

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1215>

## Cuidado Humanizado en el Parto Distócico: A propósito de Un Caso

*Humanized Care in Dystocic Birth: A Case Report*

**Cristhian Patricio Espinoza Lambert**

[cespinoza13@utmachala.edu.ec](mailto:cespinoza13@utmachala.edu.ec)

<https://orcid.org/0009-0004-2463-1322>

Universidad Técnica de Machala  
Machala – Ecuador

**Angie Karelis Calmet Gallegos**

[acalmet1@utmachala.edu.ec](mailto:acalmet1@utmachala.edu.ec)

<https://orcid.org/0009-0008-7871-7497>

Universidad Técnica de Machala  
Machala - Ecuador

**Marlene Johana Chamba Tandazo**

[mchamba@utmachala.edu.ec](mailto:mchamba@utmachala.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>

Universidad Técnica de Machala  
Machala – Ecuador

*Artículo recibido: 18 mayo 2025 - Aceptado para publicación: 28 junio 2025*  
*Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.*

### RESUMEN

El parto distócico es una alteración en el progreso normal del trabajo de parto, frecuentemente asociada a factores anatómicos, funcionales o fetales, y representa un riesgo significativo para la salud materna y perinatal. El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo y complicaciones en una paciente añosa con diagnóstico de parto distócico, mediante la aplicación de un plan de cuidados individualizado y humanizado. Se trató de una investigación cualitativa, de tipo descriptivo-analítico, basada en la revisión de historia clínica, observación directa y aplicación de criterios éticos y bioéticos. La paciente, primigesta de 39 años con 41,1 semanas de gestación, ingresó con el diagnóstico de trabajo de parto obstruido por estrechez pélvica y triple circular de cordón. Se practicó cesárea de emergencia, obteniéndose un recién nacido vivo, con puntuación Apgar 8/9 y sin complicaciones neonatales inmediatas. Durante el posoperatorio, se identificó anemia leve, tratada con hierro parenteral. El cuidado de enfermería incluyó monitoreo continuo de signos vitales, prevención de infecciones, educación en lactancia y apoyo emocional. Se utilizó como base teórica el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, el cual permitió identificar estresores fisiológicos y emocionales, favoreciendo intervenciones oportunas y efectivas. Esta teoría facilitó un abordaje holístico que contribuyó a preservar la estabilidad del sistema de la paciente frente al estrés del evento obstétrico. Los hallazgos resaltan la importancia de brindar un cuidado humanizado centrado en la persona, enfatizando la seguridad del paciente, la

comunicación efectiva y el acompañamiento profesional como elementos esenciales para optimizar los resultados en la salud materna y neonatal.

*Palabras clave:* parto distócico, cuidado de enfermería, teoría de betty neuman, maternidad a edad avanzada

### ABSTRACT

Dystocic labor is an alteration in the normal progression of labor, frequently associated with anatomical, functional, or fetal factors, and represents a significant risk to maternal and perinatal health. The objective of this study was to identify risk factors and complications in an elderly patient diagnosed with dystocic labor, through the implementation of an individualized and humanized care plan. This was a qualitative, descriptive-analytical study based on a review of medical records, direct observation, and the application of ethical and bioethical criteria. The patient, a 39-year-old primigravida at 41.1 weeks' gestation, was admitted with a diagnosis of obstructed labor due to pelvic stricture and triple loop of the cord. An emergency cesarean section was performed, resulting in a live birth with an Apgar score of 8/9 and no immediate neonatal complications. During the postoperative period, mild anemia was identified, which was treated with parenteral iron. Nursing care included continuous monitoring of vital signs, infection prevention, breastfeeding education, and emotional support. The theoretical basis for the care was Betty Neuman's Systems Model, which allowed for the identification of physiological and emotional stressors, promoting timely and effective interventions. This theory facilitated a holistic approach that contributed to preserving the stability of the patient's system in the face of the stress of the obstetric event. The findings highlight the importance of providing humane, person-centered care, emphasizing patient safety, effective communication, and professional support as essential elements for optimizing maternal and neonatal health outcomes.

