

**EFFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN EL CONTROL PRENATAL Y LOS
RESULTADOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO**

Andrea Carolina De La Rosa Martínez
Especialización En Enfermería Materno Perinatal

Yessica Castrillón García
Enfermera profesional
Mg. Salud Publica

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA MATERNO PERINATAL
BOGOTÁ D.C.
2021-1

RESUMEN

Objetivo: identificar los efectos de la educación en el control prenatal y los resultados en la atención del parto de bajo riesgo. **Diseño:** Este estudio se describe como una revisión narrativa de la literatura dentro la metodología de Enfermería Basada en la Evidencia. **Resultados:** En la búsqueda de las diferentes bases de datos se encontraron 4.800 estudios, de los cuales fueron incluidos 6 en la revisión. Los resultados de los estudios se encontraron variables estadísticamente significativas como la reducción en el uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto, un adecuado manejo del dolor, reducción del miedo al parto, entre otros. **Conclusiones:** el presente estudio motiva a la motivan a la reflexión sobre el contenido de los controles prenatales en nuestro país.

PALABRAS CLAVE

Educación en enfermería, atención prenatal, parto obstétrico.

ABSTRACT

Objective: to identify the effects of education on prenatal control and the results in low-risk delivery care. **Design:** This study is described as a narrative review of the literature within the Evidence-Based Nursing methodology. **Results:** In the search of the different databases, 4,800 studies were found, of which 6 were included in the review. The results of the studies were found statistically significant variables such as reduction in the use of epidural analgesia during labor, adequate pain management, reduction of fear of childbirth, among others. **Conclusions:** the present study motivates to motivate the reflection on the content of prenatal controls in our country.

KEYWORDS

Education nursing, prenatal care, delivery Obstetric

EFFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN EL CONTROL PRENATAL Y LOS RESULTADOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es definido por la organización mundial de la salud (OMS) como un periodo de un gran regocijo para las mujeres y tiene una temporalidad de nueve meses, durante el desarrollo del feto in útero; sin embargo, durante la etapa gestacional, el binomio desafía diversos problemas con el sistema de salud. Por tal motivo, es importante que el seguimiento de dicho proceso vital, sea realizado por personal de salud altamente cualificado (1).

La UNICEF por su parte indica que durante el proceso la gestación puede convertirse en un evento estresante si no se recibe una atención adecuada, puesto que se reportan más de 800 mujeres que mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y muchas más las que experimentan lesiones u otros resultados debilitantes, por tal motivo, se han realizado avances para poner fin a las muertes maternas evitables en las últimas dos décadas, teniendo como resultado una reducción de un 43% desde el año 1990 al 2015. (2)

Es importante mencionar que según la comisión económica para América Latina y el Caribe, estas regiones son las más desiguales del mundo, a pesar de esto ha habido cambios en las tendencias, mostrando un importante descenso en la mortalidad materna como promedio regional en los últimos años de 88 por 100.000 nacidos vivos en el año 2005, a 67 por cada 100.00 nacidos vivos en el año 2015, siendo en este año, donde se presentaron los objetivos del desarrollo sostenible, siendo el sucesor de los objetivos de desarrollo del milenio, los cuales presentan 17 objetivos, de los cuales el número 3: salud y bienestar, es el más relevante para la población en la etapa de la gestación, con el objetivo específico de reducir la mortalidad materna prevenible a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; Durante el año 2019 se realizó un informe sobre la tendencia de mortalidad materna donde se observó el comportamiento de la misma durante el periodo 2000 al 2017, donde se evidenció una

reducción de un 35%, teniendo un inicio de 342 defunciones por 100.000 nacidos vivos y para finalizar, se estima una razón de 211 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. (3)

En Colombia el panorama no fue tan diferente, para los años 2000 y 2008 hubo una reducción de 44,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, pero esta mortalidad es mayor en los departamentos del quintil con mayor índice de pobreza multidimensional. De los 32 departamentos que conforman a Colombia Caquetá con 7,8%, seguido de los departamentos de valle del cauca, Norte de Santander y Nariño con 5,7, 5,6 y 5,6% respectivamente, la menor reducción se encontró en el departamento de Antioquia, encontrando una disminución menor del 2,5%. (4)

La Organización Mundial de la Salud recomienda que las mujeres en su etapa gestacional deben tener un mínimo de contactos con el personal de salud a lo largo del embarazo debe ser de 8, puesto que, a mayores controles, hay menor incidencia en las muertes prenatales hasta de 8 por cada 1.000 nacimientos, dado que el personal tiene mayor oportunidad de detectar y gestionar posibles problemas durante esta etapa. (5)

Con el pasar de los años la maternidad saludable se ha reconocido como un asunto de desarrollo en el mundo y en la región, en este sentido, la existencia de la mortalidad materna se considera como un indicador de inequidad y de desigualdad, así como la falta de empoderamiento de las mujeres por la gestión de su propia salud, puesto que intervienen una serie de factores relacionados con el contexto y la cultura que influyen, generando actitudes y comportamientos que atentan contra su propio bienestar, por tal motivo es pertinente recalcar que el seguimiento del embarazo debe ser realizado por personal sanitario cualificado, que cuente con información pertinente, con sustento científico y suficiente para tener la capacidad de incidir en el bienestar materno, por tal motivo se plantea la siguiente pregunta como objeto de investigación ¿Cuáles son los efectos de la educación en el control prenatal y los resultados en la atención del parto de bajo riesgo?

