Análisis por subgrupos para diferentes formas activas (vitamina D2 o D3)

Suplementos de vitamina D administrados en forma de vitamina D2 o D3 en comparación con un placebo
 Déficit subclínico o clínico de vitamina D: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los lactantes que reciben suplementos de vitamina D3 pueden tener un menor riesgo de insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) en comparación con los lactantes con ninguna administración de suplementos de vitamina D o los tratados con un placebo (3 ensayos, 262 lactantes; RR 0,58, IC del 95%: 0,40 a 0,82). No está claro si la administración de suplementos de vitamina D2 afecta la insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) o el déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 nmol/l) en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo. No está claro si la administración de suplementos de vitamina D3 afecta el déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 nmol/l) en comparación con ninguna administración de suplementos de vitamina D o con un placebo.

Análisis por subgrupos por dosis (dosis única oral de 50.000 UI o 400 UI diarias)

Suplementos de vitamina D en forma de una dosis oral diaria de 400 UI en comparación con un placebo
 Déficit subclínico o clínico de vitamina D: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los lactantes que reciben suplementos de vitamina D en forma de una dosis oral diaria de 400 UI pueden tener un menor riesgo de insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) en comparación con los lactantes tratados con un placebo (3 ensayos, 253 lactantes; RR 0,56, IC del 95%: 0,39 a 0,81). No está claro si la administración de suplementos de vitamina D en forma de una dosis oral diaria de 400 UI afecta el déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 nmol/l) en comparación con un placebo.

Suplementos de vitamina D en forma de una dosis única oral de 50 000 UI en comparación con un placebo
 Déficit subclínico o clínico de vitamina D: No está claro si los suplementos de vitamina D en forma de una dosis única oral de 50 000 UI afectan la insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) o el déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 nmol/l) en comparación con un placebo

Análisis por subgrupos según el momento de la administración (a partir del nacimiento, a partir de 1 mes de vida)

Suplementos de vitamina D administrados desde el nacimiento en comparación con un placebo
 Déficit subclínico o clínico de vitamina D: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los lactantes que reciben suplementos de vitamina D desde el nacimiento pueden tener un menor riesgo de insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) en comparación con los lactantes tratados con un placebo (3 ensayos, 134 lactantes; RR 0,65, IC del 95%: 0,46 a 0,94). No está claro si la administración

de suplementos de vitamina D administrados desde el nacimiento afecta el déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 nmol/l) en comparación con un placebo.

Suplementos de vitamina D administrados desde la edad de 1 mes en comparación con un placebo
 Déficit subclínico o clínico de vitamina D: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los lactantes que reciben suplementos de vitamina D desde la edad de 1 mes pueden tener un menor riesgo de insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) en comparación con los lactantes tratados con un placebo (1 ensayo, 140 lactantes; RR 0,19, IC del 95%: 0,07 a 0,53).

Análisis por subgrupos según la duración de la administración de suplementos (dosis única, con 50 000 UI por vía oral al nacer, por 1 o 2 meses, o durante más de 6 meses)

Suplementos de vitamina D administrados en forma de una dosis única oral de 50 000 UI al nacer en comparación con un placebo
 Déficit subclínico o clínico de vitamina D: No está claro si los suplementos de vitamina D administrados al nacer en forma de una dosis única oral de 50 000 UI afectan la insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) o el déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 nmol/l) en comparación con un placebo.

Suplementos de vitamina D administrados por 1 o 2 meses después del nacimiento en comparación con un placebo
 Déficit subclínico o clínico de vitamina D: No está claro si la administración de suplementos de vitamina D administrados 1 o 2 meses después del nacimiento afecta la insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) en comparación con un placebo.

Suplementos de vitamina D administrados durante más de 6 meses después del nacimiento en comparación con un placebo

Déficit subclínico o clínico de vitamina D: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los lactantes que reciben suplementos de vitamina D durante más de seis meses después del nacimiento pueden tener un menor riesgo de insuficiencia de vitamina D (25(OH)D < 50 nmol/l) en comparación con los lactantes tratados con un placebo (2 ensayos, 241 lactantes; RR 0,57; IC del 95%: 0,39 a 0,83). No está claro si la administración de suplementos de vitamina D administrados durante más de seis meses después del nacimiento afecta el déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 nmol/l) en comparación con un placebo.

Otras consideraciones

La OMS recomienda la administración de suplementos de vitamina D en los lactantes de peso muy bajo al nacer a una dosis que oscila entre 400 UI y 1000 UI al día hasta los 6 meses de vida (215).

En la revisión sistemática no se presentaron datos de los resultados prioritarios de morbilidad o mortalidad neonatales. Tan solo en uno de los ensayos incluidos se evaluó la morbilidad neonatal (216) e indicó que en

los lactantes del grupo de placebo hubo una mayor probabilidad de informar la presencia de diarrea y enfermedades respiratorias en comparación con los lactantes tratados con suplementos de vitamina D (mediana 13,0; RIC 7,0–28,5; $p < 0,05$). Cuando las diferencias entre los grupos se evaluaron por separado para la diarrea y para la enfermedad respiratoria, no hubo diferencias estadísticamente significativas. Fue necesario un ingreso hospitalario de 22 lactantes, 11 en el grupo de suplementos de vitamina D y 11 en el grupo de placebo.

Valores

Véase el recuadro 3.12 en el apartado 3.B.3: Intervenciones nutricionales.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de la administración de suplementos de vitamina D en los lactantes a término alimentados con lactancia materna.

Otras consideraciones

Un estudio de modelización de la relación costo-eficacia del uso de suplementos de vitamina D en mujeres embarazadas y lactantes y menores de 4 años realizado en Reino Unido, donde el raquitismo tiene una incidencia anual estimada de 29,75 por 100 000 menores de 4 años, puso de manifiesto que los suplementos de vitamina D en poblaciones con un tono de piel oscuro aportaron un ahorro de costos. En las poblaciones de tono de piel medio y en las de tono de piel claro, la relación costo-eficacia incremental fue de £ 19 295 por AVAC y £ 404 047 por AVAC, respectivamente (217). En general, los suplementos supusieron un ahorro de costos en los participantes con un tono de piel oscuro, tuvieron una relación costo-eficacia favorable en los participantes con un tono de piel medio, pero no tuvieron una relación costo-eficacia favorable en los participantes con un tono de piel claro.

Los suplementos que contienen vitamina D pueden obtenerse con receta médica o en forma de preparados de venta sin receta en farmacias, tiendas y en línea en muchos países. Sin embargo, hay grandes diferencias en su contenido y en el precio, y algunos suplementos pueden no ser adecuados para los grupos de riesgo.

Cuadro 3.71 Principales necesidades de recursos para la administración de suplementos de vitamina D a lactantes nacidos a término alimentados con lactancia materna

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico, de partería o enfermería, o no se requiere personal (cuando se compran de forma privada sin receta)
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación basada en la práctica para los trabajadores de salud, o no se requiere ninguna
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> <i>Guía de precios de productos médicos internacionales:</i> Vitamina D3 (colecalciferol) 10 000 UI/ml en forma de gotas (administración oral) = US\$ 2,15 por frasco de 30 ml (US\$ 0,07 por ml) (57) <i>Compra privada:</i> El costo varía ampliamente según el productor, el proveedor y la dosis; intervalo indicativo = US\$ 0,10–1,50 por ml (administración oral en gotas)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia local o sistema de gestión de existencias de medicamentos a cargo de un farmacéutico o un dispensador adecuadamente capacitado Algunos suplementos de vitamina D deben conservarse a temperaturas no altas (por ejemplo, por debajo de 25 °C) y algunos pueden requerir refrigeración una vez abiertos, mientras que otros no requieren refrigeración. En menores de 6 meses alimentados con lactancia materna, las gotas se administran directamente en la boca del lactante o en el pecho de la madre (u otra superficie limpia)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de dispensación estimado de 2 minutos Por lo general, se requiere una administración diaria; algunos regímenes posológicos utilizan una dosis única administrada al nacer
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud de los suplementos de vitamina D en lactantes nacidos a término y alimentados con lactancia materna. Los datos limitados disponibles sugieren que el déficit de vitamina D está muy extendido a nivel mundial y puede ser especialmente frecuente en entornos que carecen de programas de suplementación de vitamina D (218). Las intervenciones eficaces para mejorar la nutrición de los recién nacidos en esas poblaciones podrían ayudar a abordar las desigualdades en materia de salud. Sin embargo, si se prevé que los cuidadores y las familias sean quienes los paguen, los suplementos de vitamina D pueden reducir la equidad.

Otras consideraciones

En Estados Unidos, se ha recomendado la administración diaria de suplementos de vitamina D para los lactantes alimentados con lactancia materna desde el 2008 (219). En un examen de las tendencias en el cumplimiento del consumo de vitamina D en lactantes de Estados Unidos desde el 2009 (220), se observó que solo el 20,5% de los lactantes amamantados cumplían los requisitos de consumo de 400 UI por día de vitamina D. Los lactantes que reciben lactancia materna de familias con ingresos totales iguales o superiores al 400% del nivel federal de pobreza, con un cabeza de familia titulado universitario y con un seguro de salud privado, tenían más probabilidades de cumplir con las pautas establecidas. Los autores sugirieron que era necesario actualizar las consideraciones respecto a la mejor forma de alcanzar el consumo de vitamina D recomendado para lactantes.

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre los suplementos de vitamina D para los lactantes nacidos a término y alimentados con lactancia materna (28). La evidencia indirecta derivada de esta revisión indica que las mujeres desean más información y apoyo de los trabajadores de salud, en particular en torno a las necesidades alimentarias y nutricionales de su recién nacido (evidencia de confianza alta) y que es probable que reciban bien las intervenciones que optimizan el bienestar de su recién nacido (evidencia de confianza moderada). Sin embargo, las mujeres de ciertos entornos (en particular las de países de ingresos bajos y medianos) pueden ser reacias a aceptar los suplementos de vitaminas debido a las preferencias personales o las expectativas de la comunidad en relación con las prácticas alimentarias o nutricionales tradicionales (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

Una encuesta de madres lactantes mostró que poco más de la mitad administraron a los lactantes de corta edad suplementos de vitamina D en la semana

anterior, y el 42% recibió la dosis recomendada de 400 UI (221). La mayoría consideró que administrar suplementos de vitamina D era fácil, pero el 6% lo encontró laborioso. La gran mayoría (88%) de las madres prefirieron tomar suplementos ellas en lugar de administrarlos a sus hijos. Las razones para no administrar suplementos de vitamina D a los lactantes fueron la falta de conocimientos sobre los suplementos, la creencia de que la leche materna proporcionaba a los lactantes la vitamina D suficiente, la incomodidad o la aparente aversión del lactante al suplemento (221).

Un estudio observacional de una consulta de atención primaria de Estados Unidos mostró que poco más del 36% de los pediatras recomendaron los suplementos de vitamina D para los recién nacidos alimentados con lactancia materna (222). Los que no recomendaron los suplementos fueron más propensos a creer que la orientación para administrar suplementos no estaba basada en la evidencia. Tan solo el 44,6% de los padres de lactantes cuyo pediatra recomendó suplementos, los administraron realmente. Alrededor de dos tercios de los padres de lactantes alimentados predominantemente con lactancia materna durante al menos seis meses creían que la leche materna contenía cantidades suficientes de nutrientes para el lactante, y solo el 3% de sus hijos recibieron suplementos de vitamina D (222).

Existe cierta preocupación entre los trabajadores de salud y los defensores de la lactancia materna respecto a que las recomendaciones de utilizar suplementos de vitamina D junto con la leche materna lleven a las mujeres a creer que la leche artificial es superior a la leche materna (223, 224). Esta creencia puede llevar a que menos mujeres opten por amamantar a sus hijos o a que más mujeres reduzcan o interrumpan la lactancia materna.

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de usar suplementos de vitamina D en los lactantes nacidos a término y alimentados con lactancia materna (28). La evidencia indirecta de la misma revisión indica que puede haber dificultades en algunos países de ingresos bajos y medianos en las mujeres que no entienden o no valoran las estrategias de uso de suplementos posnatales (evidencia de confianza moderada). Además, las mujeres y las familias de entornos de bajos recursos pueden estar menos motivadas para interaccionar con los trabajadores de salud si piensan que los centros de salud tienen pocos recursos o si creen que el tratamiento implicará costos adicionales (evidencia de confianza moderada).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los trabajadores de

salud sobre los suplementos de vitaminas para los recién nacidos (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el aporte de información y asesoramiento sobre los suplementos de vitaminas para los recién nacidos (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

Las encuestas realizadas en Canadá (225, 226) e Irlanda (227), donde existen recomendaciones nacionales para el uso de suplementos de vitamina D de los lactantes pequeños, indican una aplicación variable, de entre aproximadamente la mitad y un 92%. Las mujeres de Columbia Británica (Canadá), que proporcionaron suplementos de vitamina D a los lactantes alimentados con lactancia materna recordaron haber escuchado al menos una vez las recomendaciones de un médico o una enfermera de salud pública, sabían que la leche materna tenía cantidades insuficientes de vitamina D y creían que los suplementos aportaban un beneficio para la salud del lactante (225).

La falta de adhesión a los esquemas de suplementación de micronutrientes a largo plazo y los costos para los consumidores se han considerado limitaciones prácticas en los países de ingresos bajos y medianos (218). La adhesión se ve influida a menudo por factores individuales, sociales y ambientales, incluidas las creencias personales, la motivación de la madre o el cuidador, las redes sociales, los trabajadores de salud, otras personas involucradas en la ejecución de los programas y la estructura del sistema de salud local.

Los suplementos de vitamina D3 (colecalfierol) figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales (líquido oral: 400 UI/ml;

formulación sólida de administración oral: 400 UI; 1000 UI) (181). La vitamina D2 (ergocalciferol) se incluye en la lista como una alternativa adecuada. Algunos suplementos de vitamina D deben conservarse a temperaturas no altas (por ejemplo, por debajo de 25 °C) y algunos requieren refrigeración una vez abiertos.

Cuadro 3.72 Resumen de valoraciones: Administración de suplementos de vitamina D en comparación con un placebo o con ningún suplemento

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No es favorable a ninguno de los dos
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	Depende de cada caso
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

B.4 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE

Antecedentes

En este apartado de las directrices, el GDG consideró la evidencia y otra información de interés para sustentar una recomendación sobre el masaje de todo el cuerpo para promover el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Se entiende por masaje corporal la estimulación táctil sistemática del cuerpo con las manos, que implica frotar y acariciar suave y lentamente las partes del cuerpo. El masaje se puede realizar utilizando diferentes técnicas, con o sin la aplicación de aceites, como los de frutos secos, minerales y vegetales (228). El masaje corporal sirve para mejorar la circulación y calmar el sistema nervioso periférico y central (229). Se ha demostrado que el masaje aumenta la actividad vagal (230), lo que conduce a una disminución de los niveles de cortisol y catecolaminas (231). Este efecto proporciona una

posible explicación de las propiedades reductoras del estrés que tiene el masaje. El aumento de la actividad vagal también aumenta la secreción de insulina y gastrina, lo que promueve la absorción de nutrientes y aumenta los movimientos intestinales y, por lo tanto, la frecuencia de las deposiciones, con lo que se reduce la circulación de la bilirrubina. La estimulación táctil proporcionada por el masaje podría contribuir a producir una mejor experiencia neonatal que podría facilitar el desarrollo general (229). Se ha observado que el masaje ayuda a calmar la conducta de los lactantes y promueve una mejor interacción entre los padres y el lactante (232).

Además de la recomendación del GDG sobre lo anterior, este apartado de las directrices incluye cuatro recomendaciones sobre la mejora del desarrollo en la primera infancia que se han integrado a partir de las directrices ya existentes de la OMS de interés para la atención posnatal de rutina.

B.4.1 Masaje en todo el cuerpo

RECOMENDACIÓN 37

Pueden considerarse los masajes suaves en todo el cuerpo para los recién nacidos sanos a término por sus posibles beneficios para el crecimiento y el desarrollo. *(Recomendado)*

Observaciones

- En este contexto, se entiende por masaje suave en todo el cuerpo el uso de las manos para la estimulación táctil, frotando y acariciando lentamente las partes del cuerpo o bien un movimiento pasivo de toda la amplitud en las articulaciones de las extremidades, con o sin el uso de emolientes.
- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) consideró que los efectos del masaje de todo el cuerpo en la longitud, el peso y el perímetro craneal eran grandes, clínicamente trascendentes y de importancia crucial para el recién nacido. El GDG reconoció que la evidencia era de una certeza baja a muy baja y que los mecanismos biológicos de los efectos grandes no están claros.
- La evidencia existente sobre la efectividad del uso de emolientes para el masaje, el tipo de proveedor, la frecuencia y duración de las sesiones, la duración de la intervención y las técnicas de masaje es insuficiente. Sin embargo, el GDG se mostró de acuerdo en que el uso de emolientes podría facilitar el masaje.
- En la mayoría de los ensayos evaluados, la madre aplicó el masaje en todo el cuerpo durante 10 a 20 minutos al día durante seis a ocho semanas después del aprendizaje inicial.
- Las reacciones de los lactantes al masaje de todo el cuerpo deben respetarse según los principios de cuidado receptivo y cuidado respetuoso. El masaje debe utilizarse como una oportunidad importante para promover la estimulación y la interacción entre los padres y el lactante para el desarrollo en la primera infancia.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro B.4.1 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática del efecto del masaje corporal sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en recién nacidos a término sanos (233). La revisión incluyó 30 ECA y cuasi-ECA con 3826 recién nacidos. Los ensayos se realizaron en Canadá (1), China (19), Estados Unidos (3), Israel (1), Japón (1), República Islámica de Irán (3) y Turquía (2). La mayoría de los ensayos incluyeron un diseño de dos grupos (3558 recién nacidos); en un ensayo se utilizó un diseño de tres grupos (76 recién nacidos) y en dos ensayos (192 recién nacidos) se utilizó un diseño de cuatro grupos para estudiar los efectos de la estimulación multimodal y combinada. En los casos en los que se aportó esa información, el masaje comenzó desde el nacimiento, en las 24 horas posteriores al nacimiento, en las 48 horas posteriores al nacimiento, cinco días después del nacimiento o después de la segunda semana tras el nacimiento. Todos los ensayos incluyeron la aplicación de masaje en todo el cuerpo con caricias y movimientos pasivos de amplitud completa de las articulaciones de las extremidades, con o sin uso de aceites.

Comparación: Masaje de todo el cuerpo en comparación con ningún masaje

Resultados en recién nacidos y lactantes

Crecimiento: No está claro si el masaje de todo el cuerpo para recién nacidos tiene algún efecto sobre el peso del recién nacido al final del período de la intervención, o sobre el peso en el seguimiento a los 8 a 12 meses, en comparación con ningún masaje (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que el masaje de todo el cuerpo del recién nacido puede aumentar la longitud del lactante al final del período de la intervención en comparación con ningún masaje (8 ensayos, 1260 recién nacidos; DM 1,53 cm superior, 1,37 cm a 1,70 cm superior). No está claro si el masaje de todo el cuerpo en recién nacidos tiene algún efecto sobre la longitud del lactante a los 12 meses de seguimiento en comparación con ningún masaje (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el masaje de todo el cuerpo en recién nacidos tiene algún efecto sobre el perímetro craneal del lactante al final del período de la intervención o sobre el perímetro craneal a los seis meses de seguimiento en comparación con ningún masaje (evidencia de certeza muy baja).

Morbilidad grave de recién nacidos y lactantes: No está claro si el masaje de todo el cuerpo en recién nacidos tiene algún efecto sobre los niveles de bilirrubina

del recién nacido a los cuatro días del nacimiento en comparación con ningún masaje (evidencia de certeza muy baja).

Características del sueño: No está claro si el masaje neonatal tiene algún efecto sobre la duración del sueño del recién nacido al final del período de la intervención o a los 24 meses de seguimiento en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja).

Neurodesarrollo: No está claro si el masaje de todo el cuerpo en recién nacidos tiene algún efecto sobre las puntuaciones del índice de desarrollo psicomotor del lactante al final del período de la intervención o a los 24 meses de seguimiento en comparación con ningún masaje (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el masaje de todo el cuerpo en recién nacidos tiene algún efecto sobre las puntuaciones del índice de desarrollo mental del lactante al final de la intervención o a los 24 meses de seguimiento en comparación con ningún masaje (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el masaje de todo el cuerpo en recién nacidos tiene algún efecto sobre el desarrollo del lactante (motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, comportamiento social personal) al final del período de la intervención (medido mediante el cociente de desarrollo de Gesell o la lista de verificación mental del Instituto Capital), o a los 12 meses de seguimiento (medido mediante el cociente de desarrollo de Gesell), en comparación con ningún masaje (evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre los efectos adversos.

Resultados maternos

Funcionamiento y bienestar maternos: No está claro si el masaje de todo el cuerpo en recién nacidos tiene algún efecto sobre la puntuación del inventario de apego materno en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja). No está claro si el masaje neonatal tiene algún efecto sobre el tiempo de llanto o de quejas al final del período de la intervención y a los seis meses de seguimiento en comparación con ninguna intervención (evidencia de certeza muy baja).

Otras consideraciones

En una revisión Cochrane del 2013, que incluyó 34 ECA, se evaluó el efecto del masaje en lactantes de menos de 6 meses de vida (234). Los resultados del metanálisis fueron favorables a la intervención por lo que respecta a un mejor aumento del peso, la longitud y el perímetro craneal, así como mejores resultados del desarrollo. Sin embargo, la calidad de la evidencia se consideró muy baja para la mayoría

de los resultados evaluados. Un total de 24 ensayos de la revisión sistemática Cochrane se solapan con los de la revisión actual, mientras que cuatro ensayos nuevos se realizaron después de la publicación de esta revisión en el 2013.

En otra revisión sistemática y metanálisis publicados en el 2019 (235) se evaluaron la influencia del masaje en la hiperbilirrubinemia. La revisión incluyó seis ECA con 357 recién nacidos a término y observó una bilirrubina transcutánea significativamente menor después de cuatro días de tratamiento con masaje. Dos ensayos de la revisión sistemática actual se solapan con los de esta revisión, mientras que otros ensayos de la revisión del 2019 no se consideraron aptos para la inclusión en la presente revisión ya que la población tenía ictericia, por lo que no eran recién nacidos sanos.

Valores

Los resultados de una revisión sistemática cualitativa en la que se ha explorado lo que las mujeres quieren de la atención posnatal (27) indican que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan

adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También quieren adaptarse a los cambios en sus relaciones íntimas y familiares (incluida la relación con su recién nacido), afrontar los desafíos físicos y emocionales comunes y experimentar un logro dinámico de crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y en tanto que personas en su propio contexto cultural.

Los resultados de la misma revisión también indican que las mujeres tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido y es muy probable que valoren cualquier forma de terapia que mejore el desarrollo del niño, promueva el sueño y reduzca el llanto infantil (evidencia de confianza alta).

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas del masaje de todo el cuerpo con o sin el empleo de aceites en recién nacidos a término.

Cuadro 3.73 Principales necesidades de recursos para el masaje de todo el cuerpo

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de partería o enfermería para realizar masajes o para proporcionar instrucciones a padres o cuidadores para realizar masajes
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Para el personal de partería o enfermería o padres, capacitación para realizar masajes al lactante, proporcionada por un masajista terapéutico adecuadamente formado o por un consultor de masajes pediátricos En la mayoría de los casos, es probable que la principal persona que realice los masajes sea la madre, los progenitores o un familiar (con las instrucciones proporcionadas por el personal de partería o enfermería)
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Aceite para masaje (opcional), como un aceite de origen vegetal o un aceite para recién nacidos disponible comercialmente; el precio varía según el lugar y el proveedor Folleto instructivo, videos o similares
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a jabón y agua limpia para una higiene adecuada de las manos antes de realizar el masaje Maniquí de lactante o modelo de cuidado del lactante, para la enseñanza
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <i>Tiempo de capacitación:</i> varía según la técnica; para la técnica de Field (1986), aproximadamente 1 hora para proporcionar instrucción y observar y corregir la técnica de masaje según sea necesario (236) <i>Tiempo de realización:</i> varía según la técnica; comúnmente sesiones de 15 a 20 minutos de 1 a 3 veces al día durante 4 o 5 días después del nacimiento y hasta durante varios meses.
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Igual que para la atención habitual

Equidad

No se encontró evidencia directa relativa al impacto en la equidad en la salud del masaje de todo el cuerpo con o sin uso de aceites en los recién nacidos a término. Las intervenciones aplicadas a recién nacidos y lactantes que promueven resultados saludables en el desarrollo podrían ser útiles para abordar la equidad en la salud. El masaje de recién nacidos y lactantes es una intervención relativamente sencilla y accesible en diversos entornos. Siempre que se disponga de la capacitación y el apoyo necesarios para los trabajadores de salud, esta intervención puede aumentar la equidad en la salud.

Aceptabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el uso del masaje para sus recién nacidos (28). La evidencia indirecta de esta revisión sugiere que la mayoría de las mujeres aprecian cualquier consejo, información y, cuando proceda, una terapia, que puedan mejorar la comodidad y el bienestar de su recién nacido (evidencia de confianza alta). Los resultados también sugieren que es probable que las mujeres valoren los momentos íntimos que el masaje proporciona para el desarrollo del apego entre madre y recién nacido (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

El masaje en lactantes es una terapia que puede ser aplicada por los progenitores y por otros cuidadores. Los resultados de un estudio estadounidense en el que se alentó al padre a aplicar masajes al lactante durante 15 minutos cada noche a lo largo de un período de tres semanas destacan varios beneficios, que incluyen, el alivio del estrés del lactante (efecto tranquilizador), el alivio del estrés materno (cuidado), un aumento de la confianza y un aumento de la contribución paterna. Además, los padres expresaron su deseo de un mayor acceso y mayores oportunidades de interacción paterna con el lactante (237).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de las mujeres en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre la viabilidad de usar masajes en los recién nacidos a término (28). La

evidencia indirecta existente sugiere que es probable que las mujeres aprecien la naturaleza práctica y de bajo costo de esta terapia (evidencia de confianza moderada) y que es probable que los principios básicos del masaje sean bien comprendidos en una amplia gama de entornos y contextos (evidencia de confianza moderada). En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los profesionales de la salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de los profesionales de la salud sobre la viabilidad de usar masajes en los recién nacidos a término (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar el aporte de información y asesoramiento sobre los masajes a los recién nacidos en el período posnatal (evidencia de confianza moderada).

Cuadro 3.74 Resumen de valoraciones: Masaje de todo el cuerpo en comparación con ningún masaje

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Moderados
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable al masaje
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Probablemente sí

B.4.2 Desarrollo en la primera infancia

RECOMENDACIÓN 38

Todos los lactantes y niños deben recibir cuidados sensibles entre los 0 y los 3 años; los padres, madres y otros cuidadores deben recibir apoyo para brindar este tipo de cuidados. *(Recomendado)*

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de las directrices de la OMS del 2020 sobre la mejora del desarrollo en la primera infancia (238), en el que se consideró una recomendación firme basada en evidencia de certeza moderada para la atención receptiva.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de atención posnatal señaló lo siguiente basándose en las directrices originales.
 - El cuidado receptivo incorpora una orientación anticipatoria sobre la seguridad, la educación, el desarrollo y el establecimiento de una relación de cuidado y comprensión con el propio hijo. La crianza de los hijos no se limita a los progenitores biológicos, sino que se extiende a los tutores o cuidadores que proporcionan una atención constante al niño.
 - Para proporcionar una atención receptiva a un recién nacido, los progenitores y cuidadores deben ser conscientes de las señales que emite el recién nacido, como la de disponibilidad para la alimentación, el dolor o el estrés, y deben ser capaces de responder a estas señales de manera adecuada.
 - Las intervenciones destinadas a apoyar el cuidado receptivo durante el período posnatal deben centrarse en promover interacciones positivas entre el cuidador y el recién nacido y fortalecer la relación entre los progenitores y el recién nacido. Se debe hacer hincapié en la capacidad de respuesta entre los cuidadores y el recién nacido y es necesario centrarse en el binomio que forma el cuidador y el niño en vez de tan solo en el cuidador o tan solo en el niño.
 - Los trabajadores de salud deben alentar y apoyar la capacidad de respuesta (atención prestada de forma rápida, constante, contingente y adecuada ante las señales, pistas, comportamientos y necesidades del niño). Las intervenciones que mejoran las destrezas de los progenitores y cuidadores para incorporar las señales y la perspectiva del niño pueden llevarse a cabo en los contextos del juego, la comunicación y la alimentación, aunque sin limitarse a ellos. Para el recién nacido, estas intervenciones incluyen, entre otras, las de facilitar que el cuidador sea consciente, receptivo y responda adecuadamente a las necesidades y deseos del niño, como la lactancia materna exclusiva a demanda.

RECOMENDACIÓN 39

Todos los lactantes y niños deben realizar actividades de aprendizaje temprano con sus padres, madres y otros cuidadores entre los 0 y los 3 años; los padres, madres y otros cuidadores deben recibir apoyo para involucrarse en el aprendizaje temprano de lactantes y niños. *(Recomendado)*

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de la directriz de la OMS del 2020 sobre mejorar el desarrollo en la primera infancia (238), en el que se consideró una recomendación firme basada en evidencia de certeza moderada para el aprendizaje temprano.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de atención posnatal señaló lo siguiente basándose en las directrices originales.
 - Se entiende por aprendizaje temprano cualquier oportunidad para que el lactante, el niño pequeño o el niño mayor interactúe con una persona, lugar u objeto de su entorno, reconociendo que cada interacción (positiva o negativa, o ausencia de interacción) está contribuyendo al desarrollo cerebral del niño y sentando las bases para el aprendizaje posterior.
 - Las actividades que apoyan el aprendizaje temprano en el período neonatal son, entre otras, las de establecer contacto visual, sonreír, hablar, cantar y aplicar masajes suaves al recién nacido (véase la recomendación 37 de estas directrices). Responder a las señales del niño como se ha comentado antes también promueve el aprendizaje temprano.
 - Los trabajadores de salud deben mejorar los conocimientos, actitudes, prácticas o habilidades de los progenitores y los cuidadores respecto al apoyo al aprendizaje y el desarrollo tempranos durante el período posnatal. Estas intervenciones pueden: a) apoyar directamente a los cuidadores para que brinden nuevas oportunidades de aprendizaje temprano a sus hijos; o b) desarrollar las capacidades de los cuidadores de manera más general, proporcionando información y orientación sobre el desarrollo saludable del recién nacido o el niño o sobre diversos temas del cuidado cariñoso y sensible

RECOMENDACIÓN 40

Debe incluirse el apoyo para el cuidado sensible y el aprendizaje temprano como parte de las intervenciones para la nutrición óptima de los recién nacidos, los lactantes y los niños pequeños. *(Recomendado)*

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de las directrices de la OMS del 2020 sobre la mejora del desarrollo en la primera infancia (238), en el que se consideró una recomendación firme basada en evidencia de certeza moderada.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de atención posnatal señaló lo siguiente basándose en las directrices originales.
 - La alimentación a demanda forma parte del cuidado receptivo y es esencial para una nutrición adecuada. En el desarrollo, las intervenciones nutricionales por sí solas no son suficientes para mejorar el desarrollo infantil, pero tienen un impacto en el desarrollo de los niños pequeños, en especial cuando se combinan con el cuidado receptivo y las oportunidades para el aprendizaje temprano. Para el recién nacido, la lactancia materna exclusiva a demanda es una forma de alimentación a demanda.
 - Los trabajadores de salud deben apoyar a las madres para que utilicen una lactancia materna exclusiva a demanda, al tiempo que fomentan y apoyan la sensibilidad y la capacidad de respuesta (una atención que sea rápida, constante, contingente y adecuada ante las señales, pistas, comportamientos y necesidades del niño) y un apego seguro.
 - En el período posnatal, las intervenciones para una nutrición óptima pueden mejorarse mediante la inclusión de una orientación sobre cómo establecer contacto visual, sonreír, hablar, cantar y aplicar masajes suaves al recién nacido (véase la recomendación 37 de estas directrices), durante los períodos de alimentación y fuera de ellos.

RECOMENDACIÓN 41

Deben integrarse las intervenciones psicosociales de apoyo a la salud mental de la madre en los servicios de atención y desarrollo en la primera infancia. *(Recomendado)*

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de las directrices de la OMS del 2020 sobre la mejora del desarrollo en la primera infancia (238), en el que se consideró una recomendación firme basada en evidencia de certeza moderada.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de atención posnatal señaló lo siguiente basándose en las directrices originales.
 - Se deben proporcionar intervenciones psicosociales para los problemas de salud mental comunes en el período posparto (depresión y ansiedad) (véanse las Recomendaciones 18 y 19 de estas directrices). Ello incluye interesarse sistemáticamente por la salud mental y el bienestar social de la madre, y el apoyo psicosocial como parte de cada consulta posnatal, junto con la derivación a un profesional calificado para atender las afecciones que requieren un apoyo más intensivo, a través de estrategias como la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal. El aprendizaje en la primera infancia y los servicios posnatales son vías importantes para proporcionar intervenciones destinadas a la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental maternos.
 - Además, en estas intervenciones debe incluirse también al padre, la pareja o el cuidador, con objeto de abordar los factores de riesgo que afectan la salud materna e infantil (por ejemplo, la violencia de pareja y la falta de participación del padre en el cuidado del niño) (véase la recomendación 52 de estas directrices).

B.5 LACTANCIA MATERNA

Antecedentes

Este apartado de las directrices incluye dos conjuntos de recomendaciones que se han integrado a partir de

las directrices de la OMS sobre la lactancia materna que son de interés para la atención posnatal de rutina.

B.5.1 Lactancia materna exclusiva

RECOMENDACIÓN 42

Todos los lactantes deben recibir lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. Se debe asesorar y apoyar a las madres en relación con la lactancia materna exclusiva en cada consulta posnatal. (Recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2014 sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido (75), en las que se consideró una recomendación firme basada en evidencia de certeza moderada respecto a los resultados neonatales.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de Atención Posnatal señaló lo siguiente basándose en los documentos existentes de la OMS.
 - La orientación acerca de la lactancia materna debe brindarse tanto durante el período prenatal como durante el posnatal, según lo indicado por las directrices de la OMS (75, 76).
 - Todas las madres deben recibir apoyo para iniciar la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento. Se debe proporcionar a las madres un apoyo práctico para que puedan iniciar y mantener la lactancia materna y gestionar las dificultades comunes que conlleva (75) (véase el recuadro 3.13).
 - Se mencionan algunas excepciones a la lactancia materna exclusiva para los recién nacidos a término en la publicación de la OMS sobre *Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna* (239). Estas excepciones incluyen lo siguiente: recién nacidos con galactosemia clásica, recién nacidos con enfermedad de la orina de jarabe de arce y recién nacidos con fenilcetonuria.