*Keywords:* dystocic labor, nursing care, betty neuman theory, motherhood at an advanced age

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el parto distócico se caracteriza por un trabajo de parto que avanza con una lentitud anormal. A causa de distocia de la presentación, distocia del cuello uterino, y distocia del canal de parto (OMS, 2023). Es más frecuente en mujeres nulíparas y está asociado a un considerable aumento en las tasas de morbilidad materna y perinatal, como consecuencia de infecciones, rotura uterina y partos instrumentados. La incidencia estima que entre el 8% y el 11% de los partos en todo el mundo son distócicos, aunque estas cifras pueden variar significativamente según la región y el contexto socioeconómico (Vaquero et al., 2022; Colan et al., 2018).

La OMS indica que cerca del 80% de las muertes maternas tienen causas directas tales como hemorragia posparto, desórdenes hipertensivos, sepsis puerperal, parto obstruido y aborto en condiciones inseguras. En Medellín, Colombia registró un total de 1000 pacientes ingresadas por gestación de los cuales se clasificaron 411 por cesárea, donde se halló que el 77% de las pacientes estaba entre los 18 – 35 años y el 45% era primigestante. Las complicaciones hemorrágicas se presentaron sólo en el 1,4% de las pacientes y el porcentaje de cesáreas fue del 24,3%. En Bolivia, en 2008 utilizó un historial clínico de 3040 partos, de los cuales se indicaron un total de 1407 partos distócicos determinando una incidencia del 46.2%. En Ecuador, se registraron 133 paciente primíparas de las cuales el grupo etario más frecuente con presentación de distocias fue el de 20 a 25 años con 36,1% (48 pacientes), seguido del grupo de 26 a 34 con 24,8 % (33 pacientes); mientras que, mujeres mayores de 35 años se presentó en 37 gestantes (27,8 %) (Véliz et al., 2024; Huillca, 2021; Sarmiento, 2021).

Los factores desencadenantes del parto distócico son por maternidad a edad avanzada, estatura, peso al inicio del embarazo, número de consultas durante el control prenatal, número de embarazos previos, paridad, número de abortos previos, cesáreas previas, antecedentes de parto distócico, peso ganado durante el embarazo, peso del producto, duración del trabajo de parto, evolución perinatal determinada por la muerte perinatal y calificación de Apgar al minuto y a los cinco minutos, aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto, rotura prematura de membranas (Romero et al., 2007; Becas et al., 2024). El trabajo de parto prolongado puede llevar a una gran fatiga y agotamiento, dolor intenso, desgarros perineales, sangrados vaginales, síntomas de infección, fiebre, escalofríos, malestar general, estrés emocional, ansiedad. hemorragia, ruptura uterina, sufrimiento fetal, trauma neonatal, lesiones en los órganos internos (Barriga y Encalada, 2022; Rivera G. , 2024).

La disminución de la contractilidad uterina consiste en una reducción en la capacidad del útero para generar contracciones correctas, sus causas incluyen alteraciones hormonales, fatiga uterina, distensión excesiva del útero, infecciones como corioamnionitis y el uso de fármacos relajantes (Shorey y Debby, 2023). Puede llevar a un trabajo de parto prolongado o detenido,

aumentando el riesgo de cesárea e hipoxia fetal (Echavarría et al., 2004; Minooee et al., 2021). Otra de las causas es el anillo de Bandl caracterizado por la formación de un surco patológico entre el segmento uterino superior hipertrofiado y el inferior adelgazado. Este anillo genera contracciones excesivas y el riesgo de ruptura uterina. Se manifiesta como una banda visible o palpable en el abdomen materno, generalmente dolorosa (Delgado, 2019).

Sánchez-González et al. (2023) señalan que las complicaciones maternas que se presentan dentro del parto distócico son la hemorragia posparto, ruptura uterina, infecciones puerperales, fístulas vesicovaginales o rectovaginales y en la mayoría de los casos traumas psicológicos y emocionales (Karlsson y Pérez, 2009; Rivera y Leal, 2024).

