



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GINECO OBSTETRICIA

ANTEPROYECTO
BIENESTAR MATERNO FETAL Y LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN LA SALA DE PARTO.

POR:

MAYELIS IVETH CASTILLO

4-725-1201

JULIO ALEXANDER MORELL CASTILLO

4-281-293

ASESOR:

MSC. YAMILETH QUINTERO

DAVID, CHIRIQUÍ

REPÚBLICA DE PANAMÁ

2026

TRIBUNAL EXAMINADOR

Asesora

Jurado

Jurado

Director de Postgrado

DECLARACIÓN JURADA

Nosotros, Mayelis Iveth Castillo, con cédula de identidad personal 4-725-1201 y Julio Alexander Morell Castillo con cédula de identidad personal 4-281-293, autores del trabajo de grado; que lleva por título “Bienestar materno Fetal y la atención del profesional de enfermería, en la sala de partos”, declaramos que el contenido en su totalidad es de nuestra exclusiva responsabilidad y autoría. República de Panamá, David, Chiriquí 2026.

Mayelis Castillo
c.i.p 4-725.1201

Julio Morell Castillo
c.i.p. 4-281-293

AGRADECIMIENTO

Queremos dar primero gracias a Dios, por darnos la vida y la templanza para el logro de esta maestría.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron a la realización de esta tesis de maestría en obstetricia, así como:

Nuestros directores de tesis, por su guía y apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

A nuestras familias, por su comprensión y apoyo constante. Por supuesto, que a nuestros hijos que son luz de nuestras vidas y la motivación para seguir adelante.

A la UNACHI y al personal de la Facultad de enfermería, por brindarnos la oportunidad de realizar esta investigación.

A todos ¡Muchas Gracias!

Mayelis Castillo

c.i.p 4-725.1201

Julio Morell Castillo

c.i.p. 4-281-293

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a todos los futuros obstetras, para que se inspiren en la pasión y dedicación que requiere esta hermosa profesión.

Igualmente, a nuestras familias, por su amor y apoyo incondicional.

A nuestras pacientes, que nos han enseñado la importancia de la compasión y el cuidado en nuestra labor diaria.

Mayelis Castillo
c.i.p 4-725.1201

Julio Morell Castillo
c.i.p. 4-281-293

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
1.1. Antecedentes del problema	7
1.2. Formulación del problema	8
1.2.1 Planteamiento del Problema	8
1.2.2 Formulación del problema	11
1.3. Limitación y Delimitación	12
1.3.1. Limitaciones	12
1.3.2. Delimitación del problema	12
1.4. Justificación	13
1.4.1. Importancia, beneficios, impacto, viabilidad	13
1.4.2. Aporte	14
1.5. Objetivos	16
1.5.1. Objetivo General	16
1.5.2. Objetivos Específicos	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedente histórico	17
2.2. Marco Teórico	18
2.2.1. Bienestar materno	18
2.2.2. Bienestar fetal	19
2.2.3. Parto fisiológico	20
2.3. Antecedente investigativo	37
2.4. Bases legales	46
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	49
3.1. Tipo de Estudio	49
3.1.1. Tipo De Estudio Según Su Enfoque	49
3.1.2. Tipo De Estudio Según Su Alcance	49
3.1.3. Tipo De Estudio Según Su Diseño	50
3.2. Fuentes de Información	51
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	52

3.3.1. Criterios de inclusión	52
3.3.2. Criterios de exclusión.....	53
3.3. Población y Muestra	53
3.3.1. Muestra	57
3.4. Técnicas e Instrumento de recolección de datos.....	62
3.5. Evaluación de calidad metodológica.....	64
3.6. Confiabilidad y validación del instrumento.....	66
3.6.1. Confiabilidad del instrumento	66
3.6.2. Extracción y análisis de la información.....	66
3.6.3 Validez del Instrumento	70
3.6.4. Detalle del Instrumento	70
3.6.5. Validez del Instrumento	70
3.6.6. Detalle del Instrumento	71
3.7. Procedimiento para la Tabulación y Análisis de Datos	71
3.7.1. Consideraciones éticas	72
3.8. Categoría de análisis	72
3.9. Procedimiento para la Tabulación y Análisis de Datos	74
3.10. Cronograma de Actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
3.11. Presupuesto.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de los resultados.	76
CONCLUSIONES.	101
RECOMENDACIONES.	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	104
ANEXOS	107
Anexo no. 1	107
GLOSARIO	107
Anexo No,2	109
Anexo No.3	112
Anexo No. 4	113
Anexo No.9 Síntesis de artículos científicos del estudio	123
Anexo No.10 Síntesis de artículos científicos del estudio	124
Anexo No.12 Síntesis de artículos científicos del estudio	126
Anexo No.13 Síntesis de artículos científicos del estudio	127
Anexo No.14 Síntesis de artículos científicos del estudio	128

Anexo No.15 Síntesis de artículos científicos del estudio	129
Anexo No.17 Síntesis de artículos científicos del estudio.....	131
Anexo No.18 Síntesis de artículos científicos del estudio	132
Anexo No.19 Síntesis de artículos científicos del estudio	133
Anexo No.20 Síntesis de artículos científicos del estudio.....	134
Anexo No.21 Síntesis de artículos científicos del estudio	135
Anexo No.22 Síntesis de artículos científicos del estudio.....	136
Anexo No.23 Síntesis de artículos científicos del estudio.....	137
Anexo No.24 Síntesis de artículos científicos del estudio.....	138
Anexo No.25 Síntesis de artículos científicos del estudio.....	139
Anexo No.26 Síntesis de artículos científicos del estudio	140
Anexo No.27 Síntesis de artículos científicos del estudio	141
Anexo No.28 Síntesis de artículos científicos del estudio	142

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 <i>Origen de los artículos científicos seleccionados</i>	61
Tabla No. 2 <i>Presupuesto</i>	78
Tabla No. 3 <i>Análisis e interpretación de los resultados</i>	80
Tabla No. 4 <i>Tabla de triangulación por objetivos específicos</i>	100

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.1 <i>Población y muestra</i>	53
Cuadro No.2 <i>Técnicas e instrumento de recolección de datos</i>	64
Cuadro No.3 <i>Categoría de análisis y su significado</i>	65
Cuadro No.4 <i>Artículos Científicos revisados según Dimensión de Estudio y muestra</i>	67
Cuadro No.5 <i>Unidad de análisis, subcategoría e indicadores</i>	74
Cuadro No.6 <i>Cronograma de actividades</i>	77
Cuadro No.7 <i>Triangulación segmentaria de matriz de análisis del Bienestar Materno</i>	81
Cuadro No.8 <i>Análisis del Hallazgo en los Componentes del trabajo de labor y partos, según revisión Documental científica</i>	84
Cuadro No.9 <i>Número de artículos que mencionan las categorías del Bienestar Fetal</i>	86
Cuadro No.10 <i>Triangulación segmentaria de la Matriz de análisis del Bienestar fetal</i>	87
Cuadro No.11 <i>Frecuencia de artículos que se mencionan en la categoría</i>	92
Cuadro No. 12 <i>Matriz de la triangulación de la Atención de Enfermería</i>	93
Cuadro No.13 <i>Intervenciones Claves de enfermería</i>	98

RESUMEN

El trabajo de parto normal es de naturaleza espontánea y su identificación es un reto muy importante para la obstetricia a nivel mundial, en Panamá se han establecido normas de salud que han ayudado a mejorar el bienestar materno infantil en todo el país; ya que una evaluación desacertada puede influir en el estado de la madre. En sala de partos, la tecnología a veces separa el personal de la gestante.

Pregunta: ¿Cuáles son los puntos clave para mantener un bienestar materno fetal en pacientes que se encuentran en la Sala de Labor y Partos?

Objetivo: Analizar el impacto de la atención de enfermería en el bienestar, materno fetal en las salas de labor y partos mediante la evidencia en artículos científicos del periodo comprendido entre 2010 – 2022.

Materiales y Métodos se trata de una investigación documental teórica descriptiva basada en la búsqueda exhaustiva de artículos científicos originales, con tópicos referentes a la labor de partos, bienestar materno fetal, y la asistencia de profesionales en la sala de partos, en diferentes países y en Panamá. Fueron publicados entre marzo del 2010 a mayo 2022, indexados en español en diferentes bases de datos como Pub Med, Google Academic, Scielo; se utilizaron descriptores de la ciencia de la salud (Decs) y “efecto” “labor de partos”, “Bienestar materno fetal”, “eficacia de monitoreo electrónico” “percepción durante el trabajo de parto” del Medical Subject Headings (MeSH) como: “effect”, “Evaluation of the Nursing Care Offered during the Parturition Process. Controlled Clinical Trial of an Intervention based on Swanson’s Theory of Caring versus Conventional CareSystem”. “What We Have Learned About Intrapartum Fetal Monitoring Trials in the MFMU Network”, y Los operadores booleanos utilizados fueron de intersección (AND) y (OR). Además, se utilizó el gestor Zotero.

Hallazgos y Resultados: La atención de enfermería asertiva se basa en un clima de seguridad física y emocional, para la gestante que proporciona plenitud del proceso vital.

Conclusiones: Uno de los resultados más potentes es como la presencia física y verbal del personal de enfermería, favorece en la reducción del temor y el estrés de la madre (disminuye el cortisol) lo que favorece en una mejor oxigenación fetal y parto natural.

Palabras Claves: Labor de parto, bienestar materno fetal, monitoreo fetal, asistencia de parto.

ABSTRACT

Normal labor typically begins spontaneously; however, its recognition remains a global challenge in obstetrics. In Panama, health policies have significantly improved maternal and child outcomes, though inaccurate assessments may endanger mothers. In delivery units, technology can sometimes distance staff from patients, highlighting the need for patient-centered care.

Research Question: What are the key strategies to sustain maternal–fetal health among patients in labor and delivery units? Aim: To analyze the impact of nursing care on maternal–fetal health in labor and delivery units, based on scientific evidence published between 2010 and 2022. Materials and Methods: This study employs a descriptive documentary design based on an exhaustive review of original scientific articles on labor and delivery, maternal–fetal health, and professional assistance in delivery units in Panama and internationally. The review included publications in Spanish from March 2010 to May 2022, indexed in PubMed, Google Scholar, and SciELO. Health Science Descriptors (DeCS) were applied, including “effect,” “labor and delivery,” “maternal–fetal health,” “efficacy of electronic monitoring,” and “perception during labor.” In addition, Medical Subject Headings (MeSH) were used, such as “effect,” “*Evaluation of the Nursing Care Offered during the Parturition Process: Controlled Clinical Trial of an Intervention based on Swanson’s Theory of Caring versus Conventional Care System*”, and “*What We Have Learned About Intrapartum Fetal Monitoring Trials in the MFMU Network*”. Boolean operators (AND,

OR) were applied to refine the search strategy. Zotero was used as the reference management software.

Findings and Results: Assertive nursing care is grounded in physical and emotional safety for the expectant mother, fostering a secure and holistic birthing experience.

Conclusions: A particularly noteworthy finding is that the physical and verbal presence of nursing staff helps reduce maternal fear and stress (lowering cortisol levels), which in turn enhances fetal oxygenation and supports natural delivery.

Keywords: Labor and Delivery, Maternal–Fetal Health, Fetal Monitoring, Delivery Assistance

INTRODUCCIÓN

El proceso del parto trasciende la esfera biológica para convertirse en uno de los eventos más críticos y transformadores en el ciclo vital de la mujer y su entorno familiar. En la obstetricia contemporánea, el concepto de bienestar materno-fetal ha evolucionado desde una visión centrada exclusivamente en la supervivencia, hacia un paradigma integral que prioriza el equilibrio dinámico entre la estabilidad hemodinámica materna, la oxigenación fetal y la preservación de la salud emocional durante el tránsito hacia la maternidad. En este escenario, la atención de enfermería se constituye como el eje articulador que garantiza la seguridad y la humanización del proceso.

La práctica obstétrica actual exige un nivel de competencia elevado, caracterizado por un juicio crítico agudo y una capacidad de respuesta inmediata ante la variabilidad fisiológica que caracteriza al trabajo de parto. A pesar de los avances tecnológicos en la monitorización y el soporte médico, la experiencia clínica demuestra que la calidad del binomio madre-hijo no depende únicamente de la tecnología, sino de la intervención oportuna, humana y basada en evidencia que proporciona el profesional de enfermería. Este profesional no solo funge como monitor, sino como un facilitador de un proceso natural que, al ser adecuadamente gestionado, disminuye las complicaciones evitables y optimiza los resultados neonatales y maternos.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos globales y nacionales por estandarizar la atención, persiste una brecha significativa en la aplicación consistente de protocolos de seguridad y gestión de riesgos. La variabilidad en la calidad del cuidado y la posible

medicalización excesiva plantean interrogantes cruciales sobre el impacto real que tiene el abordaje de enfermería en la salud del binomio.

Por consiguiente, el presente trabajo se configura como una investigación documental de corte cualitativo, cuyo objetivo es analizar la literatura científica actual y la normativa vigente para dilucidar cómo una atención de enfermería estructurada actúa como factor determinante en la optimización del bienestar materno-fetal. A través de este análisis, se propone la sistematización de conocimientos que no solo sirvan como base para la reflexión académica, sino también como una herramienta propositiva de mejora en la práctica clínica institucional, contribuyendo así a la excelencia y a la humanización de la atención obstétrica en nuestro contexto regional.

CAPÍTULO I. MARCO INTRODUCTORIO

1.1. Antecedentes del problema

El parto simboliza un acontecimiento importante en la vida de la mujer, ya que es la culminación del embarazo y a la vez el principio de una nueva vida, por lo que adquiere un gran interés a nivel mundial.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La razón de mortalidad materna (RMM) mundial se estimó en 223 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en 2020, con un 94% de estas muertes ocurriendo en países en desarrollo. En 2023, la mortalidad materna mundial disminuyó un 40% desde el año 2000, pero aún ocurren más de 700 muertes maternas diarias prevenibles.

Es por ello que muchos países a nivel mundial han planteado proyectos para las mejoras de los problemas que guardan relación con la atención del parto, podemos mencionar a Cuba, el cual prioriza la capacitación del personal de salud que brinda atención directa a las gestantes, con cursos de buenas prácticas perinatológicas y medicina basada en la evidencia científica. (Borges, 2018).

El protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso México, este un estudio realizado con la finalidad actualizar y analizar la diferentes opciones para la inducción del parto, la cual finalizó con resultados como: que el procedimiento brinda un adecuada estabilidad del binomio madre hijo, sirve para

corroborar la edad gestacional de la paciente, permite que el personal realice una adecuada valoración a la gestante y por último, fortalece la asistencia de posibles complicaciones. (Aragón-Hernández, 2017)

Evaluación del rol de la enfermera en el protocolo de atención del parto humanizado en el Centro de Salud de Guamaní, Chile: dicha investigación indica la guía del personal de enfermería en la atención de parto humanizado, donde se obtuvieron resultados satisfactorios relacionados con la asistencia correcta del parto, se permite el uso de ropa según costumbre y la presencia de un familiar; además de ambiente agradable. (Guevara Carrera, G. L.,2018)

Guevara Carrera, G. L. (2018). Evaluación del rol de la enfermera en el protocolo de atención del parto humanizado en el centro de salud de Guamaní durante el último semestre del 2017.

Las tendencias actuales en parto humanizado priorizan el respeto a los derechos, la autonomía de la gestante y la fisiología natural, reduciendo intervenciones innecesarias. Se destacan el acompañamiento continuo, la libertad de movimiento, el parto vertical, el contacto piel con piel inmediato y el ambiente tranquilo.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Planteamiento del Problema

Anualmente a nivel mundial se presentan 140 millones de nacimientos en los cuales, las mujeres presentan complicaciones. Sin embargo, en los últimos 20 años los partos se

han tratado más como un problema médico, que como un proceso natural. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). De acuerdo con los datos del sitio Worldometer (contador genérico de actualización permanente), en la actualidad nacen cerca de 270 mil personas al día en el mundo.

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, celebrada en Nueva York, el secretario general de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon presentó la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030*. La Estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

Como parte de la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS (2015) está colaborando con los asociados para:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos.
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas.
- Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas.

- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

En la República de Panamá, para el 2019 se registraron 72,456 nacimientos vivos; con una tasa de 17.2% nacimientos por cada 1000 habitantes. Chiriquí presentó 8,103 partos y en el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía se dieron 5,802 partos. La incidencia de nacimientos por cesárea en Panamá esta entre 27 y 29%, es decir que de cada 10 niños que nacen en los hospitales públicos y privados del país, 3 lo hacen vía cesárea, datos que están por encima de los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS,2018). Los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre 10% y 15%. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015).

Con referencia al sistema público de salud de Panamá, el control del embarazo y la atención del parto (si todo es normal), están en manos de médicos generales y enfermeras idóneas. Los embarazos de mayor riesgo o en caso de complicaciones, son atendidos por el ginecólogo obstetra. (MINSAs 2015, pág. 31).

Aunque el control prenatal y la vigilancia intraparto son reconocidos como medidas preventivas de morbimortalidad, existe una variabilidad en la calidad de la atención de enfermería. La falta de unificación en criterios clínicos y la gestión inadecuada del estrés materno pueden comprometer la fisiología del parto, afectando negativamente la oxitocina natural y el bienestar fetal.

Ante esta problemática, surge la necesidad de investigar: ¿De qué manera la intervención de enfermería puede mitigar estos riesgos y optimizar los resultados del binomio madre-hijo en nuestro contexto nacional?

1.2.2 Formulación del problema

Con este marco teórico se desarrollada, las siguientes preguntas:

- 1 ¿Cuál es el impacto de la atención de enfermería estructurada en el bienestar materno-fetal durante el trabajo de parto?
- 2 ¿Cuáles son los indicadores clínicos claves que el personal de enfermería debe priorizar para garantizar la estabilidad del binomio en la sala de labor?
- 3 ¿Cómo influye el acompañamiento emocional de enfermería en la respuesta fisiológica (hormonal) de la gestante durante el parto?
- 4 ¿Qué estrategias de vigilancia y monitorización (incluyendo la partograma) representan el estándar de oro para la detección temprana de complicaciones intraparto?
- 5 ¿Cómo se integran los protocolos de seguridad y gestión de riesgos en la práctica actual de la enfermería obstétrica en el contexto panameño?

1.3. Limitación y Delimitación

1.3.1. Limitaciones

Para la realización de esta investigación se pueden presentar las siguientes limitaciones:

- La fidelidad y veracidad de la información escrita por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo y muy fundamental. Probablemente es un aspecto que podría limitar el alcance del análisis de datos e interferir con la recolección y tendencias de la información. Además de que hay muchas razones para pensar que siempre van a hacer falta datos relevantes o que alguno de los datos tomados es poco fiable y esto se convierte en una conveniencia para mejorar ya que así se tiene presente que hay que verificar los resultados obtenidos, para evitar los errores.
- No se cuenta con estudios previos en las instituciones de salud en Panamá. Muchas veces revisar, analizar, criticar y referenciar trabajos de investigación previos al nuestro; deja los cimientos para la bibliografía, nos ayuda a aclarar ideas y lograr entender el tema que se está investigando; pero esto va a estar relacionado con qué tanto se ha indagado anteriormente sobre el tema de investigación y, aun así, no se puede afirmar que todo sea cierto sin antes consultar otras opciones.

1.3.2. Delimitación del problema

A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado. En los últimos años, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten

iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Existen directrices que abordan problemas e identifican prácticas utilizadas durante el parto, con el fin establecer una atención adecuada por parte del personal de enfermería basada en protocolos.

Este proyecto de investigación nace con la idea de estudiar un tema de interés personal y social, que aporte beneficios a las instituciones, sistemas de salud y comunidad en general.