B.5.2 Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología

RECOMENDACIÓN 43a

Los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología deben contar con una política de lactancia materna claramente definida por escrito que se comunique de manera sistemática al personal y a los progenitores. (Recomendado)

RECOMENDACIÓN 43b

El personal del centro de salud que presta servicios de alimentación infantil, en particular el apoyo a la lactancia materna, debe tener conocimientos, competencias y aptitudes profesionales suficientes para ayudar a las mujeres a amamantar a sus hijos. (Recomendado)

Observaciones

- Estas recomendaciones se han integrado a partir de las directrices de la OMS del 2017 sobre protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología (75), en las que la certeza general de la evidencia se consideró muy baja.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices de Atención Posnatal señaló lo siguiente basándose en los documentos existentes de la OMS
 - Estas recomendaciones proporcionan un entorno propicio para la aplicación sostenible de los “diez pasos hacia una feliz lactancia natural” en los centros de salud y deben ir acompañadas de la puesta en marcha de sistemas de seguimiento y gestión de los datos de forma continuada (240).
 - Los centros que prestan servicios a madres y recién nacidos deben cumplir plenamente el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (241).
 - En las directrices de la OMS del 2017 sobre protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología se incluyen recomendaciones adicionales sobre prácticas clínicas clave para que las mujeres y los recién nacidos establezcan y mantengan con éxito la lactancia materna (75) (véase el recuadro 3.13).

Recuadro 3.13 Prácticas clínicas clave fundamentales para establecer y mantener con éxito la lactancia materna (75)

Informar a todas las embarazadas y a sus familias sobre los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.

Facilitar el contacto inmediato e ininterrumpido, piel con piel, de la madre con el recién nacido y apoyar a las madres para que inicien la lactancia natural lo antes posible después del nacimiento.

Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia natural y afrontar las dificultades más frecuentes.

No dar a los recién nacidos ningún otro alimento o líquido que no sea la leche materna, salvo por indicación médica.

Permitir que la madre y el recién nacido permanezcan juntos y se alojen en la misma habitación las 24 horas del día.

Apoyar a las madres para que reconozcan los signos de hambre del recién nacido y actúen en consecuencia.

Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, las tetinas y los chupetes.

Coordinar el alta hospitalaria de forma que los progenitores y los recién nacidos sigan teniendo acceso a la atención y a los servicios de apoyo cuando lo necesiten.

C Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud

Antecedentes

La atención posnatal de alta calidad comprende no solo las intervenciones clínicas individuales que se ofrecen a las mujeres y los recién nacidos, sino también las estructuras, sistemas, procesos, políticas e innovaciones más amplias del sistema de salud a través de los cuales se brinda la atención. En este apartado de las directrices se describen los sistemas de salud y las intervenciones de promoción de la salud para mejorar la prestación, la utilización y la experiencia de la atención posnatal. Concretamente, el GDG tuvo en cuenta la evidencia y otra información de interés para sustentar las recomendaciones relativas a la duración de la internación y al alta de los centros de salud, la frecuencia y el lugar de las consultas de atención posnatal y la participación de los hombres en la atención.

Programa y lugar de las consultas de atención posnatal

Los servicios de atención posnatal habituales proporcionan una plataforma para la prestación del cuidado a mujeres y recién nacidos sanos. Estos cuidados tienen lugar en marcos temporales diferentes, a menudo a cargo de profesionales distintos y en lugares diferentes (6). A pesar de su importancia, la cobertura y la calidad de la atención posnatal para las mujeres y los recién nacidos tienden a ser relativamente deficientes (12). La atención posnatal de rutina se presta en entornos ambulatorios (consultorio o centro de salud) o en el hogar. Su propósito es evaluar la salud y el bienestar de las mujeres y los recién nacidos, proporcionar asesoramiento sobre lactancia materna e higiene, asesoramiento sobre la salud infantil y la crianza de los hijos y apoyo general a las familias, y facilitar el acceso a una atención oportuna. Además, las visitas domiciliarias brindan la oportunidad de evaluar el entorno del hogar. Se han introducido diferentes modalidades de visitas domiciliarias posnatales, principalmente para garantizar consultas tempranas de atención posnatal para las mujeres y los recién nacidos, ya sea después del alta de los centros de salud (242, 243), para reemplazar o complementar las consultas de atención posnatal ambulatoria, o como parte de paquetes de medidas de ámbito comunitario, en especial en zonas rurales (244).

Duración de la internación y alta de centros de salud

La duración de la internación en los centros de salud después del parto varía ampliamente en los distintos países, entre unas pocas horas y hasta 6 días para

los partos vaginales en embarazos únicos, y entre 2,5 y 9 días después de los partos por cesárea (17). Ha habido una disminución constante del tiempo que el binomio madre-hijo permanece en los centros de salud después del nacimiento. Se han promovido ingresos posnatales más breves en algunos entornos para disminuir la medicalización del período posnatal inmediato y para aumentar el vínculo maternoinfantil y la satisfacción. Sin embargo, se ha planteado la preocupación de que el alta temprana de los centros de salud pueda retrasar la detección y el tratamiento tempranos de las complicaciones maternas y neonatales, y pueda hacer que haya un tiempo insuficiente para preparar a las mujeres y las familias para la transición al hogar, en particular si hay un apoyo insuficiente o inexistente en la comunidad (242). En estudios observacionales se ha evaluado la relación entre la duración de la estancia hospitalaria posnatal de mujeres y recién nacidos sanos y los resultados asociados, y se han observado resultados contradictorios respecto a la mortalidad neonatal, los reingresos de lactantes y el inicio y la duración de la lactancia materna (242).

La toma de decisiones en torno a la preparación para el alta es compleja y debe considerar no solo el estado físico de la mujer y del recién nacido para detectar posibles riesgos para la salud, sino también la experiencia del parto de la mujer, las necesidades de aprendizaje de la mujer y los progenitores, y su capacidad para prestar apoyo para el cuidado de la madre y el recién nacido (245, 246). La disposición para el alta está vinculada a la calidad de la preparación para el alta, y ello pone de relieve el papel fundamental que desempeñan los trabajadores de salud en el proceso de preparación para el alta (247).

Participación de los hombres en la atención posnatal y la salud materna y neonatal

La participación de los hombres en el apoyo al cuidado de sus parejas y recién nacidos, durante el embarazo, el parto y después del nacimiento, se promueve como una estrategia eficaz para mejorar los resultados de salud materna y neonatal. El apoyo práctico, emocional y económico de los hombres puede ayudar a las mujeres y los recién nacidos a acceder a los servicios de salud esenciales y proporcionar apoyo a la mujer en el cuidado de sí misma, así como en la mejora de las prácticas de atención familiar (248). La evidencia existente sugiere, además, que trabajar con los hombres en relación con su rol de pareja o esposo y padre puede proporcionar un punto de entrada para apoyar el cambio transformador del género en los hogares y las relaciones de pareja (249). Desde la

publicación en el 2015 de las recomendaciones de la OMS sobre la participación de los hombres como una intervención eficaz para facilitar y apoyar la mejora de la salud materna, neonatal e infantil (250), se han llevado a cabo una serie de revisiones sistemáticas y dos importantes ejercicios de mapeo de la evidencia respaldados por la OMS que han ayudado a detectar y organizar esta base de evidencia creciente (251, 252).

Además de la recomendación del GDG sobre lo anterior, este apartado de las directrices incluye seis conjuntos de recomendaciones sobre otros sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud que se han integrado a partir de directrices de la OMS que son de interés para la atención posnatal de rutina.

Recuadro 3.14 Valores

Los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa de estudios en los que se ha explorado lo que las mujeres quieren de la atención posnatal (21) indican que las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También desean adaptarse a los cambios en sus relaciones íntimas y familiares (incluida su relación con el recién nacido), gestionar los retos físicos y emocionales comunes y experimentar el logro dinámico de un crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, como progenitores y como personas en su propio contexto cultural (evidencia de confianza moderada a alta).

C.1 Programa de consultas de atención posnatal

RECOMENDACIÓN 44

Se recomienda un mínimo de cuatro consultas de atención posnatal.

Si el parto tiene lugar en un centro de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención posnatal en el centro durante al menos 24 horas después del parto. Si el parto tiene lugar en el hogar, la primera consulta para la atención posnatal debe ser lo antes posible dentro de las 24 horas después del nacimiento. Se recomiendan al menos tres consultas posnatales adicionales para las mujeres y los recién nacidos sanos, entre las 48 y las 72 horas, entre los 7 y los 14 días, y en la sexta semana después del parto.

(Recomendado)

Observaciones

- El número, el momento y el contenido de las consultas de atención posnatal deben adaptarse a los resultados y necesidades de salud de cada mujer y recién nacido, y deben guiarse por las recomendaciones de estas directrices, que incluyen lo siguiente:
 - el bienestar físico de la mujer y del recién nacido y el bienestar emocional de la mujer;
 - las destrezas y la confianza de la mujer para cuidar de sí misma y las destrezas y la confianza de los progenitores, cuidadores y familias para cuidar al recién nacido;
 - el entorno del hogar y otros factores que puedan influir en la capacidad de proporcionar atención a la mujer y al recién nacido en el hogar, y el comportamiento de solicitud de atención; y
 - el lugar de nacimiento y el momento del alta en el caso de un parto en un centro de salud.
- Al formular esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices tuvo en cuenta lo siguiente.
 - La evidencia derivada de ensayos controlados aleatorizados sobre los efectos de las consultas de atención posnatal más frecuentes en comparación con las consultas menos frecuentes era insuficiente.
 - Los datos epidemiológicos muestran que la mayoría de las muertes maternas y neonatales se producen en los primeros tres días después del nacimiento, y en especial el día del nacimiento, con otro aumento posterior durante la segunda semana después del nacimiento.
 - La transición a la atención de la mujer y del niño sanos tendrá lugar generalmente alrededor de la sexta semana después del nacimiento, incluidas las derivaciones a servicios de vacunación infantil y planificación familiar.
- Los consultas de atención posnatal, en particular durante la primera semana, pueden tener lugar en el hogar o en servicios ambulatorios (por ejemplo, el centro de salud o la consulta del trabajador de salud) con personal de salud calificado o con agentes comunitarios de salud capacitados según la recomendación 48 de estas directrices, en función de las preferencias de las mujeres, los progenitores o los cuidadores y de la organización de los servicios establecida por el sistema de salud.
- Las mujeres y los trabajadores de salud valoran la continuidad de la atención para establecer relaciones de apoyo, cuidado y confianza y para mejorar la experiencia de la atención. En entornos en los que se dispone de programas de partería que funcionan bien, los modelos de continuidad de la atención dirigidos por parteras brindan la oportunidad de garantizar la continuidad de la atención posnatal, según la recomendación 49 de estas directrices.
- Los consultas de atención posnatal de rutina pueden complementarse con un seguimiento telefónico o con el uso de una comunicación digital dirigida, según la recomendación 54 de estas directrices.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro C.1 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada en la que se evaluaron los resultados maternos y neonatales de diferentes programas de visitas domiciliarias durante el período posparto inicial (243). La revisión incluyó 16 ECA con 11 718 mujeres, tres de los cuales se tuvieron en cuenta en este resumen de la evidencia; dos ECA (1562 mujeres) y un cuasi-ECA (200 mujeres). Los ensayos se realizaron en España, Estados Unidos y Zambia.

En los ensayos se evaluaron programas fijos de visitas domiciliarias, de entre una visita domiciliaria en los tres o cinco días posteriores al nacimiento y hasta cuatro visitas (3, 7, 28 y 42 días), en comparación con una visita domiciliaria de una partera aproximadamente a los 42 días (408 mujeres), consultas habituales al consultorio para el recién nacido (1154 mujeres) o chequeos en el centro de salud (200 mujeres) entre 5 y 14 días después del nacimiento, organizados por la sala de recién nacidos del hospital (1154 mujeres). Un ensayo incluyó binomios madre-hijo nacido a término sin factores de riesgo tras un parto vaginal

(408 mujeres), y en dos ensayos se incluyeron a mujeres después de partos vaginales o por cesárea (1354 mujeres). En los demás ensayos no se presentó información sobre la paridad, la edad de gestación ni la presencia de factores de riesgo.

Comparación 1: Programas que incluyen cuatro visitas domiciliarias posnatales (3, 7, 28 y 42 días después del nacimiento) en comparación con una sola visita domiciliaria posnatal (aproximadamente 42 días después del nacimiento)

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: No está claro si los programas que incluyen cuatro visitas domiciliarias tienen algún efecto sobre los problemas de salud materna (según lo establecido por un médico) en comparación con una sola visita domiciliaria (evidencia de certeza muy baja).

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *mortalidad materna, el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos, la experiencia de atención posnatal o la morbilidad materna a largo plazo*. En la revisión sistemática no se informó sobre los costos.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad de recién nacidos y lactantes: No está claro si los programas que incluyen cuatro visitas domiciliarias tienen algún efecto sobre la mortalidad neonatal en comparación con las de una sola visita domiciliaria (evidencia de certeza muy baja).

Morbilidad neonatal grave: No está claro si los programas que incluyen cuatro visitas domiciliarias tienen algún efecto sobre la infección de vías respiratorias de los lactantes en los 42 días posteriores al nacimiento en comparación con una sola visita domiciliaria (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los programas que incluyen cuatro visitas domiciliarias pueden reducir las derivaciones de lactantes a pediatras en los 42 días posteriores al nacimiento en comparación con una sola visita domiciliaria (1 ensayo, 352 recién nacidos; RR 0,41, IC del 95%: 0,28 a 0,60).

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que los programas que incluyen cuatro visitas domiciliarias pueden aumentar la lactancia materna exclusiva hasta las seis semanas en comparación con una sola visita domiciliaria (1 ensayo, 352 recién nacidos; RR 1,13, IC del 95%: 1,05 a 1,22).

En la revisión sistemática no se informó la *morbilidad neonatal a largo plazo o el crecimiento*.

Comparación 2: Programas que incluyen dos consultas posnatales (entre 3 y 5 días, y entre 10 y 14 días después del nacimiento) en comparación con una sola consulta ambulatoria (entre 10 y 14 días después del nacimiento)

Resultados maternos

En el ensayo incluido no se aportó información sobre la *mortalidad materna, la morbilidad a corto plazo, el uso de los servicios de salud, el funcionamiento y bienestar maternos o la morbilidad materna a largo plazo*. En el análisis por subgrupos de la revisión sistemática no se informó específicamente sobre la experiencia de la atención posnatal.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: No está claro si los programas que incluyen dos consultas de atención posnatal tienen algún efecto sobre la interrupción de la lactancia materna (hasta los 30 días) en comparación con una sola consulta de atención posnatal (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que los programas que incluyen dos consultas de atención posnatal probablemente tienen poco o ningún efecto sobre la lactancia materna (última evaluación hasta los seis meses) en comparación con una sola consulta de atención posnatal (1 ensayo, 1000 recién nacidos; RR 1,09, IC del 95%: 1,00 a 1,18).

En el ensayo incluido no se informó sobre la *mortalidad de recién nacidos y lactantes, la morbilidad neonatal grave, el uso de los servicios de salud, la morbilidad neonatal a largo plazo o el crecimiento*.

Otras consideraciones

En una búsqueda estructurada no se encontró ningún ensayo que comparara las consultas de atención posnatal ambulatoria más frecuentes con las menos frecuentes (ya sea en el centro de salud, en el ambulatorio o en la consulta).

En algunos estudios se han investigado el momento óptimo de la primera consulta de atención posnatal después del alta tras el nacimiento. En un ensayo excluido de la revisión sistemática Cochrane realizada en Australia (475 mujeres) se asignó aleatoriamente a las mujeres al chequeo posnatal realizado por un médico general elegido por la mujer una semana después del alta ("temprano") o seis semanas después del nacimiento ("estándar") (253). Todas las mujeres recibieron también una visita domiciliaria por parte de una enfermera de salud materno-infantil a los pocos días de ser dadas de alta del hospital. En el ensayo no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las consultas tempranas y las estándares del médico general en cuanto a la lactancia materna completa a los tres (46,3% frente a 51,4%) o seis meses (29,3% frente a 34,5%), la puntuación media de EPDS (7,38 [5,31] frente a 7,48 [5,35]), la depresión moderada o grave definida por una puntuación de EPDS mayor o igual a 13 (16,6% frente a 13,6%) o las consultas adicionales con un médico general (media 1,2 frente a 1,1 consultas). En una

revisión sobre el momento óptimo para la primera consulta posnatal por parte de personal calificado en los países de ingresos altos se encontraron dos estudios transversales, publicados a partir del 2000, en los que se compararon los exámenes neonatales posnatales de rutina (254). En un estudio se investigaron las consultas entre las 6 y 48 horas en comparación con las consultas entre las 49 y 72 horas después del nacimiento, y en el otro estudio se investigaron las consultas en los tres primeros días (si la duración de la internación había sido de 48 horas o más) o en cinco días (si la duración de la internación había sido de más de 48 horas) tras el alta, en comparación con los exámenes neonatales realizados después de tres o cinco días. En estos estudios no se observaron diferencias clínicamente importantes en la tasa de reingresos neonatales entre 28 y 30 días después del nacimiento (evidencia de certeza muy baja). En un estudio (79.720 recién nacidos) se observó una reducción clínicamente trascendente en la tasa de reingresos por ictericia (período no especificado) al comparar a los niños sanos con una consulta temprana en un plazo de tres o cinco días (según la duración de la internación después del nacimiento) con los niños con una consulta posterior (evidencia de certeza muy baja).

Dada la evidencia limitada existente sobre el número y el momento óptimos de la consulta de atención posnatal, se realizó una revisión sistemática sobre la distribución diaria y semanal de la mortalidad materna y neonatal en el período posnatal (255). La distribución de las muertes maternas después del parto fue del 48,9% el día del parto (día 0), el 24,5% entre los días 1 y 7 y el 24,9% entre los días 8 y 42 después del parto (26 estudios, > 1 530 964 nacidos vivos, 6142 muertes maternas después del parto). Las muertes neonatales durante la primera semana representan tres cuartas partes del total de muertes neonatales, un 71,9%; el 13,82% de las muertes neonatales se produjeron durante la segunda semana, el 8,13% durante la tercera semana y el 5,07% durante la cuarta semana hasta los 28 días (16 estudios, > 5 628 926 nacidos vivos, 22.840 muertes neonatales). La distribución de las muertes neonatales en la primera semana fue del 38,8% en el día 1, el 12,3% en el día 2, el 8,99% en el día 3, el 5,7% en el día 4, el 3,9% en el día 5, el 2,91% en el día 6 y el 2,7% en el día 7 (34 estudios, > 6.539.342 nacidos vivos, 42.276 muertes neonatales).

En un estudio de modelización se calculó una proporción de muertes neonatales de 0,73 (rango de incertidumbre entre 0,72 y 0,74) en la primera semana después del nacimiento, de las cuales las muertes ocurridas en el día 1 representaron 0,36 (rango de incertidumbre entre 0,34 y 0,38) en el 2013 en 186 países. Las proporciones predichas de muertes neonatales el día del nacimiento (día 0) y en el plazo de una semana fueron uniformes en todos los países con diferentes tasas de mortalidad y de

ingresos neonatales, y en diferentes regiones (256).

Otro estudio de modelización predijo proporciones de muertes neonatales por causas específicas en los períodos neonatales temprano (entre 1 y 7 días de vida) y tardío (entre 8 y 28 días de vida) para 194 países entre el 2000 y el 2013 (257). Las principales causas de muerte neonatal son las mismas en los períodos neonatales temprano y tardío, pero su distribución difiere entre el período temprano (prematuridad [40,8%], complicaciones durante el parto [27,0%], infecciones [14,3%]) y el período tardío (infecciones [47,6%], prematuridad [21,2%] y complicaciones durante el parto [12,9%]). La distribución de las muertes neonatales en los períodos neonatales temprano y tardío es similar para las debidas a trastornos congénitos (10,6% y 10,2%) y para las clasificadas como de otras causas (7,3% y 8,1%).

Valores

Véase el recuadro 3.14 del apartado 3.C: Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud.

Además, la evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) indica que las mujeres pueden experimentar períodos de bajo estado de ánimo, soledad, ansiedad y fatiga durante el período posnatal (evidencia de confianza moderada) y aprecian el asesoramiento, la tranquilidad y el apoyo (práctico y emocional) que reciben de los trabajadores de salud y los miembros de la familia durante este tiempo (evidencia de confianza alta). Algunas mujeres pueden tener dificultades derivadas del traumatismo físico y el trauma psicológico inducidos por el trabajo de parto y el parto (evidencia de confianza alta) o experimentar dificultades en la lactancia materna o para asumir su identidad como madres (evidencia de confianza moderada), por lo que es probable que valoren el compromiso regular de los trabajadores de salud para resolver estas preocupaciones. Además, las mujeres tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido durante el período posnatal (evidencia de confianza moderada), por lo que es probable que valoren los resultados clínicos y de desarrollo relativos a su hijo.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de las consultas de atención posnatal más frecuentes en comparación con las consultas de atención posnatal menos frecuentes.

Otras consideraciones

Las programaciones de la atención posnatal que comportan más consultas pueden aumentar el costo de los servicios en comparación con un número de consultas reducido. El tiempo dedicado por el personal que presta la atención habitual y por las mujeres que acceden a la atención será más breve con programaciones de consultas reducidos.

Cuadro 3.75 Principales necesidades de recursos para las consultas de atención posnatal más frecuentes en comparación con las consultas de atención posnatal menos frecuentes

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal encargado que haya recibido capacitación y esté motivado para la atención posnatal de mujeres y recién nacidos en centros de salud, ambulatorios o consultas, o en el hogar. Es posible que se requiera personal adicional para realizar visitas domiciliarias posnatales
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Igual que la capacitación sistemática de trabajadores de salud basada en la práctica Podría requerir personal adicional y sesiones de capacitación o entrenamiento para el personal que realiza las visitas domiciliarias posnatales
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Los mismos insumos independientemente del número de consultas de atención posnatal Los mismos insumos médicos (por ejemplo, analgésicos, comprimidos de hierro, anticonceptivos, antihelmínticos, mosquiteros, guantes) Para las visitas domiciliarias, registros comunitarios o familiares para introducir los resultados de las visitas y las solicitudes de derivación, tarjetas de asesoramiento o rotafolios Insumos para el personal (por ejemplo, botas, paraguas y bolsa) Registros conservados en el hogar Tarjetas de información para mujeres, progenitores o cuidadores con datos de contacto de los visitantes a domicilio
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Sistema funcional de notificación de nacimientos para el personal que realiza las visitas domiciliarias o programa las consultas ambulatorias Para el contacto ambulatorio, el mismo equipo básico adecuado para la atención posnatal, disponible en cantidades suficientes en todo momento Sala de espera limpia y cómoda para las mujeres y sus acompañantes Sala de exploración limpia y con privacidad Para las visitas domiciliarias posnatales, el mismo equipamiento portátil para realizar visitas domiciliarias (por ejemplo, básculas de pesaje, termómetro, reloj o cronómetro, bolsa, mascarilla) Acceso a transporte para realizar visitas domiciliarias posnatales (por ejemplo, bicicleta o vehículo motorizado)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo adicional del personal para la atención posnatal más frecuente de mujeres y recién nacidos en centros de salud, ambulatorios o consultorios, o en el hogar Tiempo de desplazamiento adicional al centro de salud o consultorio para el contacto ambulatorio o tiempo de desplazamiento al domicilio del cliente para las visitas domiciliarias posnatales
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión y examen regulares de apoyo por parte de supervisores y reuniones de coordinación de centros o distritos de salud, servicios ambulatorios y el personal que realiza las visitas domiciliarias posnatales Sistemas de seguimiento después del alta de los centros de salud (integración del personal de partería o enfermería en la atención posnatal domiciliaria, centro de redes de trabajadores de salud, integración de la atención posnatal en los centros de salud y en la comunidad) Sistemas para notificar el desabastecimiento de insumos para los visitantes posnatales a domicilio

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de las consultas de atención posnatal más frecuentes en comparación con los menos frecuentes.

Las programaciones de atención posnatal que implican más consultas pueden aumentar la equidad, en especial si aseguran la cobertura en los binomios madre-hijo de grupos de bajo nivel socioeconómico o en zonas rurales, que tienen menos probabilidades de recibir atención posnatal y tienen tasas más altas de mortalidad materna, perinatal y neonatal prevenibles. Sin embargo, estas programaciones pueden reducir la equidad si la cobertura es menor en grupos de bajo nivel socioeconómico, en zonas rurales, o si se prevé que las mujeres y las familias asuman el costo de las consultas de atención posnatal más frecuentes.

Aceptabilidad

La evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) indica que las mujeres aprecian y valoran el apoyo práctico, psicosocial y emocional que reciben de los trabajadores de salud durante el período posnatal (evidencia de confianza alta). Algunas mujeres, en especial en los países de ingresos altos, consideran que desean más apoyo de los trabajadores de salud durante el período posnatal, así como oportunidades de contacto flexibles, incluidas las visitas domiciliarias regulares, consultas en consultorios sin cita previa, servicios fuera del horario de atención y disponibilidad telefónica (evidencia de confianza moderada). En los lugares en los que ya funcionen servicios regulares de consulta posnatal, las mujeres

aprecian ser atendidas por el mismo prestador de la atención para establecer una relación de confianza y conocimiento de las circunstancias personales (evidencia de confianza moderada).

En algunos contextos de países de ingresos bajos y medianos, las mujeres solamente utilizan los servicios posnatales cuando perciben que hay algo que no va bien en ellas o en sus recién nacidos (evidencia de confianza moderada). La evidencia existente sugiere también que es poco probable que algunas mujeres, en especial en los países de ingresos bajos y medianos, reciban con agrado un compromiso adicional con los prestadores de la atención posnatal en circunstancias en las que los costos adicionales superen los beneficios percibidos, en lugares donde haya una falta de confianza en los sistemas de salud formales, en donde las mujeres perciban que hay una cultura de maltrato o donde la adhesión a las prácticas posnatales tradicionales pueda verse interrumpida (evidencia de confianza moderada).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) no se encontró evidencia directa relativa a la viabilidad de aumentar el número de consultas posnatales. La evidencia indirecta existente sugiere que la proximidad del centro de salud puede fomentar un mayor compromiso de los servicios posnatales, en especial en los países de ingresos bajos y medianos; es decir, la cercanía geográfica facilita el acceso de las mujeres y la involucración en la comunidad de los trabajadores de salud (evidencia de confianza baja). La evidencia existente sugiere también que los costos asociados a las consultas adicionales al centro de salud pueden limitar el acceso de algunas mujeres, mientras que los recursos del sistema de salud (personal adicional, costos de desplazamiento) necesarios para proporcionar las visitas domiciliarias pueden tener un costo prohibitivo en algunos entornos de países de ingresos bajos y medianos (evidencia de confianza baja).

En una síntesis de la evidencia cualitativa de las experiencias de los trabajadores de salud en la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones sobre la viabilidad de aumentar el número de consultas posnatales (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal, recursos y capacitación puede limitar la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención posnatal (evidencia de

confianza moderada). A veces, los trabajadores de salud tuvieron que priorizar algunos servicios o cuidados sobre otros (evidencia de confianza baja). Los prestadores de los servicios apreciaron la continuidad de la atención para poder establecer relaciones de confianza, evaluar el bienestar emocional de las mujeres y mejorar su experiencia de la atención (evidencia de confianza moderada). En cambio, la falta de continuidad de la atención o de políticas o directrices comunes en los diferentes cuadros y niveles de servicios de salud materna puede limitar la oferta de información coherente y asesoramiento (evidencia de confianza moderada). Los prestadores de atención consideraron que la educación posnatal o parental a veces era superficial y se proporcionaba demasiado tarde (evidencia de confianza baja).

Cuadro 3.76 Resumen de valoraciones: Consultas de atención posnatal más frecuentes en comparación con consultas de atención posnatal menos frecuentes

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a los consultas más frecuentes
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

C.2 Duración de la internación en los establecimientos de salud después del nacimiento

RECOMENDACIÓN 45

Se recomienda la atención de las mujeres y los recién nacidos sanos en el centro de salud durante al menos 24 horas después del parto vaginal. (Recomendado)

Observaciones

- A pesar de que la evidencia es insuficiente, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) reconoció que era importante establecer un tiempo mínimo antes del alta, dada la amplia variación existente en la duración de la internación después del nacimiento (17), incluidas las duraciones que se consideraron demasiado cortas para la aplicación de las intervenciones en los centros de salud recomendadas en estas directrices.
- El GDG reconoció que el momento del alta del centro de salud debe basarse en lo siguiente.
 - El tiempo necesario para completar la evaluación de un conjunto completo de criterios para evaluar el bienestar y las necesidades maternas y neonatales, y los resultados de estas evaluaciones, según la recomendación 46 de estas directrices.
 - La capacidad del sistema de salud de organizar consultas de atención posnatal después del alta a través de servicios comunitarios (por ejemplo, visitas domiciliarias) o en servicios ambulatorios (por ejemplo, en el centro de salud o en el consultorio del prestador de la atención). La mayoría de las mujeres y recién nacidos sanos estarían listos para el alta 24 horas después del nacimiento, siempre que se disponga de servicios de seguimiento funcionales y accesibles.
 - Deben evitarse las estancias innecesariamente prolongadas en los centros de salud después del nacimiento, dado el mayor riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud, los costos que suponen para el sistema de salud y para los usuarios de los servicios, y las preferencias de las mujeres y las familias.
- Dada la escasez de evidencia al respecto, el GDG no pudo recomendar un tiempo mínimo de atención en el centro de salud después del parto por cesárea, pero señaló que el alta en las 24 horas posteriores al parto por cesárea aumentó el riesgo de resultados adversos maternos y neonatales y redujo la lactancia materna a las seis semanas. El contenido de los criterios de alta posnatal y la preparación para el alta también deberían tener en cuenta los resultados posoperatorios y las necesidades de las mujeres y los recién nacidos después de un parto por cesárea.
- Como parte de la preparación para el parto y para las complicaciones durante el embarazo, se debe informar a las mujeres, los progenitores y los cuidadores que se recomienda permanecer en el centro de salud después del nacimiento durante un mínimo de 24 horas. Sin embargo, la duración de la internación en el centro de salud dependerá de los resultados y necesidades de salud individuales, en especial después de un parto por cesárea, y de la disponibilidad de servicios de atención posnatal para el seguimiento después del alta.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro C.2 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane actualizada sobre las políticas de alta posnatal temprana del hospital para mujeres y recién nacidos a término sanos (242), que incluyó 17 ECA con 9409 mujeres. En este resumen de la evidencia se incluyen los datos sobre el momento del alta de 15 ensayos, presentados según el tipo de parto (parto vaginal o por cesárea).

El momento del alta y la intensidad de las intervenciones prenatales, hospitalarias (antes del alta) y posteriores al alta ofrecidas a los binomios madre-hijo en los grupos de intervención difirieron considerablemente en los distintos ensayos. Las políticas de alta estándares en los grupos de comparación fueron también muy diversas.

La evidencia y las valoraciones se presentan por separado según el tipo de parto, sobre la base de un análisis por subgrupos de la revisión sistemática Cochrane.

Comparación 1: Alta temprana después del parto vaginal en comparación con el alta habitual

Diez estudios (3553 mujeres), publicados entre 1962 y el 2005, incluyeron solamente a mujeres con partos vaginales; todos se realizaron en países de ingresos altos. Los criterios de elegibilidad de todos los ensayos se diseñaron para limitar la participación a las mujeres con un riesgo bajo de complicaciones. En seis ensayos se reclutaron mujeres durante el período prenatal y en cuatro después del parto. Las mujeres en los grupos de intervención fueron dadas de alta antes de las 24 horas en tres ensayos, entre las 24 y las 48 horas en cinco ensayos, y después de

las 48 horas en tres ensayos. La estancia hospitalaria habitual también varió según las prácticas locales de rutina, entre 37 y 72 horas en cuatro ensayos, entre cuatro y cinco días en tres ensayos y entre seis y nueve días en dos ensayos, o no se informó sobre ello. Ocho ensayos aportaron datos de otras intervenciones combinadas, que en tres casos incluyeron actividades prenatales.

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: No está claro si una política de alta temprana después del parto vaginal tiene algún efecto sobre el número de mujeres que obtienen una puntuación superior a la puntuación umbral que indica una probable depresión posparto en un plazo de seis meses, en comparación con lo observado con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si una política de alta temprana después del parto vaginal tiene algún efecto sobre el reingreso materno en un plazo de seis semanas, en comparación con lo observado con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja).

Experiencia de la atención posnatal: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una política de alta temprana (con dos a cinco visitas domiciliarias de seguimiento) después del parto vaginal puede mejorar la satisfacción de las mujeres respecto a la atención posnatal (datos continuos) en comparación con el alta habitual (2 ensayos, 306 mujeres; DME 0,74 superior, IC del 95%: 0,5 superior a 0,98 superior). No está claro si una política de alta temprana después del parto vaginal tiene algún efecto sobre el número de mujeres que consideran que la duración de su hospitalización ha sido demasiado breve o demasiado prolongada, en comparación con lo observado con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja).

En este ensayo no se informó sobre la *mortalidad materna* o el *funcionamiento y bienestar maternos*. Los resultados relativos a los costos se presentan en el apartado de Recursos.

Resultados neonatales

Mortalidad neonatal: No está claro si una política de alta temprana después del parto vaginal tiene algún efecto sobre el riesgo de mortalidad de los lactantes a 28 días en comparación con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja). No está claro si una política de alta temprana después del parto vaginal tiene algún efecto sobre el riesgo de mortalidad de los lactantes a un año en comparación con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si una política de alta temprana después del parto vaginal tiene algún efecto sobre el reingreso por morbilidad neonatal en siete días en comparación con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja). No está claro si una política de alta temprana después del

parto vaginal tiene algún efecto sobre el reingreso por morbilidad neonatal en 28 días en comparación con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja).

Situación de la lactancia materna: No está claro si una política de alta temprana después del parto vaginal tiene algún efecto sobre el número de mujeres que usan la lactancia materna (exclusiva o parcial) a las seis semanas del parto en comparación con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que una política de alta temprana (con una visita domiciliaria) después del parto vaginal aumente el número de mujeres que usan la lactancia materna (exclusiva o parcial) a las 12 semanas del parto en comparación con el alta habitual (1 ensayo, 430 participantes; RR 1,21, IC del 95%: 1,03 a 1,41).

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *morbilidad neonatal grave*.

Otras consideraciones

Se realizaron análisis específicos adicionales para complementar este resumen de la evidencia, con objeto de evaluar los efectos de una política de alta temprana en 24 horas en comparación con un alta más tardía según el tipo de parto (en las 48 horas siguientes al parto vaginal o en las 72 horas siguientes al parto por cesárea; véase el suplemento en línea).⁴⁶

En una revisión sistemática (258) se encontraron cinco análisis de series cronológicas interrumpidas de base poblacional de los cambios en las políticas de tiempo hasta el alta posnatal introducidos en la década de 1990 en Dinamarca y Estados Unidos. En esta revisión se sugiere que una estancia hospitalaria posnatal de menos de 48 horas después del parto vaginal o menos de 96 horas después del parto por cesárea se asocia a un aumento de los reingresos de lactantes en el hospital en los 28 días posteriores al parto, así como de las consultas de atención posnatal no programados.