OBJETIVO

Identificar los efectos de la educación en el control prenatal y los resultados en la atención del parto de bajo riesgo.

JUSTIFICACIÓN

La salud en el mundo se visualiza como un derecho y la salud materna hace parte de la población prioritaria de atención, por tal motivo, es imprescindible que este grupo poblacional cuente con servicios de salud oportunos, con profesionales idóneos que identifiquen de forma oportuna cualquier alteración de la salud en el binomio, aunque, se evidencia según el reporte de las Naciones Unidas, Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad materna en América Latina y el Caribe, que anualmente alrededor de 50 millones de gestantes experimentan complicaciones en el embarazo y que estas pueden ser evitables. (6) La mortalidad de las mujeres durante la etapa gestacional, es considerada como una manifestación de las brechas sociales y el frágil funcionamiento de los sistemas de salud. El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el año 2009 estableció que las muertes maternas se consideran como una violación grave de los derechos humanos (DD.HH) y se reconoció como una problemática social. (7)

En el Caribe y América Latina existe una gran disparidad, puesto que solo el 10% de las personas gozan de 71% del capital; esta disparidad en cuanto al ingreso tiene como resultado la limitación del acceso a servicios de salud de calidad, para el año 2015 se reportó que la razón de mortalidad materna extrema en 13 países como Guatemala, Bolivia, Haití, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Venezuela, Surinam, entre otros, fue de 89 y 359 por 100.000 nacidos vivos, de los cuales la mayor proporción de dichas muertes fueron evitables.

La atención de calidad a las mujeres en su etapa de gestación conseguiría prevenir el 54% de las muertes evitables y otros servicios como la planificación familiar lograría prevenir hasta un 29% adicional de las muertes maternas. (8) En Colombia, las causas más frecuentes de mortalidad maternas son en menor proporción las causas indirectas y sepsis con un 18,5 y 8,3% respectivamente, y en mayor proporción las hemorragias y los trastornos hipertensivos con 23,1 y 22,1%. (7)

Se calcula que por cada mujer que muere por cualquier complicación generada en el embarazo, parto o puerperio, otras 20 padecen de complicaciones que se convierten en crónicas con el paso del tiempo, por tal motivo, el estilo y el ciclo vital se ve truncado y acortado significativamente. (7) Las mujeres que pertenecen a los estratos sociales más bajos son acogidas por servicios de salud deficientes, los cuales prestan la atención en salud con múltiples barreras como las geográficas, culturales, económicas y sociales, lo que incide al aumento en las tasas de morbi-mortalidad. (7)

Es por ello que encontramos la educación como la piedra angular de todos los procesos de la vida, incluyendo la maternidad, puesto que, forma al ser humano y propicia el intercambio de saberes desde el núcleo familiar, comunidad y entorno, por ello, podemos inferir que la educación como proceso de cuidado hace parte del ser y del saber hacer en la profesión de enfermería; puesto que la gestación como proceso y etapa donde la mujer y la familia se enfrentan no sólo a cambios físicos y psicológicos si no sociales y económicos, estos deben estar orientados por personal calificado con el objetivo de obtener los mejores resultados en cada una de las etapas y llevarnos a un feliz término la etapa de parto y puerperio. Por otro parte la OMS reporta que en el año 2015 unas 303.000 muertes por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. Los controles prenatales y el parto pueden prevenir muchas de esas muertes, sin embargo, solo el 64% de mujeres a nivel mundial reciben atención prenatal 4 o más veces durante la gestación. (8)

Por tal razón, la educación para la salud se concibe como una construcción de saberes, que propicia el aprendizaje, en donde el elemento principal es el dialogo, generando el intercambio de conocimientos, orientado hacia el desarrollo y fortalecimiento de potencialidades y capacidades, en este caso, de las mujeres gestantes y sus familias, en Colombia a partir del año 2018 inició la implementación del nuevo modelo en salud y con él, las rutas de atención integral, siendo la RIA 9, la de mayor relevancia en la población materno perinatal, teniendo como una de las muchas intervenciones, la educación con el objetivo aportar saberes empoderando a las mujeres, convirtiéndolas en agentes del cuidado, los cuales deben ser coherentes para ella y su recién nacido. (14) (13)

Además de establecer la educación para la salud como una de sus intervenciones, también norma la atención del parto obstétrico en donde se comprenden diferentes intervenciones, actividades y procedimientos para el apoyo de las gestantes en los procesos dinámicos y fisiológicos del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato (9). Por esta razón es necesario preparar a la mujer para que todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones se realicen de la forma más eficaz y eficientes con el propósito de vivir una experiencia que la llene de satisfacción en su vida reproductiva. (14) (13)

Colombia a partir del año 2013 cuenta con una guía de práctica clínica enfocada en la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo parto o puerperio y en ella, se encuentra una recomendación nivel B, sobre la información que debe proporcionarse en por parte del personal de salud durante los controles prenatales, entre ellas se destacan la preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto, enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto, entre otros. Aunque no se establece la forma ideal de brindar dicha educación dado que sugieren complementar la información con otros recursos diferentes a los otorgados por el ministerio de salud nacional. (15)

Por tal motivo, la presente investigación se enfocará en estudiar los efectos de todas aquellas intervenciones educativas que hacen parte de la atención de la etapa prenatal que realiza el personal de salud que influyen en los resultados del parto obstétrico de bajo riesgo.