1.4. Justificación

1.4.1. Importancia, beneficios, impacto, viabilidad

Esta investigación es sumamente interesante para dos áreas específicas de atención de enfermería; que son la obstetricia y la neonatología, ya que se profundizan aspectos relacionados con el trabajo de parto, el bienestar materno fetal, el embarazo fisiológico, así como las patologías materno-fetales; basándose en significados históricos y filosóficos. Por lo tanto, se parte del hecho de que idealmente el trabajo del parto y el parto deben ser “una vivencia satisfactoria” que incluye brindar las mejores prácticas basadas en la evidencia científica (Alvarado *et al.*, 2018).

Esta investigación justifica el análisis de la calidad de atención para lograr la disminución de la morbimortalidad materna y la necesidad de reconsideración de la

actualización de protocolos técnicos administrativo del programa de salud integral de la mujer a nivel nacional, destinados a reducir la presencia de los eventos adversos evitables.

La investigación tiene múltiples funciones; empezando con la orientación a las gestantes sobre las complicaciones materno fetal que pueden ocurrir desde el inicio de la concepción hasta la culminación del parto. Otra de las finalidades es usar la investigación como una herramienta para crear programas, modelos o estrategias de intervención de enfermería para prevenir o incidir en ciertas problemáticas sociales específicas, relacionados con la labor de partos.

El impacto esperado es indirecto, pero estratégico; se señalan procesos actuales de la atención del parto, permitiendo reconocer oportunidades de mejora continua y transferible. También, visibilizar la variabilidad entre contextos ayuda a priorizar acciones según nivel de complejidad y fortalecer aquellas que indican funcionabilidad.

1.4.2. Aporte

El propósito de esta investigación es analizar e indagar temas a nivel internacional y nacional, que a través de los años ha dejado muchas dudas en cuanto al abordaje de la paciente gestante en labor de parto, describiendo aspectos específicos sobre el trabajo de parto, bienestar materno fetal y exponer los sucesos encontrados.

Con la realización de este estudio pretendemos lograr en las Salas de Labor y Parto, avances significativos en la atención de enfermería en pro del bienestar materno fetal.

Para así poder publicarlo como artículo científico, siendo punto de partida para desarrollar un protocolo de sala; logrando así un manual que brinde información requerida al personal que se encuentra en áreas especializadas de obstetricia. También, es un aporte a países que buscan mejorar su asistencia en relación al parto. Este trabajo es un aporte necesario para la actualización de los protocolos locales en la provincia de Chiriquí, alineando nuestra práctica nacional con estándares internacionales de bienestar materno-fetal.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Analizar el impacto de la atención de enfermería en el bienestar, materno fetal en las salas de labor y partos mediante la evidencia en artículos científicos del periodo comprendido entre 2010 – 2022.

1.5.2. Objetivos Específicos

Esta investigación propone los siguientes objetivos específicos, siguiendo los ejes de la investigación:

- Describir la fisiología del trabajo de parto y su correlación con la estabilidad biopsicosocial de la gestante.
- Identificar las competencias y cuidados clave del profesional de enfermería que inciden directamente en la preservación del bienestar materno-fetal durante el proceso intraparto.
- Evaluar las intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica que optimizan la monitorización del perfil biofísico fetal y la evolución del trabajo de parto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente histórico

A inicios de la humanidad el parto se daba de manera espontánea, con la atención del padre, la familia o la misma mujer. Ya en el año 6.000 a.C., “algunas mujeres adquieren mayor experiencia en el arte de ayudar al nacimiento, creando con esto, uno de los trabajos más antiguos del mundo, el de partera empírica o comadrona, el cual es desempeñado por muchas mujeres en nuestros tiempos” (Carvajal y Barriga,2020, p.89).

Hipócrates fue quien hizo la primera descripción de un parto normal y lo plasmó en su libro: “*Naturaleza del Niño*”, tenía la teoría de que el feto adoptaba la presentación cefálica, debido a que el peso de la parte superior del cuerpo era mayor que el peso de la parte inferior y de la rotura espontánea de las membranas ovulares.

Según Carvajal y Barriga (2020), “el trabajo de parto se producía cuando el feto extendía sus piernas y se propulsaba a sí mismo fuera del útero” (p.89). También el trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta. El término trabajo de parto en el contexto obstétrico asume diversas connotaciones en el idioma inglés. De manera indudable, es verdad que tanto el embarazo como el parto son procesos fisiológicos y, como tales, el trabajo de parto y el parto se deben considerar normales en la mayoría de las mujeres. (Williams,2019).

Además, el mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto normal consiste en reconocer su inicio. El concepto de trabajo de parto, presencia de

contracciones uterinas que producen borramiento y modificación del cuello uterino, ayuda al médico a determinar el comienzo real del trabajo de parto, ya que tal diagnóstico se confirma sólo en retrospectiva. Es posible utilizar varios métodos para definir su inicio.

Este último se define como la hora del reloj en que las contracciones dolorosas se vuelven regulares. Por desgracia, la actividad uterina que causa molestias, pero que no representa un trabajo de parto real puede aparecer en cualquier momento del embarazo.

El falso trabajo de parto suele detenerse de manera espontánea o puede avanzar en poco tiempo hasta el surgimiento de contracciones eficaces. Un segundo método define el inicio del trabajo de parto a partir del ingreso a la unidad de atención del trabajo de parto.

En Estados Unidos, el ingreso hospitalario en trabajo de parto suele basarse en el grado de dilatación, acompañado por contracciones dolorosas.

2.2. Marco Teórico

En este trabajo, se abordan los temas de Bienestar Materno y Fetal, así como la Atención del personal de enfermería en la sala de partos.

2.2.1. Bienestar materno

El término de bienestar está relacionado con buena salud, presentado por la Organización Mundial de la Salud en el 2006, en la definición de salud como “un estado

completo de bienestar física, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”.

La autora Uribe T. define el bienestar como un fenómeno complejo multidimensional, dinámico e interdependiente de satisfacción de la mujer durante su proceso de parto; resultado de una serie de situaciones que se relacionan entre sí, las que se ordenan en torno al “buen trato”. Mientras que, la situación de bienestar según Leddy y Pepper, corresponde a la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la persona; este estado personal es susceptible de describirse objetivamente en niveles. En los niveles más bajos de bienestar, el individuo se percibiría en situación de enfermedad, en los niveles más altos, podría experimentar como la mayor satisfacción.

2.2.2. Bienestar fetal

El bienestar fetal es evaluado principalmente en base a la percepción materna y visualización ecográfica de movimientos fetales, al crecimiento fetal, a la evaluación del volumen de líquido amniótico y a la resistencia al flujo sanguíneo de la arteria umbilical fetal, evaluada mediante la aplicación de Doppler color.

La valoración del bienestar fetal permite identificar a los fetos que pueden estar en riesgo a través de una serie de técnicas y procedimientos que evalúan el crecimiento y vitalidad del feto durante el embarazo y el trabajo del parto, y así poder tomar medidas apropiadas para diagnosticar precozmente el sufrimiento fetal y poder prevenir un daño irreversible o la muerte. Si este control no se realiza cuando corresponde, muchas de las complicaciones fetales y neonatales que pueden surgir a lo largo del embarazo no se

podrían prevenir, gracias a la valoración fetal se ha conseguido disminuir la morbimortalidad perinatal.

2.2.3. Parto fisiológico

El parto es el modo activo de expulsión del feto y la placenta. Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que, desencadenados al final de la gestación, tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal del parto en la mujer.

El proceso de parto es un tiempo de emoción y ansiedad para la mujer y sus seres queridos. Se necesita un conocer ampliamente de ciertos factores esenciales para asegurar que la mujer y su bebé, reciban un cuidado de enfermería de alta calidad. El Trabajo de Parto es el conjunto de acontecimientos que se suceden para permitir el nacimiento de un bebé.

La primera etapa del parto inicia con la aparición de contracciones uterinas regulares y termina con la dilatación y borramiento completos del cérvix. La mujer manifestará la aparición de contracciones uterinas regulares y progresivas que aumentan en frecuencia, intensidad y duración. Así como la expulsión del tapón mucoso.

La primera etapa del parto consta de las siguientes tres fases: la fase de latencia (hasta 3cm de dilatación), la fase activa (4 a 7cm de dilatación) y la fase de transición (8 a 10cm de dilatación). La mayoría de las nulíparas llegan en fase latente.

2.2.3.1. Mecanismos del trabajo de parto

Los cambios de posición en la presentación del feto que se requieren para su movimiento dentro del conducto pélvico forman parte de los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Encajamiento: El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis, se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. Se inicia días a semanas antes del trabajo de parto en primerizas y cuando comienza el trabajo de parto en multíparas. Descenso: Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una 10 o más de cuatro fuerzas: 1) presión de líquido amniótico, 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos y 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal. Flexión: Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o piso pélvicos, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. Con este movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipital bregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo. Rotación interna. Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original, en dirección posterior hacia la concavidad del sacro. La rotación interna es indispensable

para que concluya el trabajo de parto, excepto cuando el feto es extraordinariamente pequeño. Extensión: Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico, sino que se desliza más hacia adelante, pudiese impactarse en la porción posterior del perineo y en un momento dado atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. La parte resultante se dirige a la abertura vulvar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a hacer contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. Con la distensión progresiva del perineo y la abertura vaginal, aparece de modo gradual un porcentaje cada vez mayor del occipucio. La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón pasan 11 sucesivamente sobre el borde anterior del perineo. Apenas después de nacer, la cabeza se inclina hacia adelante de manera que el mentón descansa sobre la región anal materna. Rotación externa: Una vez que ha nacido la cabeza, presenta restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, rota hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua es seguida por la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Así, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Ese movimiento al parecer se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza. Expulsión. Casi inmediatamente después de la rotación externa,

aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se distiende por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza rápido hacia el exterior.

2.2.3.2.Trabajo de partos

Es un seguimiento de contracciones uterinas involuntarias que dan como resultado el borramiento y dilatación del cérvix y que, sumado a los esfuerzos voluntarios de expulsión, termina con la salida de los productos de la concepción de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno.

Etapas del preparto: aquí hay fenómenos similares al parto, pero más marcados. La múltipara pueden presentar cuello acortado, blando con un orificio externo entreabierto que no es trabajo de parto (importa el orificio interno). La dinámica uterina es menor en la múltipara para producir cambios cervicales. Dura 12-18h en primigestas y 6-8h en múltiparas (tienen menos colágeno). Se evalúa en las salas de preparto. Necesario registro cada 2-3h de signos vitales maternos, monitoreo fetal (LCF) y dinámica uterina, tacto vaginal (TV) dilatación, integridad de la bolsa amniótica, así como la presentación. Posición materna: caminar disminuye el tiempo de trabajo de parto, en posición supina lateralizar a 15° para evitar síndrome hipotensión supina (10% de las embarazadas).

2.2.3.3.Periodos clínicos del trabajo de parto

Existen tres períodos en el trabajo de parto:

2.2.3.3.1. Primer periodo “Borramiento y dilatación”

Inicio marcado por una dilatación y borramiento progresivo del cérvix. Es difícil determinar con exactitud el principio, ya que el cérvix puede modificarse muy lentamente o con demasiada rapidez.

El primer período termina con la dilatación completa del cérvix (10 cm) y es con mucho la etapa más larga. La duración de esta fase en la primigrávida es de aproximadamente 15 horas. y en la multípara, de 8 horas. El primer período puede, sin embargo, prolongarse menos de una hora o extenderse más de 24 horas, dependiendo de:

- La paridad de la paciente.
- Frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas.
- De la capacidad cervical para la dilatación y el borramiento.
- De los diámetros feto-pélvicos
- De la presentación y posición del feto

Los cambios bioquímicos del cuello son: disminución del colágeno, aumento de la solubilidad del colágeno, aumento *colagenoilisis* y se desarrollan a lo largo del embarazo. Los cambios durante el borramiento se plantean que son por estrógenos y prostaglandinas, aumenta la colagenoilisis.

Borramiento y dilatación

Borramiento y Dilatación del cuello: A las 36-37 semanas, el cuello es un cilindro de 2.5cm con el orificio externo orientado a posterior. Con las contracciones uterinas (CU) del parto se transforma en anillo de 10cm de diámetro.

Las contracciones uterinas hacen que el orificio cervical interno se incorpore al segmento inferior. Así el cilindro cervical se va borrando y dilatando y el orificio cervical externo se centra.

Periodo de dilatación: Desde el trabajo de parto a la dilatación completa 10cm (desaparece el cuello uterino).

Características: La dilatación cervical no sigue en este período una progresión uniforme ni tampoco uniformemente acelerada. Como demostró Friedman, hay que distinguir una primera fase de latencia y una segunda fase activa.

Fuerzas en el mecanismo de dilatación cervical

El cuello uterino contiene pocas fibras musculares, por lo que su expansión no se produce por dilatación muscular a este nivel, como se pensaba anteriormente, sino como resultado de la acción de dos fuerzas: en primer lugar, debido al acortamiento de las fibras musculares del cuerpo del útero, incluida la contracción de las fibras musculares de la parte inferior y el tejido conjuntivo que forma el cuello uterino, y en segundo lugar, debido a la presión del saco amniótico o la posición del feto sobre el cuello uterino.

Asistencia en el período de dilatación

Controlar las constantes de la Frecuencia Cardíaca Fetal y dinámica uterina. El monitoreo externo de la Frecuencia Cardíaca Fetal y de la dinámica uterina permite efectuarla desde el principio del parto con membranas íntegras y sin obligar a encamar a la paciente.

El control de la presión amniótica interna permite conocer el tono basal y transmitir con precisión el efecto de las contracciones uterinas, en comparación con la tocometría externa, que registra solo las diferencias en el tono basal, que se consideran normales cuando se coloca en una pausa entre las contracciones, y un aumento de la rigidez externa del útero durante las contracciones.

Cuando se trata de un parto de alto riesgo o surgen complicaciones en su evolución, como la presencia de meconio o alteraciones de la presión arterial materna, de la F.C.F o de la dinámica uterina, es indispensable el monitoreo continuo preferentemente interno.

El avance de la dilatación y el control de los mecanismos de parto se objetivan mediante tactos vaginales, pero evitando los tactos innecesarios durante este período, ya que pueden influir en la incidencia de infección puerperal.

El apoyo durante este periodo no debe limitarse al control en frío de todos estos factores, sino que, además, la enfermera debe estar al lado de la mujer; ofreciéndole apoyo emocional, dándole confianza, recordándole instrucciones de respiración y

relajación, y animándola a tolerar las molestias y el dolor resultantes de las contracciones uterinas y del crecimiento del feto a través del canal del parto. Durante este período, la mujer puede estar, sentada o de pie, o incluso dar cortos paseos si no tiene algún riesgo.

Algunos estudios (Schwartz, 1980) han permitido reconocer que el periodo de dilatación se acorta en el 25 % de las mujeres que permanecen de pie, sentadas o paseando, ya que aumenta la dinámica uterina. También parece que en esta posición se reduce el dolor de las contracciones (Arroyo y cols., 1974).

Presencia de meconio: El líquido amniótico es normalmente transparente y puede contener copos de vermis caseoso. El paso de meconio y contenido en el intestino fetal lo tiñe de amarillo oscuro a verde o marrón, según el volumen y el momento de emisión.

Tradicionalmente, la presencia de meconio es un signo de hipoxia fetal, ya que puede dificultar la oxigenación del recién nacido al ocupar la tráquea y los bronquios, y no poder ser reabsorbido ni aspirado.

2.2.3.3.2. Segundo período “Expulsión”

El Segundo período del parto principia con la dilatación completa del cérvix y finaliza cuando el producto ha salido por completo. Esta fase puede durar desde unos minutos hasta varias horas, de acuerdo con:

- La presentación y posición fetales,
- Las relaciones feto-pélvicas,

- La resistencia de las partes pélvicas blandas de la madre,
- La frecuencia, intensidad, duración y regularidad de las contracciones uterinas
- La eficiencia de los esfuerzos expulsivos voluntarios maternos.

Da comienzo cuando logra alcanzar el cuello uterino su dilatación completa y termina con la salida del feto del claustro materno. Las contracciones se hacen cada vez más enérgicas y frecuentes, y llegan a las 300 U Montevideo. La paciente siente, además, la necesidad imperiosa de contraer la musculatura abdominal durante la contracción uterina (pujo). Este refuerzo de la contracción uterina tiene por objeto favorecer la progresión fetal en el canal del parto, ya que es en este período cuando el feto recorre la mayor parte del canal del parto hasta su expulsión.

La duración de este período es mucho más corta que el período de dilatación, menos de 1 hora en la nulípara y escasos minutos en la múltipara.

En este período se completan el descenso de la presentación y la rotación y flexión de la cabeza fetal, y tienen lugar el desprendimiento de esta y la salida de los hombros y del resto del cuerpo.

2.2.3.3.3. Tercer periodo “Alumbramiento”

Desde la salida del feto a la salida completa de la placenta y membranas ovulares. Dura (10 min.). Una vez expulsado el feto, las contracciones uterinas reducen su intensidad y ya no son dolorosas. Hay una discreta pérdida de sangre. En pocos minutos se inicia un aumento de la dinámica uterina que, si no es dolorosa, al menos es perceptible y cuya finalidad es conseguir el desprendimiento total de la placenta, la cual queda alojada en el segmento inferior y en la vagina. El cuerpo uterino contraído quedará por encima del segmento inferior ocupado por la placenta, y el cordón umbilical asomará por la vulva varios centímetros.

Tras la salida de la placenta aparece por la vulva una cantidad mayor o menor de sangre oscura que corresponde al hematoma retro placentario formado en el espacio de separación entre la decidua y la cara materna de la placenta y que contribuye a su desprendimiento. La expulsión de la placenta tiene 2 tipos de expulsión:

Boudelocque-Schultze: Se da en el 80% de los casos; presenta poco sangrado, se desprende desde el centro de la placenta como un paraguas. Al salir la placenta elimina el sangrado retro placentario (300-500ml)

Boudelocque-Duncan: Se da en el 20% de los casos; se desprende desde uno de sus bordes, exteriorizando el sangrado y sin formar el coágulo retro placentario.

Hay unos signos clínicos que nos informan acerca de que la placenta se ha desprendido y son los siguientes:

- Ascenso del fondo uterino por encima de la cicatriz umbilical.
(Signo Schroeder)

- Palpación del cuerpo uterino, duro y globoso.

- Hemorragia oscura.

- Descenso del cordón umbilical. (Signo de Küstner: al levantar el útero no se desplaza hacia arriba el cordón umbilical)

En el 90 % de los casos, la placenta se desprende en 10 min. Si se demora más de 15 min. Debe considerarse anormal (Niswander, 1972). Durante este período se considera normal una pérdida hemática de hasta 500 ml.

Hay que considerar que el trabajo de parto es un fenómeno fisiológico que tiene sus etapas claramente especificadas. Además de que existen riesgos en cada una de ellas, por lo que es necesario que el profesional de enfermería conozca todo lo relacionado con el embarazo, parto y puerperio ya que es un componente importante que garantiza la calidad de la atención. Esto lo reconoce la O. P. S. al mencionar que actualmente se reconoce que uno de los factores fundamentales para todos los países que procuran reducir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y lograr que todo recién nacido goce de salud al comienzo de su vida es que se invierta en fortalecer las aptitudes del personal que se dedica a tratar a las mujeres embarazadas.

2.2.3.4. Intervenciones de enfermería durante el trabajo de partos

Una intervención de enfermería es aquel tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico realizado por un profesional de enfermería para promover el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados directos e indirectos dirigidos al individuo, la familia y la comunidad, así como el tratamiento por parte de enfermeras, médicos y otros proveedores de atención.