En una revisión sistemática sobre la distribución diaria y semanal de la mortalidad materna y neonatal en el período posnatal (255) se observó que la distribución de todas las muertes maternas (hasta 42 días después del parto) fue del 48,9% en el día 1 y el 24,5% entre los días 2 y 7 (26 estudios, > 1.530.964 nacidos vivos, 6142 muertes maternas en el período posparto). Las muertes neonatales durante la primera semana representan tres cuartas partes (71,9%) de todas las muertes neonatales (16 estudios, > 5.628.926 nacidos vivos, 22.840 muertes neonatales). La distribución de las muertes neonatales en la primera semana fue del 38,8% en el día 1, el 12,3% en el día 2, el 8,99% en el día 3, el 5,7% en el día 4, el 3,9% en el día 5, el 2,91% en el día 6 y el 2,7% en el día 7 (34 estudios, > 6 539 342

46 Puede accederse al suplemento en línea en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989> [en inglés]

nacidos vivos, 42 276 muertes neonatales).

En un estudio de modelización se calculó una proporción de muertes neonatales de 0,73 (rango de incertidumbre entre 0,72 y 0,74) en la primera semana después del nacimiento, de las cuales las muertes ocurridas en el día 1 representaron 0,36 (rango de incertidumbre entre 0,34 y 0,38) en el 2013 en 186 países. Las proporciones predichas de muertes neonatales el día del nacimiento (día 0) y en el plazo de una semana fueron uniformes en todos los países con diferentes tasas de mortalidad y de ingresos neonatales, y en diferentes regiones (256).

Valores

Véase el recuadro 3.14 del apartado 3.C: Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud.

Además, los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) indican que las mujeres desean establecer una relación inmediata con el recién nacido (evidencia de confianza moderada) y valoran el apoyo práctico y emocional ofrecido por los trabajadores de salud para hacer posible el vínculo entre la madre y el recién nacido (evidencia de confianza alta). Las mujeres aprecian la atención y el apoyo personalizados durante el período posnatal inmediato, incluida la comprensión de que las necesidades de información, así como la capacidad individual para asimilar la información, pueden variar de una mujer a otra (evidencia de confianza moderada). En algunos contextos, la percepción de escasez de personal o el carácter perturbador de las salas posnatales (falta de privacidad, visitas hospitalarias, pases de visita) pueden dar lugar a una atención inadecuada y a la percepción en algunas mujeres de que son dadas de alta demasiado pronto de un centro de salud cuando se sienten poco preparadas y les falta confianza sobre su capacidad para afrontar el traslado al hogar (evidencia de confianza moderada).

Los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud en relación con el alta hospitalaria posnatal (91) indican que las mujeres valoran la educación posnatal que se les proporciona a ellas y a sus parejas y familias para asegurar la confianza de los progenitores, y la oportunidad de practicar la atención con el apoyo de una partera (evidencia de confianza moderada). Tanto las mujeres como los hombres valoran su autonomía en relación con el proceso de alta (evidencia de

confianza moderada), incluidas las decisiones sobre el momento del alta, el reconocimiento adecuado por parte del personal del hospital y la disponibilidad de atención sin interferencias directas ni intrusividad.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de las políticas de alta temprana de los centros de salud después del parto vaginal a término y sin complicaciones. En un ensayo (259) se presentaron los costos de la atención hospitalaria entre inmediatamente después del parto vaginal y el momento del alta, que fueron de US\$ 382,22 (213 mujeres) en el grupo de alta temprana (24 horas o menos, con una visita domiciliaria) y de US\$ 647,67 (217 mujeres) en el grupo de alta tardía (al menos 48 horas). El mismo ensayo señaló un costo combinado reducido de la atención comunitaria y los reintegros maternos y neonatales en el grupo de alta temprana, en el que los costos fueron de US\$ 28,66 menos.

Otras consideraciones

En un análisis de minimización de costos (260) se observó que el alta posnatal temprana después del parto vaginal o por cesárea combinada con el apoyo de partería domiciliario produjo un ahorro significativo de los costos (costos de hospitalización y atención comunitaria, y costos no médicos) por cada binomio madre hijo en el grupo de alta temprana (24 horas o menos) en comparación con el grupo de alta tardía (al menos 48 horas). No hubo diferencias significativas en el promedio de reintegros hospitalarios, la atención ambulatoria hospitalaria o los costos directos no médicos y los costos indirectos.

En un artículo (261) en el que se exploran los posibles ahorros de costos asociados a la reducción de la duración de la internación después del nacimiento, las consecuencias para los servicios posnatales en la comunidad y el impacto en la calidad de la atención sugiere que reducir el tiempo que las mujeres y los recién nacidos pasan en los centros de salud después del nacimiento comporta ahorros de costos, ya que el personal y el número de camas podrían reducirse. Sin embargo, es posible que el ahorro de costos se reduzca si se mantiene la calidad y el acceso a los servicios. La simple reducción de la dotación de personal en proporción con la duración de la internación aumenta la carga de trabajo para cada miembro del personal, y ello podría dar lugar a una peor calidad de la atención y a un mayor estrés del personal. La seguridad de la atención también requeriría los aumentos correspondientes de la atención posnatal realizada en la comunidad.

Cuadro 3.77 Principales necesidades de recursos para el alta temprana después del parto vaginal

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> El mismo personal designado para la atención posnatal de mujeres y recién nacidos en centros de salud (personal médico, de enfermería o partería, asistentes sociales u otro trabajador de salud). Podría requerir personal adicional para el seguimiento después del alta temprana (visitas domiciliarias, seguimiento telefónico, consultas de atención posnatal ambulatoria)
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Igual que la capacitación habitual de los trabajadores de salud basada en la práctica. Puede requerir personal adicional y sesiones de capacitación o entrenamiento para el seguimiento después del alta temprana
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Igual que la atención habitual para la atención posnatal en el centro de salud Podría requerir una redistribución o insumos adicionales para el seguimiento después del alta temprana
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Mismo equipo básico adecuado para la atención posnatal y que esté disponible en cantidades suficientes en todo momento en la sala de atención posnatal En general, puede reducir la ocupación de camas, a menos que haya volúmenes de maternidad elevados. Podría requerir un equipamiento adicional disponible para el seguimiento después del alta temprana
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Mismas necesidades de tiempo para el ingreso y el alta de la sala posnatal Menos tiempo del personal en la sala posnatal, y el mismo o mayor tiempo del personal para el seguimiento después del alta temprana (tiempo de desplazamiento para visitas domiciliarias, tiempo de las visitas domiciliarias, contactos telefónicos, consultas posnatales ambulatorias) Aumento del tiempo de las mujeres y los cuidadores después del alta (por ejemplo, para el desplazamiento de los trabajadores de salud para consultas ambulatorias y tiempo durante el que la persona de apoyo de la mujer podría tener que ausentarse del trabajo después del alta)
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de apoyo y revisión regulares por parte de los responsables de la sala, el consultorio o el centro de salud Podría requerir la creación y potenciación de sistemas de seguimiento después del alta temprana (integración del personal de partería o enfermería en la atención posnatal domiciliaria, centro de redes de trabajadores de salud, integración de la atención posnatal en los centros de salud y en la comunidad)

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de una política de alta temprana de los centros de salud después de un parto vaginal a término sin complicaciones.

Un análisis de los factores asociados a la duración de la estancia después del parto utilizando datos de la encuesta demográfica y de salud de 30 países sugiere que las mujeres de mayor edad y las atendidas por médicos tuvieron una mayor duración de la hospitalización. Las mujeres atendidas por personal no especializado tuvieron sistemáticamente una duración de la internación inferior a la de las atendidas por enfermeras parteras, así como a la de las mujeres más ricas, o las que dieron a luz por cesárea en el sector privado (11).

Una política de alta temprana de un centro de salud después de un parto vaginal a término sin complicaciones puede reducir la equidad si la cobertura de la atención posnatal antes y después del alta para los binomios madre-hijo es menor en los grupos de bajo nivel socioeconómico o en las

zonas rurales, o si se prevé que las mujeres y las familias asuman el costo de las consultas de atención posnatal después del alta u otros costos (por ejemplo, desplazamiento a la atención ambulatoria, apoyo de los hermanos para el cuidado de los hijos, pérdida de ingresos si la pareja o un familiar tiene que faltar un tiempo al trabajo). Sin embargo, las políticas de alta temprana pueden aumentar la equidad si se acompañan de estrategias (por ejemplo, visitas domiciliarias) para garantizar el seguimiento después del alta para todos los binomios madre-hijo.

Otras consideraciones

En otro estudio que se utilizaron datos de la encuesta demográfica y de salud de 33 países del África subsahariana sugiere que el porcentaje de mujeres en las que se realizaron controles posnatales antes del alta de los centros de salud varió ampliamente en todos los países. En las mujeres con un mayor nivel de escolaridad, más ricas, que tuvieron más consultas de atención prenatal o que tuvieron un parto por cesárea hubo una mayor probabilidad de que se hubiera realizado un control previo al alta. En

cambio, las mujeres que dieron a luz en centros de salud públicos de nivel inferior (en comparación con un hospital público) o con una enfermera o partera (en comparación con un médico) tenían menos probabilidades de que se les hubiera realizado un control posnatal (262).

En un estudio basado en datos de 25 países del África subsahariana y llevado a cabo entre el 2000 y el 2016 (263) se mostró que el porcentaje de nacimientos que se produjeron en centros de salud es significativamente menor en las mujeres más pobres en comparación con las mujeres más ricas, aunque la magnitud de las diferencias asociadas a la riqueza se ha reducido con el tiempo. En otro estudio basado en datos de 43 encuestas demográficas y de salud de entre los años 2003 y 2013 también se encontró aumentos en los nacimientos en centros de salud en África y Asia, en casi todos los grupos de riqueza, zonas urbanas y rurales y centros de salud públicos y privados. Sin embargo, persistieron las diferencias socioeconómicas, y las mujeres más ricas y las que vivían en zonas urbanas tenían más probabilidades de acceder a la atención del parto (264).

Aceptabilidad

La evidencia de una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud en el momento del alta (22) indica que a menudo se considera que la atención a las mujeres se pasa por alto durante el período de atención posnatal, con un énfasis predominante en el cuidado del recién nacido (evidencia de confianza moderada) y se da por supuesto que las mujeres reciben la información que necesitan durante la atención prenatal (evidencia de confianza baja). El proceso de alta a menudo es visto como apresurado tanto por las mujeres como por los trabajadores de salud, con un aporte de demasiada información, un deseo de las mujeres de irse a casa pronto, limitaciones de tiempo y una escasez de personal de salud (evidencia de confianza baja). Las mujeres y los padres apreciarían disponer de más conocimientos y destrezas prácticas en relación con el cuidado de sí mismas y de sus recién nacidos, y con la mitigación de la depresión posparto (evidencia de confianza moderada). Las mujeres y sus parejas, así como los trabajadores de salud, aprecian el compromiso y la preparación de los progenitores y las familias en relación con la atención posnatal (evidencia de confianza moderada). Los trabajadores de salud indicaron que apreciarían disponer de unas directrices y una capacitación más individualizadas para proporcionar una educación en materia de salud posnatal a las mujeres y las familias (evidencia de confianza moderada).

La evidencia de una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploraron las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) indica que las mujeres necesitan ayuda para alimentar, bañar

y cambiar al lactante, así como oportunidades para recuperarse y descansar (evidencia de confianza alta). Las mujeres, y especialmente las madres primerizas, pueden necesitar tiempo para asimilar la información previa al alta y sentirse seguras de su capacidad para afrontarlo en el hogar (evidencia de confianza alta). Esto incluye información específica sobre los comportamientos de los lactantes (señales relativas a la alimentación, sueño y llanto), así como la seguridad, el desarrollo y el bienestar del niño. Algunas mujeres acuden a trabajadores de salud en busca de información para satisfacer las necesidades personales relativas al traumatismo perineal, el dolor, el cuidado de la herida y el bienestar emocional (evidencia de confianza alta). La misma revisión destaca también la importancia del entorno posnatal y sugiere que, para algunas mujeres, la incapacidad de controlar la atmósfera a menudo ruidosa y perturbadora de las salas posnatales puede generar sentimientos de frustración y desesperación, lo que lleva a algunas de ellas a irse antes de lo previsto (evidencia de confianza moderada).

Viabilidad

La síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud (91) sugiere que la falta de tiempo debida a la escasez de personal (evidencia de confianza baja), la falta de capacitación del personal (evidencia de confianza moderada), la falta de disponibilidad de información en diferentes idiomas, las limitaciones económicas o de cobertura de seguro que afectan la duración de la internación y las normas sociales que afectan la forma en que se recibe la educación en materia de salud de atención posnatal (evidencia de confianza moderada) pueden limitar la aplicación de los enfoques de preparación para el alta.

En una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las opiniones y experiencias de los trabajadores de salud respecto a la atención posnatal no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones sobre el momento del alta después del nacimiento (29). Sin embargo, la evidencia indirecta existente sugiere que la falta de personal y la carga de trabajo elevada limitaron la disponibilidad y la calidad de los servicios, incluida la atención respecto al momento del alta después del parto. Las tareas administrativas relacionadas con el alta y el papeleo aumentaron la carga de trabajo de los trabajadores de salud e hicieron que algunas parteras consideraran que su capacidad de prestar una atención de calidad centrada en la mujer se veía comprometida ya que no podían pasar suficiente tiempo con cada mujer y evaluar sus necesidades; por lo tanto, los problemas de la madre o del recién nacido no siempre se abordaron por completo. Los prestadores de la atención percibieron la necesidad de establecer relaciones de confianza y sensibilidad con las mujeres, y de proporcionarles una información suficiente y oportuna (evidencia de confianza baja).

Cuadro 3.78 Resumen de valoraciones: Alta temprana después del parto vaginal en comparación con el alta habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No es favorable a ninguno de los dos
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

Comparación 2: Alta temprana después del parto por cesárea en comparación con el alta habitual

Cinco ensayos (4641 mujeres) incluyeron solamente a mujeres en las que se había previsto o se realizó un parto por cesárea. Los ensayos se realizaron cada uno en uno de los siguientes países: Bangladesh, Dinamarca, Egipto, Estados Unidos y Malasia, y se publicaron entre 1994 y el 2016. Las políticas de alta temprana después de la cesárea fueron diversas, con un alta entre el primero y el tercer día después del nacimiento. Las prácticas habituales en cuanto al momento del alta después de la cesárea fueron diferentes en los distintos entornos, entre 48 horas y siete días después del nacimiento. Ambos ensayos incluyeron visitas domiciliarias en el grupo de intervención. En dos ensayos, la atención posnatal después del alta fue similar en los grupos de intervención y de referencia: una consulta en el consultorio dos y seis semanas después del alta en un ensayo, e instrucciones estrictas sobre el cuidado de la herida y la lactancia materna en el otro.

Resultados maternos

Mortalidad materna: En una síntesis narrativa de dos ensayos no se indicó ninguna muerte materna en el plazo de un año después del parto por cesárea en las 1545 mujeres asignadas a una política de alta temprana ni en las 1653 mujeres asignadas al alta habitual.

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una política de alta temprana (no se describieron las intervenciones acompañantes) después del parto por cesárea puede reducir el número de mujeres que presentan problemas de salud en las primeras seis semanas después del parto en comparación con el alta habitual (1 ensayo, 200 mujeres; RR 0,25, IC del 95%: 0,11 a 0,59). La evidencia de certeza baja existente sugiere que una política de alta temprana (sin ninguna intervención acompañante) después del parto por cesárea puede tener poco o ningún efecto sobre el número de pacientes con depresión posparto en los seis meses siguientes en comparación con el alta habitual (2 ensayos, 3340 mujeres; RR 1,08, IC del 95%: 0,44 a 2,64).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una política de alta temprana (sin ninguna intervención acompañante) después del parto por cesárea puede implicar poca o ninguna diferencia en el riesgo de reingreso materno en seis semanas en comparación con el alta habitual (4 ensayos, 3605 mujeres; RR 1,05, IC del 95%: 0,74 a 1,49). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que una política de alta temprana (con visitas domiciliarias) después del parto por cesárea tenga poco o ningún efecto sobre el número de pacientes que tienen consultas adicionales con trabajadores de salud a causa de problemas de salud materna en las seis semanas siguientes, en comparación con el alta habitual (2 ensayos, 464 mujeres; RR 0,72, IC del 95%: 0,43 a 1,20).

En los ensayos incluidos no se informó sobre el funcionamiento y bienestar maternos o la experiencia de la atención posnatal en este subgrupo. Los resultados de costos se presentan en el apartado de Recursos.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad de recién nacidos y lactantes: No está claro si una política de alta temprana tiene algún efecto sobre el riesgo de mortalidad de los lactantes en 28 días en comparación con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si una política de alta temprana después del parto por cesárea tiene algún efecto sobre el reingreso del niño por morbilidad neonatal en siete días en comparación con el alta habitual (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que una política de alta temprana (sin ninguna intervención acompañante) después del parto por cesárea aumente el riesgo de reingreso del lactante por morbilidad neonatal en los 28 días siguientes en comparación con el alta habitual (4 ensayos, 3605 participantes; RR 1,57, IC del 95%: 1,24 a 1,99).

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que una política de alta temprana (sin ninguna intervención acompañante) después del parto por cesárea puede tener poco o ningún efecto sobre el número de mujeres que

utilizan la lactancia materna (exclusiva o parcial) a las seis semanas después del parto en comparación con el alta habitual (2 ensayos, 3340 participantes; RR 0,99, IC del 95%: 0,83 a 1,18).

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *morbilidad neonatal grave*.

Otras consideraciones

En la revisión sistemática Cochrane no se incluyó un análisis por separado según el momento del alta temprana para los partos vaginales y los partos por cesárea. Se realizaron otros análisis adicionales para complementar este resumen de la evidencia, evaluando los efectos del alta temprana antes de las 24 horas en comparación con el alta posterior según el tipo de parto (véase el suplemento en línea).⁴⁷

Valores

La evidencia en torno a los valores de las mujeres es la misma que para la comparación anterior.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de las políticas de alta temprana de los centros de salud después del parto por cesárea.

En un ensayo (265) se informó sobre los costos de la atención hospitalaria durante el período inmediatamente posterior a un parto por cesárea no planificado, hasta el momento del alta. Estos costos fueron de US\$ 7648 (71 mujeres) en el grupo con alta temprana, visitas domiciliarias y seguimiento telefónico (duración media de la internación de 3,6 días) y US\$ 10 971 (71 mujeres) en el grupo de alta tardía (duración media de la internación de 4,8 días) (diferencia de costos entre los grupos de US\$ 3323). En el mismo ensayo se presentó los costos combinados de la atención comunitaria (costo medio de las visitas de enfermeras especialistas [en el hospital y en el hogar], los gastos por cuidadores a domicilio, visitas de cuidados agudos [después del alta] y los gastos de rehospitalización), que fueron de entre US\$ 516 (61 mujeres) en las participantes del

Cuadro 3.79 Principales necesidades de recursos para el alta temprana después del parto por cesárea

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> El mismo personal designado para la atención posnatal de las mujeres y los recién nacidos en los centros de salud (personal médico, de enfermería o partería, asistentes sociales u otro prestador). Podría requerir personal adicional para el seguimiento después del alta temprana (visitas domiciliarias, seguimiento telefónico)
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Igual que la capacitación sistemática de trabajadores de salud basada en la práctica Puede requerir personal adicional y sesiones de capacitación o entrenamiento para el seguimiento después del alta temprana
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Igual que la atención habitual para la atención posnatal en el centro de salud Podría requerir insumos adicionales para el seguimiento después del alta temprana, incluido el cuidado de la herida de la cesárea
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Mismo equipo básico adecuado para la atención posnatal y que esté disponible en cantidades suficientes en todo momento en la sala de atención posnatal Podría requerir un equipamiento adicional disponible para el seguimiento después del alta temprana
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Mismas necesidades de tiempo para el ingreso y el alta de la sala posnatal; varía en función de la duración de la estancia después del parto. Podría requerir menos tiempo del personal en general antes del alta y el mismo o mayor tiempo para el seguimiento después del alta temprana (tiempo de desplazamiento para visitas domiciliarias, tiempo para las visitas domiciliarias, contactos telefónicos). Aumento del tiempo de las mujeres y los cuidadores (para el desplazamiento de los trabajadores de salud, tiempo que la persona de apoyo de la mujer tiene que ausentarse del trabajo después del alta)
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de apoyo y revisión regulares por parte de los responsables de la sala, el consultorio o el centro de salud Podría requerir la creación y potenciación de sistemas de seguimiento después del alta temprana (integración del personal de partería o enfermería en la atención posnatal domiciliaria, centro de redes de trabajadores de salud, integración de la atención posnatal en los centros de salud y en la comunidad)

47 Puede accederse al suplemento en línea en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989> [en inglés].

grupo de alta temprana (24 horas o menos después del parto por cesárea) y US\$ 519 (61 mujeres) en las participantes del grupo de alta tardía (al menos 48 horas después del parto por cesárea) (diferencia de costos entre los grupos de US\$ 3).

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a los recursos son las mismas que para la comparación anterior.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de una política de alta temprana de los centros de salud después de un parto por cesárea. El resto de la evidencia es la misma que para la comparación anterior.

Otras consideraciones

Las consideraciones adicionales en torno a la equidad son las mismas que en la comparación anterior.

Aceptabilidad

La evidencia en torno a la aceptabilidad es la misma que para la comparación anterior.

Viabilidad

La evidencia en torno a la viabilidad es la misma que para la comparación anterior.

Cuadro 3.80 Resumen de valoraciones: Alta temprana después del parto por cesárea en comparación con el alta habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Pequeños
Efectos indeseables	Moderados
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No es favorable a ninguno de los dos
Recursos necesarios	Costos y ahorros insignificantes
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Depende de cada caso

C.3 Criterios que deben evaluarse antes del alta del centro de salud después del parto

RECOMENDACIÓN 46

Antes de dar el alta del centro de salud a las mujeres y los recién nacidos después del parto para su traslado al hogar, los trabajadores de salud deben evaluar los siguientes criterios para mejorar los resultados maternos y neonatales:

- **el bienestar físico de la mujer y el recién nacido, y el bienestar emocional de la mujer;**
- **las destrezas y la confianza de la mujer para cuidar de sí misma y las destrezas y la confianza de los padres y cuidadores para cuidar al recién nacido; y**
- **el entorno del hogar y otros factores que puedan influir en la capacidad de proporcionar atención a la mujer y al recién nacido en el hogar, y el comportamiento de búsqueda de atención de salud.**

(Recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices consideró los criterios de alta para las mujeres y los recién nacidos a término sin complicaciones descritos en los documentos de política e investigación encontrados en una revisión del tema (97).
- Estos criterios deben evaluarse para orientar a los trabajadores de salud en la detección y el manejo de los problemas antes del alta; para proporcionar información según las necesidades individuales de la mujer, el recién nacido y la familia; y para establecer vínculos con la atención de seguimiento y el apoyo adicional que pueda ser necesaria.
- Las estrategias eficaces de asesoramiento y comunicación, utilizando métodos culturalmente aceptables que respeten y faciliten la toma de decisiones compartida, son parte integrante de la evaluación de los criterios de alta

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones

La evidencia procedió de una revisión del tema de la preparación para el alta y la preparación en los centros de salud antes del alta tras el parto (97). En los documentos de política y de investigación encontrados en la revisión del tema no se evaluaron los efectos del uso de criterios para el alta.

Otras consideraciones

En la revisión del tema se encontraron 13 documentos de política y 17 documentos de investigación con criterios para el alta. Los documentos de investigación fueron estudios de investigación (9), artículos de revisión (3), comentarios (2), una tesis (1), un artículo de noticias médicas (1) y un informe de evaluación no publicado (1). De los 13 documentos de política, 12 eran documentos específicos posnatales y uno se refería al alta de los recién nacidos prematuros. De los 17 documentos de investigación, 14 se referían al alta posnatal, dos eran específicos para el alta de los recién nacidos prematuros y uno se centraba en el alta de los niños hospitalizados. Los documentos de política procedían de Canadá, India, Estados Unidos y Reino Unido, y cinco tenían un enfoque mundial. Los documentos de investigación procedieron de Canadá, Chile, Francia, Irlanda, España, Estados Unidos, Polonia, Reino Unido, República Bolivariana de Venezuela y Turquía.

Tres criterios mínimos de alta fueron los más comúnmente mencionados en los documentos

de política y de investigación: a) evaluación de la estabilidad fisiológica de la madre y del recién nacido; b) conocimientos, capacidad y confianza en cuanto al autocuidado de la mujer y la atención del recién nacido; y c) disponibilidad de cuidados para atender a la mujer y al recién nacido tras el alta. La mayoría de los documentos mencionaban como criterio la evaluación de la estabilidad fisiológica de la madre y el recién nacido. En los documentos de política, los componentes incluidos con más frecuencia fueron la exploración física, la nutrición y el peso del recién nacido. Los documentos de investigación reflejaban esto mismo, con componentes para evaluar el estado físico del recién nacido que se mencionaban con más frecuencia que la evaluación de la salud materna. La mayoría de los documentos indicaban la evaluación del conocimiento, la capacidad y la confianza con respecto al autocuidado y el cuidado infantil, incluida la lactancia materna. En los documentos de política (8) y de investigación (9) se mencionaba la evaluación de la disponibilidad de una atención obstétrica o de partería e infantil después del alta. La evaluación de las disposiciones oportunas para el seguimiento fue el componente mencionado con mayor frecuencia. Otros componentes fueron la designación de un centro de salud para casos de emergencia y los vínculos con los servicios posnatales comunitarios (por ejemplo, instrucciones o planes de seguimiento y vacunaciones).

La evaluación del apoyo disponible en el hogar se mencionaba con mucha más frecuencia en los documentos de investigación (14) que en los de políticas (3). Los documentos de investigación mencionaban una amplia gama de factores del entorno del hogar (por ejemplo, violencia doméstica, preocupaciones económicas y tabaquismo pasivo). En los documentos de investigación también se informaba con mayor frecuencia sobre la evaluación del bienestar emocional de las mujeres (por ejemplo, depresión y dónde y cuándo buscar apoyo, consumo de sustancias psicoactivas y disponibilidad de apoyo en el hogar) y los factores de riesgo social (por ejemplo, barreras idiomáticas, residencia local u obstáculos para el acceso a los servicios, y edad de la madre).

Valores

Véase el recuadro 3.14 del apartado 3.C: Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud.

Además, los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud en relación con el alta hospitalaria posnatal (22) sugieren que las mujeres valoran la educación posnatal que se les proporciona a ellas y a sus parejas y familias para asegurar la confianza de los progenitores, y la oportunidad de practicar la atención con el apoyo de

una partera (evidencia de confianza moderada). Tanto las mujeres como los hombres valoran su autonomía en relación con el proceso de alta (evidencia de confianza moderada), incluidas las decisiones sobre el momento del alta, el reconocimiento adecuado por parte del personal del hospital y la disponibilidad de atención sin interferencias directas ni intrusividad.

En una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) indica que las mujeres valoran una amplia variedad de información y fuentes de apoyo para ayudarlas a enfrentar la transición a la maternidad (evidencia de confianza alta). Para facilitar esta transición, las mujeres describen una variedad de características de los trabajadores de salud, como la capacidad de ofrecer una atención segura, amable y respetuosa y la sensibilidad para reconocer las necesidades individuales y las preferencias culturales (evidencia de confianza moderada).

Recursos

La revisión del tema sobre la preparación para el alta y la preparación en los centros de salud antes del alta tras el parto incluyó cualquier tipo de documento que describiera el alta después del parto, incluida la investigación publicada de evaluaciones económicas. No se encontraron estudios económicos.

Cuadro 3.81 Principales necesidades de recursos para evaluar la preparación para el alta antes del alta del centro de salud después del parto

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal de enfermería, de partería, médico, asistentes sociales u otro prestador
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Varía en función de los criterios utilizados para la evaluación para el alta y la atención habitual. Podría requerir capacitación adicional de los trabajadores de salud (enfermería, partería, médico) e iniciativas organizadas para mejorar la evaluación de la preparación y disposición para el alta
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Varía según los criterios utilizados en la evaluación para el alta y la atención habitual disponible. Podría requerir el uso de materiales educativos y guías prácticas
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Varía según los criterios utilizados en la evaluación para el alta y la atención habitual disponible. Podría ser necesario crear y mejorar sistemas de evaluación para el alta, por ejemplo mediante el establecimiento de redes de trabajadores de salud, hospitales, aseguradoras, organismos sociales y organizaciones comunitarias, a fin de garantizar la agilización e integración de la atención
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Varía según los criterios utilizados en la evaluación para el alta y la atención habitual disponible. Es probable que requiera tiempo adicional del trabajador de salud para la aplicación de los criterios
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Varía según los criterios utilizados en la evaluación para el alta y la atención habitual disponible. Podría requerir una supervisión y evaluación adicionales de la calidad de la evaluación para el alta y las enseñanzas previas (por ejemplo, como indicador del proceso para medir las competencias y la capacidad de los prestadores de atención para preparar a las mujeres, los progenitores o los cuidadores).

Equidad

En la revisión del tema no se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de evaluar la preparación para el alta antes del alta del centro de salud tras el parto. El uso de los criterios como parte de la evaluación para el alta puede aumentar la equidad, ya que puede identificar a las mujeres, los recién nacidos y las familias que más necesitan atención y apoyo adicionales, señalando así intervenciones específicas que conduzcan a una gestión y un uso eficientes de los recursos de atención de la salud.

Aceptabilidad

En la síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud observadas en la revisión del tema se encontró que los progenitores apreciarían el empleo de procedimientos durante el alta hospitalaria posnatal que mejoraran sus conocimientos y destrezas prácticas relativas al cuidado de sí mismos y de los recién nacidos y mitigaran la depresión posparto (evidencia de confianza moderada) (22).

Los resultados indican también que a menudo se considera que la atención a las mujeres se pasa por alto durante el período de atención posnatal, con un énfasis predominante en el cuidado del recién nacido (evidencia de confianza moderada) y se da por supuesto que las mujeres reciben la información que necesitan durante la atención prenatal (evidencia de confianza baja). El proceso de alta a menudo es visto como apresurado tanto por las mujeres como por los trabajadores de salud, con un aporte de demasiada información, un deseo de las mujeres de irse a casa pronto, limitaciones de tiempo y una escasez de personal de salud (evidencia de confianza baja). En algunos casos, las mujeres pueden preferir irse a su casa rápidamente (evidencia de confianza baja). Los trabajadores de salud indicaron que apreciarían directrices y capacitación más personalizadas para proporcionar educación en materia de salud posnatal a las mujeres y las familias (evidencia de confianza moderada), y las mujeres y los hombres, así como los trabajadores de salud, valoran el compromiso y la disposición tanto de los progenitores como de las familias en la atención posnatal (evidencia de confianza moderada). La evidencia indirecta de una síntesis cualitativa de las experiencias de las mujeres

con la atención posnatal (28) indica que las mujeres valoran la información clara y coherente sobre el alta, en especial si se adapta a sus necesidades individuales (evidencia de confianza alta). La evidencia de la misma revisión también indica que, si bien las mujeres reconocen la prioridad clínica de supervisar los resultados del recién nacido o el lactante, también consideran que las evaluaciones posnatales deben incorporar el bienestar psicológico y emocional materno (evidencia de confianza alta). Por lo tanto, es menos probable que las mujeres aprecien los criterios de la preparación para el alta que se centran únicamente en los resultados clínicos y de desarrollo relativos al lactante o en los resultados maternos clínicos o fisiológicos (evidencia de confianza alta).

Viabilidad

La síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud sobre el alta sugiere que la falta de tiempo debida a la escasez de personal (evidencia de confianza baja), la falta de capacitación del personal (evidencia de confianza moderada), la falta de disponibilidad de información en diferentes idiomas, las limitaciones económicas o de seguro de salud que afectan la duración de la internación, y las normas sociales que afectan la forma en que se recibe la educación en materia de salud de atención posnatal (evidencia de confianza moderada) pueden limitar el uso de criterios de evaluación para el alta (22).

La evidencia indirecta de una síntesis cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) sugiere que en algunos contextos hay escasez de personal, falta de recursos básicos y falta de privacidad en los entornos posnatales, todo lo cual puede afectar la capacidad de los trabajadores de salud de realizar una evaluación más completa para el alta de las mujeres bajo su cuidado (evidencia de confianza baja a moderada).

La evidencia indirecta de una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las opiniones y las experiencias de los trabajadores de salud sobre la atención posnatal (29) sugiere que la falta de personal y la carga de trabajo elevada limitaron la disponibilidad y la calidad de los servicios, incluida la atención en el momento del alta después del parto. Las tareas administrativas relacionadas con el alta y el papeleo aumentaron la carga de trabajo de los trabajadores de salud e

hicieron que algunas parteras consideraran que su capacidad de prestar una atención de calidad centrada en la mujer se veía comprometida ya que no podían pasar suficiente tiempo con cada mujer y evaluar sus necesidades; por lo tanto, no siempre se abordaron plenamente los problemas de la madre o del recién nacido. La evidencia indirecta existente también sugiere que los prestadores de atención posnatal consideraron que carecían de capacitación suficiente sobre los exámenes del recién nacido (evidencia de confianza moderada). Los prestadores de la atención percibieron la necesidad de establecer relaciones de confianza y sensibilidad con las mujeres, y de proporcionarles una información suficiente y oportuna (evidencia de confianza baja). La falta de continuidad de la atención y de políticas o directrices comunes entre los diferentes profesionales y niveles de servicios de salud materna puede limitar la oferta de información coherente y de asesoramiento sobre la lactancia materna (evidencia de confianza moderada).

Cuadro 3.82 Resumen de valoraciones: Uso de criterios de evaluación para el alta en comparación con ningún criterio u otros criterios

Dominio	Valoración
Efectos deseables	No se sabe
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	No se incluyó ningún estudio
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

C.4 Enfoques para fortalecer la preparación para el alta del centro de salud al hogar después del parto

RECOMENDACIÓN 47

Se recomienda proporcionar información, intervenciones educativas y asesoramiento para preparar a las mujeres, los padres y los cuidadores para el alta del centro de salud después del nacimiento, a fin de mejorar los resultados de salud materna y neonatal, y facilitar la transición al hogar. Se debe contar con materiales educativos, como folletos impresos o digitales de educación sobre la salud, infografías para grupos de población semianalfabetizados y guías prácticas. (Recomendado)

Observaciones

- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) se mostró de acuerdo en que la evidencia existente es insuficiente para determinar si algún enfoque concreto para fortalecer la preparación para el alta es más eficaz que los demás. Con la evidencia directa e indirecta actual se establecieron enfoques con los siguientes componentes: asesoramiento, educación en materia de salud y aporte de información; disponibilidad de recursos educativos, incluidas las guías prácticas; actividades para fortalecer las capacidades de los prestadores de atención; y garantizar que se establezcan vínculos con la atención de seguimiento después del alta.
- El GDG destacó que se deben establecer vínculos para garantizar la continuidad de la atención después del alta, incluidos los necesarios con el personal de salud comunitario, otros servicios sociales o el apoyo adicional según la disponibilidad y necesidades.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro C.4 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión del tema de la preparación para el alta y la preparación en los centros de salud antes del alta tras el parto (91). La revisión incluyó ocho artículos de investigación sobre intervenciones para mejorar la aplicación de la preparación para el alta. Uno de ellos fue un ECA y otro una evaluación no aleatorizada, en los que se utilizó un grupo de comparación; estos dos estudios se tuvieron en cuenta en este resumen de la evidencia.