Mientras que las complicaciones fetales se detallan en sufrimiento fetal, lesiones traumáticas, macrosomía fetal, asfixia perinatal, parto prematuro e infecciones (González y Ramos, 2023). El registro cardiotocográfico permite monitorear simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas, los controles prenatales continuos mediante el tacto vaginal, se evalúa directamente el estado del cuello uterino (dilatación y borramiento), la orientación y posición del feto, y el grado de descenso, proporcionando información clave sobre el progreso del parto y posibles dificultades (Cabrera, 2023; Caiza y Medina, 2019).

El tratamiento quirúrgico en un parto distócico por estrechez de la pelvis es la cesárea. Este procedimiento se realiza cuando se confirma que la pelvis de la madre es demasiado estrecha para permitir un parto vaginal seguro, ya que la desproporción cefalopélvica impide que el feto descienda correctamente a través del canal de parto. Implica realizar una incisión en el abdomen y el útero de la madre para extraer al bebé de manera controlada y evitar los riesgos de un parto vaginal difícil o prolongado (Veintimilla et al., 2020; Leon y Torres, 2018; Chacaliaza y Noa, 2023).

En este contexto, el personal de enfermería obstétrica (matronas) juega un papel determinante: en hospitales donde las matronas forman parte del equipo de sala de partos, se ha observado que son frecuentemente quienes primero reconocen y asisten la distocia, llegando a resolver con éxito una proporción importante de los casos mediante las maniobras iniciales (Salvador et al., 2022).

El personal de enfermería debe proporcionar un monitoreo continuo y exhaustivo de los signos vitales maternos y fetales, identificando cualquier alteración que indique complicaciones. Además, tiene la responsabilidad de ofrecer apoyo emocional y psicológico a la paciente y su familia, reduciendo la ansiedad y promoviendo un ambiente de confianza (Ormeño y Saavedra, 2021). La enfermera debe asistir al equipo médico en la preparación y ejecución de procedimientos específicos, como la administración de medicamentos, colocación de dispositivos o intervenciones quirúrgicas, según sea necesario (Obregón, 2007; Pogo, 2023). Asimismo, debe garantizar una comunicación clara y efectiva con la paciente, explicando los procedimientos y

resolviendo dudas para fomentar su participación en el proceso (Jaramillo y Jaramillo, 2017; López y De la Cruz, 2018).

La teoría de Betty Neuman, con su enfoque integral de los sistemas humanos, aporta significativamente al cuidado humanizado en el parto distócico al considerar a la mujer en su totalidad, no solo desde una perspectiva física, sino también emocional, social y espiritual, ya que proporciona un marco holístico que permite evaluar los múltiples factores que afectan su estado de salud y bienestar. En un parto distócico, donde pueden surgir complicaciones que generen estrés, la teoría de Neuman permite identificar y abordar los factores estresantes tanto internos como externos, como el miedo o la ansiedad, que afectan a la madre. En este contexto, la mujer en trabajo de parto enfrenta estresores fisiológicos, como el dolor intenso y la imposibilidad de un parto vaginal espontáneo. Esto permite que los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, implementen intervenciones que prevengan la crisis y fortalezcan los recursos de adaptación de la mujer, proporcionando apoyo físico y emocional. Además, la teoría subraya la importancia de una atención personalizada, asegurando que la madre se sienta segura, apoyada y empoderada durante todo el proceso, lo que contribuye a un parto más positivo y a la salud tanto de la madre como del bebé (Leon y Torres, 2018; Gonçalves et al., 2024)

Para Batista et al. (2021) enfatizan que enfermería obstétrica desempeña un rol esencial en este modelo: la implementación de cuidados humanizados de enfermería fortalece el vínculo entre la parturienta y el profesional, asegurando el derecho de la mujer a elegir y participar informadamente en su trabajo de parto.

Asimismo, Monteiro et al. (2020) señalan que, en entornos de alto riesgo obstétrico, la presencia activa de la enfermera/o es clave para fomentar la autonomía de la madre y las buenas prácticas, sentando las bases de una atención centrada en la paciente.