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el (los) paciente (s). La intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones de “colocar las manos” como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

Una intervención a la comunidad (o salud pública) está dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Las intervenciones a la comunidad pretenden el fomento a la salud, el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.

Un tratamiento puesto en marcha por el enfermero (a), es una intervención iniciada por un profesional de enfermería en respuesta a un diagnóstico de enfermería, una acción autónoma basada en fundamentos científicos ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

Las actividades de enfermería son acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Estas intervenciones forman parte del cuidado que es brindado a las personas en cualquier etapa de su vida; sin embargo, una intervención no es sinónimo de cuidado, ya que el concepto cuidado ha venido usándose de manera creciente desde la década de los años setenta hasta nuestros días. De la igual manera aparecen vaguedades y ambigüedades conceptuales acerca del uso de los términos que conformarían el campo semántico del cuidado. Al analizar la información notará que la mayoría de las ideas y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción de cuidado se han extraído del campo de la filosofía y la psicología existencial, humanista y personalista. Es por eso, por lo que algunas teoristas manejan en su teoría un concepto de cuidado, pero en general todas están de acuerdo en que la acción de cuidar no es instrumental; su sentido radica en sí misma; en el acto humano que denota. Cuidar, por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad, por lo que la intervención forma parte de ese proceso interactivo entre la persona y la enfermera, mientras que el cuidado es considerado, como algo más

complicado, ya que denota fenómenos complejos y multidimensionales que posee elementos científicos, técnicos y humanísticos, por lo que ha sido difícil llegar a un concepto universal de cuidado en enfermería.

En la actualidad el paradigma de la salud materna ha evolucionado hacia un modelo de parto humanizado, donde las intervenciones de enfermería deben equilibrar la vigilancia clínica rigurosa con un acompañamiento empático, que reduzca el estrés materno.

La OMS promueve reducir el estrés en el parto mediante una atención respetuosa, centrada en la mujer, y el uso de estrategias no farmacológicas. Las recomendaciones clave incluyen libertad de movimiento, evitar intervenciones innecesarias y fomentar un entorno de apoyo para mejorar la experiencia materna y la salud del binomio. Según investigadores “el apoyo emocional reduce los niveles de cortisol en la madre, lo que mejora el flujo sanguíneo placentario y el bienestar del feto” (Buñay Muñoz e tal .2025)

En la teoría de Ramona Mercer, se menciona la adopción del rol maternal desde el primer contacto del parto; destacando la adopción del rol materno como proceso interactivo y del desarrollo, punto importante para el cuidado de enfermería en el binomio madre-hijo.

Existe una tentación de tratar todos los partos rutinariamente con el mismo alto grado de intervencionismo, tanto si son complicados, como si no lo son. Esto tiene una serie de efectos negativos.

El parto es un proceso fisiológico saludable para el que las mujeres están innatamente preparadas. A diferencia de otros ámbitos de competencia del médico, en un parto normal, no hay nada que “curar”. Es necesario pues, redefinir el rol de las enfermeras en el parto.

La enfermera durante el trabajo de parto debe tener la paciencia y la actitud empática necesaria para apoyar a la mujer y a su familia.

Las intervenciones de enfermería para promover el bienestar materno fetal inician desde la educación Perinatal; proporcionando educación sobre el embarazo y hasta cuidados del neonato. También incluyen la prevención de infecciones previas o posteriores al parto.

2.2.3.4.1. Clasificación de las intervenciones en el trabajo de parto normal

- Que la enfermera junto con la embarazada tenga un plan personal que determine donde y por quién será atendido el parto, dado a conocer a su pareja y, si procede a su familia.
- Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita del sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
- Control del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.

- Brindar líquidos por vía oral durante el parto.
- Hay que respetar la elección informada de la mujer del lugar del parto.
- Brindar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada.
- Respeto al derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto. Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
- Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
- Usar métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación o psicoprofilaxis.
- Monitorización fetal con auscultación intermitente, para evaluar la salud fetal.

2.2.3.5. Atención del parto

- Cualquier persona que brinde atención obstétrica, debe poseer procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:
- A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma, durante el trabajo

de parto normal, se propiciará la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n de sentada y dec3bito lateral para morar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicaci3n m3dica; no debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analg3sicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicar3 seg3n el criterio m3dico, previa informaci3n y autorizaci3n de la parturienta; no debe aplicarse de manera rutinaria la inducci3n y conducci3n del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto.

- Uso exclusivo de material desechable y esterilizaci3n apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilataci3n y el parto libertad de posici3n y movimientos durante todo el trabajo de parto. Est3mulo a evitar el dec3bito supino durante el parto, seguimiento cuidadoso del trabajo de parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS. Uso profil3ctico de oxitocina en la tercera fase del trabajo de parto en la mujer con riesgo de hemorragia posparto, o en peligro por la p3rdida de sangre.
- Esterilidad al cortar el cord3n. Prevenci3n de hipotermia en el reci3n nacido.
- Contacto inmediato piel a piel de la madre y el hijo, apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora despu3s del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre la lactancia. Examen sistem3tico de la placenta y las membranas.

- Es importante conocer los antecedentes religiosos y culturales de la mujer embarazada, ya que dentro de cada cultura las mujeres tienen una forma de comportarse durante el parto y de reaccionar al dolor que experimentan. Estos comportamientos pueden variar desde el silencio total hasta los gritos, pero no son en sí mismos una medida del grado del dolor.

2.3. Antecedente investigativo

Un primer trabajo corresponde a Claudia Uribe, Aixa Contreras Luis Villarroel (2018). “*Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición*”. En este trabajo se maneja la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto y se exploró el bienestar materno en tres niveles: óptimo, adecuado y malestar.

La investigación se enmarcó en un proyecto factible. La muestra estudiada fue de 303 mujeres. Se consideró la combinación de las metodologías cualitativas y cuantitativas. A través de grupos de focos y entrevistas individuales, se recogió la percepción subjetiva del bienestar materno, sus indicadores y sus distintas dimensiones. En la parte cuantitativa, a través de un diseño correlacional de corte transversal, se validó la escala y se exploró el nivel de bienestar materno en 303 mujeres. Las técnicas utilizadas fueron las encuestas telefónicas y documentos de archivos, el instrumento permitió evaluar el bienestar materno durante el parto.

Un segundo trabajo de investigación es de Francisca Cortés, Waldo Merino, Karina Burgos (2020). “*Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados*”. En esta investigación se estudia el dolor como una experiencia

multidimensional, que abarca procesos psicoactivos (cognitivo, conductual y emocional), sociales, culturales, económicos y espirituales.

En esta investigación, la síntesis de la revisión se agrupó de acuerdo con la fisiología del dolor, para inicialmente comprender el proceso normal de las vías del dolor. Luego, se revisa la percepción del dolor propiamente tal donde se mencionan separadamente factores que han demostrado influencia sobre la interpretación del dolor. La muestra estudiada fue de 183 artículos. En esta revisión se realizó una síntesis de la literatura disponible acerca de las características fisiológicas, factores modificadores de efecto, variables psicológicas y presentaciones clínicas del dolor, provocado por las contracciones uterinas en la fase activa del trabajo de parto de mujeres que cursan un embarazo de término. La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando la base de datos PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), entre los meses de enero y marzo de año 2019. Las técnicas utilizadas fueron los documentos de archivos e historias clínicas.

La experiencia del dolor durante el trabajo de parto es una vivencia única y personal, donde la evaluación del dolor es compleja, debido a la dificultad de su objetivación de forma cuantitativa o cualitativa.

Un tercer trabajo corresponde a Marta Calvario Hermo (2012). “*Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de pérdida de bienestar fetal*”. Cuando la frecuencia cardíaca es sugerente de compromiso fetal, se inician una serie de medidas para promover el bienestar fetal conocidas como “técnicas de resucitación intraútero”, entre ellas la administración materna de oxígeno.

Esta investigación se basó en un estudio experimental de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado con dos brazos: grupo control y grupo intervención. La población de estudio comprende mujeres en trabajo de parto que presenten los patrones patológicos especificados a continuación en la monitorización cardiotocográfica fetal y que cumplan los criterios de selección. La muestra estaba constituida por 100 mujeres. Las técnicas utilizadas fueron los cuestionarios y los métodos las entrevistas.

Un cuarto trabajo de investigación corresponde a Paola Amalia Charcopa Sevilla (2019). “*Bienestar fetal en pacientes sometidas en inducto conducción en embarazos a término*”. En esta investigación analizamos como las pacientes sometidas a inducción y conducción en el trabajo de parto pueden prolongarse siendo ello un factor predisponente para la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, entre sus complicaciones frecuentes encontramos: disminución del Apgar, aspiración de meconio, caput, cesáreas por compromiso de bienestar fetal o dilatación estacionaria. La muestra fue de 97 pacientes. Las técnicas utilizadas los cuestionarios y los métodos las historias clínicas. El fracaso del progreso del trabajo de parto conlleva como consecuencia a la indicación principal de cesárea primaria, teniendo como mayor grupo a madres primerizas.

Un quinto trabajo de investigación le pertenece a Valencia- Rincón, Edison. Reyna-Villasmil, Eduardo (2017). “*Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término*”. Considerando que la percepción materna de la disminución de los movimientos fetales es subjetiva. Las embarazadas perciben los movimientos fetales de formas disímiles y en diferentes momentos del día, por lo cual

los hace difíciles de medir y cuantificar de manera uniforme. Generalmente, estos pueden ser reconocidos por primera vez luego de las 20 semanas de embarazo. La muestra estaba constituida por 643 pacientes embarazadas. La técnica utilizada fue el cuestionario y el método las historias clínicas y las entrevistas individualizadas. El objetivo de la investigación fue establecer la asociación entre la disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término.

Sexto trabajo de investigación se atribuye a Juan Pablo Muñoz C. (2012). *“Flujometría de la arteria cerebral media para diagnóstico de bienestar fetal”*. La Flujometría Doppler de la arteria cerebral media tiene alta capacidad diagnóstica para alteraciones del bienestar fetal comparada con la cardiotocografía fetal y la Flujometría de la arteria umbilical. La investigación es aceptable. La muestra fue de 170 pacientes embarazadas. Las técnicas utilizadas los cuestionarios y los métodos las historias clínicas. La finalidad es Validar la Flujometría Doppler frente a la cardiotocografía en el diagnóstico de bienestar fetal durante labor de parto.

Séptimo trabajo de investigación realizado por Gonzales Vidangos, Marco Manuel (2021). *“Valor predictivo de la circulación cerebro placentaria para evaluar el riesgo de pérdida de bienestar fetal de recién nacidos de gestantes a término en el hospital III Puno”*. Bienestar fetal se refiere al equilibrio de la homeostasis que resulta de la función e intercambio adecuado entre los componentes materno, fetal y trofoblasto; pero el reto de la obstetricia es la necesidad de un método que muestre con precisión el estado del feto dentro del útero; al no existir dicho procedimiento se tiene incertidumbre respecto a las condiciones de normalidad, principalmente, si se sospecha de pérdida del bienestar

fetal; y se ha evidenciado falta de correspondencia entre la evaluación de la pérdida del equilibrio en la homeostasis fetal y el estado al nacer; esto ha propiciado la búsqueda de una terminología más exacta, relacionada básicamente con los medios diagnósticos empleados, como los métodos clínicos, biofísicos, bioquímicos, y electrónicos. El tamaño de muestra se calculará mediante muestreo aleatorio simple para población no conocida; la selección de la muestra será no probabilístico. El instrumento elegido es la Ficha de recolección de datos preelaborada y el método es a través de las historias clínicas.

El octavo trabajo de investigación corresponde a Virginia, Colobón Vera Sandy. (2012).” *Seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del centro de salud tipo c las palmas de esmeraldas*”. Este estudio descriptivo objetivó identificar, complicaciones, seguridad y riesgos que se presentan durante el parto humanizado de libre posición, en mujeres que acuden al área de labor de parto, que son atendidas por profesionales de salud del Centro Tipo C Las Palmas, quienes realizan atención de cuidado directo, bajo normas y protocolos establecidos y los lineamientos de las guías clínicas de la seguridad del paciente. Se tomó una población de 400 gestantes. Encuesta, entrevista y observación. El método es observacional.

El noveno trabajo de investigación se le debe a Ayala Gutiérrez Gina Lyset (2015). “*Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal*”. La calidad de atención del parto es un tema que está tomando importancia en las últimas décadas. Se han realizado estudios donde se demuestra que las puérperas satisfechas con la atención

recibida en diversos centros obstétricos regresarán al establecimiento y/o lo recomendarán. El tamaño muestral establecido fue de 313 pacientes puérperas, se procedió a seleccionar a las pacientes mediante aleatorización teniendo en cuenta los criterios de selección, se les informó y con su consentimiento se aplicó el instrumento de recolección de datos.

El décimo trabajo de investigación corresponde a Magda Lizeth Rocha-Acero, Fernanda Socarrás-Ronderos. (2019). *Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá*. La atención de parto se fundamenta en una atención mexicanizada, que subordina a las mujeres y que coincide con un trabajo realizado rutinariamente, sumado a fallas en la comunicación entre estas y el personal de salud. Se evidenciaron aspectos que vulneran los derechos de las mujeres en trabajo de parto y en parto, y que son legitimados por el personal de salud y justificados por ellas. Se tomó una muestra de 16 pacientes. El método es observacional y el instrumento utilizado es el cuestionario.

El onceavo trabajo de investigación pertenece a Julio G. Brito Hurtado, Luis Fernando Cadena (2011). *“Perfil hemodinámico en comparación con perfil biofísico como prueba de bienestar fetal”*. Las investigaciones acerca de la hemodinámica materno fetal han complementado todos los conocimientos previos que tratan de explicar esa gran interrogante en obstetricia: ¿Cuál es la respuesta fetal ante la hipoxia?, en este sentido, se han descrito 4 etapas sucesivas en la adaptación fetal ante esta situación patológica, que conducen a un deterioro circulatorio progresivo que finaliza con la muerte. La muestra fue de 41 gestantes de alto riesgo. El instrumento es observacional.

Aplicación y comparación de pruebas como: perfil biofísico fetal, perfil hemodinámico Doppler.

El doceavo trabajo de investigación es de Hidalgo Segura, Evelin Daniela (2018). “Eficacia del monitoreo electrónico intraparto como predictor de sufrimiento fetal, en gestantes a término. instituto nacional materno perinatal”. El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es un disturbio metabólico que se instala durante el trabajo de parto, se caracteriza por una insuficiencia placentaria de tipo respiratorio que provoca trastornos en el feto, ya que su forma leve o moderada produce hipoxia y sus formas graves son capaces de producir acidosis, parálisis cerebral, muerte fetal y / o neonatal, por lo que se considera una de las principales causas de morbimortalidad neonatal internacional y nacional. Se tomó una muestra de 341 historias clínicas. El instrumento está basado en la ficha de recolección de datos y el método en las historias clínicas.

El treceavo trabajo de investigación es para Jorge Manuel, Balestena Sánchez. Katileydis, González Llanes. Adixa, Balestena Justiniani. (2014). *Efectos del embarazo postérmino, en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato*. El embarazo prolongado es una condición obstétrica que produce un grado de perturbación, aprensión y desasosiego muy elevado tanto en la gestante como en su familia. Se tomó una muestra de 322 pacientes. El instrumento es Ficha de recolección de datos preelaborada y el método las historias clínicas.

El décimo cuarto trabajo de investigación corresponde a Jeiv Gómez, Carlos Cabrera Lozada y Pedro Faneite (2022). *Integración de las pruebas bienestar fetal anteparto; propuesta de un perfil biofísico fetal extendido* La asfixia perinatal (AP) asociada o no a la encefalopatía hipérico-isquémica (EHI), por su alta repercusión en las cifras de morbilidad perinatal, ha provocado el desarrollo e implementación de diversas pruebas de bienestar fetal anteparto históricamente, en pacientes ingresadas en cuidados intermedios. El análisis crítico de la evidencia, la revisión de las estadísticas del Servicio de Medicina Materno Fetal (MMF) de la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), en Caracas, la autopsia clínica de la morbilidad perinatal del servicio, permiten la comprensión hermenéutica de la fisiopatología asociada con la AP y/o EHI, así como de otros resultados perinatales adversos. Se propone un modelo de integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto incluyendo un perfil biofísico fetal extendido compuesto por ocho parámetros: movimientos respiratorios, movimientos fetales, tono fetal y líquido amniótico, arteria umbilical, istmo aórtico, ductos venosos y remodelación cardíaca.

El décimo quinto trabajo le corresponde a Vilca Torres, Victoria Zoraida. (2018). *Resultado de la prueba estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil El Carmen de enero a junio 201* El monitoreo electrónico fetal es el control o la vigilancia continua de la frecuencia cardíaca fetal en relación a los movimientos fetales y dinámica uterina, donde posteriormente se interpretan las características registradas; asimismo, es un medio diagnóstico de apoyo en obstetricia, utilizada para valorar el estudio del feto durante la gestación o el parto⁹. Para este estudio

se tomó una muestra de 40 pacientes. El instrumento es Ficha de recolección de datos preelaborada y el método las historias clínicas.

El décimo sexto trabajo de investigación es para Claudia Uribe. Aixa Contreras Paulina Bravo. (2018). “*Modelo de asistencia integral del parto* “. Este estudio evaluó la efectividad de un modelo de asistencia integral del parto para un hospital público en aspectos de calidad y seguridad. Se tomó una muestra de 1029 gestantes. El instrumento es Ficha de recolección de datos preelaborada y el método las historias clínicas.

El décimo séptimo trabajo de investigación corresponde a Carla Daniela Narváez Jordán Lindón Alexander Bermeo Sánchez. (2019). “*Psicoprofilaxis obstétrica en la sala de labor y partos como técnica de reducción del índice de parto traumático*”. La investigación tuvo como objetivo determinar la importancia que tiene el uso de la psicoprofilaxis obstétrica, como técnica de reducción del índice de partos traumáticos. El lugar donde se realizó fue el Hospital Ángela Loayza de Ollague. Durante el periodo de enero a junio 2019, se tomó una muestra de 98 embarazadas para el estudio cuantitativo, prospectivo de corte transversal y no experimental. El método empleado fue la historia clínica.

El décimo octavo trabajo de investigación le toca a Lina María Martínez Sánchez. Laura Isabel Jaramillo. (2018). “*Anemia fisiológica frente a la patología en el embarazo* “. Algunos de los cambios fisiológicos del embarazo, implican el riesgo de sufrir diferentes trastornos, entre ellos la anemia, la cual está altamente asociada a mortalidad materno-fetal. La Organización Mundial de la Salud estima que

aproximadamente 42 % de las gestantes sufren de anemia en algún momento del embarazo. La muestra estuvo compuesta por 40 artículos. El instrumento es Ficha de recolección de datos preelaborada y el método las historias clínicas.

El décimo noveno trabajo de investigación corresponde a Napoleón Baranda-Nájera. Dulce María Patiño-Rodríguez. Marta Laura Ramos Montiel (2014). “*Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica*”. En la actualidad, la mujer decide en qué momento embarazarse, y cada vez más retrasa ese momento hasta lograr sus metas personales, lo que incrementa no sólo la edad a la que se embaraza, sino también, y de modo secundario, el riesgo de morbilidad. En la literatura, se define la edad materna avanzada (EMA) como aquellas mujeres ≥ 35 años que cursan con un embarazo. Se tomó una muestra de 113 gestantes. El instrumento es Ficha de recolección de datos preelaborada y el método las historias clínicas.