Comparación 1: Folletos educativos impresos para las mujeres en comparación con folletos de control

En un ECA (387 mujeres) realizado en Líbano se estudió a mujeres en período posparto con un recién nacido vivo, a las que se asignó aleatoriamente la entrega de un folleto educativo impreso en comparación con un grupo que recibió folletos de control sobre la seguridad infantil. Los resultados se evaluaron de 6 a 20 semanas después del parto.

Resultados maternos

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que los folletos educativos impresos aumenten las consultas posparto con un profesional de la salud en comparación con los folletos de control (1 ensayo; 387 mujeres; proporción de consultas con un profesional de la salud en el grupo de intervención: 85%; proporción de consultas con un profesional de la salud en el grupo de referencia: 55%; diferencia en las proporciones: 30%; $p < 0,001$).

Experiencia de la atención posnatal: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable

que los folletos educativos impresos aumenten la satisfacción materna en comparación con los folletos de control (1 ensayo; 387 mujeres; proporción satisfecha en el grupo de intervención: 57,2%; proporción satisfecha en el grupo de referencia: 38,9%; diferencia en las proporciones: 18,3%, $p < 0,001$).

En el estudio incluido no se informó sobre la *morbilidad materna*, el *funcionamiento y bienestar maternos*, el *autocuidado en el hogar* o la *preparación para el alta*.

Resultados neonatales

No se presentaron resultados neonatales en el estudio incluido.

Resultados en el sistema de salud

No se presentaron resultados en el sistema de salud en el estudio incluido.

Comparación 2: Educación en materia de salud para el alta proporcionada por personal de enfermería designado en comparación con la atención habitual

En un estudio no aleatorizado (60 mujeres) realizado en Estados Unidos se evaluó el efecto de la educación en materia de salud para el alta (proporcionada por una enfermera designada) en comparación con la atención de rutina en mujeres con recién nacidos sanos. En el estudio se evaluó la disposición para el alta de las mujeres antes del alta.

Comparación 2: Educación en materia de salud para el alta proporcionada por personal de enfermería designado en comparación con la atención habitual

En un estudio no aleatorizado (60 mujeres) realizado en Estados Unidos se evaluó el efecto de la educación en materia de salud para el alta (proporcionada por una enfermera designada) en comparación con la

atención de rutina en mujeres con recién nacidos sanos. En el estudio se evaluó la disposición para el alta de las mujeres antes del alta.

Resultados maternos

Preparación para el alta: No está claro si la educación en materia de salud para el alta proporcionada por una enfermera designada aumenta la disposición para el alta por lo que respecta al estado personal, los conocimientos, la capacidad de afrontamiento y el apoyo esperado, en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

En el estudio incluido no se informó sobre la *morbilidad materna, el funcionamiento y bienestar maternos, el autocuidado en el hogar, el uso de los servicios de salud o la experiencia de la atención posnatal.*

Resultados neonatales

No se presentaron resultados neonatales en el estudio incluido.

Resultados en el sistema de salud

No se presentaron resultados en el sistema de salud en el estudio incluido.

Otras consideraciones

En la revisión del tema se encontró un estudio no aleatorizado (80 mujeres) en el que se evaluó el efecto de la educación en materia de salud para el alta a través de sesiones que comenzaron entre las 32 y 36 semanas de embarazo y se mantuvieron hasta 4 a 6 semanas después del parto, en comparación con la atención de rutina, en mujeres con recién nacidos sanos (266). La primera sesión durante el embarazo abarcó la preparación para el trabajo de parto y cuestiones relacionadas con el parto y el posparto; la segunda sesión se llevó a cabo antes del alta e incluyó la atención al recién nacido y la lactancia materna; y se realizó una tercera sesión entre las 4 y 6 semanas del nacimiento, con educación en materia de salud sobre la autoeficacia y la calidad de vida después del parto. El resultado presentado en este estudio fue la preparación para el alta y la calidad de vida notificada.

No está claro si la educación sobre el alta a través de sesiones que comienzan entre las 32 y 36 semanas de embarazo aumenta la preparación para el alta en comparación con la atención habitual (92,5% en el grupo de intervención frente a 67,5% en el grupo de referencia, $p = 0,005$) (evidencia de certeza muy baja).

En una revisión sistemática publicada en el 2013 también se evaluó el impacto de las intervenciones de

educación en materia de salud después del parto en la salud del niño y en los conocimientos de los padres (267). Las intervenciones de educación en materia de salud incluyeron la mejora del sueño del lactante, el comportamiento del lactante, la salud general después del nacimiento, la atención del lactante y la seguridad del lactante. La revisión observó que la evidencia era insuficiente para determinar los efectos de cualquier enfoque, y los autores concluyeron que los beneficios de los programas de educación en materia de salud para las participantes y los recién nacidos siguen sin estar claros.

Valores

Véase el recuadro 3.14 del apartado 3.C: Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud.

Además, los resultados de una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud en relación con el alta hospitalaria posnatal (22) sugieren que las mujeres valoran la educación posnatal que se les proporciona a ellas y a sus parejas y familias para asegurar la confianza de los progenitores, y la oportunidad de practicar la atención con el apoyo de una partera (evidencia de confianza moderada). Tanto las mujeres como los hombres valoran su autonomía en relación con el proceso de alta (evidencia de confianza moderada), incluidas las decisiones sobre el momento del alta, el reconocimiento adecuado por parte del personal del hospital y la disponibilidad de atención sin interferencias directas ni intrusividad.

Además, una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) indica que las mujeres valoran una amplia variedad de información y fuentes de apoyo para ayudarlas a enfrentar la transición a la maternidad (evidencia de confianza alta). Para facilitar esta transición, las mujeres describen una variedad de características de los trabajadores de salud, como la capacidad de ofrecer una atención segura, amable y respetuosa y la sensibilidad para reconocer las necesidades individuales y las preferencias culturales (evidencia de confianza moderada).

Recursos

La revisión del tema sobre la preparación para el alta y la preparación en los centros de salud antes del alta tras el parto incluyó cualquier tipo de documento que describiera el alta después del parto, incluida la investigación publicada de evaluaciones económicas. No se encontraron estudios económicos.

Cuadro 3.83 Principales necesidades de recursos para fortalecer la preparación para el alta del centro de salud al hogar después del parto

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal designado para la preparación para el alta (enfermera de alta, personal capaz de proporcionar atención centrada en la familia)
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Varía dependiendo del enfoque adoptado para fortalecer la preparación para el alta y la atención habitual. Podría requerir sesiones adicionales de educación en materia de salud o capacitación del personal de enfermería, partería y trabajadores de salud
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Varía dependiendo del enfoque adoptado para fortalecer la preparación para el alta. Podría requerir materiales educativos impresos para las mujeres y manuales para los trabajadores de salud, así como formularios de alta, carpeta de alta (por ejemplo, para registrar la educación en materia de salud y el seguimiento de la mujer en todo el proceso), paquetes de recursos
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Varía dependiendo del enfoque adoptado para fortalecer la preparación para el alta y la atención habitual. Podría requerir la creación y mejora de sistemas para la aplicación de intervenciones de preparación para el alta, como la integración del personal de partería o enfermería en la atención posnatal domiciliaria, el establecimiento de redes de trabajadores de salud, hospitales, aseguradoras, agencias sociales y organizaciones comunitarias para garantizar que se agilice la atención, y los planes de atención de alta individualizados.
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Varía dependiendo del enfoque adoptado para fortalecer la preparación para el alta y la atención habitual. Es probable que requiera tiempo adicional para que el personal participe en la capacitación, así como recursos (humanos y económicos) para la capacitación en cascada
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Varía dependiendo del enfoque adoptado para fortalecer la preparación para el alta y la atención habitual. Podría requerir supervisión, seguimiento y apoyo adicionales para que el personal aplique la preparación para el alta

Equidad

En la revisión del tema no se encontró evidencia directa sobre el impacto de los enfoques de aplicación de la preparación para el alta en la equidad en la salud. Los enfoques para la preparación para el alta pueden aumentar la equidad, ya que pueden facilitar la prestación de una atención específica a las mujeres, los recién nacidos y las familias según sus necesidades y contextos. Sin embargo, la aplicación de esas intervenciones puede requerir una infraestructura de atención de la salud y trabajadores de salud capacitados, cuya disponibilidad es limitada en muchos países de ingresos bajos. Las intervenciones de preparación para el alta que utilizan materiales impresos podrían afectar la equidad si no se toman medidas para abordar las necesidades de los grupos de población que no leen, o si no se tienen en cuenta las necesidades de folletos en diferentes idiomas.

Aceptabilidad

En la síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud sobre el alta (22) se encontró que la madre y el padre apreciarían el empleo de procedimientos durante el alta hospitalaria posnatal que mejoraran sus conocimientos y destrezas

prácticas relativas al cuidado de sí mismos y de los recién nacidos y sobre la forma de mitigar la depresión posparto (evidencia de confianza moderada). La atención a las mujeres a menudo se pasa por alto durante el período posnatal, con un énfasis predominante en el cuidado del recién nacido (evidencia de confianza moderada) y dando por supuesto que las mujeres reciben la información que necesitan durante la atención prenatal (evidencia de confianza baja). El proceso de alta a menudo es visto como apresurado tanto por las mujeres como por los trabajadores de salud, con un aporte de demasiada información, un deseo de las mujeres de irse a casa pronto, limitaciones de tiempo y una escasez de personal de salud (evidencia de confianza baja). En algunos casos, las mujeres pueden preferir irse a su casa rápidamente (evidencia de confianza baja). Los trabajadores de salud indicaron que apreciarían disponer de directrices y capacitación más personalizadas para proporcionar educación en materia de salud posnatal a las mujeres y las familias (evidencia de confianza moderada), y tanto las mujeres como los hombres, así como los trabajadores de salud, valoran el compromiso y la preparación de los progenitores y las familias en la atención posnatal (evidencia de confianza moderada).

La evidencia indirecta de una síntesis cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) indica que las mujeres valoran la información clara y coherente sobre el alta, en especial si se adapta a sus necesidades individuales (evidencia de confianza alta). La evidencia de la misma revisión también indica que las mujeres pueden estar enfrentándose a una amplia variedad de emociones difíciles durante el período posnatal temprano (como las de alegría, fatiga, depresión, agotamiento y trauma), por lo que es posible que no sean receptivas a grandes cantidades de información relativa a las prácticas de alta (evidencia de confianza moderada a alta). Por lo tanto, es probable que las mujeres aprecien los enfoques flexibles para la preparación para el alta, que incorporen múltiples consultas con los trabajadores de salud, oportunidades para comentar temas y preocupaciones con el personal pertinente e información sobre cómo acceder a los servicios y al personal después del alta (evidencia de confianza moderada a alta).

Viabilidad

La síntesis de la evidencia cualitativa sobre las perspectivas de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud (22) sugiere que la falta de tiempo debida a la escasez de personal (evidencia de confianza baja), la falta de capacitación del personal (evidencia de confianza moderada), la falta de disponibilidad de información en diferentes idiomas, las limitaciones económicas o de cobertura de seguro que afectan la duración de la internación y las normas sociales que afectan la forma en que se recibe la educación en materia de salud de atención posnatal (evidencia de confianza moderada) pueden limitar la aplicación de los enfoques de preparación para el alta.

La evidencia indirecta de una síntesis cualitativa de las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) sugiere que en algunos contextos hay escasez de personal, falta de recursos básicos y falta de privacidad en los entornos posnatales, todo lo cual puede afectar la capacidad de proporcionar a las mujeres una preparación adecuada para el alta (evidencia de confianza baja a moderada).

La evidencia indirecta de una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las opiniones y las experiencias de los trabajadores de salud sobre la atención posnatal (29) sugiere que la falta de personal y la carga de trabajo elevada limitaron la disponibilidad y la calidad de los servicios, incluida la atención en el momento del alta después del parto. La falta de continuidad de la atención y de políticas o directrices comunes entre los diferentes profesionales y niveles de servicios de salud materna puede limitar también la oferta de información coherente y de asesoramiento sobre la lactancia materna (evidencia de confianza moderada).

Cuadro 3.84 Resumen de valoraciones:
Enfoques para fortalecer la preparación para el alta en comparación con la atención habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Depende de cada caso
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Moderada
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

C.5 Visitas domiciliarias para las consultas de atención posnatal

RECOMENDACIÓN 48

Se recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana después del nacimiento, por parte de personal de salud calificado o de un agente comunitario de salud capacitado para la atención posnatal de mujeres y recién nacidos sanos. Cuando las visitas domiciliarias no sean factibles o no sean la opción preferida, se recomiendan las consultas de atención posnatal ambulatoria. (Recomendado)

Observaciones

- Al hacer esta recomendación, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) consideró la evidencia derivada de los ensayos en los que las visitas domiciliarias para la prestación de atención posnatal se realizaron principalmente durante la primera semana después del nacimiento.
- El contenido de la atención posnatal durante las visitas domiciliarias en los ensayos incluyó evaluaciones del bienestar físico de la mujer y del recién nacido y el bienestar emocional de la mujer con derivación para atención adicional cuando fuera necesario, educación en materia de salud, asesoramiento y promoción y apoyo de la lactancia materna.
- El GDG señaló que la mayoría de los ensayos que mostraban una reducción en la mortalidad neonatal se realizaron en entornos rurales de bajos recursos y con un bajo acceso a los servicios de salud e incluyeron paquetes comunitarios con visitas domiciliarias de agentes comunitarios de salud adecuadamente capacitados, acompañados de visitas domiciliarias prenatales y de una movilización comunitaria.
- La capacidad del sistema de salud de proporcionar visitas domiciliarias de atención posnatal debe evaluarse sobre la base de la disponibilidad local de personal de salud calificado y formado, la distribución de tareas entre el personal de salud y las responsabilidades competitivas con las de otros programas de salud, la capacidad de proporcionar capacitación y supervisión iniciales y de forma continuada, el contenido de las visitas domiciliarias de atención posnatal, la accesibilidad para los grupos de población de difícil acceso, la coordinación entre los servicios de los centros de salud y los de la comunidad, y la sostenibilidad del programa de visitas domiciliarias y de los sistemas de suministro.

Resumen de la evidencia y consideraciones: Visitas domiciliarias para consultas de atención posnatal en comparación con la atención habitual

Efectos de las intervenciones (cuadro C.5a de la BE)

En una revisión sistemática (244) en la que se evaluó la efectividad y la relación costo-eficacia de las visitas domiciliarias durante el período posnatal temprano en comparación con ninguna visita domiciliaria, con la inclusión de nueve ECA con un total de 93 083 recién nacidos, se aportaron datos sobre la mortalidad neonatal. Los ensayos se realizaron en Bangladesh (2), Ghana (1), India (3), Pakistán (2) y República Árabe Siria (1). La intervención fue aplicada por agentes comunitarios de salud adecuadamente formados en todos los estudios, excepto en dos, que crearon a un grupo más amplio de trabajadores de salud (agentes comunitarios de salud, profesionales médicos, personal de partería o enfermería). En la mayoría de los estudios, las visitas domiciliarias comenzaron en el período prenatal. El número de visitas posnatales varió entre una y ocho, con más de tres visitas en cuatro ensayos. El momento de realización de la visita posnatal varió entre el día 1 y el día 28 después del nacimiento.

En una revisión sistemática Cochrane (243), en la que se evaluaron los resultados maternos y neonatales de diferentes programas de visitas domiciliarias durante el período posnatal temprano, con la

inclusión de 16 ECA con un total de 11 718 mujeres, se aportó información sobre los demás resultados prioritarios. Esta revisión excluyó los ensayos en los que la inclusión de las mujeres y la aplicación de la intervención se llevaron a cabo durante el período prenatal. En este resumen de la evidencia se tuvieron en cuenta dos ensayos (969 mujeres), que fueron un ensayo con aleatorización individual en tres grupos (903 mujeres) y un ECA (66 mujeres). El ensayo de tres grupos se llevó a cabo en la República Árabe Siria e incluyó a mujeres con cualquier número de partos previos, con un parto vaginal o por cesárea (1103 mujeres). El otro ensayo se realizó en Turquía e incluyó solamente a mujeres primíparas con un parto vaginal. Las mujeres fueron dadas de alta del hospital después de 24 horas en los dos ensayos. El número y el contenido de las visitas, y los tipos de trabajadores de salud que realizaron las visitas, fueron diversos. En un ensayo se comparó una visita posnatal tres días después del nacimiento realizada por un colaborador adecuadamente formado y centrada en la educación en materia de salud sobre la lactancia materna con ninguna visita domiciliaria posnatal. En el ensayo de tres grupos se comparó una visita domiciliaria (el día 1 después del nacimiento) y cuatro visitas domiciliarias (en los días 1, 3, 7 y 30 después del nacimiento) realizadas por personal de partería titulado con ninguna visita domiciliaria o con la atención posnatal planificada después del alta hospitalaria.

Comparación: Visitas domiciliarias para consultas de atención posnatal en comparación con la atención habitual

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la morbilidad materna grave en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 876 mujeres; RR 0,97, IC del 95%: 0,80 a 1,17). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la hemorragia posparto secundaria o sobre el dolor abdominal hasta 42 días después del parto en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre el dolor de espalda hasta 42 días después del parto en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 876 mujeres; RR 0,96, IC del 95%: 0,83 a 1,11). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la fiebre materna hasta 42 días después del parto, sobre las complicaciones urinarias hasta 42 días después del parto o sobre la dispareunia, en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Experiencia de la atención posnatal: No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la satisfacción materna respecto a la atención posnatal en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Uso de los servicios de salud: No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre las consultas no programadas en el hospital en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre el uso de anticonceptivos por parte de la madre en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 856 mujeres; RR 0,98, IC del 95%: 0,82 a 1,16).

En este ensayo no se informó sobre la *mortalidad materna*, la *morbilidad materna a largo plazo* o el *funcionamiento y bienestar maternos*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Mortalidad de recién nacidos y lactantes: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las visitas domiciliarias posnatales reduzcan la mortalidad neonatal en comparación con ninguna visita domiciliaria (9 ensayos, 93 083 recién nacidos; RR 0,76, IC del 95%: 0,62 a 0,92).

Morbilidad grave de recién nacidos y lactantes: No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la ictericia o sobre las infecciones de vías respiratorias de los lactantes dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que

las visitas domiciliarias posnatales pueden reducir la diarrea infantil en los 42 días posteriores al nacimiento, en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 861 lactantes; RR 0,85, IC del 95%: 0,74 a 0,98).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la vacunación del lactante en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 868 lactantes; RR 0,99, IC del 95%: 0,96 a 1,01). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre las consultas no programadas en el hospital en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

Situación de la lactancia materna: No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la lactancia materna exclusiva hasta las 6 semanas de vida en comparación con ninguna visita domiciliaria (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden aumentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en comparación con la atención habitual (3 ensayos, 816 lactantes; RR 1,50, IC del 95%: 1,15 a 1,94). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la lactancia materna hasta los 6 meses de vida en comparación con la atención habitual (2 ensayos, 822 lactantes; RR 1,01, IC del 95%: 0,99 a 1,04). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la duración media de la posible lactancia materna en comparación con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informó sobre la *morbilidad a largo plazo* o el *crecimiento*.

Otras consideraciones

En una revisión sistemática (244) en la que se evaluó la efectividad y la relación costo-eficacia de las visitas domiciliarias durante el período posnatal temprano en comparación con ninguna visita domiciliaria se presentaron los siguientes análisis por subgrupos.⁴⁸

- Tres visitas domiciliarias posnatales (4 ensayos; RR 0,70, IC del 95%: 0,53 a 0,91) en comparación con menos de tres visitas domiciliarias posnatales (5 ensayos; RR 0,77, IC del 95%: 0,61 a 0,98; heterogeneidad $p = 0,043$).
- Visitas domiciliarias de agentes comunitarios de salud (7 ensayos; RR 0,69, IC del 95%: 0,55 a 0,87) en comparación con visitas de trabajadores de salud (2 ensayos; RR 1,26, IC del 95%: 0,37 a 4,30; heterogeneidad $p = 0,001$).
- Medidas de movilización comunitaria con visitas domiciliarias para promover las prácticas de atención al recién nacido (6 ensayos; RR 0,69; IC

⁴⁸ No se dispuso de información sobre los ensayos y los participantes que aportaron datos para este análisis.

del 95%: 0,54 a 0,88) en comparación con las visitas domiciliarias solas (3 ensayos; RR 0,97, IC del 95%: 0,90 a 1,05; heterogeneidad $p = 0,001$).

- Intervenciones curativas (antibióticos inyectables) y preventivas (5 ensayos; RR 0,82, IC del 95%: 0,63 a 1,05) en comparación con tan solo intervenciones preventivas (4 ensayos; RR 0,70, IC del 95%: 0,48 a 1,03; heterogeneidad $p = 0,016$).

En un ECA grupal a nivel comunitario (268), publicado después de la revisión sistemática (244), se mostró que la atención domiciliaria prestada por agentes comunitarios de salud dedicados específicamente a ello (trabajadores de Shishu Rakshak y Anganwadi) fue eficaz para reducir las tasas de mortalidad de recién nacidos y lactantes de cinco distritos de India, incluidos los entornos con tasas altas de partos en centros de salud.

Valores

Véase el recuadro 3.14 del apartado 3.C: Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud.

Además, la evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) indica que las mujeres pueden experimentar períodos de bajo estado de ánimo, soledad, ansiedad y fatiga durante el período posnatal (evidencia de confianza moderada) y aprecian el asesoramiento, la tranquilidad y el apoyo (práctico y emocional) que reciben de los trabajadores de salud y los miembros de la familia durante este tiempo (evidencia de confianza alta). Algunas mujeres pueden tener dificultades derivadas del traumatismo físico y el trauma psicológico inducidos por el trabajo de parto y el parto (evidencia de confianza alta) o experimentar dificultades con la lactancia materna o tener dificultades para asumir su identidad como madres (evidencia de confianza moderada), por lo que es probable que valoren las visitas domiciliarias de trabajadores de salud para resolver estas preocupaciones. Las mujeres tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido durante el período

posnatal (evidencia de confianza moderada), por lo que es probable que valoren los resultados clínicos y de desarrollo relativos a su hijo.

Recursos

En una revisión sistemática (244) en la que se evaluó la efectividad y la relación costo-eficacia de las visitas domiciliarias durante el período posnatal temprano en comparación con ninguna visita domiciliaria se encontraron dos evaluaciones económicas (269, 270) (de calidad alta), realizadas junto con ensayos clínicos en Ghana y Bangladesh, en las que se informó sobre el costo incremental para los resultados de mortalidad neonatal. Se observó que las estrategias de atención neonatal domiciliaria tenían una relación costo-eficacia favorable según lo indicado por el costo por muerte neonatal evitada, los años de vida de recién nacidos salvados o los AVAD evitados, después de aplicar la inflación a los precios del 2016 y utilizando el PIB per cápita como referencia.

Otras consideraciones

Un análisis económico multinacional de evaluaciones de la atención materna y neonatal a nivel comunitario incluyó cinco ECA grupales (de Etiopía, Ghana, República Unida de Tanzania, Sudáfrica y Uganda) y evaluaciones programáticas del antes y el después (del Estado Plurinacional de Bolivia y Malawi) utilizando la herramienta de costos en la atención neonatal integrada (271). En cinco de los seis países, el programa tendría una relación costo-eficacia muy favorable (costo por AVAD evitado < PIB/cápita) según los umbrales utilizados por la OMS, aunque tan solo lograra la reducción de una muerte neonatal por 1000 nacidos vivos. El estudio observó que el principal impulsor de los costos era el número de agentes comunitarios de salud, que suponían más del 96% de los costos en cinco de los países. Los costos de puesta en marcha y de funcionamiento estandarizados por 100 000 habitantes fueron inferiores a US\$ 1 per cápita al año en seis de los siete países.

Cuadro 3.85 Principales requisitos de recursos para las visitas domiciliarias para las consultas de atención posnatal en comparación con la atención habitual

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal designado y capacitado para visitas domiciliarias posnatales
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Igual que la capacitación sistemática de trabajadores de salud basada en la práctica Personal adicional y sesiones de capacitación para el personal que realiza visitas domiciliarias
Insumos (272)	<ul style="list-style-type: none"> Los costos anuales equivalentes de los kits de visitas domiciliarias por agente comunitario de salud oscilaron entre US\$ 15 y US\$ 116 (cuatro visitas durante el período prenatal y posnatal por 100 000 habitantes) Insumos médicos (por ejemplo, analgésicos, comprimidos de hierro, anticonceptivos, antihelmínticos, mosquiteros, guantes) Registros comunitarios o familiares para introducir los resultados de las visitas y las solicitudes de derivación, tarjetas de asesoramiento o rotafolios Insumos para el personal (por ejemplo, botas, paraguas y bolsa, teléfono celular) Registros conservados en el hogar Tarjetas de información o asesoramiento para mujeres, progenitores o cuidadores con datos de contacto de los visitadores a domicilio
Equipamiento e infraestructura (272)	<ul style="list-style-type: none"> Sistema funcional de notificación de nacimientos para el personal que realiza las visitas domiciliarias Equipamiento portátil para realizar visitas domiciliarias (por ejemplo, básculas de pesaje, termómetro, reloj o cronómetro, bolsa, mascarilla) Acceso a transporte para realizar visitas domiciliarias posnatales (por ejemplo, bicicleta o vehículo motorizado)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> El tiempo total dedicado a las actividades del programa de visitas domiciliarias (visitas domiciliarias, tareas administrativas, preparación de visitas) fue de 3 a 13 horas por semana (271) <ul style="list-style-type: none"> El tiempo por visita domiciliaria fue de una mediana de 23 a 45 minutos Tiempo adicional necesario para las visitas domiciliarias (por ejemplo, para llevar a cabo una evaluación general del entorno del hogar y la interacción entre la madre y el niño) Tiempo de desplazamiento a la casa del cliente para visitas domiciliarias posnatales de 20 a 45 minutos
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisores formados, reuniones regulares de coordinación entre los centros o distritos de salud y el personal que realiza las visitas domiciliarias Sistemas para notificar el desabastecimiento de insumos para las visitas posnatales a domicilio

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de las visitas domiciliarias posnatales en comparación con la atención habitual. Las visitas domiciliarias posnatales pueden aumentar la equidad si se alcanza una cobertura de los binomios madre-hijo de los grupos de población de bajo nivel socioeconómico y de las zonas rurales, en las que es menos probable la prestación de la atención posnatal, o después de los partos en el hogar. Las visitas domiciliarias posnatales pueden aumentar aún más la equidad si reducen los costos para las mujeres y las familias, incluido el costo del desplazamiento y el cuidado de los hijos por parte de los hermanos, para apoyar y hacer posible la atención posnatal ambulatoria. Sin embargo, puede disminuir la equidad si la cobertura de las visitas domiciliarias es menor en los grupos de nivel socioeconómico bajo o en las zonas rurales, o si se prevé que las mujeres y las familias asuman el costo de las visitas de atención posnatal.

Otras consideraciones

Los recién nacidos enfrentan el riesgo máximo de muerte en su primer mes después del nacimiento, con una tasa mundial media de 18 muertes por 1000 nacidos vivos en el 2017 (9, 273). Las tasas de mortalidad neonatal más altas son las de África subsahariana y Asia meridional (hasta 27 muertes por 1000 nacidos vivos en el 2017) (273), con grandes disparidades entre los hogares más pobres y los más ricos (274).

Aceptabilidad

La evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) indica que las mujeres aprecian y valoran el apoyo práctico, psicosocial y emocional que reciben de los trabajadores de salud durante el período posnatal (evidencia de confianza alta). La evidencia existente también sugiere que, una vez que las mujeres están

en casa, aprecian tener diversas oportunidades de contacto con los servicios posnatales para facilitar su transición a la maternidad (evidencia de confianza moderada). Las mujeres de diversos entornos destacan como especialmente beneficiosas las visitas domiciliarias, ya que son cómodas y más relajantes para las mujeres y pueden aportar a los trabajadores de salud información importante sobre las circunstancias domésticas de la familia (evidencia de confianza moderada). La posibilidad de acudir a un consultorio sin cita previa, así como la disponibilidad de servicios fuera del horario de atención habitual y servicios telefónicos o en línea es también valorada por las mujeres (y las familias) que necesitan que los trabajadores de salud les proporcionen tranquilidad y apoyo en el hogar (evidencia de confianza moderada). En situaciones en las que las visitas domiciliarias ya están en funcionamiento, las mujeres aprecian que las visitas sean realizadas por el mismo profesional de la salud para establecer la relación de confianza y conocimiento de las circunstancias personales (evidencia de confianza moderada).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploraron las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) no se encontró evidencia directa relativa a la viabilidad de las visitas domiciliarias posnatales. La evidencia indirecta existente sugiere que los recursos necesarios (personal adicional, costos de desplazamiento) para realizar visitas domiciliarias en la comunidad pueden ser prohibitivos en algunos entornos de países de ingresos bajos y medianos, en especial en zonas rurales (evidencia de confianza baja).

En una síntesis de la evidencia cualitativa sobre las opiniones y experiencias de los trabajadores de salud respecto a la atención posnatal (29) se sugiere que la realización de visitas domiciliarias a veces puede constituir un verdadero reto para los trabajadores de salud, dadas las normas culturales y las dificultades para acceder a los hogares (malas condiciones de las carreteras, largas distancias, medios de transporte incómodos). La falta de personal y la carga de trabajo elevada limitaron su disponibilidad para realizar visitas de atención posnatal (evidencia de confianza baja). Los trabajadores de salud a veces priorizan algunos servicios antes que las visitas domiciliarias. El personal de enfermería de salud pública percibió que las visitas domiciliarias eran menos valiosas y no eran comprendidas adecuadamente por sus colegas profesionales y por los gestores, y expresaron su preocupación de que, si se eliminaban estos programas, algunas mujeres podrían no tener acceso a una atención posnatal alternativa (evidencia de confianza baja). Los trabajadores de salud sugirieron que las razones por las que las mujeres no pueden acudir a los consultorios incluyen la falta de transporte, la falta de dinero, los conceptos erróneos de que los trabajadores de salud están acaparando los insumos y obteniendo ganancias económicas injustificadas, las creencias

y prácticas culturales, la falta de conocimiento de la importancia de algunos servicios y las barreras idiomáticas (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

En un examen multinacional de los programas con métodos mixtos (275) de 12 países de ingresos bajos y medianos se llegó a la conclusión de que los países realizaban visitas domiciliarias de atención posnatal principalmente como parte de su movilización comunitaria más amplia para los programas de salud materno-infantil. Los países utilizaron diversos tipos de programación de las visitas, que se centraron en las primeras dos semanas después del nacimiento y fueron realizadas por personal calificado o agentes comunitarios de salud con la capacitación adecuada. La cobertura de las visitas de atención posnatal menos de 48 horas después del nacimiento varió entre el 44% y el 93% para las mujeres y entre el 15% y el 91% para los recién nacidos después de los partos en centros de salud. La cobertura fue menor tanto para las mujeres como para los recién nacidos después de los partos en el hogar. Los países han respondido de diversas maneras ante los programas de visitas domiciliarias de atención posnatal de bajo rendimiento, suspendiendo los programas, reduciendo la programación de visitas en las primeras dos semanas después del nacimiento o sin hacer ningún cambio en su programación.

Cuadro 3.86 Resumen de valoraciones: Visitas domiciliarias para consultas de atención posnatal en comparación con la atención habitual

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Moderados
Efectos indeseables	No se sabe
Certeza de la evidencia	Moderada
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a las visitas domiciliarias posnatales
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	Baja
Relación costo-eficacia	Probablemente favorable a las visitas domiciliarias posnatales
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

Resumen de la evidencia y consideraciones: Visitas domiciliarias para consultas de atención posnatal en comparación con la atención posnatal ambulatoria de rutina

Efectos de las intervenciones (cuadro C.5b de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane en la que se evaluaron los resultados (mortalidad materna y neonatal) de diferentes programas de visitas domiciliarias durante el período posparto inicial (243), con la inclusión de 16 ensayos con un total de 12 080 mujeres. En este resumen de la evidencia se incluyeron ocho ensayos con 5029 mujeres, en los que se compararon las visitas domiciliarias posnatales con la atención posnatal ambulatoria. Los ensayos se realizaron en Canadá (1), España (2), Estados Unidos (3) y República Islámica de Irán (2).

En todos los ensayos se compararon las visitas domiciliarias realizadas por personal de enfermería y partería adecuadamente capacitado (4747 y 682 mujeres, respectivamente) con la atención posnatal en consultorios ambulatorios o con la derivación a un centro de servicios de salud para los controles posnatales de rutina (atención habitual). Hubo notables diferencias entre los distintos ensayos en cuanto al momento, el número y el contenido de las visitas domiciliarias, así como en las condiciones utilizadas para la comparación. En los grupos de intervención, en todos los ensayos se utilizaron una programación de visitas fijas, que osciló entre una y tres visitas domiciliarias posparto. El momento de la primera visita varió entre tres o cuatro días después del nacimiento y dentro de la primera semana después del nacimiento.

Comparación: Visitas domiciliarias para consultas de atención posnatal en comparación con la atención posnatal ambulatoria de rutina

Resultados maternos

Morbilidad materna a corto plazo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la depresión posparto hasta 42 días después del parto en comparación con la atención posnatal ambulatoria (2 ensayos, 2177 mujeres; RR 1,10, IC del 95%: 0,93 a 1,30). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la depresión posparto a los 60 días en comparación con la atención posnatal ambulatoria (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la puntuación media de ansiedad materna (última evaluación hasta 42 días después del parto) en comparación con la atención posnatal ambulatoria (1 ensayo, 513 mujeres; DM 0,3 superior, IC del 95%: 1,08 inferior a 1,68 superior). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre la depresión y la ansiedad

posparto (puntuación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión) en comparación con la atención posnatal ambulatoria (evidencia de certeza muy baja).