MARCO CONCEPTUAL

- ✓ Embarazo: se encuentra definido por la organización mundial de la salud como *“los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer”* (16), durante este desarrollo inician grandes cambios físicos y emocionales, de los cuales la mujer debe iniciar a realizar ajustes sociales y psicológicos, tal como lo describe Ramona Mercer en su teoría de adopción del rol (17), con lo cual el personal de salud debe orientar y capacitar a la mujer para asumir esta etapa con responsabilidad y autocuidado.

- ✓ Control prenatal: se define como el *“conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”* (18) por tal motivo, se encuentra descrito en las intervenciones de detección temprana de la resolución 3280, en donde se desarrollan un conjunto de atenciones que contribuyen a mejorar la salud materna, promueve el desarrollo del feto, identificar posibles riesgos relacionados con la gestación y generar las condiciones óptimas para un parto seguro (14).

- ✓ Educación para la salud: se describe como *“Un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas”* (19), por tal motivo, la guía de práctica clínica recomienda proporcionar información a las mujeres durante los controles prenatales de acuerdo al inicio de los controles prenatales, el

primer contacto con un profesional de salud, antes o a la semana 36 y a la semana 38, también realiza la aclaración que en cada cita de control prenatal, el profesional debe ofrecer información y explicaciones claras que facilite la comprensión.(15)

- ✓ Atención de parto: está definido por el lineamiento técnico y operativo de la ruta de atención integral de atención en salud materno perinatal como “*el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto*” (14).

MARCO DEL DISEÑO

Este estudio se describe como una revisión narrativa de la literatura dentro la metodología de Enfermería Basada en la Evidencia. Su propósito es examinar la bibliografía publicada y situar en cierta perspectiva, con el objetivo de identificar que se conoce del tema que se ha investigado y qué aspectos permanecen desconocidos (10). Dicha metodología contiene 5 pasos que se mencionan a continuación:

- 1. Formulación de preguntas:** los autores proponen una estructura especial integrada por cuatro elementos bien diferenciados a la que denominan con el acrónimo PICO (10), este modelo es una herramienta útil que ayuda a organizar y enfocar la pregunta de primer plano en una consulta de búsqueda y contiene los siguientes elementos:
 - P: paciente o problema de interés.
 - I: intervención.
 - C: comparación.
 - O: Outcomes o resultados.

P	I	C	O
---	---	---	---

Mujer gestante que asiste a control prenatal.	Contenido educativo durante los controles prenatales.	Guía de práctica clínica de prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.	Atención del parto de bajo riesgo.
---	---	---	------------------------------------

Teniendo como pregunta problema ¿Cuáles son los efectos de la educación en el control prenatal y los resultados en la atención del parto de bajo riesgo?

Búsqueda de bibliografía: el propósito de la búsqueda de bibliografía en un estudio de investigación es presentar una base sólida de conocimientos para la realización del estudio (11), las bases de datos a usar son las aportadas por los recursos virtuales de la universidad Antonio Nariño y en esta podemos encontrar: Pubmed y Science Direct. Utilizando como estrategia de búsqueda, se tomará los términos DeCS, los cuales son: Educación en enfermería AND control prenatal AND parto obstétrico, junto con los términos MeSH, los cuales son: education nursing AND prenatal care AND delivery Obstetric. Además, se incluirán los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
 - ✓ Artículos que se encuentren en fulltext.
 - ✓ Se incluirán artículos en idioma español, inglés y portugués.
 - ✓ Se incluirán todas las formas de educación orientadas a las gestantes y contempladas en el control prenatal.
 - ✓ La población de los estudios deberán ser mujeres gestantes mayores de edad (18 años o más).
 - ✓ Estudios con diseño metodológico como: ensayos controlados, cohortes, cuasi experimentales y revisiones sistemáticas.

- Criterios de exclusión:
 - ✓ Se excluirán los estudios publicados antes del año 2016.
 - ✓ Estudios que utilicen otras herramientas que no sean educativas.
 - ✓ Aquellos estudios que obtienen una puntuación inferior al 80% de las respuestas afirmativas de la herramienta Joanna Briggs.

2. Lectura crítica: es el proceso sistemático desarrollado para evaluar el diseño y la metodología del estudio, la calidad de los datos y analizar e interpretar los resultados, se emplea para la evaluación de los artículos los instrumentos de lectura crítica Joanna Briggs apropiados para cada diseño metodológico (10). Además, para la selección de los artículos se aplicará la guía prisma.