El vigésimo trabajo de investigación le corresponde a María Betsabeth Castillo Juvenal Girón José Alberto Cabrera (2014). “*Patrón clínico en gestantes con síndrome anti fosfolípido* “. El Síndrome anti fosfolípido es un síndrome relativamente joven en cuanto a su descripción. Este estudio evalúa las características clínicas e inmunológicas de 157 pacientes embarazadas con diagnóstico de dicho síndrome. La mayoría de los estudios reportan una prevalencia general mayor en mujeres jóvenes; sin embargo, en nuestro grupo de pacientes se presentó en promedio más frecuente hacia la tercera década de la vida. El instrumento es Ficha de recolección de datos preelaborada y el método las historias clínicas.

2.4.Bases legales

- **Panamá**

Ley de Fuero Maternal

Artículo 72. Se protege la maternidad de la mujer trabajadora. La que esté en estado de gravidez no podrá ser separada de su empleo público o particular por esta causa. Durante un mínimo de seis semanas precedentes al parto y las ocho que le siguen, gozará de descanso forzoso retribuido del mismo modo que su trabajo y conservará el empleo y todos los derechos correspondientes a su contrato. Al reincorporarse la madre trabajadora a su empleo no podrá ser despedida por el término de un año, salvo en casos especiales previstos en la Ley, la cual reglamentará, además, las condiciones especiales de trabajo de la mujer en estado de preñez.

- **Colombia**

Ley de Parto Humanizado (2018)

Artículo 1. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos.

- **Costa Rica**

Ley de Licencia por Maternidad (2020)

Artículos 95 y 96. Las trabajadoras tienen derecho a licencia por maternidad remunerada en caso de parto. Las mujeres embarazadas tienen derecho a un período obligatorio de licencia remunerada de cuatro meses (120 días),

incluyendo un mes antes del parto y tres meses posteriores al parto. La licencia de maternidad se puede extender por 3 meses por razones médicas.

- **México**

Ley Federal del trabajo (2019)

El artículo 170. dicta que las mujeres embarazadas tienen derecho a un periodo de descanso con goce de sueldo, de un mes y medio, antes y después del embarazo. Asimismo, en caso de adopción, la madre o tutor tienen derecho a recibir este periodo de descanso, a partir del día posterior de recibir a su hijo adoptivo.

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

3.1.1. Tipo De Estudio Según Su Enfoque

Es un estudio que se centra en el análisis, interpretación y síntesis de información bibliográfica, por lo tanto, es cualitativo.

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, debido a que su propósito no fue medir variables en una población clínica, sino comprender, organizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el bienestar materno-fetal y la atención del profesional de enfermería durante el trabajo de parto. En otras palabras, se buscó integrar hallazgos provenientes de distintos estudios para describir tendencias, prácticas y aportes relevantes en el contexto intraparto. De forma complementaria, cuando fue pertinente, se registraron frecuencias simples (por ejemplo, tipos de prácticas descritas), únicamente con fines descriptivos.

3.1.2. Tipo De Estudio Según Su Alcance

El presente estudio es descriptivo retrospectivos de revisión documental no sistemática. Con los alcances definidos, el proyecto de investigación se podrá desarrollar con facilidad.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), dice que “el alcance de una investigación indica el resultado lo que se obtendrá a partir de ella y condiciona el

método que se seguirá para obtener dichos resultados, por lo que es muy importante identificar acertadamente dicho alcance antes de empezar a desarrollar la investigación”.

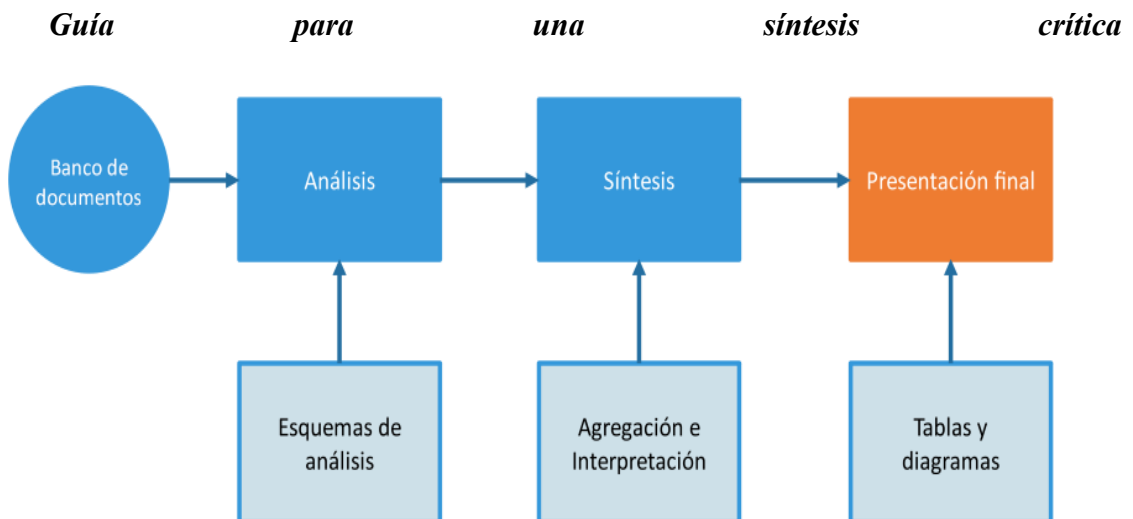
3.1.3. Tipo De Estudio Según Su Diseño

Se realizó una revisión documental de tipo narrativo-integrativo (no experimental), fundamentada en la recopilación y análisis crítico de artículos científicos publicados en el periodo definido. Este diseño fue seleccionado porque facilita la integración de evidencia proveniente de estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos, permitiendo construir una visión amplia y coherente del fenómeno estudiado. Es no experimental; Según Kerlinger y Lee (2002) mencionan que “la investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables.”

"Una revisión documental es un estudio riguroso que utiliza un método sistemático para organizar, analizar e interpretar información ya publicada sobre un tema. No es un resumen; es una síntesis crítica que busca identificar vacíos de conocimiento y tendencias actuales." (Cotrina García, 2025).

La práctica de Enfermería basada en evidencia avanza a pasos agigantados. Una revisión documental permite al profesional: Actualizar protocolos de atención, comparar cómo se cuida a un paciente en diferentes partes del mundo sintetizar, grandes volúmenes de datos que un enfermero clínico, por falta de tiempo, no podría leer individualmente.

Figura 1.



Fuente: (Codina, 2018).

Se elige la revisión documental porque, “como futuros enfermeros/as obstetras, nuestra primera responsabilidad es la seguridad del paciente. Esta metodología permite fundamentar decisiones en la evidencia científica global, asegurando que el cuidado que se propone no solo es humanizado, sino técnicamente de vanguardia”. (M. Castillo y J. Morell. 2025)

3.2.Fuentes de Información

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos científicas reconocidas, incluyendo PubMed/MEDLINE, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Google Académico, debido a su relevancia para ciencias de la salud y enfermería. Para asegurar una recuperación precisa, se utilizaron descriptores DeCS y MeSH, combinados

mediante operadores booleanos AND y OR, adaptando las ecuaciones según la base consultada.

Entre los principales términos empleados se incluyeron:

- DeCS/MeSH: “Labor, Obstetric”, “Parturition”, “Intrapartum Care”, “Fetal Monitoring”, “Fetal Well-Being”, “Maternal Health”, “Nursing Care”, “Midwifery”, “Respectful Maternity Care”.

Asimismo, se utilizó el gestor bibliográfico Zotero para organizar las referencias, eliminar duplicados y facilitar el proceso de citación conforme a APA 7.^a edición.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios que cumplieron con las siguientes condiciones:

1. Artículos científicos originales y/o revisiones relevantes sobre bienestar materno-fetal y atención intraparto.
2. Publicaciones en español o inglés.
3. Estudios realizados en contextos hospitalarios y relacionados con sala de labor y parto.
4. Evidencia publicada dentro del periodo definido del estudio (2010- 2022) o el rango oficialmente adoptado en tu trabajo.
5. Disponibilidad de texto completo o información suficiente para lectura crítica.

3.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron:

1. Artículos duplicados.
2. Editoriales, cartas al editor, opiniones no sustentadas o documentos sin metodología explícita.
3. Estudios sin relación directa con bienestar materno-fetal intraparto o sin vinculación con el cuidado de enfermería/atención clínica.
4. Publicaciones con insuficiente claridad metodológica para lectura crítica.

3.3.Población y Muestra

La población quedó conformada por 20 artículos científicos. Para obtener los 20 artículos que formaron parte de este trabajo de investigación, estos debieron cumplir con los criterios de inclusión. Todos aquellos artículos que no constituyeron parte de la población conclusiva, conformada por las investigaciones representativas, contribuyeron en otros aspectos como la reconstrucción del marco teórico.

De acuerdo con los objetivos, se identificaron estudios de tipo cualitativo. La muestra la conforman 15 artículos de investigación relacionados con el tema: Bienestar materno fetal y la atención de la profesión de salud en la sala de labor y partos. Fueron según objetivo, tipo de estudio, y los tópicos o descriptores buscados.

Los estudios analizados que hacen parte de la compilación de evidencias se señalan en el cuadro No. 1 a continuación. En donde se presentan los diferentes artículos científicos, con autor y fecha.

Cuadro No. 1:

Artículos Científicos preseleccionados, por autor y fecha

No	Titulo	Autores
1	Percepción del dolor durante el trabajo de partos. Una revisión de los factores involucrados.	Francisca Cortes, Waldo Merino, Karina Burgos(2020)
2	Prácticas de atención de parto en una institución prestadora de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá.	Magda Rocha, Fernanda Socarrás (2019)
3	Bienestar materno fetal durante el proceso de partos: desarrollo y aplicación de una escala de medición.	Claudia Uribe, Aixa Contreras, Luis Villarreal.(2018)
4	Modelo de asistencia integral del parto.	Claudia Uribe, Aixa Contreras.(2018)
5	Calidad de atención del parto según perspectivas de las usuarias en el servicio de	Gina Ayala Gutiérrez(2015)

	Centro Obstétrico Nacional Materno Perinatal.	
6	Integración de las pruebas de Bienestar Fetal anteparto; propuesta de un perfil biofísico fetal extendido.	Jeiv Gómez Carlos Cabrera Pedro Faneite(2022)
7	Valor predictivo de la circulación cerebro placentaria para evaluar el riesgo de pérdida de bienestar fetal de recién nacidos de gestantes a término en el hospital III Puno.	Marco Manuel Vidangos (2021)
8	Bienestar fetal en pacientes sometidas a inducto conducción en embarazos a término.	Paola Amalia Charcopa Sevilla.(2019)
9	Perfil hemodinámico en comparación con perfil biofísico como prueba de bienestar fetal.	Dres. Julio G. Brito Hurtado, Luis Fernando Cadena (2011)
10	Flujometría de la arteria cerebral media para diagnóstico de Bienestar fetal.	Juan Pablo Muñoz C.(2012)
11	Resultado de la prueba estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Materno infantil El Carmen.	Victoria Zoraida Vilca Torres (2019)
12	Eficacia del monitoreo electrónico intraparto como predictor de sufrimiento fetal, en	Hidalgo Segura, Evelin Daniela(2018)

	gestantes a término. instituto nacional materno perinatal.	
13	Seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del centro de salud tipo c las palmas de esmeraldas.	Virginia Hidalgo Segura, Evelin Daniela , Colobón Vera Sandy(2012)
14	Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de perdida de bienestar fetal.	Marta Calveiro Herme(2012)
15	Psicoprofilaxis del parto en la sala de labor y parto, como técnica de reducción del índice de parto traumático.	Carla Daniela Narváez Jordán. Lindon Alexander Bermeo Sánchez(2019)
16	Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término.	Edison Valencia Rincón Eduardo Reyna Villasmil(2017)
17	Edad Materna avanzada y morbilidad obstétrica.	Félix Dasio Ayala Peralta Enrique Guevara Ríos.(2014)
18	Efectos del Embarazo postérmino en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato.	Jorge Manuel Ballester Sánchez. Katileydis González Llanes Adixa Ballester(2014)

19	Patrón clínico en Gestantes con Síndrome antifosfolípido.	María Betsabeth Castillo Juvenal Girón, José Alberto Cabrera. (2014)
20	Anemia fisiológica frente a la patología en el embarazo.	Lina María Martínez Sánchez. Laura Isabel Jaramillo (2018)

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

3.3.1. Muestra

Para seleccionar los artículos científicos relacionados con la investigación de revisión documental se procedió a filtrar todos los artículos utilizando la lectura del resumen de los documentos para la preselección. Se efectúa una lectura en detalle y se seleccionan los artículos y documentos finales a través de la estructura de la lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español), que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Además, se utiliza la calidad metodológica referente a Strobe (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) (Von Elm, Altman, y Egge, 2007) Se excluyeron los artículos que obtuvieron una puntuación débil en la valoración de la calidad metodológica mediante el instrumento.

La muestra la conforman 15 artículos de investigación relacionados con el estudio, los fueron seleccionados a nivel internacional en el periodo 2010-2021. Se observa en la tabla 2, los países de donde provienen los artículos seleccionados.

4. Selección de estudios (corpus documental)

La selección se realizó en tres momentos:

1. **Tamizaje por título,**
2. **Tamizaje por resumen,** y posteriormente,
3. **Lectura completa** para confirmar elegibilidad.

De esta manera, se conformó un corpus documental final integrado por los artículos que respondieron de forma directa al objetivo general y a los objetivos específicos.

Cuadro No. 1:

Artículos Científicos seleccionados, por autor y fecha

No	Título	Autores
1	Percepción del dolor durante el trabajo de partos. Una revisión de los factores involucrados.	Francisca Cortes, Waldo Merino, Karina Burgos(2020)
2	Prácticas de atención de parto en una institución prestadora de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá.	Magda Rocha, Fernanda Socarrás (2019)

3	Bienestar materno fetal durante el proceso de partos: desarrollo y aplicación de una escala de medición.	Claudia Uribe, Aixa Contreras, Luis Villarreal.(2018)
4	Modelo de asistencia integral del parto.	Claudia Uribe, Aixa Contreras.(2018)
5	Calidad de atención del parto según perspectivas de las usuarias en el servicio de Centro Obstétrico Nacional Materno Perinatal.	Gina Ayala Gutiérrez(2015)
6	Integración de las pruebas de Bienestar Fetal anteparto; propuesta de un perfil biofísico fetal extendido.	Jeiv Gómez, Carlos Cabrera, Pedro Faneite(2022)
7	Valor predictivo de la circulación cerebro placentaria para evaluar el riesgo de pérdida de bienestar fetal de recién nacidos de gestantes a término en el hospital III Puno.	Marco Manuel Vidangos (2021)
8	Bienestar fetal en pacientes sometidas a inducto conducción en embarazos a término.	Paola Amalia Charcopa Sevilla.(2019)
9	Perfil hemodinámico en comparación con perfil biofísico como prueba de bienestar fetal.	Dres. Julio G. Brito Hurtado, Luis Fernando Cadena (2011)

10	Flujometría de la arteria cerebral media para diagnóstico de Bienestar fetal.	Juan Pablo Muñoz C.(2012)
11	Resultado de la prueba estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Materno infantil El Carmen.	Victoria Zoraida Vilca Torres (2019)
12	Eficacia del monitoreo electrónico intraparto como predictor de sufrimiento fetal, en gestantes a término. instituto nacional materno perinatal.	Hidalgo Segura, Evelin Daniela(2018)
13	Seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del centro de salud tipo c las palmas de esmeraldas.	Virginia Hidalgo Segura, Evelin Daniela , Colobón Vera Sandy(2012)
14	Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de perdida de bienestar fetal.	Marta Calveiro Herme(2012)
15	Psicoprofilaxis del parto en la sala de labor y parto, como técnica de reducción del índice de parto traumático.	Carla Daniela Narváez Jordán. Lindon Alexander Bermeo Sánchez(2019)

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2023

Se presenta una tabla con los países participantes en la investigación, con su número de artículos seleccionados y su ubicación geográfica. En el mapa mundial.

Tabla No.1

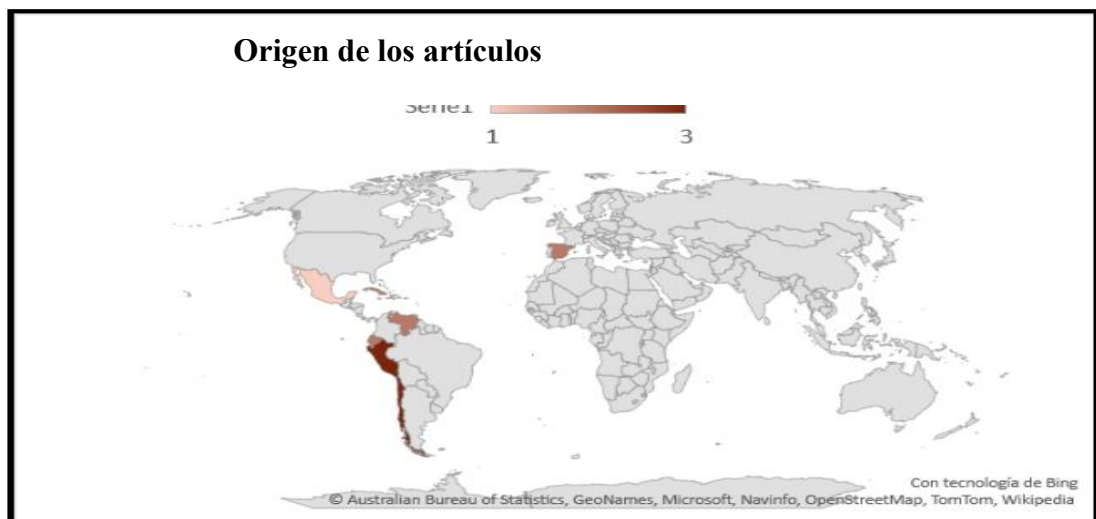
Origen de los artículos científicos seleccionados

País	Número de los artículos seleccionados	Ubicación Geográfica
Chile	3	América (Sur)
España	2	Europa (Sur oeste)
Venezuela	2	América(Sur)
Ecuador	2	América(Sur)
Perú	3	América(Sur)
Cuba	2	América (Antillas)
México	1	América (Norte)

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

Figura No. 2

Origen de los artículos seleccionados.



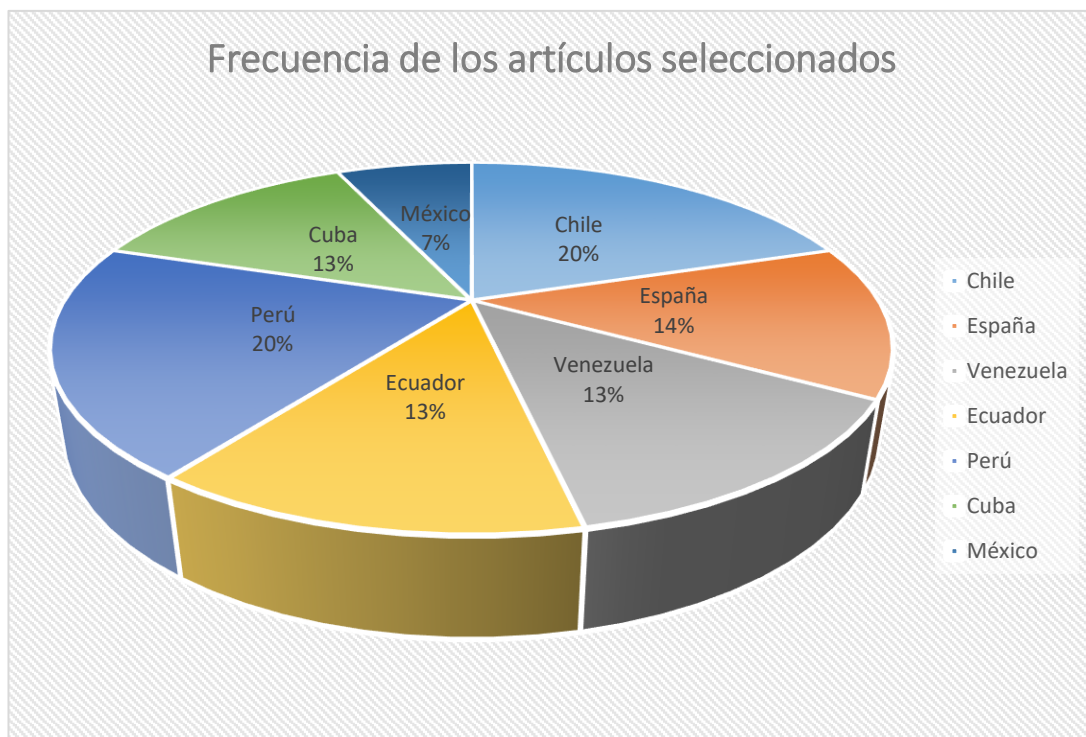
Fuente J. Morell y M. Castillo,2025. Los colores rojizos indica el país de donde se seleccionó el artículo relacionado con el presente estudio.