Experiencia de la atención posnatal: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden mejorar la satisfacción de la madre con la atención posnatal en comparación con la atención posnatal ambulatoria (2 ensayos, 2368 mujeres; RR 1,36, IC del 95%: 1,14 a 1,62). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la puntuación media de satisfacción respecto a la atención posnatal en comparación con la atención posnatal ambulatoria (1 ensayo, 513 mujeres; DM 0,1 inferior, IC del 95%: 0,88 inferior a 0,68 superior).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre las consultas de atención médica de urgencia en comparación con la atención posnatal ambulatoria (3 ensayos, 3242 mujeres; RR 1,04, IC del 95%: 0,82 a 1,33). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales pueden tener algún efecto sobre los reingresos hospitalarios hasta las dos semanas en comparación con la atención posnatal ambulatoria (evidencia de certeza muy baja).

En la revisión sistemática no se informó sobre la *mortalidad materna*, la *morbilidad materna a largo plazo* o el *costo*. En los ensayos incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la lactancia materna exclusiva hasta las seis semanas en comparación con la atención posnatal ambulatoria (1 ensayo, 513 recién nacidos; RR 1,05, IC del 95%: 0,93 a 1,18). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las visitas domiciliarias posnatales tengan poco o ningún efecto sobre la lactancia materna hasta los seis meses en comparación con la atención posnatal ambulatoria (1 ensayo, 1000 lactantes; RR 1,09, IC del 95%: 1,00 a 1,18). No está claro si las visitas domiciliarias posnatales tienen algún efecto sobre el abandono de la lactancia materna a los 30 días en comparación con la atención posnatal ambulatoria (evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las visitas domiciliarias posnatales tengan poco o ningún efecto sobre la interrupción de la lactancia materna en las primeras seis semanas en comparación con la atención posnatal ambulatoria (2 ensayos, 2177 recién nacidos; RR 0,93, IC del 95%: 0,78 a 1,12).

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias

posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre la utilización de la atención de la salud para los lactantes en comparación con la atención posnatal ambulatoria (3 ensayos, 3257 lactantes; RR 1,15, IC del 95%: 0,95 a 1,38). La evidencia de certeza baja existente sugiere que las visitas domiciliarias posnatales pueden tener poco o ningún efecto sobre los reingresos hospitalarios de lactantes en comparación con la atención posnatal ambulatoria (3 ensayos, 2690 lactantes; RR 1,20, IC del 95%: 0,71 a 2,02).

En los ensayos incluidos no se informó sobre la *mortalidad de recién nacidos y lactantes* o la *morbilidad neonatal grave*.

Valores

Véase el recuadro 3.14 del apartado 3.C: Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud.

Además, la evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploró lo que las mujeres desean de la atención posnatal (21) indica que las mujeres pueden experimentar períodos de bajo estado de ánimo, soledad, ansiedad y fatiga durante el período posnatal (evidencia de confianza moderada) y aprecian el asesoramiento, la tranquilidad y el apoyo (práctico y emocional) que reciben de los trabajadores de salud y los miembros de la familia durante este tiempo (evidencia de confianza alta). Algunas mujeres pueden tener dificultades derivadas del traumatismo físico y el trauma psicológico inducidos por el trabajo de parto y el parto (evidencia de confianza alta) o experimentar dificultades con la lactancia materna o tener dificultades para asumir su identidad como madres (evidencia de confianza moderada), por lo que es probable que valoren las visitas domiciliarias

de trabajadores de salud para resolver estas preocupaciones. Las mujeres tienden a priorizar las necesidades de su recién nacido durante el período posnatal (evidencia de confianza moderada), por lo que es probable que valoren los resultados clínicos y de desarrollo relativos a su hijo.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de las visitas domiciliarias posnatales en comparación con la atención posnatal ambulatoria de rutina.

Otras consideraciones

Dos ensayos realizados en Estados Unidos describieron un aumento del costo de las visitas domiciliarias posnatales de 60 a 90 minutos en comparación con la atención posnatal hospitalaria en las 48 horas posteriores al alta para los binomios madre-hijo de bajo riesgo. En un estudio (276) se calculó que el costo de una visita domiciliaria posnatal realizada por una enfermera fue de US\$ 265, en comparación con US\$ 22 por binomio madre-hijo para una consulta grupal hospitalaria de 1 a 2 horas dirigida por una enfermera titulada. Las mujeres del grupo de referencia también podían optar por una consulta individual de 15 minutos con una enfermera titulada (costo: US\$ 52) o una consulta individual de 15 minutos con un pediatra (costo: US\$ 92). Los costos adicionales de una consulta de 10 minutos en el consultorio de obstetricia y ginecología se estimaron en US\$ 92. En otro estudio (277) se calculó que el costo de una visita domiciliaria posnatal realizada por una enfermera era de US\$ 255, en comparación con US\$ 120 para una consulta de 20 minutos en el consultorio de pediatría. El costo adicional de una consulta de 10 minutos en el consultorio de obstetricia y ginecología se estimó en US\$ 82.

Cuadro 3.87 Principales necesidades de recursos para las visitas domiciliarias de atención posnatal en comparación con la atención ambulatoria habitual

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Personal designado que haya sido capacitado y esté motivado para la atención posnatal de mujeres y recién nacidos en centros de salud, ambulatorios o consultas, o domiciliarias Podría ser necesario personal adicional para realizar las visitas domiciliarias posnatales
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Igual que la capacitación sistemática de trabajadores de salud basada en la práctica Podría requerir personal adicional y sesiones de capacitación para el personal que realiza las visitas domiciliarias
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Los mismos insumos médicos (por ejemplo, analgésicos, comprimidos de hierro, anticonceptivos, antihelmínticos, guantes, mosquiteros) Para las visitas domiciliarias posnatales, registros comunitarios o familiares para introducir los resultados de las visitas domiciliarias y las solicitudes de derivación, tarjetas de asesoramiento o rotafolios Insumos para el personal (por ejemplo, botas, paraguas y bolsa, teléfono celular) Registros conservados en el hogar Tarjetas de información o asesoramiento para mujeres, progenitores o cuidadores con datos de contacto de los visitantes a domicilio
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Sistema funcional de notificación de nacimientos para el personal que realiza las visitas domiciliarias o programa las consultas ambulatorias Para las visitas en ambulatorios, una sala de espera limpia y cómoda para las mujeres y sus acompañantes, y una sala de examen limpia y con privacidad Para las visitas domiciliarias posnatales, equipamiento portátil para realizar visitas domiciliarias (por ejemplo, básculas de pesaje, termómetro, reloj o cronómetro, bolsa, mascarilla) Acceso a transporte para realizar visitas domiciliarias posnatales (por ejemplo, bicicleta o vehículo motorizado)
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> Mismo tiempo que para la atención posnatal en centros de salud, ambulatorios o consultas o en el hogar tanto para las mujeres como para los recién nacidos, o tiempo adicional para visitas domiciliarias posnatales (por ejemplo, para llevar a cabo una evaluación general del entorno del hogar y la interacción entre la madre y el hijo) Para visitas en ambulatorio, de 10 a 20 minutos por visita Tiempo de desplazamiento al centro de salud o consultorio para la consulta ambulatoria Para visitas domiciliarias posnatales, tiempo de desplazamiento a la casa de la paciente
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Supervisores formados y reuniones regulares de coordinación entre los centros o distritos de salud y el personal que realiza las visitas domiciliarias Sistemas para notificar el desabastecimiento de insumos para las visitas domiciliarias posnatales

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre el impacto en la equidad en la salud de las visitas domiciliarias posnatales en comparación con la atención ambulatoria de rutina. Las visitas domiciliarias posnatales pueden aumentar la equidad si se alcanza una cobertura de las mujeres de los grupos de población de bajo nivel socioeconómico y de las zonas rurales, en las que es menos probable la prestación de la atención posnatal en centros de salud. Las visitas domiciliarias posnatales pueden aumentar aún más la equidad si reducen los costos para las mujeres y la familia, incluido el costo del desplazamiento y el cuidado de los hijos por parte de los hermanos, para apoyar y hacer posible la atención posnatal ambulatoria. Sin embargo, puede disminuir la equidad si la cobertura de las visitas domiciliarias es menor en los grupos de bajo nivel socioeconómico o en las zonas rurales, o si se prevé que las mujeres y las familias

asuman el costo de las visitas de atención posnatal.

Otras consideraciones

Las visitas domiciliarias posnatales pueden aumentar la equidad si también se ofrecen después de los partos en el hogar, en particular si se ofrecen después de los partos en el hogar en entornos con baja cobertura de partos en centros de salud o donde los partos en el hogar sean más frecuentes en las mujeres que viven en situaciones de pobreza o en zonas rurales.

Aceptabilidad

La evidencia derivada de una síntesis de la evidencia cualitativa que exploró las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) indica que las mujeres aprecian y valoran el apoyo práctico, psicosocial y emocional que reciben de los trabajadores de salud durante el período posnatal (evidencia de confianza alta). La evidencia existente también sugiere que, una

vez que las mujeres están en casa, aprecian tener diversas oportunidades de contacto con los servicios posnatales para facilitar su transición a la maternidad (evidencia de confianza moderada). Las mujeres de diversos entornos destacan como especialmente beneficiosas las visitas domiciliarias, ya que son cómodas y más relajantes para las mujeres y pueden aportar a los trabajadores de salud información importante sobre las circunstancias domésticas de la familia (evidencia de confianza moderada). La posibilidad de acudir a un consultorio sin cita previa, así como la disponibilidad de servicios fuera del horario de atención habitual y servicios telefónicos o en línea es también valorada por las mujeres (y las familias) que necesitan que los trabajadores de salud les proporcionen tranquilización y apoyo en el hogar (evidencia de confianza moderada). En situaciones en las que las visitas domiciliarias ya están en funcionamiento, las mujeres aprecian que las visitas sean realizadas por el mismo prestador de la atención para establecer una relación de confianza y conocimiento de las circunstancias personales (evidencia de confianza moderada).

Viabilidad

En una síntesis de la evidencia cualitativa en la que se exploraron las experiencias de las mujeres con la atención posnatal (28) no se encontró evidencia directa relativa a la viabilidad de las visitas domiciliarias posnatales. La evidencia indirecta existente sugiere que los recursos necesarios (personal adicional, costos de desplazamiento) para realizar visitas domiciliarias en la comunidad pueden ser prohibitivos en algunos entornos de países de ingresos bajos y medianos, en especial en zonas rurales (evidencia de confianza baja).

Una síntesis de la evidencia cualitativa de las opiniones y experiencias de los trabajadores de salud sobre la atención posnatal (29) sugiere que la realización de visitas domiciliarias a veces puede constituir un verdadero reto para los trabajadores de salud, dadas las normas culturales y las dificultades para acceder a los hogares (malas condiciones de las carreteras, largas distancias, medios de transporte incómodos). La falta de personal y la carga de trabajo elevada limitaron su disponibilidad para realizar visitas de atención posnatal (evidencia de confianza baja). Los trabajadores de salud a veces priorizan algunos servicios antes que las visitas domiciliarias. El personal de enfermería de salud pública percibió que las visitas domiciliarias eran menos valoradas y no eran comprendidas adecuadamente por sus colegas profesionales y por los gestores, y expresó su preocupación de que, si se eliminaban estos programas, algunas mujeres podrían no tener acceso a una atención posnatal alternativa (evidencia de confianza baja). Los trabajadores de salud sugirieron que las razones por las que las mujeres no pueden acudir a los consultorios incluyen la falta de transporte, la falta de dinero, los conceptos erróneos de que los trabajadores de salud están acaparando los insumos y obteniendo ganancias económicas injustificadas, las creencias y prácticas culturales, la

falta de conocimiento de la importancia de algunos servicios y las barreras idiomáticas (evidencia de confianza moderada).

Otras consideraciones

En un examen multinacional de los programas con métodos mixtos (275) de 12 países de ingresos bajos y medianos se llegó a la conclusión de que los países realizaban visitas domiciliarias de atención posnatal principalmente como parte de su movilización comunitaria más amplia para los programas de salud maternoinfantil. Los países utilizaron diversos tipos de programación de las visitas, que se centraron en las primeras dos semanas después del nacimiento y fueron realizadas por personal calificado o agentes comunitarios de salud con la capacitación adecuada. La cobertura de las visitas de atención posnatal menos de 48 horas después del nacimiento varió entre el 44% y el 93% para las mujeres y entre el 15% y el 91% para los recién nacidos después de los partos en centros de salud. La cobertura fue menor tanto para las mujeres como para los recién nacidos después de los partos en el hogar. Los países han respondido de diversas maneras ante los programas de visitas domiciliarias de atención posnatal de bajo rendimiento, suspendiendo los programas, reduciendo la programación de visitas en las primeras dos semanas después del nacimiento o sin hacer ningún cambio en su programación.

Cuadro 3.88 Resumen de valoraciones: Visitas domiciliarias para consultas de atención posnatal en comparación con la atención posnatal ambulatoria de rutina

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Triviales
Efectos indeseables	Triviales
Certeza de la evidencia	Baja
Valores	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No es favorable a ninguno de los dos
Recursos necesarios	Costos moderados
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Probablemente la aumentaría
Aceptabilidad	Probablemente sí
Viabilidad	Depende de cada caso

C.6 Continuidad de la atención de partería

RECOMENDACIÓN 49

Se recomiendan los modelos de continuidad de la atención a cargo de parteras, en los que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a la mujer durante todo el proceso prenatal, intraparto y posnatal, para las mujeres en entornos que cuentan con programas de partería que funcionan bien. (Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de las *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* del 2016 (16), en las que se consideró una recomendación específica según el contexto.
- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) responsable de la recomendación original formuló las siguientes observaciones.
 - Los modelos de atención continuada supervisada por personal de partería son modelos de atención en los que una partera conocida y de confianza (partera de atención primaria asignada), o un pequeño grupo de parteras conocidas (equipo de partería), apoya a una mujer durante los períodos prenatal, intraparto y posnatal, para facilitar un embarazo, parto y posparto saludables y prácticas saludables de autocuidado y crianza.
 - Los modelos con atención continuada supervisada por personal de partería son intervenciones complejas, y no está claro si la vía de influencia que produce estos efectos positivos es la continuidad de la atención, la filosofía de la atención de partería o ambas cosas. La filosofía de partería inherente a los modelos de atención continuada supervisada por personal de partería puede ser aplicada o no como práctica estandarizada de partería en otros modelos de atención.
 - Los responsables de la formulación de políticas en entornos sin programas de partería con un buen funcionamiento deberían considerar la aplicación de este modelo tan solo después de aumentar satisfactoriamente el número y la calidad del personal de partería en ejercicio. Además, es posible que las partes interesadas deseen considerar formas de proporcionar atención continua a través de otros prestadores de atención, porque las mujeres valoran la continuidad en ella.
 - El panel señaló que, con este modelo de atención, es importante supervisar el uso de recursos y el agotamiento y la carga de trabajo de los trabajadores de salud, para determinar si los modelos de atención por profesionales asignados individualmente o de trabajo en equipo son más sostenibles en entornos específicos.
 - La atención continuada supervisada por personal de partería requiere disponer de personal de partería bien formado en número suficiente para que cada mujer sea visitada por solo una o un pequeño grupo de parteras durante el embarazo y durante el parto. Por lo tanto, este modelo puede requerir un cambio en la asignación de los recursos para garantizar que el sistema de salud tenga acceso a un número suficiente de parteras con un número razonable de casos asignados a cada una.
 - La introducción de la atención continuada supervisada por personal de partería puede conducir a un cambio en las funciones y responsabilidades de las parteras, así como de otros trabajadores de salud que anteriormente han sido responsables de la atención prenatal y posnatal. Cuando este sea el caso, es probable que la aplicación sea más eficaz si se consulta a todas las partes interesadas pertinentes y se involucra a los departamentos de recursos humanos. En algunos entornos, las consultas a nivel gubernamental con organizaciones profesionales podrían facilitar también los procesos de aplicación.
 - Será preciso evaluar la necesidad de capacitación adicional realizada de forma puntual o continua, que deberá proporcionarse cuando sea necesario.

C.7 Componentes de distribución de tareas en la prestación de atención posnatal

RECOMENDACIÓN 50a

Se recomienda distribuir la tarea de promoción de comportamientos relacionados con la salud de la madre y el recién nacido^a en una amplia gama de personal de salud, como trabajadores de salud no especializados, auxiliares de enfermería, personal de enfermería y partería, y profesionales médicos.

(Recomendado)

RECOMENDACIÓN 50b

Se recomienda distribuir la tarea de proporcionar los métodos^b anticonceptivos posparto recomendados en una amplia gama de personal de salud, como auxiliares de enfermería, personal de enfermería y partería, y profesionales médicos. *(Recomendado)*

Observaciones

- Estas recomendaciones se han adaptado e integrado a partir de las *Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas del 2012* (278).
- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) de atención posnatal estuvo de acuerdo en que los trabajadores de salud no especializados que disponen de capacitación y supervisión pueden realizar de forma independiente pruebas del VIH seguras y eficaces en el posparto, según las Recomendaciones 2a y 2b de estas directrices, que se han integrado a partir de las *Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH del 2019* (41).
- El GDG de atención posnatal señaló que el acceso universal y el uso de mosquiteros con insecticidas de larga duración sigue siendo el objetivo para todas las personas, incluidas las mujeres y los recién nacidos en período posnatal en entornos donde la malaria es endémica (279).

a Ello incluye la promoción de lo siguiente: atención posnatal, planificación familiar (distribución de preservativos [masculinos y femeninos] y otros métodos de barrera, inicio y distribución de anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestágenos solos, anticoncepción de emergencia, e información e instrucciones generales sobre el método estandarizado de los días, el método de dos días [TwoDay Method®] y el método de la amenorrea de la lactancia), realización de pruebas omitidas y repetición de las pruebas del VIH en el período posparto, dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida, asesoramiento nutricional; suplementos nutricionales, atención básica del recién nacido, lactancia materna exclusiva y vacunación según las directrices nacionales.

b Esto incluye lo siguiente: inicio y mantenimiento del uso de anticonceptivos inyectables usando una jeringa estándar con aguja para inyección intramuscular o subcutánea, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU), colocación de implantes de anticonceptivos.

C.8 Contratación y retención del personal en zonas rurales y remotas

RECOMENDACIÓN 51

Los responsables de la formulación de políticas deben considerar un conjunto de intervenciones que abarquen la formación, la regulación, los incentivos y el apoyo personal y profesional para mejorar el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en zonas rurales y remotas.

(Recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de las Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas, actualizadas en el 2021 (280).
- Las recomendaciones de las directrices de origen mencionadas (abreviadas) que abordan la formación, la regulación, los incentivos y el apoyo incluyen las siguientes.
 - *Formación:* Utilizar políticas de admisión específicas para inscribir a estudiantes que vivan o hayan pasado algunos años de infancia en zonas rurales en programas de formación de trabajadores de salud, y ubicar instituciones de enseñanza y aprendizaje más cercanas a las zonas rurales; hacer que los estudiantes de un amplio espectro de profesiones del campo de la salud tengan contacto con las comunidades rurales y remotas y realicen prácticas clínicas en el ámbito rural; incluir temas de salud rural en la formación previa al servicio y en la capacitación en el empleo de los trabajadores de salud; facilitar el acceso a programas de formación continua y perfeccionamiento profesional que respondan a las necesidades del personal de salud rural para apoyar su permanencia en las zonas rurales.
 - *Regulación:* Introducir y reglamentar un mayor alcance de la práctica para los trabajadores de salud en zonas rurales y remotas; incorporar distintos tipos de profesionales de la salud en el ejercicio profesional de las zonas rurales a fin de atender las necesidades de las comunidades sobre la base de modelos de prestación de servicios centrados en la persona; respetar los derechos de los trabajadores de salud cuando exista un servicio obligatorio en zonas rurales y remotas, con una gestión, un apoyo y unos incentivos justos, transparentes y equitativos; y proporcionar becas, ayudas u otros subsidios de formación a los trabajadores de salud a cambio de servicios en zonas rurales y remotas.
 - *Incentivos:* Emplear un paquete de incentivos económicos y no económicos fiscalmente sostenibles para influir en las decisiones de los trabajadores de salud de reubicarse y permanecer en zonas rurales y remotas.
 - *Apoyo:* Invertir en infraestructura y servicios para garantizar condiciones de vida dignas para los trabajadores de salud y sus familias; garantizar un entorno de trabajo seguro para los trabajadores de salud; ofrecer un trabajo decente que respete los derechos fundamentales del personal de salud; fomentar la creación de redes de apoyo adecuadas para el personal de salud en zonas rurales y remotas; desarrollar y fortalecer programas de desarrollo y promoción profesionales, así como carreras profesionales para el personal de salud de las zonas rurales y remotas; apoyar el desarrollo de redes, asociaciones y revistas para los trabajadores de salud en las zonas rurales y remotas para facilitar el intercambio de conocimientos; y adoptar medidas de reconocimiento social a todos los niveles para los trabajadores de salud en las zonas rurales y remotas a fin de elevar el perfil de los trabajadores de salud rurales

C.9 Participación de los hombres en la atención posnatal y la salud materna y neonatal

RECOMENDACIÓN 52

Se recomiendan intervenciones para promover la participación de los hombres durante el embarazo, el parto y después del parto, para facilitar y apoyar la mejora del autocuidado de las mujeres, las prácticas de atención domiciliaria para las mujeres y los recién nacidos, y el uso de la atención especializada para las mujeres y los recién nacidos durante el embarazo, el parto y el período posnatal, y para aumentar el uso oportuno de la atención en centros de salud para las complicaciones obstétricas y neonatales.

Estas intervenciones se recomiendan, siempre que se implementen de manera que respeten, promuevan y faciliten las opciones elegidas por las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones, y que apoyen a las mujeres para que puedan cuidarse a sí mismas y cuidar a sus recién nacidos. (Recomendado con seguimiento y evaluación específicos)

Observaciones

- Esta recomendación se ha conservado, tras la revisión de la nueva evidencia, a partir de las *Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal* del 2015 (250).
- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) se mostró de acuerdo en que, a pesar de la disponibilidad de estudios adicionales específicos para el período posnatal, la base de evidencia sigue siendo heterogénea y de un grado de certeza mixto, por lo que el GDG decidió no modificar la recomendación ya existente del 2015.
- En la revisión de la efectividad y la síntesis de la evidencia cualitativa se encontró un conjunto diverso de intervenciones, pero la evidencia fue insuficiente para determinar si alguno de los distintos métodos de aplicación era más eficaz que los demás para mejorar los resultados de salud materna y neonatal.
- El GDG indicó que tanto los efectos beneficiosos como los perjudiciales que pueden producirse con las intervenciones son importantes, pero que los efectos negativos pueden mitigarse a través de una intervención bien diseñada y estrechamente supervisada, que involucre a las mujeres en el diseño y el seguimiento de las intervenciones para hacer participar a los hombres, y pregunte a las mujeres sobre sus experiencias respecto a la participación de los hombres.
- El GDG hace referencia a las consideraciones importantes sobre la implementación destacadas en la directriz anterior de la OMS, y en particular a la llamada a aplicar estas intervenciones de manera que respeten, promuevan y faciliten las opciones y la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones, y las apoyen en el autocuidado y el cuidado de los recién nacidos.
- El GDG reconoció que la participación del padre es un componente importante de la salud y el desarrollo en la primera infancia (véanse las Recomendaciones 38 y 39 de estas directrices).

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro C.9 de la BE)

La evidencia procedió de una revisión sistemática (281) en la que se encontraron 26 estudios con resultados de la atención posnatal, incluidos dos ECA grupales, 13 ECA, dos ensayos no aleatorizados, una cohorte analítica y ocho estudios cuasiexperimentales. Los estudios se realizaron en 16 países de las seis regiones de la OMS, incluidos tanto países de ingresos medianos y bajos como los países de ingresos altos. Dado que en la revisión no se realizó un metanálisis de los datos, los efectos se describen mediante el sentido de las estimaciones del efecto (positivo, negativo, nulo).

Las diferentes intervenciones se clasificaron en las siguientes categorías:

- educación de las parejas: intervenciones que incluyeron actividades educativas para parejas, realizadas en el hogar o en un centro de salud, con una sola pareja o en grupos;
- educación de los hombres: actividades educativas dirigidas a los hombres, realizadas en grupos o individualmente, en el centro de salud o en la comunidad, o a través de mensajes de texto;
- intervenciones de múltiples componentes que incluyeron actividades educativas solo para hombres o para parejas, así como una movilización comunitaria, acciones en los medios de comunicación, visitas domiciliarias, etc.;
- tener un compañero durante el trabajo de parto y el parto, incluida la intervención del padre para cortar el cordón umbilical tras el nacimiento.

Comparación 1: Educación de parejas en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual

Resultados maternos

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de las parejas puede tener un efecto positivo en las mujeres que tienen al menos una consulta posnatal en las dos semanas posteriores al parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 261 mujeres; RR 1,29, IC del 95%: 1,04 a 1,60). La evidencia de certeza alta existente sugiere que la educación de las parejas tiene un efecto positivo en las mujeres que tienen dos o más consultas posnatales en las seis primeras semanas en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 1101 mujeres; RR 1,23, IC del 95%: 1,11 a 1,37).

Autocuidado: La evidencia de certeza alta existente sugiere que la educación de las parejas tiene un efecto positivo en el inicio oportuno del uso de un método anticonceptivo moderno (1 ensayo, 610 mujeres; RR 1,11, IC del 95%: 1,00 a 1,24), y en el uso de cualquier método anticonceptivo a los tres meses del parto (1 ensayo, 1085 mujeres; RR 1,16; IC del 95%: 1,04 a 1,30), en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual. La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la educación de las parejas comporte poca o ninguna diferencia en el uso de un método anticonceptivo moderno a los seis meses del parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 921 mujeres; RR 1,01, IC del 95%: 0,90 a 1,12).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *morbilidad materna* o el *funcionamiento y bienestar maternos*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de las parejas puede implicar poca o ninguna diferencia en el inicio de la lactancia materna en el plazo de 1 hora tras el nacimiento en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 1222 recién nacidos; RR 1,06, IC del 95%: 0,82 a 1,36). La evidencia de certeza moderada derivada de cuatro estudios sugiere que es probable que la educación de las parejas tenga un efecto positivo (dos estudios) o comporte poca o ninguna diferencia (dos estudios) en la lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses de vida en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (no se realizó un metanálisis de los datos debido a la heterogeneidad en las intervenciones).

Cualquier lactancia materna a los 6 meses de vida

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que la

educación de las parejas comporte poca o ninguna diferencia en la lactancia materna a los 6 meses de vida en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 1298; recién nacidos; RR 1,01, IC del 95%: 0,87 a 1,19).

- Evidencia no derivada de ECA: No está claro si la educación de las parejas tiene algún efecto sobre la lactancia materna a los 6 meses de vida en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

No está claro si la educación de las parejas tiene algún efecto sobre el inicio de la lactancia materna antes del alta (cuasi-ECA); la lactancia materna exclusiva hasta las 4 a 6 semanas de vida (ECA); la lactancia materna exclusiva a la edad de 1 mes (ECA); la lactancia materna exclusiva a la edad de 2 meses (cuasi-ECA); la lactancia materna exclusiva a la edad de 4 meses (ECA y cuasi-ECA); la lactancia materna exclusiva a la edad de 6 meses (ECA); o el abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses después del parto (no ECA), en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja en todos los casos).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *morbilidad neonatal*, las *prácticas de atención familiar* o el *uso de los servicios de salud*.

Dinámica de las relaciones intrafamiliares

Comunicación de la pareja y toma de decisiones en el hogar: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de las parejas puede implicar poca o ninguna diferencia en lo descrito por la madre respecto a la crianza compartida a las 6 semanas (1 ensayo, 189 mujeres; DME 0,17 superior, IC del 95%: 0,12 inferior a 0,45 superior) y a las 12 semanas (1 ensayo, 189 mujeres; DME 0,18 superior, IC del 95%: 0,10 inferior a 0,46 superior), en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual.

Interacción y apego entre padre e hijo: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de la pareja puede tener un efecto positivo en la calidad de la interacción entre padre e hijo a los seis meses en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 165 padres; DME 0,46 superior, IC del 95%: 0,15 superior a 0,77 superior). No está claro si la educación de la pareja tiene algún efecto sobre la participación del padre a las cuatro u ocho semanas después del parto; la responsabilidad paterna a los seis meses del parto; la interacción paterna comprometida o la interacción paterna paralela a los seis meses del parto; o la accesibilidad total a los seis meses del parto, en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (todos ECA; evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *dinámica de género* y de poder dentro de la pareja o los efectos adversos.

Comparación 2: Educación de parejas en comparación con la educación de mujeres solas

Resultados maternos

Uso de los servicios de salud: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de las parejas puede tener un efecto positivo en las mujeres que tienen al menos una consulta de atención posnatal en las dos semanas posteriores al parto en comparación con la educación de las mujeres solas (1 ensayo, 261 mujeres; RR 1,25; IC del 95%: 1,01 a 1,54).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *morbilidad materna* o el *funcionamiento y bienestar maternos*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: No está claro si la educación de las parejas tiene algún efecto sobre la lactancia materna exclusiva a los cuatro o a los seis meses después del parto en comparación con la educación de las mujeres solas (no ECA; evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *morbilidad neonatal*, las *prácticas de atención familiar* o el *uso de los servicios de salud*.

Dinámica de las relaciones intrafamiliares

En los estudios incluidos no se presentaron resultados relativos a la dinámica de las relaciones intrafamiliares.

Comparación 3: Educación de los hombres en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual

Resultados maternos

Uso de los servicios de salud: No está claro si la educación de los hombres tiene algún efecto sobre las mujeres que tienen al menos una consulta de atención posnatal dentro de los siete días posteriores al parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (cuasi-ECA; evidencia de certeza muy baja).

Morbilidad materna: No está claro si la educación de los hombres tiene algún efecto sobre los problemas psicosociales generales maternos a las tres semanas de la intervención en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (ECA; evidencia de certeza muy baja). La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de los hombres puede tener un efecto positivo sobre los problemas psicosociales generales a las seis semanas de la intervención en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 60 mujeres; DME 0,96 inferior, IC del 95%: 1,50 inferior a 0,43 inferior).

En los estudios incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos* o el *autocuidado*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

Uso de los servicios de salud: No está claro si la educación de los hombres tiene algún efecto sobre

el aplazamiento del baño durante al menos dos días, en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (cuasi-ECA; evidencia de certeza muy baja).

Situación de la lactancia materna: La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de los hombres puede implicar poca o ninguna diferencia en la lactancia materna exclusiva a las seis semanas del parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 551 recién nacidos; OR ajustada 1,09, IC del 95%: 0,79 a 1,51). La evidencia de certeza baja existente sugiere que la educación de los hombres puede tener un efecto positivo sobre la lactancia materna hasta seis meses después del parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 100 recién nacidos; RR 1,24, IC del 95%: 1,04 a 1,47).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *morbilidad neonatal* o las *prácticas de atención familiar*.

Dinámica de las relaciones intrafamiliares

Interacción entre padre e hijo y apego: No está claro si la educación de los hombres tiene algún efecto sobre la participación paterna a las cuatro u ocho semanas después del parto; sobre la capacidad de respuesta paterna a los seis meses después de la intervención; o sobre las dificultades de vinculación paterna a los seis meses después de la intervención, en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (ECA; evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *comunicación de la pareja* y la *toma de decisiones en el hogar*, la *dinámica de género* y de *poder dentro de la pareja* o los *efectos adversos*.

Comparación 4: El padre como compañero en el parto en comparación con ningún compañero

Resultados maternos

Morbilidad materna: No está claro si el padre como compañero en el parto tiene algún efecto sobre los síntomas depresivos entre 6 a 8 semanas después del parto o sobre la ansiedad entre 6 a 8 semanas después del parto en comparación con ningún compañero en el parto (no ECA; evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos*, el *autocuidado* o el *uso de los servicios de salud*.

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el estudio incluido no se presentaron resultados del recién nacido o lactante.

Dinámica de las relaciones intrafamiliares

Interacción entre padre e hijo y apego: No está claro si tener al padre como compañero en el parto tiene algún efecto sobre el vínculo entre padre y recién nacido el primer día después del parto o en el primer mes después del parto en comparación con ningún compañero en el parto (cuasi-ECA; evidencia de certeza muy baja).

En el estudio incluido no se informó sobre la *comunicación de la pareja y la toma de decisiones en el hogar, la dinámica de género y de poder dentro de la pareja o los efectos adversos.*

Comparación 5: El padre como compañero en el parto en comparación con una amiga como compañera en el parto

En un estudio se informó sobre la comparación de tener al padre como compañero frente a tener a una amiga como compañera en el parto.

Resultados maternos

Morbilidad materna: No está claro si tener al padre como compañero en el parto tiene algún efecto sobre los síntomas depresivos entre 6 y 8 semanas después del parto o sobre la ansiedad entre 6 y 8 semanas después del parto en comparación con tener a una amiga como compañera en el parto (no ECA; evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre el *funcionamiento y bienestar maternos, el autocuidado o el uso de los servicios de salud.*

Resultados en recién nacidos y lactantes

En el estudio incluido no se presentaron resultados del recién nacido o lactante.

Dinámica de las relaciones intrafamiliares

En el estudio incluido no se presentaron resultados relativos a la dinámica de las relaciones intrafamiliares.

Comparación 6: Intervenciones de múltiples componentes en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual**Resultados maternos**

Uso de los servicios de salud: No está claro si las intervenciones de múltiples componentes tienen un efecto sobre las mujeres que reciben atención posnatal por parte de un profesional calificado dentro de los dos días posteriores al parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *morbilidad materna o el funcionamiento y bienestar maternos.*

Resultados en recién nacidos y lactantes

Situación de la lactancia materna: Inicio de la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento.

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza alta existente sugiere que las intervenciones de múltiples componentes tienen un efecto positivo

en el inicio de la lactancia materna en la primera hora en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 3449 recién nacidos; RR 1,42, IC del 95%: 1,35 a 1,49).

- Evidencia no derivada de ECA: No está claro si las intervenciones de múltiples componentes tienen algún efecto sobre el inicio de la lactancia materna en la primera hora en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

La evidencia de certeza moderada existente sugiere que es probable que las intervenciones de múltiples componentes tengan un efecto positivo sobre la lactancia materna exclusiva a los dos meses después del parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (1 ensayo, 70 recién nacidos; RR 1,43, IC del 95%: 1,11 a 1,85).

Lactancia materna exclusiva a los cuatro meses del nacimiento

- Evidencia derivada de ECA: La evidencia de certeza baja existente sugiere que las intervenciones de múltiples componentes pueden implicar poca o ninguna diferencia en la lactancia materna exclusiva a los cuatro meses del parto (1 ensayo, 70 recién nacidos; RR 0,77; IC del 95%: 0,58 a 1,01) en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual.

- Evidencia no derivada de ECA: No está claro si las intervenciones de múltiples componentes tienen algún efecto sobre la lactancia materna exclusiva a los cuatro meses del parto en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (evidencia de certeza muy baja).