3. Implementación: después de realizar una lectura crítica es necesario analizar los resultados y considerarlos válidos para mejorar la atención en los pacientes, es necesario planificar la implementación de estos cambios. (10)

4. Evaluación: es necesario evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, para identificar si estos han sido o no efectivos, realizando un análisis de las intervenciones de enfermería, estimando beneficios, daños y costos de las intervenciones. (10)

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación es llevada a cabo bajo la resolución 008430 de 1993, mediante la cual se garantiza que todo ser humano que sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. De acuerdo con el artículo 11 la investigación es clasificada en la categoría investigación sin riesgo, puesto que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos.

(12) se respetará los derechos de autor con las citaciones de los artículos que se incluirán en la revisión.

El estudio se realizará siguiendo los principios bioéticos de:

- **Principio de beneficencia:** consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer bien al otro. Por tanto, es necesario investigar si la educación representa una herramienta fundamental durante los controles prenatales y su efecto en el proceso del parto de las mujeres. (12)
- **Principio de no-maleficencia:** El equipo de salud en servicio al paciente debe preocuparse por hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo. Con esta investigación el objetivo es cambiar paradigmas en la atención de enfermería tomando conciencia de la educación como una herramienta fundamental en los controles prenatales. (12)
- **Principios de justicia:** las desigualdades en el acceso de atención de calidad es una gran brecha en la justicia social, por tanto, el personal de enfermería debe contribuir a mejorar la calidad de vida en los procesos de gestación y parto. (12)

RESULTADOS

En la revisión narrativa de la literatura de los efectos de la educación en el control prenatal y los resultados en la atención del parto de bajo riesgo, se integraron cuatro bases de datos Lilacs, Pubmed, Science Direct y Scielo, de las cuales, solo se integraron dos en la revisión de los artículos, que son, Science Direct y Pubmed, como lo muestra la tabla 1 Síntesis de los artículos. Se procedió con la elaboración del algoritmo PRISMA, en donde se relacionaron once artículos, los cuales corresponden al fenómeno de interés y de estos, se excluyeron cinco, teniendo en cuenta que no se encontraron los artículos en fulltext, el diseño

metodológico no cumplía con los criterios de inclusión y la puntuación de la evaluación con la herramienta Joanna Briggs, fue inferior al 80% de respuestas afirmativas, como se puede visualizar en la figura 1 del diagrama de flujo de la información.

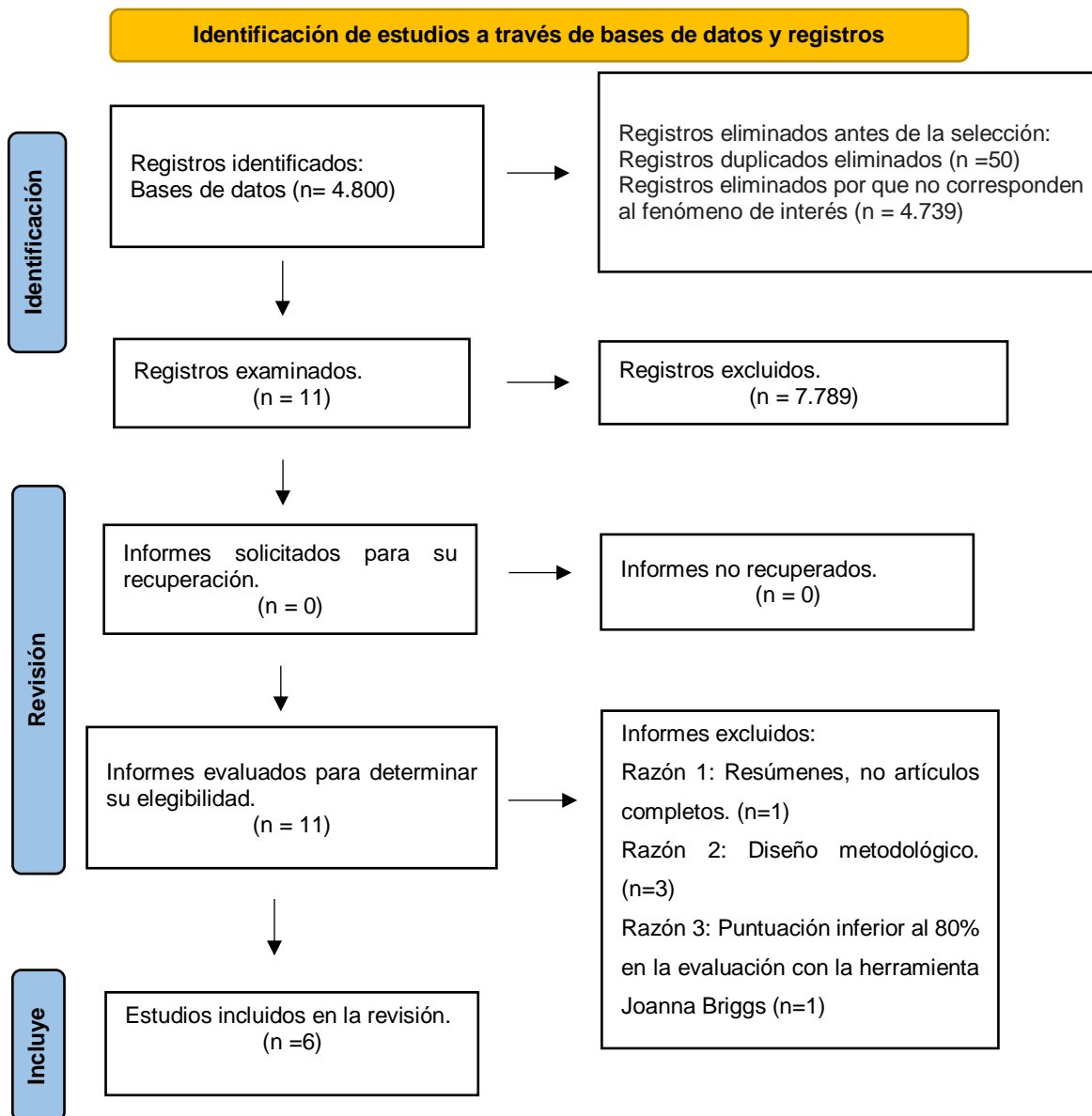
Tabla 1. Síntesis de los artículos.