Se Incluyen países de América del sur, América del norte, Antillas y Europa. Para una mejor visualización se tiene la **figura No. 2 Origen de los artículos seleccionados**.

Se observa que los artículos en su mayoría son de Perú y Chile, con 3 artículos; España, Venezuela, Ecuador con 2 artículos y Cuba con 1 artículo. (ver gráfica No.1)

Gráfica No.1

Frecuencia de los artículos seleccionados según país de origen



Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

3.4.Técnicas e Instrumento de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos constituyen procedimientos fundamentales para la obtención de información proveniente de diversas fuentes, lo que permite analizar los resultados y respaldar la toma de decisiones de una manera fundamentada.

En este sentido, Bavaresco (2020) señala que la investigación carece de sentido sin el empleo de técnicas adecuadas para la recolección de datos, ya que estas posibilitan la

comprobación del problema planteado. Asimismo, el autor destaca que cada tipo de investigación determina las técnicas que deben utilizarse, y que cada técnica, a su vez, define los instrumentos o medios necesarios para su aplicación (p. 95)

De acuerdo con Alfonso (2020), la investigación documental se concibe como un procedimiento científico y un proceso sistemático orientado a la indagación, recopilación, organización, análisis e interpretación de información relacionada con un tema específico, con el propósito de generar conocimiento. Al igual que otras modalidades de investigación, este tipo de estudio contribuye a la construcción teórica y al desarrollo del saber.

Una de las principales características de la investigación documental es el uso del documento escrito como fuente primaria de información, aunque no de manera exclusiva. Dichos documentos pueden presentarse en diversos formatos, tales como impresos, electrónicos y audiovisuales. En este sentido, Kaufman y Rodríguez (2021) señalan que los trabajos monográficos no deben sustentarse únicamente en consultas bibliográficas, sino que también pueden apoyarse en otras fuentes, como testimonios de protagonistas, informantes calificados o especialistas en el área de estudio.

Las fuentes impresas comprenden libros, enciclopedias, revistas, periódicos, diccionarios, monografías, tesis y otros documentos similares. Por su parte, las fuentes electrónicas representan un recurso de gran utilidad e incluyen correos electrónicos, discos compactos, bases de datos, revistas y periódicos digitales; así como páginas web. Finalmente, las fuentes audiovisuales abarcan materiales como mapas, fotografías, ilustraciones, videos, programas de radio y televisión, grabaciones sonoras y otros recursos afines.

Cuadro N° 2

Técnicas e instrumento de recolección de datos

Técnicas	Instrumentos de recolección de datos
Observación documentos	Lecturas
Revisión Bibliográfica	Matriz de categorías

Fuente: M. Castillo y J. Morell (2025)

En el cuadro No. 2 se presentan las técnicas de recolección de datos para este estudio; que son: observación de documentos seleccionados y revisión bibliográfica. Sus instrumentos son: lecturas y matriz de categorías.

3.5.Evaluación de calidad metodológica

Con el fin de fortalecer la solidez del análisis, los estudios incluidos fueron sometidos a lectura crítica mediante herramientas reconocidas, seleccionadas según el tipo de diseño:

- **CASPe** para estudios cualitativos y para lectura crítica general.
- **STROBE** como checklist orientador para estudios observacionales.
- **CONSORT** como guía de revisión para ensayos clínicos, cuando aplicó.

Esta evaluación se utilizó como criterio de rigor para interpretar hallazgos con mayor prudencia, evitando conclusiones basadas en evidencia débil o insuficientemente reportada.

En el cuadro N°3 se presentan las categorías de análisis del estudio. En tres Dimensiones: Dimensión del Bienestar materno, Dimensión del Bienestar fetal, Atención de enfermería.

En donde la dimensión del bienestar materno tiene como categorías: Proceso del trabajo de partos, manejo del dolor, estabilidad fisiológica. La dimensión del bienestar fetal con: Monitorización hemodinámica, estado del líquido amniótico, resultados perinatales inmediatos y la dimensión atención de enfermería con gestión de riesgo.

Cuadro N°: 3

Categoría de análisis y su significado.

Dimensión del Bienestar materno	Significado
Progreso del Trabajo de parto	Períodos: se refiere a las etapas fisiológicas por las que pasa la gestante. Es vital que la enfermera(o) identifique en cual se encuentra para anticipar complicaciones.
Manejo del dolor	Medicamentos: el manejo farmacológico es crítico y debe ser preciso sin afectar la hemodinámica.
Estabilidad Fisiológica	Estado de equilibrio o de homeostasis
Dimensión del Bienestar fetal	Significado
Monitorización Hemodinámica	Vitalidad: estado de bienestar del bebé intraútero.

Estado del líquido amniótico	Características: se evalúan consistencia ; la cual puede afectar en caso de ser viscoso
Resultados perinatales inmediatos	Apgar: estándar de oro para evaluar al bebé
Atención de Enfermería	Significado
Gestión de Riesgo	Seguridad: garantía del bienestar madre e hijo.

Fuente: Por M. Castillo y J. Morell ,2025

3.6. Confiabilidad y validación del instrumento

3.6.1. Confiabilidad del instrumento

La precisión se entiende como la exactitud de una medida, indicando que esta debe estar libre de errores. Esto implica que, al repetir la prueba, los resultados obtenidos deben ser consistentes. Este concepto está relacionado con la confiabilidad del instrumento, independientemente del evaluador que lo aplique o del momento en que se realice la medición.

3.6.2. Extracción y análisis de la información

La información relevante se extrajo mediante una matriz de análisis que incluyó: autor/año, país, diseño del estudio, población o contexto, variables o categorías, hallazgos principales y aportes para el cuidado intraparto. Posteriormente, se realizó una síntesis narrativa, agrupando resultados por categorías temáticas coherentes con el marco teórico: bienestar materno, bienestar fetal, trabajo de parto y rol del profesional de enfermería.

Cuadro No.4*Artículos Científicos revisados según Dimensión de Estudio y muestra*

No.	Artículo científico	Muestra
1	Percepción del dolor durante el trabajo de partos. Una revisión de los factores involucrados.	183 artículos
2	Prácticas de atención de parto en una institución prestadora de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá.	8 parturientas 8 profesionales de la salud
3	Bienestar materno fetal durante el proceso de partos: desarrollo y aplicación de una escala de medición.	303 mujeres
4	Modelo de asistencia integral del parto.	Se tomó una muestra de 129 gestantes
5	Calidad de atención del parto según perspectivas de las usuarias en el servicio de Centro Obstétrico Nacional Materno Perinatal.	312 púerperas inmediatas
6	Integración de las pruebas de Bienestar Fetal anteparto; propuesta de un perfil biofísico fetal extendido.	La propuesta de un perfil biofísico fetal (PBF) extendido incluye ocho parámetros:

		movimientos respiratorios, movimientos corporales, tono fetal, líquido amniótico, arteria umbilical, istmo aórtico, ductus venoso y remodelación cardíaca, permitiendo una evaluación más profunda
7	Valor predictivo de la circulación cerebro placentaria para evaluar el riesgo de pérdida de bienestar fetal de recién nacidos de gestantes a término en el hospital III Puno.	El tamaño de la muestra se calcula mediante muestreo aleatorio simple para población no conocida de la muestra semi no probabilística
8	Bienestar fetal en pacientes sometidas a inducto conducción en embarazos a término.	97 mujeres
9	Perfil hemodinámico en comparación con perfil biofísico como prueba de bienestar fetal.	41 gestantes de alto Riesgo
10	Flujometría de la arteria cerebral media para diagnóstico de Bienestar fetal.	170 pacientes embarazadas

11	Resultado de la prueba estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Materno infantil El Carmen.	Se tomó una muestra de 40 gestantes
12	Eficacia del monitoreo electrónico intraparto como predictor de sufrimiento fetal, en gestantes a término. instituto nacional materno perinatal.	341 historias clínicas cuya edad gestacional se encuentran entre 37 a 40 semanas de gestación que contaban con trazados cardiotocográficos intraparto y datos de RN completos, del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.
13	Seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del centro de salud tipo c las palmas de esmeraldas.	420 gestantes
14	Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de perdida de bienestar fetal.	100 mujeres (en área de intraparto)
15	Psicoprofilaxis del parto en la sala de labor y parto, como técnica de reducción del índice de parto traumático.	Se tomó una muestra de 48 gestantes

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

3.6.3 Validez del Instrumento

Según Baechle y Earle (2007, pp. 277-278), la validez se define como el grado en que una prueba o un ítem específico mide efectivamente lo que pretende evaluar, constituyéndose en la característica más relevante de cualquier instrumento de medición.

3.6.4. Detalle del Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos constituyen los medios mediante los cuales el investigador plantea problemas, busca información y registra los hallazgos, ya sea a través de documentos, recursos en línea u otras fuentes.

En el caso de la investigación documental, se emplearon instrumentos como registros bibliográficos, los cuales contienen información relevante sobre el tema de estudio, incluyendo los nombres y apellidos de los autores, títulos, años de publicación, lugar de origen y entidad editora.

Asimismo, el registro de páginas web ha facilitado el acceso global a información académica, gracias a los avances tecnológicos. Esto permite a los investigadores observar, verificar y organizar información digital disponible en distintas plataformas electrónicas. Actualmente, las bibliotecas digitales y repositorios en línea sirven como herramientas fundamentales para garantizar investigaciones más completas y de mayor calidad.

3.6.5. Validez del Instrumento

Según Baechle y Earle (2007, pp. 277-278), la validez se define como el grado en que una prueba o un ítem específico mide efectivamente lo que pretende evaluar, constituyéndose en la característica más relevante de cualquier instrumento de medición.

3.6.6. Detalle del Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos constituyen los medios mediante los cuales el investigador plantea problemas, busca información y registra los hallazgos, ya sea a través de documentos, recursos en línea u otras fuentes.

En el caso de la investigación documental, se emplearon instrumentos como registros bibliográficos, los cuales contienen información relevante sobre el tema de estudio, incluyendo los nombres y apellidos de los autores, títulos, años de publicación, lugar de origen y entidad editora.

Asimismo, el registro de páginas web ha facilitado el acceso global a información académica, gracias a los avances tecnológicos. Esto permite a los investigadores observar, verificar y organizar información digital disponible en distintas plataformas electrónicas. Actualmente, las bibliotecas digitales y repositorios en línea sirven como herramientas fundamentales para garantizar investigaciones más completas y de mayor calidad.

3.7. Procedimiento para la Tabulación y Análisis de Datos

Una vez definido el problema de investigación y establecidos los objetivos, se procederá a la búsqueda del marco teórico. Esta etapa incluirá la exploración de entornos virtuales diversos que permitan aportar información novedosa y relevante al tema de estudio.

De igual manera, resulta fundamental realizar una selección cuidadosa de las fuentes y llevar a cabo una recolección exhaustiva de material proveniente de distintas bases de

datos científicas y académicas, ya que estos recursos constituyen insumos esenciales para el desarrollo del proceso metodológico.

A continuación, los artículos seleccionados serán revisados y organizados de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos, para luego proceder a su análisis. Cada documento será archivado en la biblioteca virtual Zotero, asignándole un nombre específico, y se registrará en una matriz de categorías que respalde la revisión documental.

Posteriormente, se llevará a cabo un proceso de reflexión crítica sobre cada artículo elegible, con el fin de analizar y relacionar los hallazgos con los objetivos planteados en la investigación.

3.7.1. Consideraciones éticas

Al tratarse de un estudio documental, no se trabajó con participantes humanos ni se recolectaron datos sensibles. Sin embargo, se respetaron los principios de integridad académica mediante la citación correcta de fuentes, el reconocimiento de autoría y el uso responsable de la información científica, siguiendo los lineamientos de APA 7.^a edición.

3.8. Categoría de análisis

La categoría de análisis corresponde al concepto que el investigador le atribuye y usa en el proceso investigativo para ir explicando o respondiendo el problema planteado y, con ese sentido debe entenderse durante todo el trabajo (Arias Lozano, 2017, p.25).

Por consiguiente, las unidades de análisis delimitan el desarrollo del cuerpo de la investigación teórica, es decir los conceptos vinculados a los objetivos específicos que se ampliarán la comprensión del tema del objeto de estudio.

En el cuadro No.6 se presentan las categorías de análisis del estudio. En tres Dimensiones: Dimensión del bienestar materno, dimensión del bienestar fetal, atención de enfermería.

En donde la Dimensión del Bienestar materno tiene como categorías: Proceso del trabajo de partos. manejo del dolor, estabilidad fisiológica. La Dimensión del Bienestar fetal con: Monitorización hemodinámica, estado del líquido amniótico, resultados perinatales inmediatos y la dimensión atención de enfermería con gestión de riesgo.

Los indicadores para utilizar según su categoría son:

En Bienestar materno:

- Dinámica uterina, empoderamiento, evolución.

En Bienestar Fetal:

- Reactividad cardíaca, aceleración o descenso, apagar.

Atención de enfermería:

- Vínculo madre, hijo.

Cuadro No.5

Unidad de análisis, subcategoría e indicadores

Categoría	Subcategoría	Indicador
Bienestar materno		
Progreso del Trabajo de parto	Periodos	Dinámica uterina
Manejo del dolor	Homeostasis	Empoderamiento
Estabilidad Fisiológica	Estado fisiológico	Evolución
Bienestar fetal		
Monitorización Hemodinámica	Condición Biofísica	Reactividad cardiaca
Estado del líquido amniótico	Característica	Aceleración o descenso
Resultados perinatales inmediatos	Integridad	Apgar
Atención de Enfermería		
Gestión de Riesgo	Atención Humanizada	Vinculo Madre- hijo

Fuente: Por J. Morell y M. Castillo,2025

3.9.Procedimiento para la Tabulación y Análisis de Datos

Una vez planteado el problema y propuesto los objetivos de la investigación se realizará la búsqueda del marco teórico. Y se comenzará a investigar en campo virtuales diferente que permita dar nuevos aportes específicamente al tema en investigación.

Además, es importante la selección de las fuentes y hacer una recolección exhaustiva del material en diferentes bases de datos científicas y académicos que es útil para el proceso metodológico.

Crear un calendario, definiendo fechas de inicio, finalización, duración y responsables. Es esencial para evitar retrasos, controlar el progreso y asegurar el cumplimiento de objetivos dentro del presupuesto. En el **cuadro No.7**, se presentan las actividades más relevantes del estudio, y su dedicación. En ocho meses.

Un poco más explicativo; se señala con equis (X) las semanas de dedicación a la investigación. Desde escogencia del título y objetivos, la elaboración del título y planteamiento del problema; elaboración de la justificación objetivos y contenido; elaboración, revisión y entrega del anteproyecto de grado; elaboración y revisión de los capítulos del trabajo final y entrega de este.

Luego se revisarán y organizarán los artículos según los criterios de inclusión, se realizará un análisis de estos. Posteriormente, colocarlo en archivos con el nombre, dentro de la biblioteca virtual Zotero; a su vez apuntar o ingresar cada uno de los artículos que sustentan la revisión documental en una matriz de categoría. Posteriormente, se efectuará una reflexión de acción crítica para el análisis de cada uno de los objetivos con los artículos de elegibilidad.

Para el análisis de la información se confecciona una matriz de triangulación de tal manera que permita una mejor síntesis y evolución de los indicadores, desde la revisión documental y el referente teórico conceptual.

CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de los resultados.

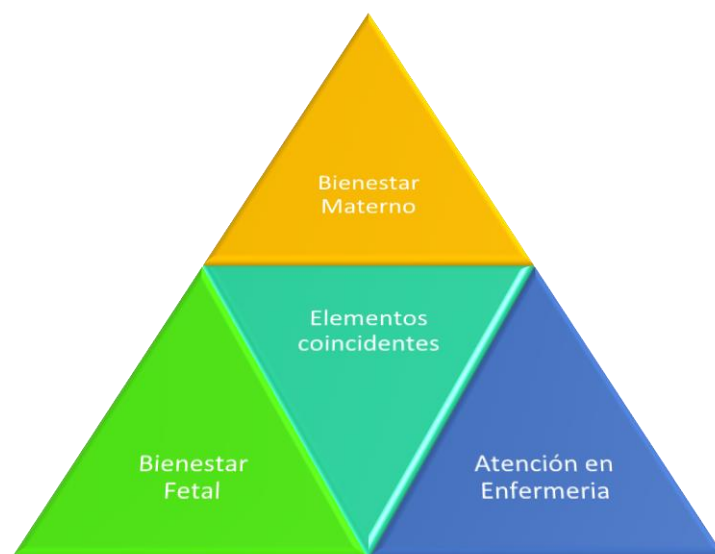
Las Dimensiones por estudiar: El bienestar materno, bienestar fetal y la atención de enfermería conllevan a los elementos coincidentes; que nos reafirman los resultados.

Para una mejor visualización de los artículos referentes, se realiza según la categoría de cada una de las Dimensiones los siguientes cuadros de análisis sintetizados así:

- Matriz de triangulación de información en Bienestar Materno
- Matriz de triangulación de información en Bienestar Fetal
- Matriz de triangulación de información en Atención de Enfermería.
- Triangulación por Ejes.

Figura No.3

Triangulación de los datos



Fuente; M. Castillo y J. Morell,2025

4,1 Matriz de triangulación de información en Bienestar Materno.

Para la Matriz de triangulación de información en Bienestar Materno, se indica el siguiente cuadro para señalar la frecuencia de los artículos que convergen en sus investigaciones; según las categorías de Progreso de trabajo de partos, Manejo del dolor y Estabilidad Fisiológica. Ver Gráfica No.3.