El objetivo de esta investigación es identificar los factores de riesgo y complicaciones en una paciente añosa con diagnóstico de parto distócico y mediante aplicación del plan cuidado y el cuidado humanizado, y lograr mejorar la salud materna.

También, dependiendo del tipo y enfoque de investigación, se requerirá exponer en mayor o menor detalle el contexto en el cual se realiza el estudio.

Finalmente, para cerrar el apartado de la introducción se mencionarán las hipótesis (si las hubiere).

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La investigación es de carácter descriptivo-analítico, cualitativo, se analizaron las características físicas y fisiopatológicas del paciente, también se revisó la historia clínica del paciente, la misma que aportó información específica acerca de la condición patológica del diagnóstico de estudio, además de incorporar elementos que permiten identificar las necesidades presentes, de tal manera que, a partir de su valoración, se plantearon cuidados individualizados

de enfermería. Para la investigación, se consideraron aspectos éticos-legales, tras el consentimiento informado del paciente, el cual fue obtenido luego de una entrevista realizada con la paciente. Asimismo, se obtuvo la autorización explícita del esposo de la paciente para llevar a cabo el estudio y se llevaron a cabo seguimientos regulares con la paciente durante el desarrollo de la investigación. Se tomaron en cuenta los principios que rigen la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), y así, no se consideró información que no haya sido autorizada, ni se realizaron procedimientos que perjudiquen al sujeto en mención.

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Embarazada de 39 años de edad, primigesta con diagnóstico de parto distócico de 41,1 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 27/09/2023, trabajo de parto obstruido debido a cicatriz general de la pelvis, triple circular de cordón, se obtiene producto único vivo por cesárea de emergencia, mestiza, que reside en zona urbana de nacionalidad venezolana, de estado civil casada, con estudios hasta instrucción superior de tercer nivel de grado, sin antecedentes familiares y obstétricos, grupo sanguíneo O positivo, refiere que el embarazo fue planificado, se realiza exámenes de mama y odontológicos, se realizó 10 controles prenatales, glicemias en ayunas menor a 20 semanas de 76 mg/dl y mayor a 30 semanas de 84,7 mg/dl, para la prevención de preeclampsia se administró calcio en ampollas, ácido acetilsalicílico después de las 12 semanas; recibe todas las sesiones de educación prenatal y consejería de lactancia materna; además refiere haber recibido 2 dosis de vacuna antitetánica.

Paciente primigesta añosa ingresa por emergencia por dolor pélvico y región lumbosacra de gran intensidad que se interviene al momento con diagnóstico de embarazo más trabajo de parto debido a estrechez de la pelvis más triple circular de cordón. Al examen físico la paciente refiere dolor de moderada intensidad en hipogastrio, afebril, no presenta náuseas ni vómitos, realiza micciones espontáneas, cabeza normo cefálica, mucosas orales semihúmedas, cuello móvil sin adenopatías, tórax con campos pulmonares ventilados, mamas con buena formación de pezones, abdomen globuloso a expensa de útero gestante, extremidades con tono y fuerza muscular conservados, orientado en tiempo, espacio y persona. El médico residente indica realizar exámenes de laboratorio químicos sanguíneos y complementarios.

Horas después es valorada por médico cirujano quien informa a familiar y paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y procedimiento que necesita realizarse, así como los beneficios de dicho acto para evitar complicaciones propias de la enfermedad. Además de los riesgos médicos, quirúrgicos y anestésicos inmediatos o futuros y el pronóstico en constancia de lo descrito se firma el consentimiento informado.

Después de la valoración médica, paciente ingresa al área de Centro Obstétrico y se observa eliminación vaginal del moco con sangre, con apariencia general regular, facies normales, cuello móvil simétrico sin adenopatías, campos pulmonares ventilados, mamas no dolorosas a la

palpación, abdomen blando a expensas de útero gestante, al momento con signos vitales: FC: 88 lpm, FR: 22 rpm, PA: 120/84 mmHg, SPO2: 98%, con peso de 73.3 kg y talla de 154 cm. Donde se registró en la hoja de evolución.