# CODIGO	TITULO	AUTORES	PAIS	AÑO	OBJETIVO
A1	Eficacia del parto integrado con acompañante preparación para el parto, miedo, autoeficacia, y apoyo materno en primigrávidas mujeres en Malawi	Berlington MJ Munkhondya 1 , Tiwonge Ethel Munkhondya 2 , Ellen Chirwa 2 y Honghong Wang	Malawi.	2020	Evaluar la eficacia de la preparación para el parto integrada con acompañante (C-ICP) durante la última etapa del embarazo para reducir el miedo al parto y mejorar la autoeficacia del parto, compañero de parto y otros resultados seleccionados del embarazo en mujeres primigrávidas.
A2	Contenido de la atención prenatal: ¿Prepara a las mujeres para el parto?	Helga Gottfredsdottir, PhD, RN, RM (Profesora asociada / Jefa de estudios de partería)	Islandia.	2016	las guías clínicas para la atención prenatal recomiendan informar a las mujeres sobre el parto. El objetivo de este estudio tenía por objeto explorar el contenido de la atención prenatal desde la perspectiva de las mujeres y establecer si consideran suficiente la

					información sobre el nacimiento.
A3	Efecto de la educación sobre el parto en las percepciones de autoeficacia en el parto y la lactancia y los resultados obstétricos de mujeres nulíparas.	Nevin Citak Bilgin, Bedriye Ak, Fatma Ayhan, Fatma Kocyigit, Songul YorgunY Mehmet Ata Topcuoglu	Turquía.	2020	Determinar el efecto de la educación sobre el parto en el percepción de las mujeres nulíparas con respecto a la experiencia de parto, resultados obstétricos (p. ej., tipo de parto, uso de inducción y parto asistido por instrumentos) y lactancia autoeficacia.
A4	Terapias complementarias para el trabajo de parto y estudio de nacimiento: un estudio aleatorizado ensayo controlado de integración prenatal medicina para el manejo del dolor en labor de parto.	Kate M Levett, 1 CA Smith, 1 A Bensoussan, 1 HG Dahlen 2	Australia.	2016	Evaluar el efecto de un prenatal programa de educación en medicina integrativa además la atención habitual del uso de epidural para mujeres nulíparas durante el parto.
A5	Los efectos de la educación prenatal sobre el miedo al parto, síntomas de autoeficacia y	Gözde Gökçe İsbir, BSN, PhD a,*, Figen İnci, BSN, PhD b,1, Hatice Önal,	Turquía.	2016	Examinar los efectos de la educación prenatal sobre el miedo al parto, la autoeficacia materna y síntomas del trastorno de estrés

	trastorno de estrés postraumático (TEPT) después del parto: un estudio experimental	BSN, MD Candidate b,2, Pelin Dikmen Yıldız, PhD Candidate c,3			postraumático después del parto.
A6	Yoga durante el embarazo: los efectos sobre el dolor y el parto (un ensayo controlado aleatorio)	Fereshteh Jahdi a , g, Fatemeh Sheikhan b, *, Hamid Haghani c, Bahare Sharifi b.	Irán.	2017	Investigar los efectos de un programa de yoga prenatal sobre el dolor de parto materno percibido y resultados de la entrega.

Figura 1. Diagrama de flujo de PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas que incluían búsquedas en bases de datos y registros únicamente.