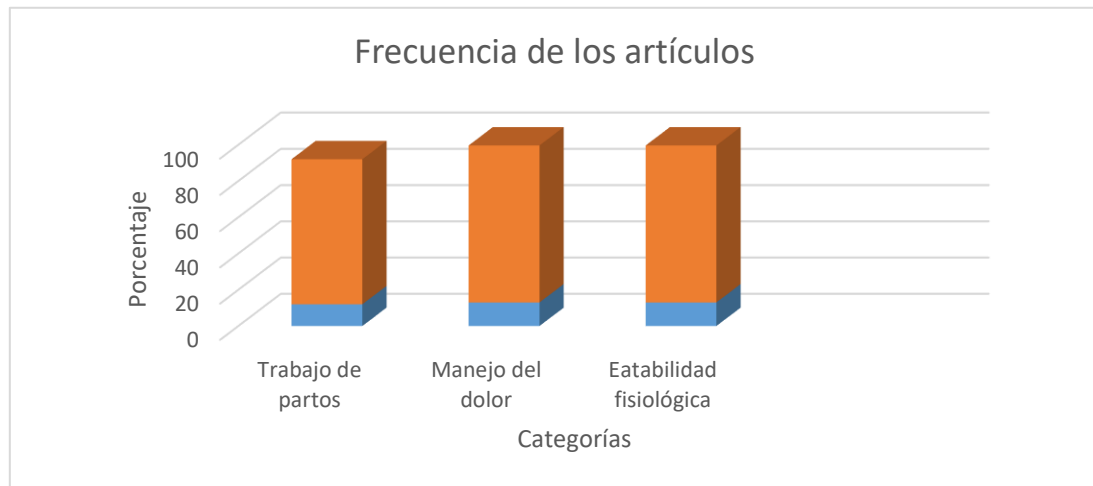
TablaNo.3

Número de artículos que mencionan las categorías del Bienestar Materno

Categoría	Frecuencia (número de artículos que mencionan la categoría)	Porcentaje
Progreso del Trabajo de parto	12	80.0 %
Manejo del dolor	13	86.6 %
Estabilidad Fisiológica	13	86.6 %

Fuente; M. Castillo y J. Morell,2025

Gráfica No. 3 *Artículos que mencionan las categorías del Bienestar Materno*



Fuente: M. Castillo y J. Morell ,2025

La base de 15 artículos científicos en estudio es el 100%. De estos, podemos observar que el 80 % de los artículos convergen en la importancia del avance para el progreso del trabajo de partos y un 86.6 % para la importancia del manejo del dolor y la Estabilidad fisiológica.

Desde el referente conceptual de la atención centrada en la persona, se analiza la relación del proceso de transición de la mujer embarazada en el parto y su impacto en el bienestar materno fetal. Para esto se utiliza el cuadro No. 9: Triangulación segmentaria de la matriz de análisis del bienestar materno; siendo como su nombre lo dice, una parte del cuadro completo de la matriz de análisis.

Cuadro No. 9

Triangulación segmentaria de matriz de análisis del Bienestar Materno.

Categoría	Subcategoría	Indicador	Desde la revisión documental	Desde el referente conceptual
Bienestar materno				
Progreso del Trabajo de parto	Periodos	Dinámica uterina	“Datos del partograma (número de contracciones en 10 minutos), duración e intensidad” Magda Rocha (2019)	Definición de actividad uterina normal (3 a 5 contracciones en 10 min) y la "Triple Gradiente Descendente"
Manejo del dolor	Homeostasis	Empodera- -miento	“Los factores ambientales y personales pueden causar ansiedad, lo que puede aumentar la percepción del dolor durante la labor y parto.	La homeostasis es la capacidad para mantener una condición interna

			Siendo necesaria la homeostasis” Francisco Cortes (2020)	estable y equilibrada.
Estabilidad Fisiológica	Estado fisiológico	Evolución	“Las contracciones uterinas intensas y regulares provocan el borramiento y dilatación cervical, culminando en el nacimiento” Claudia Uribe (2018)	La evolución de la estabilidad fisiológica durante el parto pasa por fases. Su control es crítico para evitar infecciones o sufrimiento fetal.

Fuente: M. Castillo y J. Morell.,2025

4.1.1 La evaluación de la actividad uterina (frecuencia):

- En la teoría se establece un rango óptimo de 3 a 5 contracciones en 10 minutos.
- En la revisión documental: indica verificar si los registros clínicos como partogramas o notas de enfermería reflejan este estándar.

Por lo cual, si el registro muestra menos de 3 o más de 5 contracciones, el bienestar materno-fetal está en riesgo. La triangulación busca confirmar si el personal de salud está detectando estas desviaciones según el estándar conceptual.

4.1.2. La triple Gradiente Descendente:

Este es el análisis cualitativo de la contracción, Para que el trabajo de partos sea efectivo, la contracción debe cumplir con tres condiciones.

1. Propagación: inicia en el fondo uterino y baja hacia el cuello
2. Duración. Es mayor en el fondo que en los segmentos inferiores
3. Intensidad Es más fuerte en el fondo.

Las anotaciones de la frecuencia y eficacia de las contracciones y su vigilancia estrecha; permite tomar decisiones y acciones que permitan el Bienestar Materno Fetal.

Cuadro No. 10

Análisis del Hallazgo en los Componentes del trabajo de labor y partos, según revisión Documental científica.

Componente	Lo que dice la teoría	Lo que se busca en documentos	Hallazgo de análisis
Frecuencia	3-5 en 10 minutos	Número anotado en partograma o nota de enfermería	Anotaciones de regularidad o alteraciones

Eficacia	Triple Gradiente Descendiente	Evolución de la dilatación cervical	La dinámica está logrando borrar el cuello.
Seguridad	Intensidad y duración óptima	Signos vitales y escala del dolor	La dinámica compromete o no el estado físico materno

Fuente: M. Castillo y J. Morell ,2025

Factores como trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional son determinantes sociales (falta de control prenatal) que actúan como destructores del equilibrio materno fetal. La vigilancia estrecha de estos factores por parte de enfermería es vital para prevenir complicaciones.

Por otro lado, al realizar el análisis en la categoría manejo del dolor, se observa una convergencia significativa entre la teoría y el hallazgo. Mientras que el referente conceptual define la homeostasis como la capacidad esencial del organismo para mantener una condición interna y equilibrada, la revisión documental advierte que este equilibrio se ve amenazado durante el parto por factores ambientales y personales que actúan como desencadenantes de la ansiedad.

Esta tensión entre el equilibrio biológico y el estrés externo se resuelve a través del indicador empoderamiento. Los datos sugieren que el empoderamiento actúa como un mecanismo regulador: al dotar al sujeto de control y conocimiento, se reduce la percepción de ansiedad, facilitando así la recuperación de la homeostasis.

También mencionan la educación prenatal a las madres como la base para entender el proceso de partos, reducir miedos y empoderarse, lo que se traduce en una percepción menor del dolor.

El manejo efectivo del dolor en el contexto de parto no depende únicamente de la intervención clínica, sino de la capacidad del entorno para impulsar el empoderamiento, permitiendo que la paciente preserve su estabilidad interna frente a los estímulos estresores.

La vigilancia de las fases de labor y partos es prioritaria, la utilización de escalas y del partograma resalta en los diferentes artículos del estudio.

4.2 Matriz de triangulación de la información en Bienestar Fetal.

Desde el referente conceptual de la atención centrada en la persona, se analiza la relación del proceso de transición de la mujer embarazada en el parto y su impacto en el bienestar materno fetal. En el cuadro No. 11: Número de artículos que mencionan la categoría del bienestar fetal y sus indicadores; señala que el 100% convergen en la importancia de los resultados perinatales inmediatos y monitorización hemodinámica en un 93.3%.

Cuadro No. 11

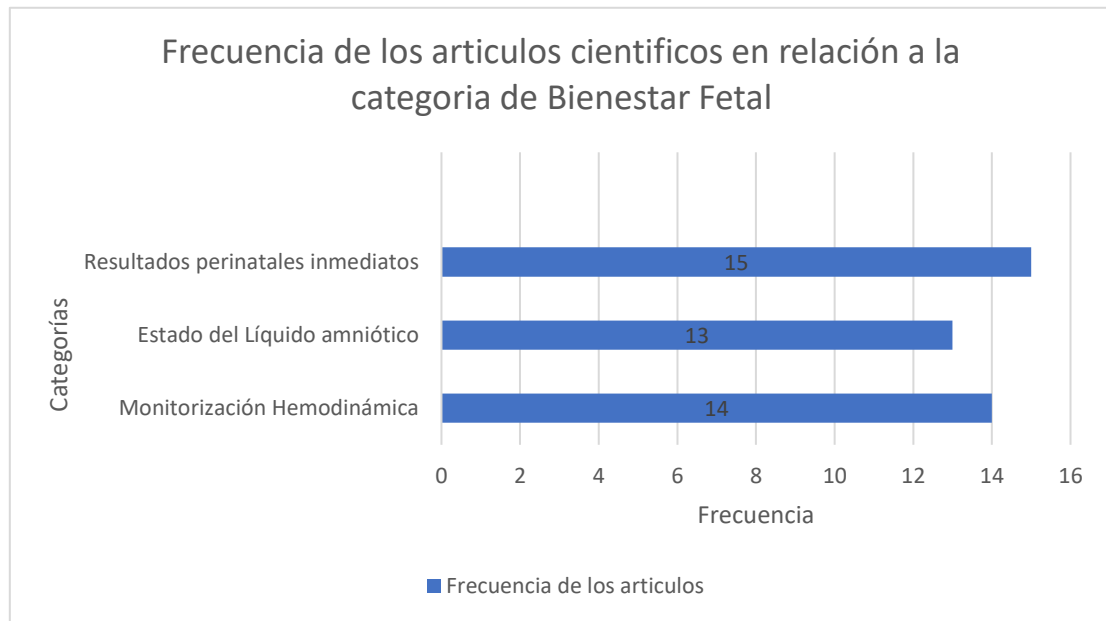
Número de artículos que mencionan las categorías del Bienestar Fetal

Categoría	Frecuencia (número de artículos que mencionan la categoría)	Porcentaje
Monitorización hemodinámica	14	93.3%
Estado del líquido amniótico	13	86.6 %
Resultados perinatales inmediatos	15	100%

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

Gráfica No.4

Frecuencia de los artículos científicos en relación a la categoría de Bienestar Fetal



Fuente: M. Castillo y J. Morell, 2025

Para un mejor análisis tenemos la matriz de triangulación del bienestar fetal, con sus categorías, subcategorías e indicadores, como se muestra en el cuadro No. 11.

Cuadro No. 11

Triangulación segmentaria de la Matriz de análisis del Bienestar fetal

Categoría	Subcategoría	Indicador	Desde la revisión documental	Desde el referente conceptual
Bienestar fetal				
Monitorización Hemodinámica	Condición Biofísica	Reactividad cardiaca	Se establece que la monitorización debe mostrar 2	“La reactividad cardiaca es un signo de integridad

			aceleraciones en 20 minutos para considerarse reactivo” (Marta Calveiro, 2012).	neuroológica. Un feto reactivo indica un centro cardio acelerador óptimo”
Estado del líquido amniótico	Característica	Aceleración o descenso	Al respecto, Jeiv Gómez 2022, sostiene que la presencia de aceleraciones transitorias en la frecuencia cardíaca fetal es la manifestación externa de un centro cardioacelerador adecuadamente oxigenado.	La evaluación de parámetros como los movimientos fetales, la reactividad cardíaca y el volumen del líquido amniótico permite una detección precoz de la hipoxia.
Resultados perinatales inmediatos	Integridad	Apgar	Líquido claro + FCF con aceleraciones	La convergencia de una Apgar bajo

			<p>=Apgar mayor de 8/9.</p> <p>Líquido meconial+ descensos tardíos= Apgar menor de 7 puntos. Jeiv Gómez 2022</p>	<p>el primer minuto con antecedentes de trazados cardiacos no tranquilizadores confirma que el evento hipóxico fue agudo. Sin embargo, la recuperación del puntaje a los 5 minutos demuestra la capacidad de resiliencia neonatal y la eficacia del equipo de atención.</p>
--	--	--	--	---

Fuente: M. Castillo y J. Morell.,2025

La síntesis de los datos permite determinar que la reactividad cardíaca trasciende la mera cuantificación numérica para constituirse en el eslabón clínico crítico que valida el estado biofisico fetal.

Existe una correlación absoluta entre la evidencia científica y los protocolos de atención, los cuales establecen que la monitorización hemodinámica rigurosa es el único método eficaz para salvaguardar el bienestar fetal. Por consiguiente, la ausencia de reactividad se consolida como el predictor de riesgo temprano más sensible y confiable dentro de la evaluación hemodinámica integral, funcionando como un indicador directo de la integridad del sistema nervioso central y periférico.

En consecuencia, un feto reactivo no solo refleja una homeostasis actual óptima, sino que demuestra poseer una reserva funcional hemodinámica suficiente para tolerar el estrés del entorno intrauterino. De este modo, la reactividad actúa como el eje articulador que traduce la estabilidad biológica en un parámetro clínico medible y determinante para la toma de decisiones médicas oportunas.

La triangulación entre las propiedades del líquido amniótico y los patrones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) constituye un binomio predictivo esencial. Se concluye que la coexistencia de líquido amniótico claro con aceleraciones de la FCF confirma una reserva de oxígeno adecuada y un sistema nervioso autónomo funcional.

Por el contrario, el hallazgo de líquido meconial patológico en convergencia con desaceleraciones o descensos de la FCF señala una ruptura del equilibrio homeostático. Estos fenómenos no deben interpretarse como eventos aislados, sino como una respuesta fisiológica integrada ante el estrés hipóxico, lo cual exige una intervención clínica inmediata para mitigar el riesgo de morbilidad neonatal.

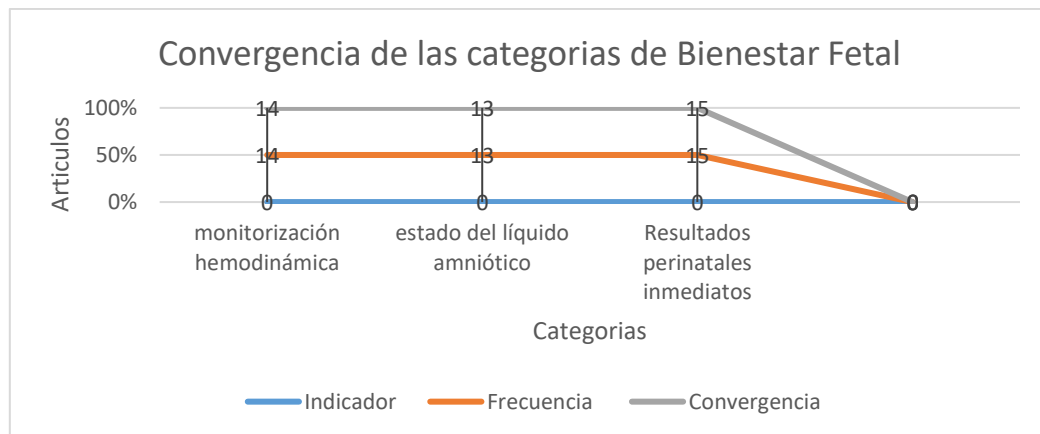
La evaluación de la integridad mediante el puntaje de Apgar representa la culminación de la vigilancia fetal. Los resultados indican que la condición de salud del

recién nacido depende directamente de los antecedentes hemodinámicos trazados durante el parto:

- **Convergencia Positiva (50% de frecuencia):** La asociación de líquido claro y FCF con aceleraciones se correlaciona con un Apgar de 8/9, reflejando un feto que mantuvo su homeostasis y nació en condiciones óptimas.
- **Convergencia Negativa (Riesgo):** La combinación de líquido meconial y descensos tardíos se traduce en un Apgar menor a 7 puntos, evidenciando una falla en la reserva de oxígeno intrauterino que deriva en depresión neonatal. Ver Gráfica No. 5

Gráfica No.5

Convergencia de las categorías de Bienestar Fetal



Fuente: M. Castillo y J. Morell, 2025

4.3 Matriz de la triangulación de la Atención de Enfermería

La labor de enfermería es el puente que garantiza que la tecnología médica no desplace la calidez humana. La Gestión de Riesgo está inmersa en un 93.3 % de los artículos científicos en el estudio. Ver Cuadro No. 13 y gráfica No. 6 para su mejor comprensión.

Cuadro No, 13

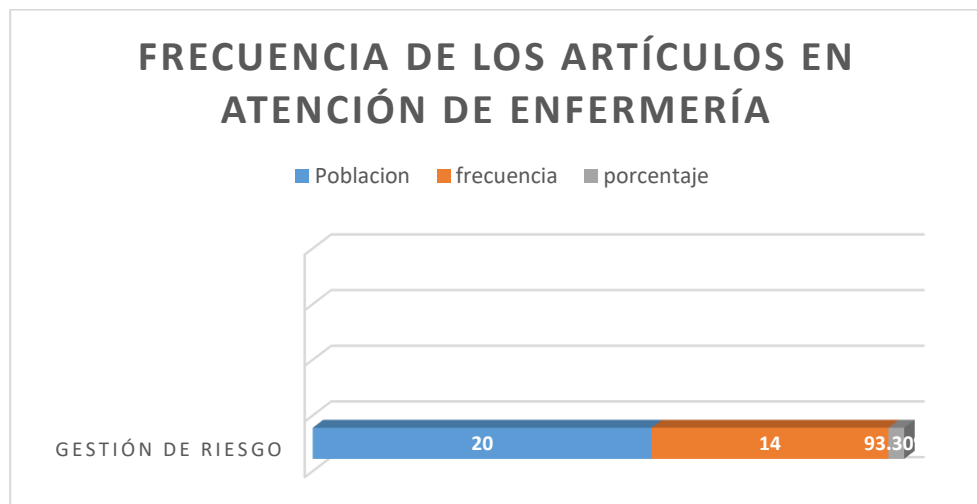
Frecuencia de artículos que se mencionan en la categoría

Categoría	Frecuencia (número de artículos que mencionan la categoría)	Porcentaje
Gestión de Riesgo	14	93.3%

Fuente; M. Castillo y J. Morell.

Gráfica No.6

Frecuencia de los artículos que se mencionan en la categoría



Fuente: M. Castillo y j. Morell, 2025

En el Referente Conceptual (Perspectiva Teórica) tenemos:

- **Teoría del Apego (John Bowlby):** Establece que el lazo inicial es una necesidad biológica de supervivencia. Un fallo en este vínculo aumenta el riesgo de trastornos del desarrollo y vulnerabilidad emocional.
- **Teoría de la Adopción del Rol Maternal (Ramona Mercer):** Define que la enfermería debe facilitar este proceso mediante la enseñanza y el apoyo, reduciendo el estrés que genera la hospitalización o el parto.
- **Enfoque de Seguridad del Paciente:** El vínculo se considera una "barrera de protección".

Cuadro No.13

Matriz de la triangulación de la Atención de Enfermería

Categoría	Subcategoría	Indicador	Desde la revisión documental	Desde el referente teórico/conceptual
Gestión de Riesgo	Atención Humanizada	Vínculo Madre-hijo	La calidad de atención del parto es un tema que está tomando importancia en las últimas décadas. Se	El parto humanizado fortalece el vínculo emocional entre madre e hijo respetando los ritmos naturales y fomentando el

			<p>han realizado estudios donde se demuestra que la atención de calidad recibida hacia gestantes en diversos centros obstétricos ha permitido una respuesta favorable para la puérpera y el recién nacido (Ayala Gutiérrez, 2015).</p> <p>La psicoprofilaxis obstétrica en la sala de labor y partos como técnica de</p>	<p>contacto piel con piel inmediato, que libera oxitocina y favorece la emoción y el apego seguro. Esta atención no intrusiva y centrada en la mujer reduce el estrés y la ansiedad y crea un ambiente de seguridad esencial para el comienzo de la crianza.</p>
--	--	--	--	--

			reducción del índice de parto traumático. También refuerza el binomio madre e hijo (Carla Daniela Narváez Jordán, 2019).	
--	--	--	---	--

Fuente: J. Morel y M. Castillo

Referente Documental

- Los documentos normativos exigen que la atención de enfermería elimine las barreras físicas innecesarias. Se promueve el contacto "piel a piel" de manera inmediata y la lactancia materna exclusiva como estándares de calidad obligatorios. (Ayala Gutiérrez, 2015).
 - Protocolos de Gestión de Riesgo: Documentan que la desconexión afectiva es un riesgo silencioso que puede derivar en depresión posparto o abandono del tratamiento, por lo que la vigilancia del vínculo debe registrarse en la historia clínica como un indicador de calidad. (Carla Daniela Narváez Jordán, 2019). La teoría nos dice que es vital para el desarrollo, y la normativa lo exige como un derecho. Por tanto, la falta de humanización en este aspecto puede aumentar el riesgo de eventos adversos emocionales y físicos.