No está claro si las intervenciones de múltiples componentes tienen algún efecto sobre el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva; la lactancia materna exclusiva un mes después del nacimiento; la lactancia materna exclusiva a los seis meses del nacimiento; o el abandono de la lactancia materna exclusiva a los seis meses del parto, en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (todos no ECA; evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *morbilidad neonatal, las prácticas de atención familiar o el uso de los servicios de salud.*

Dinámica de las relaciones intrafamiliares

Interacción entre padre e hijo y apego: No está claro si las intervenciones de múltiples componentes tienen algún efecto sobre la interrelación de padre e hijo, el cuidado, el afecto o el apego un mes después del nacimiento, en comparación con ninguna intervención o con la atención habitual (todos no ECA; evidencia de certeza muy baja).

En los estudios incluidos no se informó sobre la *comunicación de la pareja y la toma de decisiones en el hogar, la dinámica de género y de poder dentro de la pareja o los efectos adversos*

Valores

Véase el recuadro 3.14 del apartado 3.C: Sistemas de salud e intervenciones de promoción de la salud.

Además, en una síntesis de la evidencia cualitativa se exploró las percepciones de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud sobre las intervenciones destinadas a influir en la participación de los hombres en la salud materna y neonatal (30). Los resultados indicaron que los hombres, las mujeres y los trabajadores de salud valoran el acceso a los servicios de salud materna y neonatal y a la atención de salud materna y neonatal de calidad (evidencia de confianza alta). Las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud también valoran el apoyo práctico y emocional proporcionado por los hombres a las mujeres y los recién nacidos (evidencia de confianza alta). Los hombres en particular valoran las oportunidades de mejorar el vínculo entre padre y recién nacido (evidencia de confianza alta). Por lo tanto, es muy probable que las mujeres y los hombres y los trabajadores de salud valoren un mayor acceso y uso de los servicios de salud maternos y neonatales, así como una mejor atención a las mujeres y los recién nacidos en el hogar, junto con una mayor participación de los hombres. La buena salud materna y neonatal es importante para la mayoría de los hombres (evidencia de confianza alta), y si los hombres creen que participar en la intervención y adoptar los comportamientos recomendados por la intervención mejorará la salud materna y neonatal, muchos querrán

participar en las intervenciones y adherirse a los mensajes de estas.

Recursos

No se encontraron evaluaciones económicas de intervenciones destinadas a promover la participación de los hombres en la salud materna y neonatal.

Otras consideraciones

En un estudio incluido en la revisión de la efectividad se evaluaron los costos asociados a la aplicación de estrategias para mejorar los servicios de atención prenatal existentes en Sudáfrica (282), incluida la difusión de información y educación para las parejas y la introducción de un asesoramiento reforzado para las mujeres embarazadas y sus compañeros a través del asesoramiento individual y grupal de parejas. Los costos totales de la intervención fueron de casi 1 millón de rands (que corresponden a US\$ 73 000), incluidos los costos asociados a la realización de la investigación formativa, el desarrollo de la intervención, la capacitación, la supervisión, el seguimiento y la realización de las sesiones de asesoramiento grupal de parejas. El estudio afirma que en próximos años, los costos totales podrían reducirse. Sin embargo, el costo por pareja asesorada seguiría siendo superior a 300 rands, por lo que serían necesarios más cambios para que la intervención resulte asequible (282).

Cuadro 3.89 Principales necesidades de recursos para las intervenciones destinadas a promover la participación de los hombres

Recurso	Descripción
Personal	<ul style="list-style-type: none">Trabajadores de salud (parteras, agentes de salud comunitarios o de la aldea, personal de enfermería), pares que recibieron capacitación, voluntarios de la comunidad, investigadores, educadores parentales titulados, traductores (cuando sea necesario), movilizadores comunitarios, facilitadores varones, agencia de telellamadas
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">Capacitación de quienes aplican la intervención (incluida la formación de capacitadores, por ejemplo, para intervenciones de información, educación y comunicación a nivel de la comunidad)Capacitación profesional estructurada para trabajadores de salud (personal médico, de enfermería o de partería)
Insumos	<ul style="list-style-type: none">Materiales educativos (por ejemplo, folletos, volantes)Guías y otros materiales para sesiones grupales (por ejemplo, muñecos, modelos)
Equipamiento e infraestructura	<ul style="list-style-type: none">Según cuál sea el diseño de la intervención, podría ser necesario un rediseño o una mejora de la organización de la atención posnatal, por ejemplo, mediante la creación e integración de redes de agentes comunitarios de salud, visitadores de salud y asistentes sociales.Podrían ser necesarios cambios estructurales para reducir la masificación en los centros de salud o modificaciones de los protocolos de los centros para permitir la asistencia de los hombres
Tiempo	<ul style="list-style-type: none">Tiempo necesario para la capacitaciónTiempo necesario para aplicar la intervención
Supervisión y seguimiento	<ul style="list-style-type: none">Sesiones de supervisión y seguimiento de las consultas

Equidad

En la síntesis de la evidencia cualitativa que exploró las percepciones de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud sobre las intervenciones destinadas a influir en la participación de los hombres en la salud materna y neonatal (30) se encontró evidencia indicativa de que las intervenciones pueden apoyar una mejor equidad de género entre mujeres y hombres en las relaciones de pareja o coparentales. Las intervenciones pueden ayudar a hombres y mujeres a compartir el cuidado de los recién nacidos de manera más equitativa, empoderando a los hombres como cuidadores seguros y apoyándolos para que sientan que su participación en el cuidado del hijo puede ser igual que la de la madre del niño (evidencia de confianza moderada). Las intervenciones también pueden fomentar la comprensión y el apoyo mutuos, y facilitar la comunicación y la toma de decisiones compartidas sobre la salud materna y neonatal (evidencia de confianza alta). Existe cierta evidencia que indica que un mayor entendimiento mutuo y una toma de decisiones compartida pueden contribuir a unas relaciones de pareja o coparentales más equitativas.

En la revisión cualitativa también se encontró evidencia indicativa de que los riesgos de efectos nocivos asociados a intervenciones mal diseñadas, dirigidas o implementadas se distribuyen de manera poco equitativa, y de que estos riesgos tienen más probabilidades de afectar a las mujeres solteras, las mujeres de familias de ingresos bajos y las mujeres de entornos o relaciones caracterizados por desequilibrios de poder de género (evidencia de confianza moderada).

Las mujeres, los hombres y las familias de hogares más pobres tienen menos posibilidades de acceder a los beneficios que se han descrito con las intervenciones realizadas en centros de salud para involucrar a los hombres, incluidos los beneficios relacionados con la presencia de los hombres como compañeros en el parto, ya que estos hombres a menudo tienen un trabajo remunerado poco seguro, están bajo una presión económica para viajar o emigrar por el trabajo, o carecen de acceso a permisos de paternidad parentales o como cuidadores (evidencia de confianza baja).

Las intervenciones que pretenden fomentar la asistencia del compañero a las consultas prenatales pueden estigmatizar y reducir la calidad de los servicios prestados a las mujeres que no están acompañadas por un hombre (evidencia de confianza moderada).

Las mujeres de entornos con normas sociales que comportan una gran desigualdad de género, y las mujeres con relaciones que probablemente se caractericen por un notable desequilibrio de poder según el género (incluidas las chicas de menos de 18 años, las chicas y las mujeres con una relación con hombres mucho mayores, las chicas y las mujeres con relaciones polígamas, y las chicas y las mujeres

con relaciones violentas o controladoras), tienen más probabilidades de verse afectadas negativamente por intervenciones mal diseñadas que perpetúan o amplían el impacto de la desigualdad existente en las normas de género (evidencia de confianza moderada).

Aceptabilidad

En la síntesis de la evidencia cualitativa que exploró las percepciones de las mujeres, los hombres y los trabajadores de salud sobre las intervenciones destinadas a influir en la participación de los hombres en la salud materna y neonatal (30) se encontró que los hombres y las mujeres pueden considerar aceptables las intervenciones que pretenden influir en la participación de los hombres en la salud materna y neonatal porque creen que estas intervenciones contribuirán a una buena salud materna y neonatal (evidencia de confianza alta) o a unas relaciones de pareja de apoyo mutuo y felices (evidencia de confianza baja). Por el contrario, cuando las mujeres o los hombres creen que estas intervenciones aumentarán el conflicto en sus relaciones de pareja, consideran que las intervenciones son menos aceptables o inaceptables (evidencia de confianza baja).

Es posible que algunas mujeres, hombres y trabajadores de salud no quieran que los hombres se involucren de manera diferente, debido a la creencia de que las mujeres tienen una mayor capacidad que la de los hombres de proporcionar cuidados, en especial a los recién nacidos. Las mujeres también pueden estar preocupadas por la posibilidad de perder autonomía de la toma de decisiones en el ámbito de la salud materna y neonatal o de perder el acceso a ámbitos exclusivos para las mujeres en relación con la salud materna y neonatal, que pueden proporcionar un ámbito social valioso para que las mujeres se conecten entre sí y se apoyen mutuamente (evidencia de confianza baja).

Las normas de género establecidas pueden hacer que los mensajes de la intervención acerca de los hombres como cuidadores competentes que comparten la responsabilidad de la salud materna y neonatal, y proporcionan apoyo a las mujeres y cuidan a los recién nacidos, resulten inaceptables para algunos hombres, mujeres y trabajadores de salud (evidencia de confianza baja).

Otras consideraciones

Otros resultados de la síntesis de la evidencia cualitativa señalan que la aceptabilidad de las intervenciones para los hombres puede cambiar a lo largo del tiempo. Por lo general, los hombres se sienten más cómodos participando en intervenciones o adhiriéndose a los mensajes de las intervenciones cuando perciben que es frecuente que los hombres, y en especial sus pares, participen en la salud materna y neonatal. La información, el acompañamiento y el estímulo proporcionados a través de intervenciones pueden aumentar la confianza de los hombres para

participar en otras intervenciones y en la salud materna y neonatal.

Viabilidad

Los resultados de la síntesis de la evidencia cualitativa (30) indican que la aplicación de las intervenciones que promueven la participación de los hombres en los servicios de salud materna y neonatal que se llevan a cabo en los centros de salud es más viable cuando existe un entorno de sistema de salud propicio (evidencia de confianza alta). En los entornos de países de ingresos bajos y medianos, puede haber una capacidad limitada del sistema de salud para hacer que los servicios de salud materna y neonatal acojan más fácilmente a los hombres mediante la inversión en la capacitación de los trabajadores de salud, el cambio en la prestación de los servicios, la modificación de los espacios físicos o el ofrecimiento de nuevos servicios. Esto puede hacer que los hombres no se sientan bienvenidos y que se desincentive su participación.

Las normas de género establecidas que apoyan a las mujeres, y no a los hombres, para que se responsabilicen de la salud materna y neonatal desalientan a algunas mujeres y hombres a participar en las intervenciones, ya sea debido a sus propias normas internalizadas, a las normas y actitudes de los trabajadores de salud, o a la presión de sus pares, familiares y miembros de la comunidad. Esto constituye un obstáculo en el lado de la demanda para la aceptación y la adhesión a las intervenciones por parte de hombres y mujeres (evidencia de confianza baja).

Algunos hombres no tienen disponibilidad para participar en intervenciones debido a la inseguridad de su puesto de trabajo remunerado, la presión económica para viajar o emigrar para un trabajo remunerado, o la falta de acceso a un permiso de paternidad.

Adaptar las intervenciones según el lugar y el tiempo para que los hombres tengan disponibilidad puede permitir una mayor participación (evidencia de confianza baja).

Cuadro 3.90 Resumen de valoraciones: Intervenciones para promover la participación de los hombres en la salud materna y neonatal en comparación con ninguna intervención, con la atención habitual o con otra intervención

Dominio	Valoración
Efectos deseables	Depende de cada caso
Efectos indeseables	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia	Muy baja
Valores	No hay ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	Probablemente favorable a las intervenciones destinadas a promover la participación de los hombres
Recursos necesarios	Depende de cada caso
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio
Relación costo-eficacia	No se sabe
Equidad	Depende de cada caso
Aceptabilidad	Depende de cada caso
Viabilidad	Probablemente sí

C.10 Registros en el hogar

RECOMENDACIÓN 53

Se recomienda que se lleve un registro en el hogar, como complemento de los registros en los centros de salud, para el cuidado de mujeres embarazadas y en período posparto, recién nacidos y niños, con objeto de mejorar el comportamiento de búsqueda de atención de salud, la participación y el apoyo de los hombres en el hogar, las prácticas de atención domiciliaria maternoinfantil, la alimentación de lactantes y niños, y la comunicación entre los trabajadores de salud y las mujeres, los padres y los cuidadores.

(Recomendado)

Observaciones

- Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de las recomendaciones de la OMS del 2018 sobre los registros conservados en el hogar para la salud materna, neonatal e infantil (283), en las que la certeza general de la evidencia se consideró baja.
- Los registros conservados en el hogar, como pueden ser los historiales que guardan las mujeres, las cartillas de vacunación, los libros de salud infantil o los libros integrados de salud maternoinfantil, son documentos de salud utilizados para registrar el historial de servicios de salud recibidos por una persona. La propia persona o el cuidador los guarda en el hogar, ya sea en papel o en formato electrónico, y tienen como finalidad integrarse en el sistema de información de salud y complementar los registros que se conservan en los centros de salud.
- Las directrices de origen señalan que la evidencia existente era insuficiente para determinar si algún tipo, formato o diseño específicos de registro conservado en el hogar resulta más eficaz. También indican que los encargados de la formulación de políticas deberían involucrar a las partes interesadas en el examen de las consideraciones importantes relativas al tipo, el contenido y la aplicación de los registros conservados en el hogar.
- Las siguientes observaciones fueron algunas de las formuladas por el Grupo de Elaboración de las Directrices responsable de la recomendación original.
 - Los países que actualmente utilizan registros conservados en el hogar deben considerar el uso, el diseño y el contenido apropiados, así como la financiación sostenible, para maximizar su uso e impacto.
 - En entornos remotos y frágiles, donde los sistemas de salud son débiles o los sistemas de información de salud son deficientes o inexistentes, y en los lugares en los que los cuidadores pueden usar múltiples centros de salud, los registros guardados en el hogar pueden tener mayor valor que en entornos y sistemas de salud más desarrollados.

C.11 Comunicación digital orientada al paciente

RECOMENDACIÓN 54

La OMS recomienda utilizar la comunicación digital orientada al paciente para impulsar cambios del comportamiento en relación con la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil, siempre que se aborden debidamente las inquietudes relacionadas con la información confidencial y la privacidad de datos. (Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de la *Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud* del 2019 (284), en las que se consideró una recomendación específica del contexto.
- Se entiende por comunicación digital específica para el cliente la transmisión de información de salud personalizada para diferentes segmentos del público (a menudo en función del estado de salud o de categorías demográficas). La comunicación específica para el cliente puede incluir:
 - transmisión de alertas de eventos de salud a un grupo de población específico;
 - transmisión de información de salud basada en el estado de salud o en las características demográficas;
 - alertas y recordatorios a los pacientes; o
 - transmisión de resultados diagnósticos (o de disponibilidad de resultados).
- El Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) responsable de la recomendación original consideró que esta intervención brindaba la posibilidad de mejorar los comportamientos de salud y reducir las desigualdades en las personas con acceso a dispositivos móviles. Sin embargo, destacó que se deben tomar medidas para abordar las desigualdades en el acceso a los dispositivos móviles a fin de que no se perpetúe una mayor desigualdad en el acceso a la información y los servicios de salud; ello debe incluir mecanismos para garantizar que las personas que no tienen acceso a dispositivos móviles puedan seguir recibiendo los servicios apropiados.
- El GDG responsable de la recomendación original también planteó la necesidad de abordar las posibles inquietudes sobre el contenido sensible y la privacidad de los datos, incluidas las posibles consecuencias negativas no deseadas. Esto podría hacerse, por ejemplo, a través de mecanismos que permitan activamente a las personas optar por no recibir los servicios.

C.12 Notificaciones digitales del nacimiento

RECOMENDACIÓN 55

Se recomienda el uso de notificaciones digitales del nacimiento en las siguientes situaciones:

- en entornos en los que las notificaciones proporcionen datos individuales al sistema de salud o a un sistema de registro civil y de estadísticas vitales ;
- el sistema de salud o el sistema de registro civil y de estadísticas vitales tengan la capacidad de responder a las notificaciones. (Recomendación en función del contexto)

Observaciones

- Esta recomendación se ha integrado a partir de la *Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud* del 2019 (284), en las que se consideró una recomendación específica del contexto.
- Las directrices originales señalan lo siguiente:
 - Las respuestas del sistema de salud deben incluir la capacidad de aceptar las notificaciones y activar los servicios sociales y de salud adecuados, como puede ser el inicio de los servicios posnatales.
 - Las respuestas del sistema de registro civil y de estadísticas vitales deben incluir la capacidad de aceptar las notificaciones y validar la información, a fin de activar el proceso posterior de registro y certificación de nacimientos.
- Las siguientes observaciones fueron formuladas por el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) responsable de la recomendación original.
 - El GDG reconoció que la evidencia es limitada, pero resaltó que la notificación de nacimientos representa un primer paso vital en una cascada de la atención que en última instancia puede conducir a un acceso oportuno y más amplio a los servicios de salud y otros servicios sociales. El GDG consideró también que el uso de dispositivos móviles para realizar esta tarea probablemente proporcionaría un medio más cómodo para efectuar las notificaciones y prestar los servicios de salud posteriores.
 - Los miembros del GDG señalaron que, si bien la notificación del nacimiento no debía considerarse un sustituto de la inscripción legal de los nacimientos, sí podría brindar la oportunidad de acelerar la inscripción al vincular las notificaciones de nacimientos con los sistemas de registro civil nacionales. El GDG reconoció también que la notificación digital de los nacimientos podría dotar con más facilidad a los recién nacidos de una identidad jurídica y un futuro acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales.
 - Cabe señalar también que el aumento de la notificación de nacimientos y defunciones requeriría que los servicios de registro civil tuvieran, a su vez, la capacidad de gestionar una mayor demanda de esos servicios de registro y certificación.
 - La capacidad del sistema de salud o del sistema de registro civil y de estadísticas vitales de responder y actuar adecuadamente tras la notificación de nacimiento o la muerte se consideró un componente crucial para una implementación exitosa. Si no se establecen esos vínculos, la notificación de los eventos de nacimiento y muerte no añadiría ningún valor y redundaría en un costo adicional para el sistema.

4. Aplicación de las recomendaciones de la OMS sobre la atención posnatal

Estas directrices tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención posnatal de rutina esencial prestada a las mujeres y los recién nacidos con el objetivo final de mejorar la salud y el bienestar materno y neonatal. Estas recomendaciones deben aplicarse dentro de un modelo apropiado de atención posnatal y deben adaptarse a las necesidades de diferentes países, de los contextos locales y de cada mujer, recién nacido, progenitor, cuidador o familia.

Si bien los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) propusieron consideraciones de aplicación para cada recomendación (véase el anexo 5 en línea), también reflexionaron sobre las consideraciones para la adopción, adaptación e implementación del conjunto de recomendaciones incluidas en estas directrices para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención posnatal para todas las mujeres y los recién nacidos, de manera coherente con un enfoque basado en los derechos humanos. Los prestadores de servicios de salud posnatal deben tener en cuenta las necesidades de todas las personas y sus recién nacidos y proporcionar la misma atención a todas ellas.

El modelo de atención posnatal de la OMS sitúa el binomio madre-hijo en el centro de la atención (véase la figura 4.1). La base de este modelo de atención posnatal es la recomendación 44, que apoya el empleo de un mínimo de cuatro consultas de atención posnatal. El primer contacto es el de la atención continua en el centro de salud durante al menos las primeras 24 horas después del nacimiento o un primer consulta posnatal en las primeras 24 horas en el caso de un parto en el hogar. Se recomiendan al menos tres consultas posnatales adicionales entre las 48 y las 72 horas, entre los 7 y los 14 días, y durante la semana seis después del nacimiento. El objetivo general es proporcionar a las mujeres, los recién nacidos, los progenitores y los cuidadores una atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona en cada contacto. Esto incluye un aporte de prácticas clínicas efectivas (evaluaciones, derivaciones y manejo), información relevante y oportuna, y apoyo psicosocial y emocional, por parte de trabajadores de salud amables, competentes y motivados que trabajen dentro de un sistema de salud con un buen funcionamiento. Un sistema de derivación eficaz, que incluya la comunicación entre la asistencia en centros de salud y en la comunidad, y entre los sistemas de la salud y los sistemas de transporte en caso de complicaciones, también son componentes esenciales de este modelo de atención posnatal. Dentro de este

modelo, la palabra "contacto" implica una interacción activa de las mujeres, recién nacidos, progenitores y cuidadores con los prestadores de los cuidados.

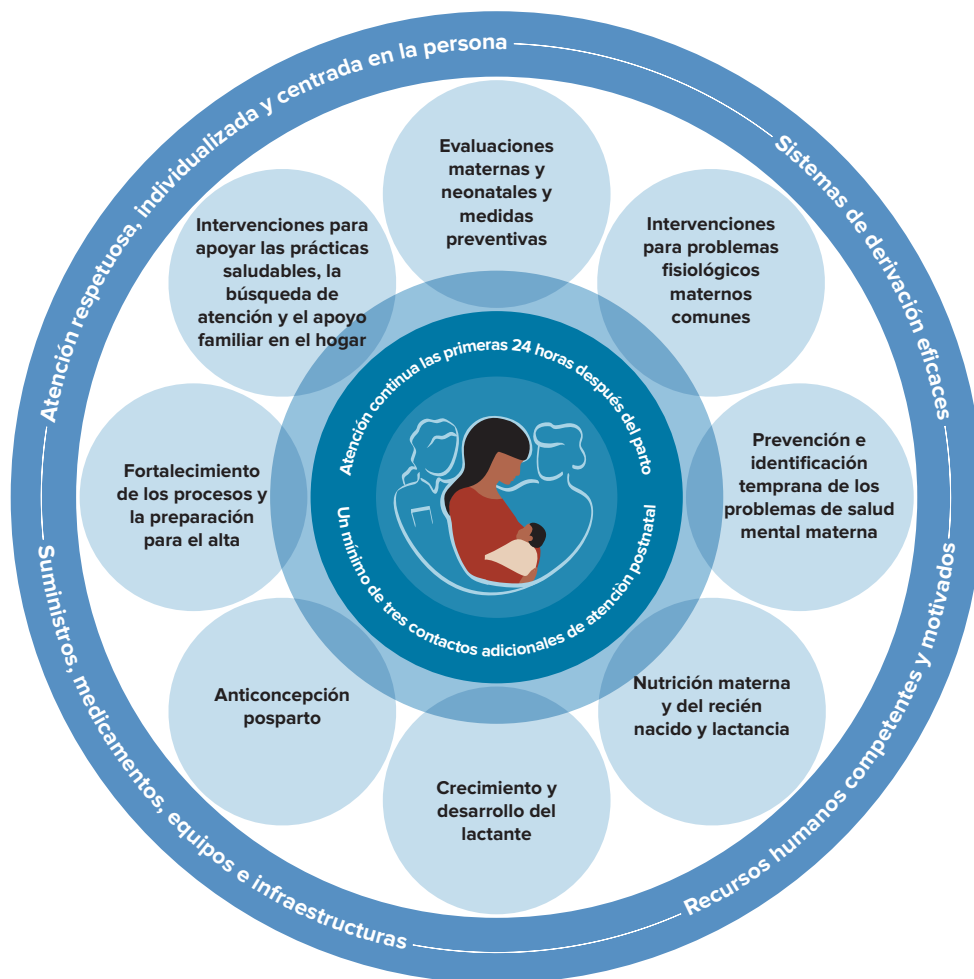
Todas las recomendaciones incluidas en este documento deberán ser examinadas por los planificadores de los sistemas de salud nacionales, regionales y locales para garantizar que se adapten, se les proporcionen los recursos necesarios y se integren en los programas de salud materna, neonatal e infantil. Varias recomendaciones que se destacan a continuación requerirán un abordaje amplio por parte de los sistemas de salud y un mayor enfoque centrado en la continuidad de la atención, la prestación integrada de los servicios, la disponibilidad de insumos y productos básicos, y el empoderamiento de los trabajadores de salud. Las consideraciones sobre la aplicación del modelo de la OMS figuran en el recuadro 4.1.

En particular, el GDG consideró que las primeras dos semanas después del nacimiento son un período clave para detectar problemas de salud y apoyar la transición a la atención de las mujeres y lactantes sanos. Estas directrices confirman la importancia de la atención posnatal durante las primeras 24 horas después del nacimiento, independientemente del lugar en el que tenga lugar el parto, y recomiendan más concretamente una estancia mínima de 24 horas en el centro de salud después del nacimiento, con una atención y supervisión continuas durante este período (recomendación 45). Se han determinado criterios ampliados para antes del alta a fin de evaluar y abordar posibles problemas y preparar para la transición al hogar (recomendaciones 46 y 47).

Tanto si el sistema de salud está configurado para una visita domiciliaria en la primera semana, como si la mujer y el recién nacido necesitan solicitar la atención posnatal ambulatoria de rutina en el centro de salud o en la comunidad, se recomiendan debates nacionales para abordar los obstáculos y los factores que facilitan garantizar que se produzcan estas consultas cruciales. Se ha resaltado nuevamente que una visita domiciliaria para la atención posnatal dentro de los dos primeros días después del nacimiento, cuando ello sea viable, es crucial para reducir la mortalidad y la morbilidad, y para apoyar la transición al hogar. Algunas mujeres y recién nacidos necesitarán consultas adicionales, o una derivación a una atención especializada, según su salud y necesidades.

Los trabajadores de salud deben trabajar en equipo para atender las necesidades de la mujer y el recién nacido durante la internación en el centro de salud y

Figura 4.1 Representación esquemática del modelo de la OMS de cuidados posnatales



una vez que han regresado a su hogar. Esto requiere una relación funcional y de comunicación entre los distintos trabajadores de salud y entre los diferentes niveles del sistema. El GDG destacó la importancia de establecer vínculos con los trabajadores de salud que prestarán la atención y el apoyo después del alta, y de asegurar que el traspaso de responsabilidades y las transiciones se realicen sin problemas. Una recomendación sobre la continuidad de la atención de partería (recomendación 49) para aquellos contextos en los que haya programas eficaces de partería agrega un nivel adicional de relación y fomento de la confianza entre el equipo de parteras y la mujer y la familia. Los agentes comunitarios de salud adecuadamente capacitados también desempeñarán un papel crucial en la prestación de atención y apoyo en el hogar, así como en la creación de vínculos entre las comunidades y los centros de salud.

Las directrices incluyen también nuevas recomendaciones sobre las evaluaciones maternas y neonatales, incluidas las relativas a los problemas de salud mental frecuentes (recomendación 18) y a la detección de la hiperbilirrubinemia y las

afecciones oculares y auditivas en los recién nacidos (recomendaciones 26 a 29). Será necesario debatir la forma de organizar los servicios de tamizaje en función del trastorno y garantizar que se disponga del correspondiente diagnóstico confirmatorio y del tratamiento posterior, además de la rehabilitación y el seguimiento.

En el contexto de las emergencias humanitarias, la adaptación de las recomendaciones debe tener en cuenta su integración y alineación con otras estrategias de respuesta. Se deben hacer otras consideraciones adicionales respecto a las necesidades específicas de las mujeres, los recién nacidos, los progenitores, los cuidadores y las familias en situaciones de emergencia, incluidos sus valores y preferencias. Es posible que se requieran herramientas específicas en cada contexto, además de las herramientas estándares para apoyar la aplicación que hagan los interesados directos de las recomendaciones en emergencias humanitarias.

Recuadro 4.1 Consideraciones de la OMS para la adopción, ampliación y aplicación del modelo de atención posnatal

Consideraciones de políticas de salud para la adopción y ampliación del uso del modelo

- Se necesita un firme compromiso gubernamental de ampliar y aumentar la cobertura de la atención posnatal para todas las mujeres y recién nacidos, independientemente de los factores sociales, económicos, étnicos, raciales o de otro tipo. Debe garantizarse el apoyo nacional al conjunto completo de las recomendaciones, y no solo a componentes específicos.
- Para establecer el programa de políticas que asegure un afianzamiento amplio y el progreso en la formulación de políticas y la toma de decisiones, los representantes de los centros de capacitación y las especialidades médicas y sociedades profesionales pertinentes deben intervenir en los procesos participativos en todas las etapas, incluso antes de una decisión política real, para asegurar un amplio apoyo a la aplicación a gran escala.
- Para facilitar las negociaciones y la planificación, se debe recopilar y difundir información específica de cada situación sobre el impacto esperado de la aplicación del modelo de atención posnatal en los usuarios de los servicios, los trabajadores de salud y los costos.
- Para poder garantizar adecuadamente el acceso de todas las mujeres y recién nacidos a una atención posnatal de calidad, en el contexto de una cobertura universal de salud, será necesario modificar las estrategias para recabar fondos públicos para la atención de la salud. En los países de ingresos bajos, los donantes podrían desempeñar un papel importante en el apoyo a la ampliación de la aplicación. Es probable que los mecanismos de patrocinio que apoyan los procesos impulsados a nivel nacional para ampliar la aplicación de todo el modelo sean más útiles que los mecanismos que apoyan solo una parte del paquete de medidas.

Consideraciones a nivel del sistema de salud o de la organización para la aplicación del modelo

- Pueden establecerse subgrupos nacionales y subnacionales para adaptar e implementar estas recomendaciones, incluida la elaboración o modificación de directrices o protocolos nacionales o subnacionales basados en el modelo de atención posnatal de la OMS ya existentes.
- Se requiere una planificación a largo plazo para la generación de recursos y la asignación de presupuestos a fin de abordar la escasez de personal de salud calificado y de agentes comunitarios de salud adecuadamente capacitados, mejorar la infraestructura de las instalaciones y las vías de derivación, y fortalecer y mantener los servicios de atención posnatal de alta calidad.
- La introducción del modelo de atención posnatal debe involucrar a las instituciones de formación previa al trabajo y a los organismos profesionales, de modo que los planes de estudio para la atención posnatal puedan actualizarse de la forma más rápida y ágil posible.
- Será necesario elaborar modelos de supervisión y capacitación en el empleo en función de los requisitos profesionales de los trabajadores de salud, teniendo en cuenta el contenido, la duración y los procedimientos

para la selección de los trabajadores de salud a los que proporcionar la capacitación. Estos modelos también pueden diseñarse explícitamente para abordar una rotación de personal, en especial en entornos de bajos recursos.

- Será necesario elaborar herramientas estandarizadas para la supervisión, asegurando que los supervisores puedan apoyar y facilitar que los trabajadores de salud presten servicios integrados e integrales de atención posnatal.
- Es posible que sea necesario elaborar una estrategia de distribución de tareas a fin de optimizar el uso de los recursos humanos.
- Deberán elaborarse o actualizarse las herramientas o "guías prácticas" para la aplicación en los diferentes niveles de atención en los centros de salud y las comunidades, utilizando para ello toda la información clave en consonancia con el modelo de atención posnatal.
- Será necesario elaborar estrategias para mejorar la gestión de la cadena de suministro de acuerdo con las necesidades locales, como la elaboración de protocolos para los procedimientos de obtención y mantenimiento de las existencias de insumos, el fomento de la labor de los trabajadores de salud de obtener y supervisar los datos de niveles de existencias y el fortalecimiento de la coordinación y el seguimiento a nivel de los proveedores de los medicamentos y los insumos de atención de la salud necesarios para la aplicación del modelo de atención posnatal.
- Es preciso elaborar o modificar las directrices nacionales o los protocolos de los centros de salud de manera coherente con las recomendaciones de la OMS sobre la atención posnatal.
- Es necesario establecer vínculos de supervisión, comunicación y transporte de buena calidad entre las instalaciones de nivel comunitario, primario y superior para garantizar que las vías de derivación sean eficientes.
- Las estrategias de aplicación exitosas deben documentarse y comunicarse como ejemplos de mejores prácticas para otros implementadores.

Consideraciones a nivel del usuario para la aplicación del modelo

- Deben emprenderse actividades de sensibilización de la comunidad para difundir información sobre la importancia de cada componente de la atención posnatal y de los derechos de las mujeres y los recién nacidos a recibir una atención posnatal para su salud y bienestar. Esta información debe proporcionar detalles sobre la cronología y el contenido de las consultas recomendadas, y sobre las tarifas previstas para el usuario.
- Tal vez sea posible reducir los tiempos de espera reorganizando los servicios de atención posnatal o el flujo de pacientes.

Nota: Las consideraciones específicas para la aplicación relacionadas con cada recomendación concreta pueden consultarse en el anexo 5 en línea.

5. Difusión

Estas directrices se difundirán a través de las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS, los ministerios de salud, las organizaciones profesionales, los centros colaboradores de la OMS, otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales y asociaciones profesionales. Las directrices estarán disponibles en el sitio web de la OMS y también en forma de publicación impresa. Las versiones en línea estarán disponibles a través de los sitios web de los departamentos pertinentes de la OMS. Se celebrarán reuniones técnicas de la OMS con los interesados directos, para hacer públicas las recomendaciones y los productos derivados. También se difundirán regularmente las actualizaciones de las recomendaciones en las reuniones o congresos científicos a los que asiste el personal de salud materna y perinatal de la OMS.

Se elaborarán resúmenes de la evidencia respecto a determinadas recomendaciones, destinados a los encargados de formular políticas y los directores de programas y a los trabajadores de salud. Estos resúmenes de la evidencia, que resaltarán las recomendaciones y las cuestiones contextuales relacionadas con la aplicación, se elaborarán y difundirán en colaboración con los organismos FIGO, ICM, IPA, UNFPA, UNICEF y USAID.

El resumen y las recomendaciones de esta publicación se traducirán a los seis idiomas de las Naciones Unidas para su difusión a través de las oficinas regionales y en los países de la OMS.

Además, se publicarán varios artículos en los que se presentarán las recomendaciones y consideraciones clave para su aplicación, de conformidad con las políticas de acceso abierto y derechos de autor de la OMS. Los grupos, departamentos y asociados pertinentes de la OMS, como la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH, por su sigla en inglés), también participarán en este proceso de difusión.

La OMS, en colaboración con otros asociados, prestará apoyo a los grupos de trabajo nacionales y subnacionales para que adopten, adapten y apliquen las directrices. Esto incluirá la elaboración o modificación de políticas, directrices o protocolos nacionales existentes en consonancia con las recomendaciones de la OMS, así como de instrumentos para apoyar los procesos de adaptación e implementación. Esto también incluye un apoyo técnico a los implementadores locales de las directrices para la elaboración de materiales de capacitación e indicadores de calidad.