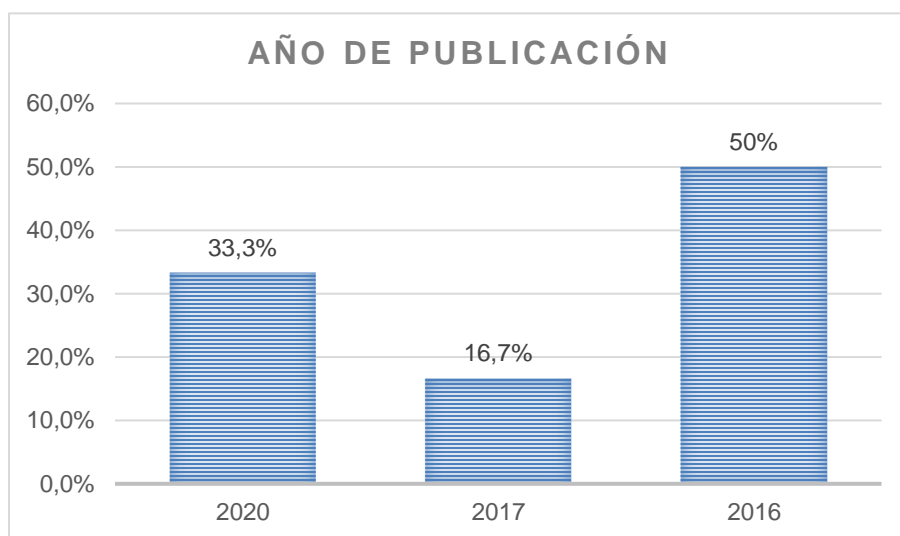


Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

En cuanto a las características de los estudios seleccionados de acuerdo con la respectiva lectura crítica en relación a las variables del estudio se obtuvieron seis estudios, de los cuales, el 50% (n=3) fueron publicados en el año 2016, el 33.3% (n=2) en el año 2020 y el 16,7% (n=1) en el año 2017; los países en donde se realizaron las publicaciones son, Australia con

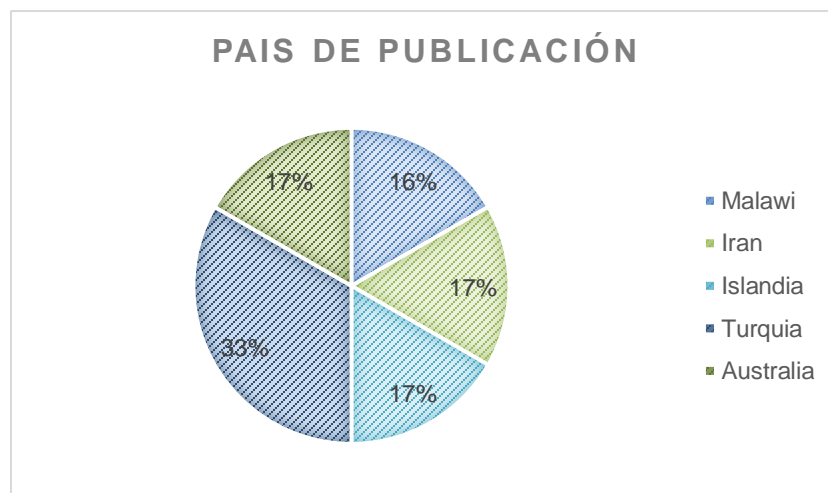
el 33.3% (n=2) y en los países de Irán, Malawi, Islandia y Turquía el 16,7% (n=1) cada uno. En cuanto al diseño metodológico se encontró que el 50% (n=3) son cuasi experimentales, el 33.3% (n=2) Ensayos controlados aleatorizados y el 16,7% (n=1) son Cohortes; como se evidencia en las gráficas 1,2 y 3.

Grafica 1. Año de publicación.



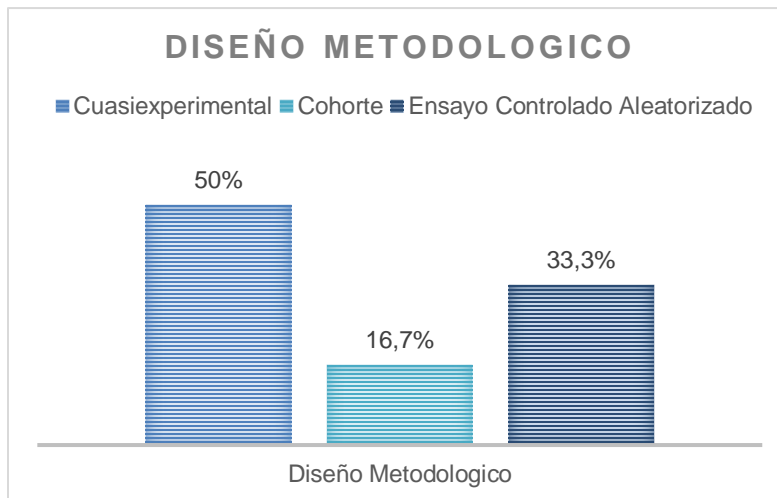
Fuente: elaboración propia.

Grafica 2. País de publicación.



Fuente: elaboración propia.

Grafica 3. Diseño metodológico.



Fuente: elaboración propia.