4.3.1. Estrategias en la Atención de Enfermería que mencionan alguno de los artículos científicos:

Para operativizar esto en el servicio, se proponen las siguientes líneas de acción:

A. Estrategias de Intervención Directa

- **Fomento del "Contacto Piel a Piel" (Método Canguro):** Por compleja que sea la condición del recién nacido, los cuidados de enfermería deben facilitar el contacto físico lo más rápido posible. Esto ayuda a estabilizar la frecuencia cardíaca, la temperatura y los niveles de glucosa del bebé, reduciendo los riesgos clínicos inmediatos.
- **Lactancia Materna con Enfoque Educativo:** No solo supervisar la técnica, sino utilizar el momento de la alimentación para reforzar la confianza de la madre, validando sus emociones y reduciendo su ansiedad.

B. Estrategias de Gestión del Entorno

- **Ambientes de Puertas Abiertas:** Flexibilizar los horarios de visita en unidades críticas. Un entorno que permita la presencia constante de la madre reducirá los niveles de cortisol (hormona del estrés) en ambos, facilitando una recuperación más rápida.

Cuidados Centrados en la Familia: Integrar al padre o cuidador principal. El vínculo no es exclusivo; un sistema de apoyo fortalecido reduce la carga emocional de la madre y previene el riesgo de abandono por agotamiento.

C. Estrategias de Vigilancia y Registro

- **Uso de Escalas de Evaluación de Vínculo:** Implementar en la hoja de enfermería la valoración cualitativa del lazo afectivo (observación de la mirada, el sostén y la respuesta a las señales del bebé). Si es detectado un vínculo débil, se activa a tiempo la consulta con un psicólogo.
- **Educación Anticipatoria:** Ofrecer herramientas a la madre sobre el comportamiento neonatal (llanto, sueño, señales de hambre) para que ella se sienta competente en su rol, lo que disminuye el riesgo de maltrato o frustración.

D. Humanización del Profesional

- **Capacitación en Comunicación Terapéutica:** El personal de enfermería debe practicar la escucha activa. A veces, el mayor riesgo no es una infección, sino el sentimiento de invisibilidad de la madre ante el sistema de salud.

La evidencia demuestra que una intervención de enfermería oportuna y empática reduce incidencias de intervenciones quirúrgicas; ya que esto brinda seguridad a la paciente y mantiene la conexión emocional del binomio.

La atención de enfermería es el eje que permite la transición de un modelo intervencionista a un modelo humanizado, en el cual se respeta el cuerpo de las mujeres, se reducen las tensiones de la maternidad y se promueven las experiencias positivas.

Cuadro No. 14

Intervenciones Claves de enfermería

Dimensión	Intervención clave	Resultado Esperado
Física	Administración de profilaxis y control de constantes.	Prevención de complicaciones
Emocional	Escucha activa y acompañamiento continuo.	Reducción de la ansiedad y el miedo
Educativa	Guía en la técnica de lactancia inmediata.	Éxito en el amamantamiento y vínculo sólido.
Ética	Respeto al plan de parto y la privacidad.	Empoderamiento y autonomía de la mujer.

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

Al garantizar una atención humanizada, se mitiga el riesgo de trauma obstétrico y se asegura que el binomio madre-hijo inicie su vida extrauterina en las mejores condiciones biológicas y afectivas posibles. Se señala que el vínculo madre e hijo no es un elemento opcional de la atención, sino una estrategia crítica de gestión de riesgos.

4.4 Triangulación metodológica según los tres Ejes

La triangulación metodológica se establece mediante tres ejes (documental, teórico y experto) para validar la confiabilidad de la revisión documental, cruzando los 15 artículos seleccionados con el marco teórico y evaluaciones críticas (CASPe para cualitativos y STROBE para observacionales). Esta matriz de análisis se alinea directamente con los objetivos específicos de la tesis (bienestar materno-fetal y atención de enfermería en sala de labor/parto), logrando una confiabilidad moderada-alta (7/10).

Triangulación por ejes

- **Eje documental:** Revisión de 15 artículos (2010-2022, mayoritariamente de Perú/Chile), tamizados por título/resumen/texto completo con matriz de extracción (autores, diseño, hallazgos). Frecuencias altas: 93% en monitorización hemodinámica, 86% en líquido amniótico.
- **Eje teórico:** Conceptos clave (ej. homeostasis, triple gradiente descendente uterino, Apgar) de autores como Uribe (2018) y Rocha (2019), contrastados con evidencia para confirmar progresión del parto y manejo del dolor.
- **Eje experto:** Validación vía CASPe/STROBE para rigor metodológico; exclusión de evidencia débil asegura precisión (ej. partogramas con 3-5 contracciones/10 min como estándar).

Tabla No 4

Tabla de triangulación por objetivos específicos

Objetivo específico (inferido de tesis)	Evidencia documental (ejemplos)	Marco teórico cruzado	Hallazgo triangulado (convergencia)
Progreso trabajo de parto (materno)	12/15 artículos (80%): Rocha (2019), Uribe (2018)	Dinámica uterina (3-5 contr./10 min), triple gradiente	Alta: Partograma predice eficacia; riesgo si <3 o >5.
Bienestar fetal (monitorización)	14/15 (93%): Calveiro (2012), Vidangos (2021)	Reactividad cardiaca, Apgar >8/10	Alta: Líquido claro + aceleraciones = homeostasis; meconio + descensos = hipoxia.
Atención enfermería (gestión riesgo)	14/15 (93%): Narváez (2019), Ayala (2015)	Humanización, piel con piel	Moderada-alta: Reduce ansiedad; vinculo madre-hijo previene depresión posparto y otras complicaciones.

Fuente. castillo y J. Morell, 2025

Esta triangulación confirma coherencia (86-93% convergencia), fortaleciendo validez en estudio cualitativo-documental.

A partir de la tabla No.6 de triangulación, se pueden extraer conclusiones muy sólidas que fortalecen la validez del estudio. Estos hallazgos demuestran que la investigación no solo tiene sustento teórico, sino que los datos de la realidad (artículos y evidencia) coinciden con la ciencia obstétrica actual.

1. Validación de la Vigilancia Hemodinámica

Existe una convergencia crítica (93%) que posiciona a la monitorización hemodinámica como el estándar de oro para la seguridad del paciente. La triangulación demuestra que la combinación de líquido amniótico claro y aceleraciones cardíacas es el predictor más fiable de homeostasis fetal. Esto confirma que tu estudio tiene una base sólida para proponer protocolos de intervención inmediata cuando estos indicadores fallan.

2. Eficacia Predictiva del Partograma

La investigación permite concluir que el manejo del progreso del trabajo de parto mediante el control de la dinámica uterina (80% de convergencia) es fundamental para prevenir complicaciones. El hallazgo subraya que el cumplimiento del triple gradiente descendente no es solo un concepto teórico, sino una herramienta de gestión de riesgos que permite predecir el éxito del parto o la necesidad de intervención quirúrgica.

3. El Rol Humanizador como Estrategia de Gestión de Riesgo

La atención de enfermería trasciende el cuidado técnico. Al registrar un 93% de presencia en la literatura, la gestión del riesgo se vincula directamente con la

humanización y el contacto piel con piel. Se concluye que estas prácticas no son solo "afectivas", sino intervenciones clínicas que reducen la ansiedad materna y previenen complicaciones fisiológicas como la depresión posparto, validando el rol autónomo de enfermería.

4. Coherencia Metodológica y Rigor Científico

Finalmente, el alto índice de convergencia general (entre 86% y 93%) permite concluir que el estudio posee una elevada validez interna. La triangulación por objetivos específicos demuestra que no hay contradicciones significativas entre el marco teórico y la evidencia documental, lo que otorga a los resultados una robustez necesaria para ser aplicados en entornos clínicos de atención obstétrica.

"La tríada de bienestar fetal, dinámica uterina adecuada y gestión de enfermería humanizada constituye el soporte vital que garantiza un desenlace neonatal óptimo (Apgar >8/9)."

CONCLUSIONES

- Se concluye que la progresión del parto depende de la capacidad del cuerpo para transformar el estrés físico en una respuesta productiva, donde cada fase (latente, activa y de expulsión) exige una adaptación sistémica del organismo materno. Que el proceso fisiológico del parto está intrínsecamente ligado a la dinámica uterina adecuada (3-5 contracciones en 10 minutos), lo cual es validado por el 80% de la evidencia documental y el marco teórico del triple gradiente descendente. La evidencia sugiere que la fortaleza emocional no es un elemento secundario, sino un catalizador del proceso. Una gestante con soporte emocional y autoconfianza regula mejor sus niveles de cortisol, lo que permite que el flujo de oxitocina natural sea más eficiente; reduciendo potencialmente las complicaciones. La culminación del proceso demuestra que la "fortaleza" no es solo la capacidad de resistir el dolor, sino la habilidad de la gestante para conectar con su instinto biológico. Existe una relación directamente proporcional: a mayor estabilidad emocional y preparación física, mayor es la capacidad del cuerpo para transitar el parto con autonomía y seguridad.
- La triangulación demuestra que el uso del partograma no solo predice la eficacia del parto, sino que, al asegurar un progreso normal; se preserva la fortaleza física de la gestante, evitando el agotamiento por distocias.
- Se identificó una convergencia crítica del 93% entre la evidencia y la teoría respecto a la monitorización hemodinámica y del líquido amniótico como pilares del bienestar fetal. Los puntos clave de enfermería se centran en la detección precoz de la hipoxia (identificada por meconio o descensos en la frecuencia

cardíaca). La atención humanizada, incluyendo el contacto piel con piel, emerge como una intervención de enfermería vital que reduce la ansiedad materna y previene complicaciones emocionales posparto.

- Las intervenciones de enfermería que optimizan el perfil biofísico fetal se fundamentan en el mantenimiento de homeostasis materna y la reactividad cardíaca fetal. La triangulación de expertos (vía CASPe/STROBE) confirma que estándares de cuidado como el control de la monitorización fetal y el manejo del dolor (basado en autores como Rocha y Uribe) logran una convergencia de hasta el 93%, asegurando resultados de Apgar superiores a 8/10.

RECOMENDACIONES

- Es fundamental estandarizar el uso riguroso del partograma para vigilar la dinámica uterina (manteniendo el rango óptimo de 3 a 5 contracciones en 10 minutos). Esto permite identificar tempranamente distocias y preservar la fortaleza física de la gestante, evitando el agotamiento innecesario.
- Se sugiere implementar programas de educación continua para el personal de enfermería sobre técnicas de apoyo emocional y métodos no farmacológicos de alivio del dolor. El objetivo es maximizar la secreción de oxitocina natural mediante la reducción de la ansiedad y el miedo durante el proceso.
- **Priorización de la Monitorización Hemodinámica y del Líquido Amniótico:** Dado que el 93% de la evidencia analizada señala estos puntos como pilares del bienestar fetal, se recomienda que la vigilancia de enfermería se centre de manera crítica en estos parámetros para asegurar la homeostasis del binomio.
- Se debe promover un entorno que permita a la gestante conectar con su instinto biológico. Esto incluye respetar su autonomía y proporcionar preparación física previa, lo cual ha demostrado ser directamente proporcional a una transición segura y satisfactoria del parto.
- Se recomienda utilizar los hallazgos de este estudio como base para la creación de un manual o protocolo específico de sala de partos en Panamá, dada la escasez de estudios previos locales identificada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Briones-Rivas, N. A., Baus García, C. A., & Flores Vega, J. L. (09 de mayo de 2022). Polo del conocimiento-Revista multidisciplinar de innovación y estudios aplicados Artículos científicos, de revisión, cortos, casos clínicos. *Sufrimiento fetal asociado al uso de oxitocina en la inducción del trabajo de parto en embarazos de término*. Ecuador.
- Chávez Webster, J. A., Salazar Torres, Z. K., Sandoya Maza, K. N., & Ramírez Morales, H. A. (2023). Revista de la facultad de ciencias de la universidad de la cuenca. *Monitoreo electrónico fetal: predictor de compromiso de bienestar fetal en embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico*.
- Codina, L. (6 de diciembre de 2018). Revisiones sistematizadas para trabajos académicos: Análisis y Síntesis.
- Concha Iparre, A., Muñoz Cruz, J. G., Ortega Totolhua, S. I., Alba Alba, C. M., & Guzmán Ortiz, E. (2024). Revista Sanus. *Complicaciones en el embarazo y parto asociadas con la salud del recién nacido*.
- Cotrina García, P. (Marzo de 2025). Guía de didáctica de investigación documental. *MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL*.
- D. E., Aguilera Peña, D., Quiroz Villavicencio, L., Zuñiga Ibaceta, L., & Rodríguez Aris, J. G. (2022). CERPO Chile (protocolo clínico). *Perfil Biofísico Fetal: Evaluación en embarazos de alto riesgo*. Chile.
- David, A. L., & Spencer, R. N. (15 de septiembre de 2022). The Journal of Clinical Pharmacology. *Evaluación clínica del bienestar fetal y de los indicadores de seguridad*.
- Domínguez Mejías, M., Culsán Fernández, R., & Ortigosa Arraba, A. (2022). SANUM – Revista científico sanitaria. *Uso de oxigenoterapia materna para aumentar el bienestar fetal en la sala de paritorios*.
- Espinoza Moreira, S. D., Santos García, J. C., Santos García, K. J., & Zambrano Espinoza, M. A. (01 de abril de 2021). Recimundo-Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento. *Consecuencias del embarazo de alto riesgo y su valoración fetal anteparto*. Editorial Saberes del conocimiento.
- Faundez Inostroza, K., Salvador López, R., Gomar Sancho, C., Jiménez Belio, E., Puertas, A., Posadas, A., . . . Riera Claret, C. (2024). Clínica y Investigación en ginecología y obstetricia Elsevier. *Análisis de prácticas y protocolos de*

formación de equipos obstétricos en distocia de hombros en hospitales españoles.

- Galicia Sánchez, A. L., Flores Zemora, M., Molina Camarillo, V., & Rubio Cruz, L. (Septiembre-octubre de 2024). Ciencia Latina revista científica multidisciplinar. *COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO EN LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN*, 8(5). Ciudad de México, México.
- Gómez, J., Cabrera Lozada, C., & Faneite, P. (2022). Gaceta médica de Caracas. *Integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto: propuesta de un perfil biofísico fetal extendido.*
- Guamán, A., Jiménez, G. Y., Peláez, M. A., & Durán Sucunuta, A. D. (05 de febrero de 2023). Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. *Trabajo de parto y parto complicado por la presencia de meconio en el líquido amniótico, ruptura prematura de membranas y supervisión de primigesta muy joven, atendida en el hospital general Isidro Ayora de Loja.* México.
- Guamán, A., Jiménez, G. Y., Peláez, M. A., Duran Sucunuta, A. D., & Cueva Quizhpe, G. Y. (23 de febrero de 2023). Ciencia latina revista multidisciplinar. *Trabajo de parto y parto complicado por la presencia de meconio en el líquido amniótico, ruptura prematura de membranas y supervisión de primigesta muy joven, atendida en el hospital general Isidro Ayora de Loja*, 07(1).
- Guerrero, P. Z., & G. C. (2020). Trabajo de titulación-Universidad Católica de cuenca (repositorio institucional). *Sufrimiento fetal y enfermedades hipertensivas del embarazo.*
- Henao Zuluaga, M. P., & Vélez Cuervo, S. M. (07 de enero de 2022). Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia. *Enfoque y tratamiento de la anemia en el embarazo.*
- Hernández, D. E. (2007). Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. *Correlación del perfil biofísico y del equilibrio ácido-base en pacientes de alto riesgo obstétrico.* Caracas, Venezuela.
- Intriago Balda, J. V., Castro Zambrano, J. L., Demera Demera, L. C., & Franco Muñoz, V. S. (31 de enero de 2022). Revista científica multidisciplinaria. *Sufrimiento fetal agudo en pacientes con preeclampsia con signos de severidad*, 6(1).
- Kiserud, T. (2023). Revista Médica Clínica Las Condes. *Impacto de la diabetes mellitus en la circulación hepática fetal y nuevas opciones diagnósticas*, 34.

- Mayorga Aldaz, E. C., Sunta Ruiz, M. L., & Nevárez Yugcha, N. P. (2023). Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. *El estrés materno y su influencia en el desarrollo embrionario y fetal: una revisión de la literatura*, 27. Ecuador.
- Melchor Marcos, J. C. (2025). Validación de las pruebas de bienestar fetal anteparto. *Progresos de obstetricia y ginecología*.
- Mendoza Velazco, D. C., & Rosas Reinozo, D. X. (2023). Revista médica científica CAMBIOS (Hospital de especialidades Carlos andrade Marin HECAM, LESS). *Manejo de Disminución de movimientos fetales en pacientes del área de urgencias de obstétricas*.
- Nápole, D., & Méndez. (2013). MEDISAN (Medicina y salud). *Controversia a actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal*.
- Pada Das, K., & Saha, M. (25 de septiembre de 2023). Asian Research Journal of Gynaecology and Obstetrics. *Uso de la prueba sin estrés sola versus el perfil biofísico en el manejo del embarazo de alto riesgo: un estudio comparativo*, 6.
- Prieto Alonso, D. L. (8 de septiembre de 2021). *¿Qué es y cómo se detecta la pérdida de bienestar fetal?* (H. U. Noticias, Ed.)
- Purwati, Y., & Diah Sari, A. (2024). Enfermería global. *Efectividad audiovisual del monitoreo independiente del bienestar fetal sobre el apego materno-fetal y los resultados del parto*, 23. Indonesia. Obtenido de Scielo.
- Saccone, G., Tagliaferri, S., Grasso, A., Ascione, R., Esposito, G., Esposito, F. G., . . . Zullo, F. (enero de 2021). American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM. *Cardiotocografía prenatal con y sin análisis computacional en el embarazo de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado*.
- Tejada Pérez, D. (2021). Anestecia.org.ar. *Sufrimiento fetal agudo*.
- Velez Cuervo, S. M. (2025). Curso de actualización en ginecología y obstetricia. *Evaluación del bienestar fetal*. Medellín, Colombia.
- Villalba Cabral, A. M., Cáceres, Y., Martínez Cardozo, M. P., & Duarte Paiva, V. R. (31 de abril de 2023). Revista de la federación paraguaya de ginecología y obstetricia. *Cardiotocografía fetal anteparto como predictor del bienestar del recién nacido*. Paraguay.
- Villamil, P. (2022). Asociación de ginecología y obstetricia de Uruguay (AGO). *Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones en parto complicado*. Uruguay.

ANEXOS

Anexo No. 1

GLOSARIO

<p>1. Trabajo de parto: ocurre por una serie de contracciones uterinas, donde ocurren modificaciones cervicales, el nacimiento del producto y la expulsión de los anexos fetales.</p>
<p>2. Bienestar materno fetal: se evalúa por medio de monitorización de binomio madre e hijo, por percepción materna, a través de ultrasonidos, el crecimiento del feto, el volumen de líquido amniótico y el flujo sanguíneo de la arteria umbilical.</p>
<p>3. Embarazo fisiológico: se inicia con la fecundación y finaliza con el nacimiento del neonato.</p>
<p>4. Patología materno fetal: hace referencia a las enfermedades que presenta en el embarazo o se desarrollan durante este proceso, al igual que en el feto.</p>
<p>5. Monitoreo fetal: es una manera de revisar la frecuencia cardíaca de su bebé (feto) durante el trabajo de parto. La frecuencia cardíaca proporciona una buena manera de determinar si su bebé está bien.</p>
<p>6. Sufrimiento Fetal: no existe consenso sobre una definición exacta del mismo, aceptándose generalmente que es sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y el feto.</p>
<p>7. Hipoxia fetal: Cuando hablamos de hipoxia fetal nos referimos a la falta de oxígeno en los tejidos antes, durante y después del parto. Ya sabrás que el</p>

oxígeno es esencial para las funciones vitales del feto, y por lo tanto su disminución puede provocar una reducción del metabolismo de la glucosa.