6. Cuestiones de aplicabilidad

Hay una serie de factores (obstáculos) que pueden dificultar la aplicación y la ampliación efectivas del uso de estas directrices. Estos factores pueden estar relacionados con los comportamientos de las mujeres, los progenitores, los cuidadores o las familias o los trabajadores de salud y con la organización de la atención o la prestación de los servicios de salud. Como parte de los esfuerzos para implementar esta recomendación, es posible que los interesados directos del sistema de salud deseen considerar los siguientes obstáculos potenciales:

- dificultad de acceso de las mujeres y los recién nacidos a los servicios de salud y a los trabajadores de salud, incluida la falta de transporte, las condiciones geográficas y los obstáculos económicos;
- falta de recursos humanos con los conocimientos especializados y las aptitudes necesarios para aplicar, supervisar y apoyar las prácticas recomendadas, incluido el asesoramiento a los clientes;
- falta de infraestructura para apoyar las intervenciones (por ejemplo, falta de suministro eléctrico para la refrigeración; falta de acceso a agua salubre y a saneamiento; falta de acceso a intervenciones o dispositivos digitales; falta de espacio físico para llevar a cabo la atención individual y el asesoramiento);
- falta de tiempo o conocimiento del valor de las nuevas intervenciones por parte de los trabajadores de salud y los administradores de los sistemas de salud;
- falta de recursos físicos (por ejemplo, equipamiento, insumos, medicamentos y suplementos nutricionales);
- falta de oportunidades de formación continua y desarrollo profesional para los trabajadores de salud;
- resistencia de los trabajadores de salud a cambiar de unas prácticas no basadas en la evidencia a otras prácticas basadas en la evidencia (por ejemplo, promover la cura seca del cordón y evitar el uso innecesario de antibióticos);
- falta de mecanismos de derivación eficaces y de vías de atención para las mujeres y los recién nacidos que se considere que necesitan atención adicional (por ejemplo, después del tamizaje universal para la detección de afecciones);
- falta de capacidad para evaluar a la madre y al recién nacido juntos durante las consultas posnatales (por ejemplo, cuando la madre acude a la consulta posnatal sin el recién nacido);
- falta de sistemas de gestión de la información de salud diseñados para documentar y supervisar las prácticas recomendadas (historia clínica de pacientes, registros, etc.).

Habida cuenta de los posibles obstáculos señalados, puede ser prudente adoptar, adaptar y aplicar por etapas las recomendaciones de las directrices. En las listas de consideraciones de aplicación que figuran en el capítulo 4 y en el anexo en línea 5 se presentan diversas estrategias para hacer frente a esos obstáculos y facilitar la aplicación.

7. Seguimiento y evaluación del impacto de las directrices

La implementación y el efecto de estas recomendaciones se supervisarán a nivel nacional, subnacional y del servicio de salud, en función de criterios e indicadores bien definidos asociados a objetivos acordados localmente. En colaboración con los equipos de supervisión y evaluación de los Departamentos de MCA y SRH de la OMS, se recopilarán y evaluarán a corto y medio plazo datos relativos a la adopción de las recomendaciones a nivel nacional y regional en todos los Estados Miembros de la OMS a través de la *Encuesta sobre políticas de salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente* de la OMS. Una vez que se hayan finalizado las directrices, se elaborará un marco de seguimiento completo. Mientras tanto, el Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) recomienda que se consideren los siguientes indicadores, que se han adaptado de los indicadores globales actuales recomendados.⁴⁹

- **Duración de la internación en los centros de salud después del parto:** La duración media de la internación (en días) en los centros de salud después del parto; datos desglosados según el tipo de parto (parto vaginal o cesárea).
- **Rutina de atención posnatal precoz para las mujeres (en menos de dos días):** El porcentaje de mujeres que tienen un consulta posnatal con un trabajador de salud en los dos días posteriores al parto; se calcula mediante el número de mujeres que tienen un consulta posnatal con un trabajador de salud mientras están en un centro de salud o en el hogar después del parto, o una consulta de atención posnatal, en los dos días posteriores al parto del nacido vivo más reciente

en los N años anteriores a la evaluación, dividido por el número total de mujeres que dieron a luz en los N años anteriores a la evaluación (independientemente del lugar en el que se produzca el parto).

- **Rutina de atención posnatal precoz para los recién nacidos (en menos de dos días):** El porcentaje de recién nacidos que tienen un consulta posnatal con un trabajador de salud en los dos días posteriores al nacimiento; se calcula mediante el número de recién nacidos que tienen un consulta posnatal con un trabajador de salud mientras están en un centro de salud o en el hogar después del nacimiento, o una consulta de atención posnatal, en los dos días posteriores al parto, dividido por el número total de los últimos nacidos vivos en los N años anteriores a la evaluación (independientemente del lugar en el que se produzca el nacimiento).
- **Dosis de vacunación contra la hepatitis B al nacer:** El porcentaje de niños que han recibido la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B en las primeras 24 horas después del nacimiento

Es importante tener en cuenta que estos indicadores tienen limitaciones que se examinarán cuando se elabore el marco de seguimiento. Se consultará al Grupo consultivo técnico sobre información de la madre y el recién nacido para el seguimiento de efectos y resultados para elegir los indicadores recomendados para medir la cobertura de la atención posnatal, así como los indicadores de la calidad de la atención que capten el contenido fundamental de las consultas de atención posnatal con la mujer y el recién nacido.

⁴⁹ Portal de datos Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing de la OMS: <http://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---coverage>.

8. Actualización de las directrices

En conformidad con el proceso de actualización de directrices de la OMS, se utilizará un proceso continuo y sistemático de identificación y cierre de brechas en las pruebas luego de la difusión de la directriz. Un Grupo Ejecutivo de Orientación sobre Directrices (GSG, por su sigla en inglés) para las recomendaciones de salud materna y neonatal se reunirá bianualmente para examinar la cartera actual de recomendaciones de salud materna y neonatal de la OMS, y para priorizar las cuestiones nuevas y las ya existentes para la elaboración y actualización de recomendaciones, en especial para las recomendaciones respaldadas por evidencia de certeza muy baja o baja, cuando puedan estar justificadas nuevas recomendaciones o un cambio en las recomendaciones publicadas. En consecuencia, las recomendaciones incluidas en estas directrices serán revisadas periódicamente y priorizadas según sea necesario,

por el GSG. Si se encuentran pruebas nuevas que podrían afectar la base de pruebas actual para cualquiera de las recomendaciones, se actualizará la recomendación. Si no se encuentran nuevos informes o informaciones para una recomendación concreta, esta se revalidará.

Cualquier preocupación sobre la validez de cualquier recomendación se comunicará de inmediato a través del sitio web de las directrices,⁵⁰ y se planificará una actualización de la recomendación, según sea necesario. La OMS agradece las sugerencias sobre la adición de cuestiones que deban incluir en futuras actualizaciones de la directriz. Las sugerencias pueden remitirse por correo electrónico al servicio MCA de la OMS (mncah@who.int) y al servicio SRH de la OMS (srhmph@who.int).

⁵⁰ Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>.

9. Referencias

1. Estrategia mundial para la salud de la madre, el niño y el adolescente (2016–2030). Nueva York: Todas las Mujeres, Todos los Niños; 2015.
2. Strategies toward ending preventable maternal mortality. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
3. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
4. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial. El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. Washington, D.C.: OPS; 2021.
6. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
7. Gon G, Leite A, Calvert C, Woodd S, Graham WJ, Filippi V. The frequency of maternal morbidity: a systematic review of systematic reviews. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141(Supl.1):20–38. doi:10.1002/ijgo.12468.
8. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014;384(9947):980–1004. doi:10.1016/S0140-6736(14)60696-6.
9. Hug L, Alexander M, You D, Alkema L. National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2019;7(6):e710–20. doi:10.1016/S2214-109X(19)30163-9.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas. Levels and trends in child mortality: report 2020. Nueva York: UNICEF; 2020.
11. Campbell OM, Cegolon L, Macleod D, Benova L. Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low- and middle-income countries: compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys. *PLoS Med.* 2016;13(3):e1001972. doi:10.1371/journal.pmed.1001972.
12. Requejo J, Diaz T, Park L, Chou D, Choudhury A, Guthold R, et al. Assessing coverage of interventions for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition. *BMJ.* 2020;368:l6915. doi:10.1136/bmj.l6915.
13. Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030. Moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020–2025. Nueva York y Ginebra: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud; 2020.
14. Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas [página web]. Objetivos de Desarrollo Sostenible (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>, consultado el 20 de enero del 2022).
15. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
16. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [versión original en inglés publicada en el 2016].

17. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [versión original en inglés publicada en el 2018].
18. Postnatal care NICE guideline NG194. National Institute for Health and Care Excellence; 2021.
19. Manual para la elaboración de directrices de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
20. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
21. Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: a meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231415. doi:10.1371/journal.pone.0231415.
22. Harvey C, Movsisyan A, Portela A, Smith H. Stakeholder perspectives on discharge preparation and discharge readiness after birth: a qualitative evidence synthesis (en preparación).
23. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al.; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016;353:i2089.doi:10.1136/bmj.i2089.
24. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
25. GRADE Working Group [página web] (<http://gradeworkinggroup.org/>, consultado el 20 de enero del 2022).
26. GRADE-CERQual Project Group [página web] (<https://www.cerqual.org>, consultado el 20 de enero del 2022).
27. Evers S, Goossens M, de Vet H, van Tulder M, Ament A. Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: consensus on health economic criteria. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21(2):240-5.
28. Sacks E, Langlois E, Ziegler D, Sauve C, Downe S, Finlayson K, et al. Factors that influence uptake of routine postnatal care: a qualitative evidence synthesis (presentado para publicación).
29. Munabi-Babigumira S, Lewin S, Glenton C, Velez M, Gonçalves-Bradley DC, Bohren MA. Factors that influence the provision of postnatal care by health workers: a qualitative evidence synthesis [protocol]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;(7):CD014790.
30. Comrie-Thomson L, Gopal P, Eddy K, Baguiya A, Gerlach N, Sauvé C, et al. How do women, men and health providers perceive interventions to influence men's engagement during pregnancy, childbirth and postnatal to improve maternal and newborn health outcomes? A qualitative evidence synthesis. *Soc Sci Med*. 2021;291:114475. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114475.
31. Prady SL, Uphoff EP, Power M, Golder S. Development and validation of a search filter to identify equity-focused studies: reducing the number needed to screen. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):106. doi:10.1186/s12874-018-0567-x.
32. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, directores. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Versión 6.1 (actualizado en septiembre del 2020). Cochrane; 2020.
33. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006;22(2):108-19. doi:10.1016/j.midw.2005.05.004.
34. One Health Model: intervention treatment assumptions (propuesta del 28 de septiembre). Ginebra, Glastonbury (CT): Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Costes y el Futures Institute; 2013.
35. WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.

36. Langlois ÉV, Miskurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2015;93(4):259-70G. doi:10.2471/BLT.14.140996.
37. Declaración de intereses. En: *Acerca de la OMS - Principios éticos de la OMS* [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/about/ethics/declarations-of-interest>, consultado el 20 de enero del 2022).
38. Reporting the effects of an intervention in EPOC reviews. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care*; 2018.
39. Integrated management of pregnancy and childbirth: pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
40. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [versión original en inglés publicada en el 2012].
41. Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH, 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
42. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Segunda edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [versión original en inglés publicada en el 2016].
43. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: Tamizaje. Tamizaje sistemático de la tuberculosis. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [de próxima publicación en español].
44. Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2019;30(6):853-68. doi:10.1007/s00192-019-03894-0.
45. East CE, Dorward EDF, Whale RE, Liu J. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(10):CD006304.
46. Deussen AR, Ashwood P, Martis R, Stewart F, Grzeskowiak LE. Relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(10):CD004908.
47. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjöström S, et al., editors. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, directores. *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence 2017*; Tokio: International Continence Society; 2017.
48. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(5):CD007471.
49. Zakarija-Grkovic I, Stewart F. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(9):CD006946.
50. Crepinsek MA, Taylor EA, Michener K, Stewart F. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(9):CD007239.
51. Abalos E, Gyte GML, Sguassero Y. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(1):CD008407.
52. Shepherd E, Grivell RM. Aspirin (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(7):CD012129.
53. Wuytack F, Smith V, Cleary BJ. Oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(1):CD011352.

54. Yildizhan R, Yildizhan B, Sahin S, Suer N. Comparison of the efficacy of diclofenac and indomethacin suppositories in treating perineal pain after episiotomy or laceration: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280(5):735. doi:10.1007/s00404-009-1006-3.
55. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003931.
56. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD004223.
57. Medical Sciences for Health (MSH). *International medical products price guide*, edición del 2015. Medford: MSH; 2016.
58. World Health Organization Model List of Essential Medicines, 21st list. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
59. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk*, octava edición. Filadelfia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
60. Moosdorff-Steinhauser HFA, Bols EMJ, Spaanderman MEA, Dirksen CD, Weemhoff M, Nieman FHM, et al. Long-term effects of motherfit group therapy in pre-(MOTHERFIT1) and post-partum women (MOTHERFIT2) with stress urinary incontinence compared to care-as-usual: study protocol of two multi-centred, randomised controlled trials. *Trials.* 2019;20(1):237. doi:10.1186/s13063-019-3331-6.
61. Salmon VE, Hay-Smith EJC, Jarvie R, Dean S, Terry R, Frawley H, et al. Implementing pelvic floor muscle training in women's childbearing years: a critical interpretive synthesis of individual, professional, and service issues. *Neurourol Urodynam.* 2020;39(2):863-70. doi:10.1002/nau.24256.
62. Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence "modifiers": a review of primary qualitative studies - 2011 ICS state-of-the-science seminar research paper III of IV. *Neurourol Urodyn.* 2015;34(7):622-31. doi:10.1002/nau.22771.
63. Responsive feeding infosheet [nota descriptiva]. Supporting close and loving relationships. Londres: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia del Reino Unido; 2016 (<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/relationship-building-resources/responsive-feeding-infosheet/>, consultado el 20 de enero del 2022).
64. The evidence and rationale for the UNICEF UK Baby Friendly Initiative standards. Londres: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Reino Unido; 2013 (<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/about/evidence-and-rationale-for-the-baby-friendly-standards/>, consultado el 20 de enero del 2022).
65. Guttman N, Zimmerman DR. Low-income mothers' views on breastfeeding. *Soc Sci Med.* 2000;50(10):1457-73. doi:10.1016/S0277-9536(99)00387-1.
66. Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Matern Child Health J.* 2004;8(2):65-70. doi:10.1023/B:MACI.0000025728.54271.27.
67. Khosravan S, Mohammadzadeh-Moghadam H, Mohammadzadeh F, Fadafen SAK, Gholami M. The effect of Hollyhock (*Althaea Officinalis* L) leaf compresses combined with warm and cold compress on breast engorgement in lactating women: a randomized clinical trial. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2017;22(1):25-30. doi:10.1177/2156587215617106.
68. Dehghani M, Babazadeh R, Khadivzadeh T, Pourhoseini SA, Esmaeili H. Effect of breast oketani-massage on the severity of breast engorgement. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2017;20(5):30-8. doi:10.22038/ijogi.2017.9078.
69. Lang DL, Zhao F-L, Robertson J. Prevention of postpartum haemorrhage: cost consequences analysis of misoprostol in low-resource settings. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:305. doi:10.1186/s12884-015-0749-z.
70. Gallos I, Williams H, Price M, Pickering K, Merriel A, Tobias A, et al. Uterotonic drugs to prevent postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Health Technol Assess.* 2019;23:9. doi:10.3310/hta23090.

71. Bhagat S, Agarwal M, Roy V. Serratiopeptidase: a systematic review of the existing evidence. *Int J Surg.* 2013;11(3):209-17. doi:10.1016/j.ijisu.2013.01.010.
72. Wilson E, Woodd SL, Benova L. Incidence of and risk factors for lactational mastitis: a systematic review. *J Hum Lact.* 2020;36(4):673-86. doi:10.1177/0890334420907898.
73. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(4):750-9. doi:10.1111/j.1572-0241.2004.04114.x.
74. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(8):CD011625.
75. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
76. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
77. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD005458.
78. Alimentación sana [Datos y cifras]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, consultado el 20 de enero del 2022).
79. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
80. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(6):CD012392.
81. Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
82. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [resumen de orientación en español, publicación completa en inglés].
83. Directrices: Quimioterapia preventiva para controlar las geohelmintiasis en grupos de población en riesgo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [versión original en inglés publicada en el 2017].
84. WHO guideline on control and elimination of human schistosomiasis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
85. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139-149G. doi:10.2471/BLT.11.091850.
86. Muzik M, Thelen K, Rosenblum KL. Perinatal depression: detection and treatment. *Neuropsychiatry.* 2011;1(2):179-95. doi:10.2217/np.10.8.
87. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ.* 2008;86(4):317-9. doi:10.2471/blt.07.050112.
88. Waqas A, Koukab A, Meraj H, Dua T, Chowdhary N, Fatima B, et al. Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):54. doi:10.1186/s12888-022-03694-9.
89. Morrell CJ, Warner R, Slade P, Dixon S, Walters S, Paley G, et al. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess.* 2009;13(30):iii-iv,xi- xiii,1-153. doi:10.3310/hta13300.
90. Organización Mundial de la Salud (WHO), Fundación Calouste Gulbenkian. Social determinants of mental health. Ginebra: OMS; 2014.

91. Smith HJJ, Portela AG, Harvey C. Discharge preparation and readiness after birth: a scoping review of global policies, guidelines and literature. *BMC Pregnancy Childbirth* [en proceso de publicación].
92. Armstrong SJ, Small RE. The paradox of screening: rural women's views on screening for postnatal depression. *BMC Public Health*. 2010;10(1):744. doi:10.1186/1471-2458-10-744.
93. Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord*. 2006;93(1-3):233-7. doi:10.1016/j.jad.2006.02.019.
94. Waqas A, Kokab A, Meraj H, Dua T, Chowdhary N, Fatima B, et al. Prevention of common mental disorders among women in the perinatal period: a critical mixed-methods review and meta-analysis. *Glob Ment Health* (en prensa).
95. Dukhovny D, Dennis CL, Hodnett E, Weston J, Stewart DE, Mao W, et al. Prospective economic evaluation of a peer support intervention for prevention of postpartum depression among high-risk women in Ontario, Canada. *Am J Perinatol*. 2013;30(8):631-42. doi:10.1055/s-0032-1331029.
96. Ride J, Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J. Preventing postnatal maternal mental health problems using a psychoeducational intervention: the cost-effectiveness of What Were We Thinking. *BMJ Open*. 2016;6(11):e012086. doi:10.1136/bmjopen-2016-012086.
97. Delaney AM, George Dalmida S, Gaydos L. When it is not postpartum depression: understanding the postpartum mental health needs of mothers and how they are being met. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(6):416-23. doi:10.3109/01612840.2014.1002645.
98. Raymond NC, Pratt RJ, Godecker A, Harrison PA, Kim H, Kuendig J, et al. Addressing perinatal depression in a group of underserved urban women: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:336. doi:10.1186/1471-2393-14-336.
99. Thurtle V. First time mothers' perceptions of motherhood and PND. *Community Practitioner*. 2003;76:261-5.
100. Iron supplementation in postpartum women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
101. Daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
102. Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
103. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
104. International Nutritional Anemia Consultative Group, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anaemia. Washington (DC): ILSI Press; 1998.
105. Healthy eating during pregnancy and breastfeeding. Booklet for mothers. Copenhague: Organización Mundial de la Salud; 2001.
106. Directriz: Administración de suplementos de vitamina A en el posparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
107. Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [versión original en inglés publicada en el 2020].
108. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [versión original en inglés publicada en el 2013].
109. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
110. Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
111. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

112. Rahi J, Gilbert CE. Epidemiology and the worldwide impact of visual impairment in children. En: Lyons CJ, Lambert SR, directores. *Taylor and Hoyt's Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, sexta edición [libro electrónico]. Londres, Nueva York, Oxford, Filadelfia, St Louis, Sydney, Toronto: Elsevier; 2017.
113. Malik ANJ, Evans JR, Gupta S, Mariotti S, Gordon I, Bowman R, et al. Universal newborn eye screening: a systematic review of the literature and review of international guidelines (presentado para publicación).
114. Lieu JEC, Kenna M, Anne S, Davidson L. Hearing loss in children: a review. *JAMA*. 2020;324(21):2195-205. doi:10.1001/jama.2020.17647.
115. Butcher E, Dezateux C, Cortina-Borja M, Knowles RL. Prevalence of permanent childhood hearing loss detected at the universal newborn hearing screen: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(7):e0219600. doi:10.1371/journal.pone.0219600.
116. Informe mundial sobre la audición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
117. Bhutani VK, Zipursky A, Blencowe H, Khanna R, Sgro M, Ebbesen F, et al. Neonatal hyperbilirubinemia and Rhesus disease of the newborn: incidence and impairment estimates for 2010 at regional and global levels. *Pediatr Res*. 2013;74 Supl 1(Supl 1):86-100. doi:10.1038/pr.2013.208.
118. Olusanya BO, Kaplan M, Hansen TWR. Neonatal hyperbilirubinaemia: a global perspective. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(8):610-20. doi:10.1016/s2352-4642(18)30139-1.
119. Sun M, Ma A, Li F, Cheng K, Zhang M, Yang H, et al. Sensitivity and specificity of red reflex test in newborn eye screening. *J Pediatr*. 2016;179:192-6. e4. doi:10.1016/j.jpeds.2016.08.048.
120. Haargaard B, Nyström A, Rosensvärd A, Tornqvist K, Magnusson G. The Pediatric Cataract Register (PECARE): analysis of age at detection of congenital cataract. *Acta Ophthalmol*. 2015;93(1):24-6. doi:10.1111/aos.12445.
121. Magnusson G, Persson U. Screening for congenital cataracts: a cost-consequence analysis of eye examination at maternity wards in comparison to well-baby clinics. *Acta Paediatrica*. 2005;94(8):1089-95. doi:10.1111/j.1651-2227.2005.tb02050.x.
122. American Academy of Pediatrics. Red reflex examination in neonates, infants, and children. *Pediatrics*. 2008;122(6):1401-4. doi:10.1542/peds.2008-2624.
123. UNICEF supply catalogue [página web]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018 (<https://supply.unicef.org>, consultado el 20 de enero del 2022).
124. Lowe J, Cleland CR, Mgaya E, Furahini G, Gilbert CE, Burton MJ, et al. The Arclight ophthalmoscope: a reliable low-cost alternative to the standard direct ophthalmoscope. *J Ophthalmol*. 2015;2015:743263. doi:10.1155/2015/743263.
125. Kong L, Fry M, Al-Samarraie M, Gilbert C, Steinkuller PG. An update on progress and the changing epidemiology of causes of childhood blindness worldwide. *JAAPOS*. 2012;16(6):501-7. doi:10.1016/j.jaapos.2012.09.004.
126. Gilbert CE, Lepvrier-Chomette N. Gender inequalities in surgery for bilateral cataract among children in low-income countries: a systematic review. *Ophthalmology*. 2016;123(6):1245-51. doi:10.1016/j.ophtha.2016.01.048.
127. Fabian ID, Abdallah E, Abdullahi SU, Abdulqader RA, Adamou Boubacar S, Ademola-Popoola DS, et al.; Global Retinoblastoma Study Group. Global retinoblastoma presentation and analysis by national income level. *JAMA Oncol*. 2020;6(5):685-95. doi:10.1001/jamaoncol.2019.6716.
128. Malik ANJ, Mafwiri M, Gilbert C, Kim MJ, Schellenberg J. Integrating eye health training into the primary child healthcare programme in Tanzania: a pre-training and post-training study. *BMJ Paediatr Open*. 2020;4(1):e000629. doi:10.1136/bmjpo-2019-000629.

129. Mndeme FG, Mmbaga BT, Kim MJ, Sinke L, Allen L, Mgaya E, et al. Red reflex examination in reproductive and child health clinics for early detection of paediatric cataract and ocular media disorders: cross-sectional diagnostic accuracy and feasibility studies from Kilimanjaro, Tanzania. *Eye*. 2021;35:1347-53. doi:10.1038/s41433-020-1019-5.
130. Universal Newborn Hearing Screening (UNHS) review group. Effectiveness of universal newborn hearing screening: a systematic review and meta-analysis (en preparación).
131. Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P. Universal newborn hearing screening: systematic review to update the 2001 US Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics*. 2008;122(1):e266-76. doi:10.1542/peds.2007-1422.
132. Patel H, Feldman M, Canadian Paediatric S, Community Paediatrics C. Universal newborn hearing screening. *Paediatr Child Health*. 2011;16(5):301-5. doi:10.1093/pch/16.5.301.
133. Sharma R, Gu Y, Ching TYC, Marnane V, Parkinson B. Economic evaluations of childhood hearing loss screening programmes: a systematic review and critique. *Appl Health Econ*. 2019;17(3):331-57. doi:10.1007/s40258-018-00456-1.
134. Olusanya BO, Emokpae A, Renner JK, Wirz SL. Costs and performance of early hearing detection programmes in Lagos, Nigeria. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2009;103(2):179-86. doi:10.1016/j.trstmh.2008.07.001.
135. Heidari S, Olyaei Manesh A, Rajabi F, Moradi-Joo M. Cost-effectiveness analysis of automated auditory brainstem response and otoacoustic emission in universal neonatal hearing screening. *Iran J Pediatr*. 2017;27(2):e5229. doi:10.5812/ijp.5229.
136. Gupta S, Sah S, Som T, Saksena M, Yadav CP, Sankar MJ, et al. Challenges of implementing universal newborn hearing screening at a tertiary care centre from India. *Indian J Pediatr*. 2015;82(8):688-93. doi:10.1007/s12098-015-1688-4.
137. Verkleij ML, Heijnsdijk EAM, Bussé AML, Carr G, Goedegebure A, Mackey AR, et al. Cost-effectiveness of neonatal hearing screening programs: a micro-simulation modeling analysis. *Ear Hear*. 2021;42(4):909-16. doi:10.1097/AUD.0000000000000981.
138. Coates H, Giffins K. Newborn hearing screening. *Australian Prescriber*. 2003;26(4):82-4. doi:10.18773/austprescr.2003.062.
139. Olusanya BO, Newton VE. Global burden of childhood hearing impairment and disease control priorities for developing countries. *Lancet*. 2007;369(9569):1314-7. doi:10.1016/S0140-6736(07)60602-3.
140. Van Kerschaver E, Boudewyns AN, Declau F, Van de Heyning PH, Wuyts FL. Socio-demographic determinants of hearing impairment studied in 103 835 term babies. *Eur J Public Health*. 2012;23(1):55-60. doi:10.1093/eurpub/cks010.
141. Lantos PM, Maradiaga-Panayotti G, Barber X, Raynor E, Tucci D, Hoffman K, et al. Geographic and racial disparities in infant hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;194599818803305. doi:10.1177/0194599818803305.
142. Frary CD, Thomsen P, Gerke O. Risk factors for non-participation in the Danish universal newborn hearing screening program: a population-based cohort study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;135:110079. doi:10.1016/j.ijporl.2020.110079.
143. Young A, Tattersall H. Parents' of deaf children evaluative accounts of the process and practice of universal newborn hearing screening. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2005;10(2):134-45. doi:10.1093/deafed/eni014.
144. Young A, Tattersall H. Universal newborn hearing screening and early identification of deafness: parents' responses to knowing early and their expectations of child communication development. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2007;12(2):209-20. doi:10.1093/deafed/enl033.
145. Arnold CL, Davis TC, Humiston SG, Bocchini JA, Jr, Bass PF, 3rd, Bocchini A, et al. Infant hearing screening: stakeholder recommendations for parent-centered communication. *Pediatrics*. 2006;117(5 Pt 2):S341-54. doi:10.1542/peds.2005-2633N.

146. Jatto ME, Ogunkeyede SA, Adeyemo AA, Adeagbo K, Saiki O. Mothers' perspectives of newborn hearing screening programme. *Ghana Med J.* 2018;52(3):158-62. doi:10.4314/gmj.v52i3.9.
147. Shulman S, Besculides M, Saltzman A, Ireys H, White KR, Forsman I. Evaluation of the universal newborn hearing screening and intervention program. *Pediatrics.* 2010;126 Suppl 1:S19-27. doi:10.1542/peds.2010-0354F.
148. Recommendations for management of common childhood conditions. Evidence for technical update of pocketbook recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
149. Khurshid F, Rao SPN, Sauve C, Gupta S. Universal screening for hyperbilirubinemia in term healthy newborns at discharge: a systematic review and meta-analysis (presentado para publicación).
150. Wainer S, Parmar SM, Allegro D, Rabi Y, Lyon ME. Impact of a transcutaneous bilirubinometry program on resource utilization and severe hyperbilirubinemia. *Pediatrics.* 2012;129(1):77-86. doi:10.1542/peds.2011-0599.
151. Olusanya BO, Imosemi DO, Emokpae AA. Differences between transcutaneous and serum bilirubin measurements in Black African neonates. *Pediatrics.* 2016;138(3). doi:10.1542/peds.2016-0907.
152. Taylor JA, Burgos AE, Flaherman V, Chung EK, Simpson EA, Goyal NK, et al. Discrepancies between transcutaneous and serum bilirubin measurements. *Pediatrics.* 2015;135(2):224-31. doi:10.1542/peds.2014-1919.
153. Bhutani VK, Gourley GR, Adler S, Kreamer B, Dalin C, Johnson LH. Noninvasive measurement of total serum bilirubin in a multiracial pre-discharge newborn population to assess the risk of severe hyperbilirubinemia. *Pediatrics.* 2000;106(2):E17. doi:10.1542/peds.106.2.e17.
154. McClean S, Baerg K, Smith-Fehr J, Szafron M. Cost savings with transcutaneous screening versus total serum bilirubin measurement for newborn jaundice in hospital and community settings: a cost-minimization analysis. *CMAJ Open.* 2018;6(3):E285-91. doi:10.9778/cmajo.20170158.
155. Olusanya BO, Ogunlesi TA, Slusher TM. Why is kernicterus still a major cause of death and disability in low-income and middle-income countries? *Arch Dis Child.* 2014;99(12):1117-21. doi:10.1136/archdischild-2013-305506.
156. Lipstein EA, Nabi E, Perrin JM, Luff D, Browning MF, Kuhlthau KA. Parents' decision-making in newborn screening: opinions, choices, and information needs. *Pediatrics.* 2010;126(4):696-704. doi:10.1542/peds.2010-0217.
157. Maisels MJ. Neonatal transcutaneous bilirubin measurements: an opportunity to enhance laboratory utilization and improve patient care. *Clin Chem.* 2012;58(10):1395-6. doi:10.1373/clinchem.2012.183616.
158. Xie B, da Silva O, Zaric G. Cost-effectiveness analysis of a system-based approach for managing neonatal jaundice and preventing kernicterus in Ontario. *Paediatr Child Health.* 2012;17(1):11-16. doi:10.1093/pch/17.1.11.
159. Lunze K, Bloom DE, Jamison DT, Hamer DH. The global burden of neonatal hypothermia: systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC Med.* 2013;11(1):24. Doi:10.1186/1741-7015-11-24.
160. Kelly PA, Classen KA, Crandall CG, Crenshaw JT, Schaefer SA, Wade DA, et al. Effect of timing of the first bath on a healthy newborn's temperature. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018;47(5):608-19. doi:10.1016/j.jogn.2018.07.004.
161. Ruschel LM, Pedrini DB, da Cunha MLC. Hypothermia and the newborn's bath in the first hours of life. *Rev Gaucha Enferm.* 2018;39:e20170263. doi:10.1590/1983-1447.2018.20170263.
162. Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM, Thomas KS, Cork MJ, McLean WH, et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;134(4):818-23. doi:10.1016/j.jaci.2014.08.005.
163. Dyer JA. Newborn skin care. *Semin Perinatol.* 2013;37(1):3-7. doi:10.1053/j.semperi.2012.11.008.

164. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee AC, Waiswa P, et al. Every newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014;384(9938):189–205. doi:10.1016/s0140-6736(14)60496-7.
165. Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, Uy MEV, Mantaring Iii JB, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5):CD008635.
166. Coffey PS, Brown SC. Umbilical cord-care practices in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):68. doi:10.1186/s12884-017-1250-7.
167. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics*. 2004;114(1):234–8. doi:10.1542/peds.114.1.234.
168. Priyadarshi M, Balachander B, Sankar MJ. Effect of sleep position in term healthy newborns on neonatal mortality and sudden infant death syndrome (SIDS): a systematic review (presentado para publicación).
169. Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model. *Biol Neonate*. 1994;65(3-4):194–7. doi:10.1159/000244052.
170. Priyadarshi M, Balachander B, Gupta S, Sankar MJ. Timing of bathing in term healthy newborns: a systematic review (presentado para publicación).
171. Callaghan-Koru JA, Nonyane BAS, Guenther T, Sitrin D, Ligowe R, Chimbanga E, et al. Contribution of community-based newborn health promotion to reducing inequities in healthy newborn care practices and knowledge: evidence of improvement from a three-district pilot program in Malawi. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1052. doi:10.1186/1471-2458-13-1052.
172. Nonyane BA, KC A, Callaghan-Koru JA, Guenther T, Sitrin D, Syed U, et al. Equity improvements in maternal and newborn care indicators: results from the Bardiya district of Nepal. *Health Policy Plan*. 2015;31(4):405–14. doi:10.1093/heapol/czv077.
173. Chamberlain J, McCarty S, Sorce J, Leesman B, Schmidt S, Meyrick E, et al. Impact on delayed newborn bathing on exclusive breastfeeding rates, glucose and temperature stability, and weight loss. *J Neonatal Nurs*. 2019;25:74–7. doi:10.1016/j.jnn.2018.11.001.
174. Lund C. Bathing and beyond: current bathing controversies for newborn infants. *Adv Neonatal Care*. 2016;16 Suppl 5S:S13–20. doi:10.1097/anc.0000000000000336.
175. Priyadarshi M, Balachander B, Gupta S, Sankar MJ. Emollients application in term healthy newborns: a systematic review (presentado para publicación).
176. Chalmers JR, Haines RH, Mitchell EJ, Thomas KS, Brown SJ, Ridd M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of daily all-over-body application of emollient during the first year of life for preventing atopic eczema in high-risk children (The BEEP trial): protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):343. doi:10.1186/s13063-017-2031-3.
177. Chlorhexidine Umbilical Review Group. Efficacy and safety of umbilical cord cleansing with chlorhexidine in neonates – an individual participant data (IPD) meta-analysis (en preparación).
178. Information Exchange System. Alert No. 133. Chlorhexidine 7,1% digluconate (CHX) aqueous solution or gel (10ml) – reports of serious eye injury due to errors in administration. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
179. Coffey PS, Metzler M, Islam Z, Koehlmoos TP. Willingness to pay for a 4% chlorhexidine (7.1% chlorhexidine digluconate) product for umbilical cord care in rural Bangladesh: a contingency valuation study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;13:44. doi:10.1186/1472-698x-13-44.
180. Arifeen SE, Mullany LC, Shah R, Mannan I, Rahman SM, Talukder MR, et al. The effect of cord cleansing with chlorhexidine on neonatal mortality in rural Bangladesh: a community-based, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2012;379(9820):1022–8. doi:10.1016/s0140-6736(11)61848-5.
181. Organización Mundial de la Salud. Model List of Essential Medicines for Children, 7th list. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

182. Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda, MD. *Pediatrics*. 1994;93(5):814-9.
183. Cheng TL, Monteiro N, DiMeglio LA, Chien AT, Peeples ES, Raetz E, et al. Seven great achievements in pediatric research in the past 40 y. *Pediatr Res*. 2016;80(3):330-7. doi:10.1038/pr.2016.95.
184. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011;128(5):e1341-67. doi:10.1542/peds.2011-2285.
185. Katz D, Shore S, Bandle B, Niermeyer S, Bol KA, Khanna A. Sudden infant death syndrome and residential altitude. *Pediatrics*. 2015;135(6):e1442-9. doi:10.1542/peds.2014-2697.
186. Spencer N, Logan S. Sudden unexpected death in infancy and socioeconomic status: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(5):366-73. doi:10.1136/jech.2003.011551.
187. Hwang SS, Smith RA, Barfield WD, Smith VC, McCormick MC, Williams MA. Supine sleep positioning in preterm and term infants after hospital discharge from 2000 to 2011. *J Perinatol*. 2016;36(9):787-93. doi:10.1038/jp.2016.80.
188. Smylie J, Fell DB, Chalmers B, Sauve R, Royle C, Allan B, et al. Socioeconomic position and factors associated with use of a nonsupine infant sleep position: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Am J Public Health*. 2014;104(3):539-47. doi:10.2105/ajph.2012.301061.
189. Hirai AH, Kortsmid K, Kaplan L, Reiney E, Warner L, Parks SE, et al. Prevalence and factors associated with safe infant sleep practices. *Pediatrics*. 2019;144(5). doi:10.1542/peds.2019-1286.
190. Zachry AH, Kitzmann KM. Disparities in sleep position awareness and compliance. *South Med J*. 2010;103(4):311-5. doi:10.1097/SMJ.0b013e3181d3ce78.
191. Pease A, Garstang JJ, Ellis C, Watson D, Ingram J, Cabral C, et al. Decision-making for the infant sleep environment among families with children considered to be at risk of sudden unexpected death in infancy: a systematic review and qualitative metasynthesis. *BMJ Paediatr Open*. 2021;5(1):e000983. doi:10.1136/bmjpo-2020-000983.
192. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017;27(92):369-92.
193. Organización Mundial de la Salud. Polio vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2016;12(91):145-68.
194. Organización Mundial de la Salud. BCG vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2018;8(93):73-96.
195. WHO recommendations for routine immunization - summary tables [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/who-recommendations-for-routine-immunization---summary-tables>, consultado el 20 de enero del 2022).
196. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Vitamin and mineral requirements in human nutrition, second edition. Ginebra: OMS; 2004.
197. Haider BA, Sharma R, Bhutta ZA. Neonatal vitamin A supplementation for the prevention of mortality and morbidity in term neonates in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD006980.
198. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005. WHO global database on vitamin A deficiency. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
199. Stevens GA, Bennett JE, Hennocq Q, Lu Y, DeRegil LM, Rogers L, et al. Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys. *Lancet Glob Health*. 2015;3(9):e528-36. doi:10.1016/S2214-109X(15)00039-X.