En el estudio denominado terapias complementarias para el trabajo de parto y el nacimiento: un ensayo controlado aleatorizado de medicina integral prenatal para el tratamiento del dolor del parto se encontró la posibilidad de sesgo en la evaluación de la escala de agente de parto (LAS), puesto que, no todas las participantes del grupo control y el grupo intervención no completaron dicho formulario (20), pero se evaluó la información a partir de las participantes que si lo realizaron, dando como resultado variables estadísticamente significativas en las mujeres gestantes del grupo de intervención en el programa educativo, donde se incluyó la visualización, posturas de yoga, técnicas de respiración, masajes, acupresión y el apoyo facilitado de la pareja, dando como resultados, la reducción de la tasa de epidural ($P < 0,001$), mayor probabilidad de un parto vaginal normal ($P < 0,01$), menor probabilidad de un parto sin asistencia quirúrgica o mecánica ($P = 0,01$) y una reducción significativa de la segunda fase del parto ($P = 0,05$), también se encontró que las características relacionadas con el parto en los dos grupos, no fueron estadísticamente significativas, en cuanto a la puntuación del APGAR ($P = 1,0$) y en la duración de la primera fase del parto ($P = 0,31$). (21)

También encontramos que en la publicación de Citak Bilgin y colaboradores, realizaron un curso de educación para el parto el cual iba dirigido a mujeres primigestantes del grupo de intervención, en el cual, se extrajeron resultados como el manejo del dolor ($P < 0,01$), la reducción significativa de del dolor durante la última etapa del parto ($P < 0,05$), el uso de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor durante el parto ($P < 0,001$), el aumento en la autoeficacia para la lactancia materna de las madres durante el primer mes postparto ($P < 0,01$), también se encontró que los grupos del estudio no mostraron diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la edad gestacional, el peso del recién nacido y el tipo de parto ($P > 0,05$). (22)

Además, el estudio realizado en Malawi, ciudad de África, encontramos que el grupo de intervención participaron en dos sesiones educativas, para las cuales, se implementó la herramienta C-PICP, la cual fue diseñada exclusivamente para esta población y fue basada en la estrategia para la preparación del parto y a las complicaciones BP/CR, en donde se relacionan temas como la compañía en el parto, signos de alarma y signos del parto, estrategias para la reducción del dolor, entre otros, en donde se encontró aumento en la autoeficacia de la madre para el parto ($P < 0,01$), reducción del miedo al parto ($P < 0,01$) y arrojo que la duración de la segunda fase del parto y otros resultados seleccionados del embarazo entre los grupos, no fueron estadísticamente significativos. (23)

También en el estudio de Gottfredsdottir y colaboradores, exploraron el contenido de la atención prenatal desde la perspectiva de las mujeres, en donde encontraron que después del parto, las mujeres consideraban que se había dedicado muy poco tiempo a la información durante los controles prenatales, además, aquellas que tenían un plan de parto, estaban más satisfechas con el tiempo dedicado a la información durante los controles prenatales. En este estudio se calcularon las OR brutas con un intervalo de confianza del 95% y también se calculó las OR ajustadas a la paridad. (24)

Finalmente, se relacionará el estudio de Fereshteh Jahdi y colaboradores en donde se diseñó un curso de ejercicios de yoga el cual se implementó en mujeres primigestantes comenzando el día 26 y continuando hasta la semana 37 de gestación, de donde se obtuvieron los siguientes resultados, se obtuvo reducción en el en la tasa de cesáreas del 13,3% en comparación con el 50% del grupo control ($P < 0,2$), además, de la reducción de la duración media de la segunda y tercera etapa del parto fue significativamente más corto en el grupo intervención ($P < 0,04$). (25). También es importante mencionar que los grupos en este estudio no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones de APGAR y peso del recién nacido ($P < 0,5$).

DISCUSIÓN

Durante la revisión de los artículos seleccionados, se encontraron variables estadísticamente significativas, como el manejo del dolor, así lo reporta Citak Bilgin y Jahdi en sus artículos, la educación sobre ejercicios de relajación y el yoga, fueron las principales intervenciones para favorecer un adecuado manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto , por ello es de suma importancia que la guía de práctica clínica utilizada en el país, proporcione una información más amplia sobre los tipos y frecuencia de ejercicios físicos recomendados en el embarazo, con el objetivo de fomentar un manejo adecuado del dolor durante la fase de trabajo de parto y la reducción en el uso de medidas farmacológicas, lo cual, también fue relacionado por el estudio de Levett, donde las terapias complementarias para el trabajo de parto, obtuvieron una disminución en la tasa de analgesia obstétrica epidural y una reducción estadísticamente significativa de la segunda fase del parto, resultado que concuerda con el estudio de Jahdi.

También se encontró que los contenidos educativos generan una reducción en el miedo de la gestante, el número de cesárea y la asistencia mecánica durante el periodo de parto; a su vez empodera a la mujer en el desarrollo de habilidades y mejora la percepción sobre la atención

del parto institucional, por ende es importante que los profesionales encargados de dichas intervenciones tengan información actualizada y con relevancia científica que soporte la información que se brinda durante los controles prenatales; ya que queda a libre albedrío del conocimiento y consultas en páginas no autorizadas la información que se brinda a la gestante en los espacios donde se generen diálogos de saberes; Asimismo resulta interesante destacar que en cuatro artículos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre las características del parto, las puntuaciones del APGAR del recién nacido y la duración total del parto.