8. **Obstetricia:** Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este.

9. **Parto:** es la culminación del embarazo humano hasta el período de la salida del bebé del útero.

10. **Mortalidad materna:** es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto.

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

Anexo No,2

Idea de Protocolo de Gestión de riesgo y Bienestar Materno fetal. Por M. Castillo y J. Morell.

Justificación

La psicoprofilaxis reduce la incidencia de complicaciones al disminuir el **ciclo Temor-Tensión-Dolor**. Una madre preparada segrega menos catecolaminas (adrenalina), lo que favorece la contractilidad uterina y la oxigenación fetal, reduciendo el riesgo de partos

1. Preparación Teórica

- **Educación sobre Fisiología del Parto:** Explicar las etapas del trabajo de parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento). El conocimiento elimina la ansiedad ante lo desconocido.
- **Identificación de Signos de Alarma:** Capacitar a la madre y su acompañante para reconocer cuándo acudir a urgencias (pérdida de líquido, ausencia de movimientos fetales, sangrado).

2 Preparación Física

- **Gimnasia Obstétrica:** Ejercicios de flexibilización pélvica y fortalecimiento del periné para facilitar el descenso fetal.
- **Técnicas de Respiración:** Diferenciar entre respiración jadeante, profunda y de expulsivo para optimizar la oxigenación del bebé en cada fase.

3 Preparación Psicoactiva

- **Técnicas de Relajación Progresiva:** Controlar la tensión muscular voluntaria para ahorrar energía.
- **Visualización Positiva:** Reforzar el vínculo mediante la conexión consciente con el bebé durante las contracciones.

4. Guía de Ejecución en Sala de Partos (Estrategia de Enfermería)

Para que el protocolo sea efectivo, la enfermera debe aplicar estas estrategias **durante el evento clínico:**

Estrategia 1. El acompañamiento activo

No basta con tomar signos vitales. El personal de enfermería debe validar las técnicas aprendidas por la madre en la psicoprofilaxis:

- **Acción:** Recordar ritmos respiratorios y sugerir cambios de posición (verticalidad, deambulación).
- **Impacto:** Reduce el tiempo de la fase activa del parto y mejora el confort materno.

Estrategia 2 Estimulo sensorial

El protocolo institucional debe exigir un ambiente que favorezca la fisiología:

- **Acción:** Luz tenue, música suave (si la madre lo desea) y limitación del ruido del personal.
- **Impacto:** Estimula la liberación de oxitocina endógena y endorfinas naturales

Estrategia 3 Posiciones para el expulsivo.

Fomentar posiciones que aprovechan la gravedad y el diámetro de la pelvis:

Indicadores de Gestión

Para evaluar el éxito de este protocolo, la institución debe medir:

1. **Índice de satisfacción materna** (Escala de experiencia del parto).
2. **Porcentaje de partos con contacto piel a piel** en la primera hora.
3. **Reducción en el uso de analgesia farmacológica.**

Conclusión: La psicoprofilaxis liderada por enfermería transforma el hospital de un lugar "donde se atienden enfermedades" a un centro de **promoción de la salud**. Al integrar estas técnicas, el impacto en la gestión del riesgo es directo: menos estrés materno equivale a mejor reserva fetal, lo que se traduce en un binomio sano y empoderado.

Anexo No.3

Procedimientos más comunes en Partos.

Procedimiento	Definición	Tiempo
Monitoreo fetal	Es un procedimiento no invasivo que se realiza ante parto e intraparto. Es un método complementario para vigilarla vitalidad fetal basada en frecuencia cardiaca y la duración de las contracciones uterinas.	30 minutos.
Doppler Fetal	Se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en las arterias uterinas madre) y el neonato en la arteria cerebral, umbilical y el ducto venoso.	10 a 15 minutos.
Tacto vaginal	Se utiliza para valorar las modificaciones cervicales en una embarazada.	2 a 3 min
Maniobras de Leopold	Maniobra que se utiliza para describir la estática fetal	5 min
Ultrasonido	Es un método donde se obtienen ondas sonoras que elaboran una imagen del interior.	10 a 15 min

Fuente: M. castillo y J. Morell

Anexo No. 4***Resultados de valoración de la calidad metodológica 1***

ESTUDIO	Información del artículo (Autor, año, país, número de referencia) Introducción, resumen, fundamentos y objetivos.	Métodos del diseño del estudio contextos y variables	Fuentes de datos medidas. Tamaño muestral y métodos estadísticos	Resultados	Discusión e interpretación	Total Del Puntaje
Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición.	4	5	5	5	5	24
Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados	4	5	4	5	5	23
Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de pérdida de bienestar fetal.	5	5	5	5	5	25

Fuente: M. castillo y J. Morell

Anexo No. 5

Resultados de valoración de la calidad metodológica 2

ESTUDIO	Información del artículo (Autor, año, país, número de referencia) Introducción, resumen, fundamentos y objetivos.	Métodos del diseño del estudio contextos y variables	Fuentes de datos medidas. Tamaño muestral y métodos estadísticos	Resultados	Discusión e interpretación	TOTAL, DEL PUNTAJE
Valor predictivo de la circulación cerebro placentaria para evaluar el riesgo de pérdida de bienestar fetal de recién nacidos de gestantes a término en el hospital III Puno	5	4	5	5	5	24
Seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del centro de salud tipo c las palmas de esmeraldas	5	5	5	5	5	25
Perfil hemodinámico en comparación con perfil biofisico como prueba de bienestar fetal	4	4	5	5	4	22

Fuente: M. Castillo y J. Morell

Anexo No. 6

Resultados de valoración de la calidad metodológica 3

ESTUDIO	Información del artículo (Autor, año, país, número de referencia) Introducción, resumen, fundamentos y objetivos.	Métodos del diseño del estudio contextos y variables	Fuentes de datos medidas. Tamaño muestral y métodos estadísticos	Resultados	Discusión e interpretación	TOTAL, DEL PUNTAJE
Bienestar fetal en pacientes sometidas en inducto conducción en embarazos a término.	4	4	5	5	5	23
Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término.	4	5	4	5	5	23
Flujometría de la arteria cerebral media para diagnóstico de bienestar fetal.	4	4	5	5	5	23

Fuente: M. Castillo y J. Morell

Anexo No.7***Resultados de valoración de la calidad metodológica***

ESTUDIO	Información del artículo (Autor, año, país, número de referencia) Introducción, resumen, fundamentos y objetivos.	Métodos del diseño del estudio contextos y variables	Fuentes de datos medidas. Tamaño muestras y métodos estadísticos	Resultados	Discusión e interpretación	TOTAL, DEL PUNTAJE
Modelo de asistencia integral del parto.	4	4	4	5	5	22
Anemia fisiológica frente a la patología en el embarazo	4	4	4	5	4	21
Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica.	4	4	5	5	4	22

Fuente: M. Castillo y J. Morell

Anexo No.8***Resultados de valoración de la calidad metodológica***

ESTUDIO	Información del artículo (Autor, año, país, número de referencia) Introducción, resumen, fundamentos y objetivos.	Métodos del diseño del estudio contextos y variables	Fuentes de datos medidas. Tamaño muestral y métodos estadísticos	Resultados	Discusión e interpretación	TOTAL, DEL PUNTAJE
Eficacia del monitoreo electrónico intraparto como predictor de sufrimiento fetal, en gestantes a término. instituto nacional materno perinatal	5	4	5	5	5	24
Efectos del embarazo postérmino, en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato	4	4	5	5	5	23
Resultado de la prueba estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil El Carmen de enero a junio 2019.	4	4	5	5	4	22

Fuente: M. Castillo y J. Morell, 2025

Anexo No.9 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición.	Rev.Chil. obstet. Ginecol. Vol.73.Nº1 Santiago	Claudia Uribe, Aixa Contreras Luis Villarroel	2018	Estudio cualitativo participativo cuantitativo correlacional de corte transversal	Área sur. Oriente. Santiago. Chile.	303 mujeres	Edad/años. Paridad. Nivel socio económico nivel educacional.	Grupos focales. Historias clínicas	Encuestas telefónicas Documentos de archivos

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.10 Síntesis de artículos científicos del estudio

Titulo	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los datos	Instrumento
Integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto: propuesta de un perfil biofísico fetal extendido	Gaceta Médica de Caracas.vol 130 Núm. 2	Jeiv Gómez, Carlos Cabrera Lozada, Pedro Faneite	2022	Descriptiva documental	Caracas, Venezuela	La propuesta de un perfil biofísico fetal (PBF) extendido incluye ocho parámetros: movimientos respiratorios, movimientos corporales, tono fetal, líquido amniótico, arteria umbilical, istmo aórtico, ductus venoso y remodelación cardíaca, permitiendo una evaluación más profunda	Perfil biofísico, medicina materna fetal, bienestar fetal anteparto	Revisión documental	Matriz de clasificación

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

Anexo No.11 Síntesis de artículos científicos del estudio

Titulo	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los datos	Instrumento
Administración de oxígeno materno ante patrones cardiotocográficos sugerentes de pérdida de bienestar fetal.	Reduca. Enfermería Fisioterapia Podología. Vol. 4. N°5. Barcelona	Marta Calveiro Hermo	2012	Estudio experimental de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado	Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón. 3er nivel	100 mujeres	Edad materna, Paridad, etnia, talla, peso, tabaquismo, cesáreas previas e inducción de partos	Entrevistas aleatorizadas Seguimiento intraparto	Cuestionarios

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

Anexo No.12 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Bienestar fetal en pacientes sometidas en inducto conducción en embarazos a término.	Reduca. Enfermería Fisioterapia Podología. Vol. 4. N°5. Barcelona	Paola Amalia Charcopa Sevilla.	2019	Estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal	Hospital Ángela Loaiza de Ollague de el Oro. Santa Rosa	97 mujeres	Edad materna, Paridad, etnia, talla, peso, compromiso bienestar fetal, inducto conducción	Historia Clínica	Cuestionarios

Fuente: M. Castillo y Morell,2025

Anexo No.13 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término.	Av. Biomedicina Vol.6 N°2. Venezuela	Valencia-Rincón, Edison. Reyna-Villasmil, Eduardo.	2017	Estudio experimental de ensayo clínico aleatorizado	Hospital central Dr. Uргуinaona de Maracaibo. Estado de Zulia.	643 pacientes embarazadas	Edad materna/años Paridad, edad gestacional, índice de masa corporal	Historia Clínica, entrevista individualizada	Cuestionarios

Fuente: M. Castillo y J. Morell, 2025

Anexo No.14 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Flujometría de la arteria cerebral media para diagnóstico de bienestar fetal.	Rev. Med HJCA. Vol.4 N. °1 Ecuador	Juan Pablo Muñoz C.	2012	Estudio observacional descriptivo, transversal	Hospital. José Carrasco, Cuenca, Ecuador	170 pacientes embarazadas	Edad materna/años Paridad, edad gestacional, altura uterina.	Historia Clínica, entrevista individualizada	Cuestionarios

Fuente: M. Castillo y J. Morell,2025

Anexo No.15 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Eficacia del monitoreo electrónico intraparto como predictor de sufrimiento fetal, en gestantes a término. instituto nacional materno perinatal	Repositorio institucional UPLA	Hidalgo Segura, Evelin Daniela	2018	Estudio Cuantitativo, Descriptivo, correlacional con diseño no experimental transversal, retrospectivo	La población estuvo constituida por 3000 gestantes con embarazo a término que fueron atendidas por trabajo de parto en el centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, de Lima. 2016	341 historias clínicas cuya edad gestacional se encuentre entre 37 a 40 semanas de gestación, que contaban con trazados cardiotocográfica intraparto y datos del RN completos del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima	Edad/años, edad gestacional, monitoreo electrónico intraparto, sufrimiento fetal agudo, líquido amniótico, Apgar	Historias clínicas.	Ficha de recolección de datos preelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.16 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Efectos del embarazo postérmino, en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato	Rev. Ciencias Médicas. Vol.18 N°6. Pinar del río	Jorge Manuel, Balestena Sánchez, Katileydis, González Llanes, Adixa, Balestena Justiniani.	2014	Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico.	La población estuvo constituida por 5833 pacientes gestantes admitidas en el hospital general docente Abel Santamaría de el pinar del río. 2011	Se tomó una muestra de 322 gestantes.	Edad/años, edad gestacional, embarazo prolongado, peso fetal, inducción del parto, nacimiento neonatal, inicio de la labor de partos, culminación de la labor de partos	Historias clínicas obstétricas y del recién nacido	Ficha de recolección de datos preelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.17 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Resultado de la prueba estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil El Carmen de enero a junio 2019.	Repositorio institucional UNH	Vilca Torres, Victoria Zoraida.	2019	Estudio observacional, retrospectivo descriptivo de corte transversal	La población estuvo constituida por todas las gestantes con test estresante atendidas en el Hospital Materno Infantil El Carmen de enero a junio 2019.	Se tomó una muestra de 40 gestantes.	Edad/años, edad gestacional en semanas en el momento del test estresante, nivel educativo, estado civil	Historias clínicas obstétricas, a través del método inductivo	Ficha de recolección de datos prelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.18 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Modelo de asistencia integral del parto	Rev. Chilena. Obstet. Ginecol. Vol.83 N°3 Santiago	Claudia Uribe. Aixa Contreras Paulina Bravo	2018	Estudio experimental aleatorizado y controlado.	Complejo asistencial Dr. Soterón Del Río. Chile.	Se tomó una muestra de 1029 gestantes	Edad/años, edad gestacional, paridad, escolaridad, Bienestar materno, Complicaciones maternas y fetales, tipo de parto, medidas de conducción	Historias clínicas	Ficha de recolección de datos preelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.19 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Psicoprofilaxis obstétrica en la sala de labor y partos como técnica de reducción del índice de parto traumático	Repositorio institucional de la universidad de Guayaquil	Carla Daniela Narváez Jordán Lindón Alexander Bermeo Sánchez	2019	Estudio observacional, no experimental cuantitativo retrospectivo descriptivo transversal	La población estuvo constituida por gestantes atendidas en el hospital obstétrico Ángela Loaiza de Ollagüe.	Se tomó una muestra de 98 gestantes.	Edad/años, edad gestacional en semanas, nivel educativo, estado civil, trabajo de parto, partos traumáticos.	Historias clínicas obstétricas, a través del método inductivo	Ficha de recolección de datos preelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.20 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variabes principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Anemia fisiológica frente a la patología en el embarazo	Rev. Cubana Obstet. Ginecol. Vol.44 N°3. Cuba	Lina María Martínez Sánchez. Laura Isabel Jaramillo	2018		Escuela de ciencias de la salud, facultad de medicina, Medellín Colombia	Se tomó una muestra de 40 artículos	Edad/años, edad gestacional, paridad, nivel socio económico, estado nutricional, hemoglobina	Historias clínicas.	Documentos clínicos

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.21 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica	Guía Médica. Invest. Salud. Vol.7 N°3	Napoleón Baranda-Nájera. Dulce María Patiño-Rodríguez. Marta Laura Ramos Montiel	2014	Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo	Pacientes atendidas en el hospital de la mujer. México D.F enero 2012 – enero 2013	Se tomó una muestra de 113 gestantes.	Mujeres mayores o iguales a 35 años, edad gestacional, nivel socio económico, estado civil, paridad, ocupación.	Historias clínicas obstétricas, a través del método inductivo	Ficha de recolección de datos preelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.22 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Valor predictivo de la circulación cerebro placentaria para evaluar el riesgo de pérdida de bienestar fetal de recién nacidos de gestantes a término en el hospital III Puno.	Programa de Segunda Especialidad Residencia Médico	Gonzales Vidangos, Marco Manuel	2021	Tipo observacional, analítico y prospectivo	La población serán todas las gestantes en el tercer trimestre de gestación atendidas en el Hospital III Puno de mayo a diciembre 2021, Perú	El tamaño de muestra se calculará mediante muestreo aleatorio simple para población no conocida; la selección de la muestra será no pirobalística.	pH de cordón umbilical, Apgar del recién nacido, índice cerebro placentario.	Historias clínicas.	Ficha de recolección de datos preelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.23 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Perfil hemodinámico en comparación con perfil biofísico como prueba de bienestar fetal	Revista, Scielo	Dres. Julio G. Brito Hurtado, Luis Fernando Cadena	2001	Estudio prospectivo.	Unidad de Perinatología "Dr. Freddy Guevara". Hospital Universitario de Caracas*	41 gestantes de alto riesgo sometidas a cesárea segmentaria.	Perfil hemodinámico Doppler. Perfil biofísico fetal. Pronóstico perinatal. Acidosis	Aplicación y comparación de pruebas como: perfil biofísico fetal, perfil hemodinámico Doppler.	Pruebas, observación.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.24 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del centro de salud tipo c las palmas de esmeraldas	Repositorio digital puces	Virginia, Colobón Vera Sandy.	2021	Estudio mixto, se utilizó el enfoque descriptivo.	Las Palmas del Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas, Ecuador.	Se tomó una población de 400 gestantes.	Complicaciones post parto. Parto intercultural. Gestantes. Trabajo de parto. Medidas de seguridad de pacientes.	Inductivo deductivo, Observación.	Encuesta, entrevista y observación

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.25 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal.	Cybertesis, repositorio	Ayala Gutiérrez Gina Lyset	2015	El estudio es observacional, método descriptivo y de corte transversal	El estudio se realizará en el servicio de Centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima	313 púerperas inmediatas	Parto, calidad de atención, percepción.	El tamaño muestral establecido se procedió a seleccionar a las pacientes mediante aleatorización teniendo en cuenta los criterios de selección, se les informo y con su consentimiento se aplicó el instrumento de recolección de datos.	Cuestionario

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.26 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá	Revista, Scielo	Magda Lizeth Rocha-Acero1, Fernanda Socarrás-Ronderos2	2019	Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo.	Bogotá, Colombia.	8 parturientas. 8 profesionales de la salud.	Partos, comunicación, trabajo rutinario,	Observación y entrevistas semiestructuradas. (pacientes y personal de salud.	Cuestionario

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.27 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variabes principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados	An. Fac. Med. Vol.49. N°5. Chile.	Francisca cortés, Waldo Merino, Karina Burgos.	2020	Estudio cualitativo Etnográfico, cuantitativo observacional	Comunidad de Ararena.Temuco Chile.	183 artículos	Edad/años. Paridad. N.º de embarazos Cultura, genética.	Historias clínicas	Documentos de archivos

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025

Anexo No.28 Síntesis de artículos científicos del estudio

Título	Revista	Autor	Año	Tipo de estudio	Ámbito	Muestra	Variables principales	Método para recoger los Datos	Instrumento
Patrón clínico en gestantes con síndrome antifosfolípido	Rev. Obstet. Ginecol. Vol.44 N°3. Venezuela	María Betsabeth Castillo Juvenal Girón José Alberto Cabrera	2014	Estudio descriptivo longitudinal. Diseño experimental	Hospital Metropolitano del norte. no Estado Carabobo.	Se tomó una muestra de 157 gestantes	Edad/años, edad gestacional, paridad, controles prenatales, perdidas fetales, factores hereditarios, nivel socio económico.	Historias clínicas.	Ficha de recolección de datos preelaborada.

Fuente: M. Castillo y J Morell,2025