200. Koo W, Walyat N. Vitamin D and skeletal growth and development. *Curr Osteoporos Rep.* 2013;11(3):188–93. doi:10.1007/s11914-013-0156-1.
201. Winzenberg T, Jones G. Vitamin D and bone health in childhood and adolescence. *Calcif Tissue Int.* 2013;92(2):140–50. doi:10.1007/s00223-012-9615-4.
202. Nutritional rickets: a review of disease burden, causes, diagnosis, prevention and treatment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
203. Við Streyms S, Højskov CS, Møller UK, Heickendorff L, Vestergaard P, Mosekilde L, et al. Vitamin D content in human breast milk: a 9-mo follow-up study. *Am J Clin Nutr.* 2016;103(1):107–14. doi:10.3945/ajcn.115.115105.
204. Imdad A, Rehman F, Davis E, Ranjit D, Surin GSS, Attia SL, et al. Effects of neonatal nutrition interventions on neonatal mortality and child health and development outcomes: a systematic review. *Campbell Syst Rev.* 2019;17(1):e1141. doi:10.1002/cl2.1021.
205. Neonatal Vitamin A Supplementation Evidence group. Early neonatal vitamin A supplementation and infant mortality: an individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *Arch Dis Child.* 2019;104(3):217–26. doi:10.1136/archdischild-2018-315242.
206. Humphrey JH, Agoestina T, Juliana A, Septiana S, Widjaja H, Cerreto MC, et al. Neonatal vitamin A supplementation: effect on development and growth at 3 y of age. *Am J Clin Nutr.* 1998;68(1):109–17. doi:10.1093/ajcn/68.1.109.
207. Klemm RD, Labrique AB, Christian P, Rashid M, Shamim AA, Katz J, et al. Newborn vitamin A supplementation reduced infant mortality in rural Bangladesh. *Pediatrics.* 2008;122(1):e242–50. doi:10.1542/peds.2007-3448.
208. Edmond KM, Newton S, Shannon C, O’Leary M, Hurt L, Thomas G, et al. Effect of early neonatal vitamin A supplementation on mortality during infancy in Ghana (Neovita): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9975):1315–23. doi:10.1016/s0140-6736(14)60880-1.
209. Masanja H, Smith ER, Muhihi A, Briegleb C, Mshamu S, Ruben J, et al. Effect of neonatal vitamin A supplementation on mortality in infants in Tanzania (Neovita): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9975):1324–32. doi:10.1016/s0140-6736(14)61731-1.
210. Mazumder S, Taneja S, Bhatia K, Yoshida S, Kaur J, Dube B, et al. Efficacy of early neonatal supplementation with vitamin A to reduce mortality in infancy in Haryana, India (Neovita): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9975):1333–42. doi:10.1016/s0140-6736(14)60891-6.
211. Ahmad SM, Raqib R, Huda MN, Alam MJ, Monirujjaman M, Akhter T, et al. High-dose neonatal vitamin A supplementation transiently decreases thymic function in early infancy. *J Nutr.* 2020;150(1):176–83. doi:10.1093/jn/nxz193.
212. Klemm RDW, Pokharel RK, Bichha RP, Nargis M, Mahmud Z, Oot L, et al. Testing the feasibility of delivering vitamin A to newborns in Nepal and Bangladesh. *Sight and Life.* 2011;25:30–7.
213. Codex Alimentarius. Norma para preparados para lactantes y preparados para usos medicinales especiales destinados a los lactantes CXS 72-1981 Anteriormente CAC/RS 72-1972. Adoptada como Norma mundial en 1981. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
214. Tan ML, Abrams SA, Osborn DA. Vitamin D supplementation for term breastfed infants to prevent vitamin D deficiency and improve bone health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(12):CD013046.
215. Optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
216. Chandy DD, Kare J, Singh SN, Agarwal A, Das V, Singh U, et al. Effect of vitamin D supplementation, directly or via breast milk for term infants, on serum 25 hydroxyvitamin D and related biochemistry, and propensity to infection: a randomised placebo-controlled trial. *Br J Nutr.* 2016;116(1):52–8. doi:10.1017/s0007114516001756.

217. Floreskul V, Juma FZ, Daniel AB, Zamir I, Rawdin A, Stevenson M, et al. Cost-effectiveness of vitamin D supplementation in pregnant woman and young children in preventing rickets: a modeling study. *Front Public Health*. 2020;8(439). doi:10.3389/fpubh.2020.00439.
218. Roth DE, Abrams SA, Aloia J, Bergeron G, Bourassa MW, Brown KH, et al. Global prevalence and disease burden of vitamin D deficiency: a roadmap for action in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1430(1):44-79. doi:10.1111/nyas.13968.
219. Wagner CL, Greer FR. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*. 2008;122(5):1142-52. doi:10.1542/peds.2008-1862.
220. Simon AE, Ahrens KA. Adherence to vitamin D intake guidelines in the United States. *Pediatrics*. 2020;145(6):e20193574. doi:10.1542/peds.2019-3574.
221. Umaretiya PJ, Oberhelman SS, Cozine EW, Maxson JA, Quigg SM, Thacher TD. Maternal preferences for vitamin D supplementation in breastfed infants. *Ann Fam Med*. 2017;15(1):68-70. doi:10.1370/afm.2016.
222. Taylor JA, Geyer LJ, Feldman KW. Use of supplemental vitamin D among infants breastfed for prolonged periods. *Pediatrics*. 2010;125(1):105-11. doi:10.1542/peds.2009-1195.
223. Heinig MJ. Vitamin D and the breastfed infant: controversies and concerns. *J Hum Lact*. 2003;19(3):247-9. doi:10.1177/0890334403255420.
224. Vitamin D expert panel meeting final report. Atlanta, GA, Estados Unidos: Centros para el Control de Enfermedades; 2001 (https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/pdf/Vitamin_D_Expert_Panel_Meeting.pdf, consultado el 20 de enero del 2022).
225. Crocker B, Green TJ, Barr SI, Beckingham B, Bhagat R, Dabrowska B, et al. Very high vitamin D supplementation rates among infants aged 2 months in Vancouver and Richmond, British Columbia, Canada. *BMC Public Health*. 2011;11(1):905. doi:10.1186/1471-2458-11-905.
226. Gallo S, Jean-Philippe S, Rodd C, Weiler HA. Vitamin D supplementation of Canadian infants: practices of Montreal mothers. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2010;35(3):303-9. doi:10.1139/h10-021.
227. Hemmingway A, Fisher D, Berkery T, Murray DM, Kiely ME. Adherence to the infant vitamin D supplementation policy in Ireland. *Eur J Nutr*. 2020;1337-45. doi:10.1007/s00394-020-02334-w.
228. Field T. Pediatric massage therapy research: a narrative review. *Children (Basilea)*. 2019;6(6). doi:10.3390/children6060078.
229. Kulkarni A, Kaushik JS, Gupta P, Sharma H, Agrawal RK. Massage and touch therapy in neonates: the current evidence. *Indian Pediatr*. 2010;47:771-6. doi:10.1007/s13312-010-0114-2.
230. Diego MA, Field T. Moderate pressure massage elicits a parasympathetic nervous system response. *Int J Neurosci*. 2009;119(5):630-8. doi:10.1080/00207450802329605.
231. Schanberg S, Davalos M, Malphurs J. Massage with oil has more positive effects on normal infants. *J Prenat Perinat Psychol Health*. 1996;11(2):75.
232. Field T. Massage therapy research review. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;24:19-31. doi:10.1016/j.ctcp.2016.04.005.
233. Priyadarshi M, Kumar V, Balachander B, Gupta S, Sankar MJ. Effect of whole-body massage on growth and neurodevelopment in term healthy newborns: a systematic review (presentado para publicación).
234. Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(4):CD005038.
235. Zhang M, Wang L, Wang Y, Tang J. The influence of massage on neonatal hyperbilirubinemia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern-Fetal Neonatal Med*. 2019;32(18):3109-14. doi:10.1080/14767058.2018.1455183.

236. Gürol A, Polat S. The effects of baby massage on attachment between mother and their infants. *Asian Nurs Res*. 2012;6(1):35–41. doi:10.1016/j.anr.2012.02.006.
237. Keller MK, Rehm M. A qualitative case study: fathers experiences massaging their infants. *J Behav Soc Sci*. 2015;2:29–39.
238. Improving early childhood development: WHO guideline. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
239. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2009.
240. Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018.
241. Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.
242. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;(6):CD002958.
243. Yonemoto N, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;(7):CD009326.
244. Tiruneh GT, Shiferaw CB, Worku A. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):507. doi:10.1186/s12884-019-2651-6.
245. Bernstein HH, Spino C, Baker A, Slora EJ, Touloukian CL, McCormick MC. Postpartum discharge: do varying perceptions of readiness impact health outcomes? *Ambul Pediatr*. 2002;2(5):388–95. doi:10.1367/1539-4409(2002)002<0388:pddvpo>2.0.co;2.
246. Dol J, Kohi T, Campbell-Yeo M, Tomblin Murphy G, Aston M, Mselle L. Exploring maternal postnatal newborn care postnatal discharge education in Dar es Salaam, Tanzania: barriers, facilitators and opportunities. *Midwifery*. 2019;77:137–43. doi:10.1016/j.midw.2019.07.009.
247. Malagon-Maldonado G, Connelly CD, Bush RA. Predictors of readiness for hospital discharge after birth: building evidence for practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14(2):118–27. doi:10.1111/wvn.12208.
248. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191620. doi:10.1371/journal.pone.0191620.
249. José Santos S. MenCare in Latin America: challenging harmful masculine norms and promoting positive changes in men's caregiving – EMERGE Case Study 5. Brighton: Institute of Development Studies, Promundo-US, Sonke Gender Justice; 2015.
250. Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
251. International Initiative for Impact Evaluation (3ie). An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
252. Ruane-McAteer E, Amin A, Hanratty J, Lynn F, Corbijn van Willenswaard K, Reid E, et al. Interventions addressing men, masculinities and gender equality in sexual and reproductive health and rights: an evidence and gap map and systematic review of reviews. *BMJ Glob Health*. 2019;4(5):e001634. doi:10.1136/bmjgh-2019-001634.
253. Gunn J, Lumley J, Chondros P, Young D. Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(9):991–7. doi:10.1111/j.1471-0528.1998.tb10263.x.

254. Timing of first postnatal contact by midwife. En: Postnatal care NICE guideline NG194. National Institute for Health and Care Excellence; 2021.
255. Dol J, Richardson B, Bonet M, Langlois EV, Parker R, Scott H, et al. Timing of maternal and neonatal mortality and morbidity in healthy women and newborns during the postnatal period: a systematic review protocol. *JBI Evid Synth.* 2021;19(3):629–43. doi:10.11124/jbies-20-00036.
256. Oza S, Cousens SN, Lawn JE. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study. *Lancet Glob Health.* 2014;2(11):e635–44. doi:10.1016/s2214-109x(14)70309-2.
257. Oza S, Lawn JE, Hogan DR, Mathers C, Cousens SN. Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013. *Bull World Health Organ.* 2015;93(1):19–28. doi:10.2471/BLT.14.139790.
258. Jones E, Taylor B, MacArthur C, Bradshaw S, Hope L, Cummins C. Early postnatal discharge for infants: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2020;146(3):e20193365. doi:10.1542/peds.2019-3365.
259. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3):714–26. doi:10.1016/j.ajog.2005.01.015.
260. Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T, et al. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG.* 2004;111(8):800–6. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x.
261. Bowers J, Cheyne H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):16. doi:10.1186/s12913-015-1214-4.
262. Benova L, Owolabi O, Radovich E, Wong KLM, Macleod D, Langlois EV, et al. Provision of postpartum care to women giving birth in health facilities in sub-Saharan Africa: a cross-sectional study using Demographic and Health Survey data from 33 countries. *PLoS Med.* 2019;16(10):e1002943. doi:10.1371/journal.pmed.1002943.
263. Doctor HV, Radovich E, Benova L. Time trends in facility-based and private-sector childbirth care: analysis of Demographic and Health Surveys from 25 sub-Saharan African countries from 2000 to 2016. *J Glob Health.* 2019;9(2):020406. doi:10.7189/jogh.09.020406.
264. Montagu D, Sudhinaraset M, Diamond-Smith N, Campbell O, Gabrysch S, Freedman L, et al. Where women go to deliver: understanding the changing landscape of childbirth in Africa and Asia. *Health Policy Plan.* 2017;32(8):1146–52. doi:10.1093/heapol/czx060.
265. Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having cesarean birth. *Obstet Gynecol.* 1994;84(5):832–8.
266. Altuntuğ K, Ege E. Effects of health education on mothers' readiness for postpartum discharge from hospital, on postpartum complaints, and quality of life. *Turkish J Res Devel Nurs.* 2013;15(2):45–56.
267. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(11):CD004068.
268. Rasaily R, Saxena N, Pandey S, Garg BS, Swain S, Iyengar SD, et al. Effect of home-based newborn care on neonatal and infant mortality: a cluster randomised trial in India. *BMJ Glob Health.* 2020;5(9):e000680. doi:10.1136/bmjgh-2017-000680.
269. LeFevre AE, Shillcutt SD, Waters HR, Haider S, El Arifeen S, Mannan I, et al. Economic evaluation of neonatal care packages in a cluster-randomized controlled trial in Sylhet, Bangladesh. *Bull World Health Organ.* 2013;91(10):736–45. doi:10.2471/BLT.12.117127.

270. Pitt C, Tawiah T, Soremekun S, ten Asbroek AH, Manu A, Tawiah-Agyemang C, et al. Cost and cost-effectiveness of newborn home visits: findings from the Newhints cluster-randomised controlled trial in rural Ghana. *Lancet Glob Health*. 2016;4(1):e45-56. doi:10.1016/S2214-109X(15)00207-7.
271. Daviaud E, Owen H, Pitt C, Kerber K, Bianchi Jassir F, Barger D, et al. Overview, methods and results of multi-country community-based maternal and newborn care economic analysis. *Health Policy Plan*. 2017;32(supl 1):i6-20. doi:10.1093/heapol/czx055.
272. Barger D, Owen H, Pitt C, Kerber K, Sitrin D, Mayora C, et al. Multi-country analysis of the cost of community health workers kits and commodities for community-based maternal and newborn care. *Health Policy Plan*. 2017;32(supl 1):i84-92. doi:10.1093/heapol/czx038.
273. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas. *Levels and trends in child mortality: report 2019*. Nueva York (NY): UNICEF; 2019.
274. Chao F, You D, Pedersen J, Hug L, Alkema L. National and regional under-5 mortality rate by economic status for low-income and middle-income countries: a systematic assessment. *Lancet Glob Health*. 2018;6(5):e535-47. doi:10.1016/S2214-109X(18)30059-7.
275. McPherson R, Hodgins S. Postnatal home visitation: lessons from country programs operating at scale. *J Glob Health*. 2018;8(1):010422. doi:10.7189/jogh.08.010422.
276. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001;108(3):719-27. doi:10.1542/peds.108.3.719.
277. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra AM. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*. 2000;105(5):1058-65. doi:10.1542/peds.105.5.1058.
278. *Recomendaciones de la OMS: 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*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [versión original en inglés publicada en el 2012].
279. *Directrices para el control de vectores del paludismo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
280. *Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
281. Baguiya A, Portela A, Moyvisan A, Gerlach N, Gopal P, Sauvé C, et al. Effectiveness of male involvement intervention on maternal and newborn health outcomes (en preparación).
282. Kunene B, Beksinska M, Zondi S, Mthembu N, Mullick S, Ottolenghi E, et al. *Involving men in maternity care: South Africa*. Washington (DC): Population Council; 2004.
283. *WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
284. *Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [versión original en inglés publicada en el 2019].

Anexo 1: Colaboradores en el proceso de elaboración de las directrices

Grupo de Orientación de la OMS (Ginebra, Suiza)

Rajiv Bahl

Jefe de unidad
Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento

Tarun Dua

Administradora de programa
Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias

Olufemi T. Oladapo

Jefe de unidad
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas

Fernando Althabe

Oficial médico
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas

Mercedes Bonet

Oficial médica
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas

Neerja Chowdhary

Oficial técnica
Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias

Karen Edmond

Científica
Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento

Anayda Portela

Oficial técnica
Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento

Shuchita Gupta

Oficial médica
Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento

Lisa Rogers

Oficial técnica
Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos

João Paulo Souza

Consultor
Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento

Grupo de Elaboración de las Directrices

Shabina Ariff

Directora de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Especialista en Pediatría y Neonatología
Departamento de Pediatría y Salud Infantil
Universidad Aga Khan
Karachi (Pakistán)

Abdullah Baqui

Director
Centro Internacional para la Salud Materna y Neonatal
Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins
Baltimore (Estados Unidos)

Blami Dao

Director técnico
África Occidental y Central
Jhpiego, una filial de la Universidad Johns Hopkins
Baltimore (Estados Unidos)

Louise Tina Day

Gestora de Investigación de EN-BIRTH
Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres
Londres (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)

Abiy Seifu Estifanos

Profesor Ayudante
Escuela de Salud Pública de la Universidad de Addis Abeba
Addis Abeba (Etiopía)

Duncan Fisher

Cofundador y editor
Family Included
(Reino Unido)

Jane Fisher (Presidenta, Salud mental materna)
Directora, Salud Global y de la Mujer
Jefa, División de Ciencias Sociales
Escuela de Salud Pública y Medicina Preventiva
Universidad Monash
Melbourne (Australia)

Zelee Hill
Profesora Adjunta
Instituto para la Salud Mundial
Colegio Universitario de la Facultad de Ciencias de la
Salud de la Población
Londres (Reino Unido)

Caroline Homer
Codirectora del Programa
Salud de la Madre, el Niño y el Adolescente
Instituto Burnet
Melbourne (Australia)

Tamar Kabakian-Khasholian
Profesora Adjunta
Departamento de Promoción de la Salud y Salud
Comunitaria
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Americana de Beirut
Beirut (Líbano)

Mary Kinney
Investigadora
Escuela de Salud Pública
Universidad del Cabo Occidental
Ciudad del Cabo (Sudáfrica)

Tina Lavender
Profesora de Salud Materna y Neonatal
Departamento de Salud de la Mujer y el Niño
Universidad de Liverpool
Liverpool (Reino Unido)

Pisake Lumbiganon
Profesor de Obstetricia y Ginecología
Coordinador, Red Cochrane Tailandesa
Facultad de Medicina
Universidad de Khon Kaen
Khon Kaen (Tailandia)

Address Malata
Profesora
Universidad de Ciencia y Tecnología de Malawi
Limbe (Malawi)

James Neilson (Presidente, Salud materna, sistemas
de salud y promoción de la salud)
Editor coordinador
Grupo Cochrane de Embarazo y Parto
Universidad de Liverpool
Liverpool (Reino Unido)

Ibone Olza
Cofundadora, El Parto es Nuestro
Directora del Instituto Europeo de Salud Mental
Perinatal
Madrid (España)

Malvarappu Prakasamma
Profesora
Academia de Estudios de Enfermería y Estudios de
Investigación sobre el Empoderamiento de la Mujer
Telangana (India)

Siddarth Ramji (Presidente, Salud del recién nacido)
Director-Profesor de Pediatría y Neonatología
Departamento de Neonatología
Colegio Médico Maulana Azad
Nueva Delhi (India)

Parminder Suchdev
Director Adjunto, Instituto de Salud Mundial Emory
Director, Oficina de Pediatría de Salud Mundial
Profesor, Departamento de Pediatría y Departamento
de Salud Mundial Hubert
Universidad Emory
Atlanta (Estados Unidos)

Mark Tomlinson
Profesor
Instituto para la Investigación de la Salud durante la
Vida
Universidad de Stellenbosch
Universidad de Stellenbosch (Sudáfrica)

Haifa Wahabi
Cátedra de Atención de Salud Basada en la Evidencia
y Traslación del Conocimiento
Facultad de Medicina
Universidad Rey Saud
Riad, (Arabia Saudita)

Grupo de Revisión Externa

Rafat Jan

Profesora y Decana Adjunta de la Unidad de Extensión y Políticas
Escuela de Enfermería y Partería
Universidad Aga Khan
Karachi (Pakistán)

Silke Mader

Presidenta del Consejo Ejecutivo
Fundación Europea para el Cuidado de los Recién Nacidos
Múnich (Alemania)

Matthews Mathai

Consultor Independiente de Salud Materna y Perinatal Internacional
St John's (Canadá)

Linda Richter

Profesora
Centro de Excelencia en Desarrollo Humano de DST-NRF
Universidad del Witwatersrand
Johannesburgo (Sudáfrica)

Jane Sandall

Profesora de Ciencias Sociales y Salud de la Mujer
Departamento de Salud de la Mujer y el Niño
King's College, Londres
Londres (Reino Unido)

Steve Wall

Director Superior
Salud neonatal
Save the Children (Estados Unidos)
Washington, D.C. (Estados Unidos).

Grupo de Trabajo Técnico

Edgardo Abalos

Director
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario, Santa Fe (Argentina)

Monica Chamillard

Médico
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario, Santa Fe (Argentina)

Virginia Diaz

Médico
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario, Santa Fe (Argentina)

Soo Downe

Profesora de Estudios de Partería
Universidad de Lancashire
Preston (Reino Unido)

Kenneth Finlayson

Investigador Asociado
Escuela de Salud Comunitaria y Partería
Universidad de Lancashire Central
Preston (Reino Unido)

Leanne Jones

Directora Adjunta de Edición
Grupo Cochrane de Embarazo y Parto,
Liverpool
Women's NHS Foundation Trust
Liverpool (Reino Unido)

Ani Movsisyan

Consultora
Escuela de Salud Pública Pettenkofer
Universidad Ludwig Maximilian de Múnich
Múnich (Alemania)

Susan Munabi-Babigumira

Investigadora
Departamento de Salud Mundial/Grupo Cochrane de Práctica Efectiva y Organización de la Atención, División de Servicios de Salud
Instituto Noruego de Salud Pública
Oslo (Noruega)

Julia Pascale

Médico
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario, Santa Fe (Argentina)

Yanina Sguassero

Médico
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario, Santa Fe (Argentina)

Aleena Wojcieszek

Consultora
Dr Aleena Wojcieszek Consulting
Brisbane (Australia)

Asociados externos y observadores en las reuniones

Carlos Fuchtner

Presidente
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
Londres (Reino Unido)

Gagan Gupta

Especialista en Salud Mental
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Nueva York (Estados Unidos)
New York, USA

Tedbabe Degefie Hailegebriel

Asesora principal
Salud materna y neonatal
UNICEF
Nueva York (Estados Unidos)

Petra ten Hoop-Bender

Asesora técnica
Salud sexual y reproductiva
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Ginebra (Suiza)

William Keenan

Profesor, Departamento de Pediatría de la Universidad de Saint Louis
Presidente, Asociación Internacional de Pediatría (*International Pediatric Association*)
San Luis (Estados Unidos)

Smita Kumar

Asesora principal de neonatología
Oficina de Salud y Nutrición Materno-Infantil
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Washington, D.C. (Estados Unidos).

Rebecca Levine

Asesora principal de salud materna
USAID
Washington, D.C. (Estados Unidos).

Jeffrey Smith

Director Adjunto
Investigación de implementación y demostración para escalamiento
Fundación Bill y Melinda Gates
Washington, D.C. (Estados Unidos).

Ann Yates

Asesora principal de partería
Confederación Internacional de Matronas
La Haya (Países Bajos)

Willibald Zeck

Fondo Temático Mundial para la Madre y el Recién Nacido
Coordinador
UNFPA
Nueva York (Estados Unidos)

Representantes de las Oficinas Regionales de la OMS

[Oficina Regional para África](#)

Triphonie Nkurunziza

Oficial médica
Equipo de Salud Reproductiva, Materna y del Envejecimiento

Assumpta Muriithi

Oficial médica
Equipo de Salud Reproductiva, Materna y del Envejecimiento
Protección de la Salud de Niños y Adolescentes

[Oficina Regional para las Américas/ Organización Panamericana de la Salud](#)

Bremen De Mucio

Asesor de Salud Sexual y Reproductiva
Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva

Pablo Duran

Asesor de Salud Perinatal
Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva

[Oficina Regional para Europa](#)

Oleg Kuzmenko

Oficial técnico
Salud Reproductiva y Materna

[Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental](#)

Jamela Al-Raiby

Asesora regional
Protección de la Salud de Niños y Adolescentes

Karima Gholbzouri

Asesora regional
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas

[Oficina Regional para Asia Sudoriental](#)

Anoma Jayathilaka

Oficial médica
Salud Materna y Reproductiva

Anexo 2: Resumen de las declaraciones de intereses de los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices (GDG) y forma en la que se gestionaron

Nombre	Conocimiento experto aportado a la elaboración de las directrices	Intereses declarados	Gestión de conflicto(s) de interés
Shabina Ariff	Neonatología, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica
Abdullah Baqui	Neonatología, experto en contenidos y usuario final	Subvención de investigación de la OMS para realizar un ensayo para evaluar el impacto de un esquema de antibióticos más sencillo para las infecciones de lactantes de corta edad (US\$ 500 215) Director del Centro Internacional para la Salud Materna y Neonatal de la Universidad John Hopkins, y en esa función aboga por la atención posnatal	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo suficientemente importante como para suponer un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o para reducir su credibilidad.
Blami Dao	Obstetricia, experto en contenidos y usuario final	No declara ninguno	No se aplica
Louise Tina Day	Obstetricia, neonatología, experta en contenidos y usuaria final	Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres - apoyo salarial para el estudio EN-BIRTH Fundación Bill y Melinda Gates - costos de viaje y participación en reuniones de diciembre del 2019 y febrero del 2020 (US\$ 1000)	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo suficientemente importante como para suponer un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o para reducir su credibilidad.
Abiy Seifu Estifanos	Neonatología, experto en contenidos y usuario final	No declara ninguno	No se aplica
Duncan Fisher	Representante del grupo de padres y progenitores	Pagos por conferencias en GOLD Learning; cesaron en abril del 2020 (US\$ 750 x 2)	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo suficientemente importante como para suponer un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o para reducir su credibilidad.
Jane Fisher	Salud mental, experta en contenidos y usuaria final	Becas de investigación en el campo de la salud mental perinatal, la crianza temprana y la promoción del desarrollo de la primera infancia a: Unidad de Salud Mundial y de la Mujer de la Universidad de Monash, Fundación de Investigación del Hospital Ramsay, Departamento de Salud de Australia, Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia, Departamento de Formación y Capacitación de Victoria, <i>Grand Challenges</i> Canada, Banco Mundial, <i>Sexual Violence Research Initiative</i> y Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica (total de aproximadamente A\$ 3 millones, incluidos Can\$ 500 000) Ex Presidente Inmediato de la Sociedad Internacional Marcé (2018-2020)	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo suficientemente importante como para suponer un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o para reducir su credibilidad.
Zelee Hill	Promoción de la salud, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica
Caroline Homer	Partería, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica

Nombre	Conocimiento experto aportado a la elaboración de las directrices	Intereses declarados	Gestión de conflicto(s) de interés
Tamar Kabakian-Khasholian	Promoción de la salud, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica
Mary Kinney	Promoción de la salud, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica
Tina Lavender	Partería, experta en contenidos y usuaria final	Recibió honorarios por presidir un simposio sobre el cuidado de la piel del recién nacido en el congreso de la Confederación Internacional de Matronas (£ 5000) Recibió financiación de subvenciones del Instituto Nacional de Investigación en Salud de la Universidad de Liverpool para la investigación sobre la prevención y el manejo de la muerte fetal (aproximadamente £ 2,5 millones) Consultoría remunerada para el grupo directivo de investigación financiado por Lunaler Group (£ 7000)	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo suficientemente importante como para suponer un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o para reducir su credibilidad.
Pisake Lumbiganon	Obstetricia, experto en contenidos y usuario final	No declara ninguno	No se aplica
Address Malata	Partería, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica
James Neilson	Obstetricia, experto en contenidos y usuario final	No declara ninguno	No se aplica
Ibone Olza	Representante de las mujeres, salud mental	Enseñanza y supervisión de los estudiantes en el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (€ 300 por clase, alrededor de 10 clases al mes) Pagos por conferencias en congresos (menos de € 1000 al año) Activista de El Parto es Nuestro, ONG dedicada a los derechos de las mujeres en el parto, y miembro electo de la junta directiva de la Sociedad Internacional Marcé Investigación para COST Action Devotion sobre traumatismos del parto y salud mental perinatal	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo suficientemente importante como para suponer un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o para reducir su credibilidad.
Malvarappu Prakasamma	Enfermería, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica
Siddarth Ramji	Neonatología, experto en contenidos y usuario final	No declara ninguno	No se aplica
Parminder Suchdev	Nutrición, experto en contenidos y usuario final	Apoyo para investigación y salarial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para el seguimiento y la evaluación de intervenciones nutricionales (20% del salario)	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo suficientemente importante como para suponer un riesgo para el proceso de elaboración de las directrices o para reducir su credibilidad.
Mark Tomlinson	Promoción de la salud, experto en contenidos y usuario final	No declara ninguno	No se aplica
Hayfaa Wahabi	Obstetricia, experta en contenidos y usuaria final	No declara ninguno	No se aplica

Annex 3: Plantilla del cuadro de "resumen de valoraciones" para los dominios de evidencia para la toma de decisiones

Efectos deseables	No se sabe	Depende de cada caso		Triviales	Pequeños	Moderados	Elevados
Efectos indeseables	No se sabe	Depende de cada caso		Elevados	Moderados	Pequeños	Triviales
Certeza de la evidencia	No se incluyó ningún estudio			Muy baja	Baja	Moderada	Alta
Valores				Incertidumbre o variabilidad importantes	Incertidumbre o variabilidad posiblemente importantes	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importantes	No hay ninguna incertidumbre o variabilidad importantes
Balance entre los efectos	No se sabe	Depende de cada caso	Favorable a la referencia de comparación	Probablemente favorable a la referencia de comparación	No es favorable a ninguno de los dos	Probablemente favorable a la intervención	Favorable a la intervención
Recursos necesarios	No se sabe	Depende de cada caso	Costos elevados	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorros moderados	Gran ahorro
Certeza de la evidencia sobre los recursos necesarios	No se incluyó ningún estudio			Muy baja	Baja	Moderada	Alta
Relación costo-eficacia	No se sabe	Depende de cada caso	Favorable a la referencia	Probablemente favorable al grupo de referencia	No es favorable a ninguno de los dos	Probablemente favorable a la intervención	Favorable a la intervención
Equidad	No se sabe	Depende de cada caso	Reducción	Probable reducción	Probablemente no habría ninguna repercusión	Probablemente la aumentaría	Aumento
Aceptabilidad	No se sabe	Depende de cada caso		No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí
Viabilidad	No se sabe	Depende de cada caso		No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí

En consonancia con los ODS y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*, y aplicando un enfoque basado en los derechos humanos, las iniciativas de atención posnatal deben ampliarse más allá de la cobertura y la simple supervivencia de modo que incluyan la calidad de la atención. Estas directrices tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención posnatal esencial y de rutina que se brinda a las mujeres y los recién nacidos, con el objetivo final de mejorar la salud y el bienestar materno y neonatal. En ellas se considera que una "experiencia posnatal positiva" es un resultado importante para todas las mujeres que dan a luz y sus recién nacidos, que sienta las bases para mejorar la salud y el bienestar a corto y largo plazo. Una experiencia posnatal positiva se define como aquella en la que las mujeres, los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias reciben información, tranquilidad y apoyo de manera constante de parte de trabajadores de salud motivados; y en la que un sistema de salud flexible y con recursos reconoce las necesidades de las mujeres y los bebés, y respeta su contexto cultural.

Para más información:

Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037,
Estados Unidos de América
<http://www.paho.org>

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva

Organización Panamericana de la Salud
Avenida Brasil 2697 1er Piso, apto. 4, Montevideo, 11300, Uruguay
postmasterCLAP@paho.org
<http://www.paho.org/clap>

978-92-4-004599-6