CONCLUSIONES

Los estudios que predominan son los realizados desde la metodología cuasi experimental y ensayos controlados aleatorizados, de los cuales se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, que motivan a la reflexión sobre el contenido de los controles prenatales en nuestro país, puesto que, en la GPC de prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo, tienen una evidencia nivel B sobre las intervenciones y sugieren que la información que se le brinde a las gestantes sea extraída de diferentes recursos como publicaciones, folletos, internet, entre otros, lo cual deja a la voluntad del profesional sobre qué información brindar y su relevancia científica.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que la guía de práctica clínica cuente con una mejor evidencia científica sobre la información que se debe proporcionar por parte de los profesionales de salud a la gestante durante los controles prenatales, además, es importante que el contenido educativo sea estructurado y congruente con la edad de la madre, el nivel educativo, las semanas de gestación, el contexto cultural, entre otros, brindando educación que impacte el proceso de la futura madre. Además, es importante que se generen más estudios que demuestran la eficacia de la educación en las intervenciones en salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización mundial de la salud. Embarazo. Embarazo [Internet]. [1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
2. UNICEF. Madres sanas, bebés sanos: balance de la salud materna. 2019. [1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/healthy-mothers-healthy-babies/>
3. OMS. Tendencias en la mortalidad materna de 200 a 2017. 2019. [1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>
4. Minsalud. Protocolo de salud pública: Mortalidad materna. 2017. [3 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20materna_.pdf
5. OMS. Recomendaciones CPN. 2016. [03/11/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20atenci%C3%B3n%20prenatal&text=Una%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20con%20un%20m%C3%ADnimo%20de%20cuatro%20visitas.>
6. Naciones Unidas. Agenda 2030 y los ODS: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2018. [03/11/2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
7. UNFPA. Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América Latina y el Caribe. 2017. [03/11/2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
8. ASBOG. Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones. [26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%207.%20%20MANEJO%20DEL%20TRABAJO%20DE%20PARTO,%20PARTO%20Y%20SUS%20COMPLICACIONES.pdf>

9. Javeriana. Revisión narrativa sobre la infección de helicobacter pylori y la anemia ferropénica en niños de 1 a 17 años. 2010. [03/11/2020]. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis562.pdf>
10. Alonso CP, Ezquerro RO, Fargues GI, Ma García AJ, Marzo CM, Navarra LI, et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados [Internet]. Primera Ed. Madrid - España: Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.); 2004 130 p. Disponible en: www.enfermeria21.com
11. Geri LoBiondo-Madera, Judith Haber. Investigación en enfermería. 2017. [04/11/2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/nursing-research/lobiondo-wood/978-0-323-43131-6>
12. Minsalud. Resolución 8430. 1993. [03/11/2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESO_LUCION-8430-DE-1993.PDF
13. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Resolución 3280 [Internet]. 2018;1-348. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
14. Ministerio de Salud y la Protección Social. Lineamiento técnico y operativo de la ruta de atención integral de atención en salud materno perinatal. Lineamiento de la RIAMP [Internet]. 2018. Disponible en: www.ministerio de salud y protección social.gov.co
15. Ministerio de Salud y la Protección Social. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. GPC embarazo, parto o puerperio [Internet]. 2013; 11-15. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>

16. Organización mundial de la salud. Embarazo. Embarazo OMS [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
17. Teorías intermedias. Teoría del rol materno-Convertirse en madre. Ramona Mercer. Teoría del rol materno [Internet]. 2013. Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>
18. Secretaria de salud de Bogotá D.C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Control prenatal [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%20L%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
19. Gutiérrez Triana DV, Castiblanco Montañez CA. Orientaciones para el desarrollo de la educación y comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Minist salud y protección Soc [Internet]. 2016;1-15. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf>
20. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. BMJ Open. 2016;6(7):e010691. Disponible en: (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691>).
21. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. BMJ Open. 2016;6(7):e010691.
22. Citak Bilgin N, Ak B, Ayhan F, Kocyigit F, Yorgun S, Topcuoglu MA. Effect of childbirth education on the perceptions of childbirth and breastfeeding self-efficacy and the obstetric outcomes of nulliparous women*,**,***. Health Care Women Int

[Internet]. 2020;41(2):188-204. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1672171>

23. Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1-12.
24. Helga Gottfredsdottir, PhD, RN, RM (Profesora asociada / Jefa de estudios de partería)a, b, n, Þóra Steingrímisdóttir, MD, PhD (Profesora / Presidenta) b, d, Amalía Björnsdóttir, PhD (Profesora asociada)C, Embla Ýr Guðmundsdóttir, MS (Partera) b, Hildur Kristjánsdóttir, MEd (profesor asistente)
25. Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H, Sharifi B, Ghaseminejad A, Khodarahmian M, et al. Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). *Complement Ther Clin Pract*. 2017;27:1-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.12.002>