Previo al procedimiento quirúrgico, el plan terapéutico consiste en la administración intravenosa de 1000 cc de solución salina al 0,9% a razón de 30 gotas por minuto, administración intravenosa de cefazolina 2 gramos en ampolla como profilaxis antibiótica, una ampolla de omeprazol intravenosa dosis única y una ampolla de metoclopramida intramuscular dosis única.

Transcurrida una hora, la paciente ingresa al área quirúrgica preparada para la cesárea segmentaria. Presenta una vía venosa permeable y signos vitales estables. Bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia, se realiza bloqueo peridural sin complicaciones. Se coloca sonda vesical, obteniéndose diuresis colúrica.

Posteriormente, bajo medidas rigurosas de asepsia y antisepsia, se prepara zona quirúrgica colocando campos estériles. Se procede con una incisión tipo Pfannenstiel, realizándose abordaje quirúrgico por planos hasta alcanzar la cavidad uterina. Se obtiene producto único vivo de sexo masculino acompañado de líquido amniótico teñido positivo para meconio. El recién nacido se encuentra en presentación cefálica, con triple circular de cordón umbilical y placenta en posición anterior. Minutos después nace un producto único vivo con Apgar de 8", 9", Capurro de 39 semanas de gestación; el médico procede a suturar por pliegues abdominales hasta llegar a piel, durante el procedimiento se contabiliza un sangrado de aproximadamente 700 cc registrados en la sección Riesgo de hemorragia >500 ml de la hoja de Cirugía Segura.

Paciente de postcesárea inmediata bajo efectos de la anestesia peridural pasa a sala de recuperación, al momento consciente y orientada, al examen general facies pálidas, abdomen blando depresible a la palpación, útero tónico con fondo a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos en moderada cantidad con presencia de apósito limpio y seco en herida quirúrgica, permanece con sonda vesical permeable eliminando 300 ml de diuresis con tono y fuerza muscular disminuidos.

A las 3 horas paciente de postcesárea ingresa a sala de Ginecología en compañía de familiar, durante el examen físico, facies semipálidas, mamas con producción láctea, útero tónico a nivel infraumbilical. Herida quirúrgica con presencia de apósito limpio y seco a nivel genitourinario eliminando loquios en poca cantidad, extremidades con tono y fuerza muscular conservados.

El personal de enfermería valora score mama en la paciente obteniendo: FC: 86 lpm, PA: 123/82 mmhg, FR: 21 rpm, T: 36.6 °C, SPO2 99%, un estado de conciencia alerta y una proteinuria negativa. Con una puntuación final de 0.

Al día siguiente en la evaluación médica cursando aproximadamente 13 horas postparto refiere dolor en hipogastrio de intensidad moderada en lugar de sitio quirúrgico, no presenta náuseas ni vómitos, realiza diuresis espontánea mediante sondaje vesical. Mediante el estudio

hematológico se evidencian hematocrito con un valor de 28.1% por debajo del rango normal indicativo de anemia fisiológica del embarazo y niveles de hemoglobina con valor de 9.9 mg/dl por lo que se diagnostica anemia leve y se indica Cloruro de sodio al 0.9 % 300 ml más 3 ampollas de hierro parenteral pasar en 3 horas intravenoso.

En el egreso de la paciente fue valorada por el médico y observa útero tónico a nivel infraumbilical, herida quirúrgica en proceso de cicatrización sin signos de infección, eliminando loquios hemáticos en poca cantidad, extremidades con tono y fuerza conservados, con signos vitales de FC: 110 lpm, FR: 20 rpm, PA: 117/73, T: 36.7 °C, SPO2: 98%. Mismos valores en el score mama con un estado de conciencia alerta y una proteinuria positiva de 1 cruz y una puntuación de 2, evidenciándose una leve alteración. Según las indicaciones médicas se sigue con tratamiento de Cloruro de sodio al 0.9 % 300 ml más 3 ampollas de hierro parenteral pasar en 3 horas intravenoso. Recibe educación por parte del personal de enfermería y después de haber recibido el tratamiento prescrito por el médico, es dada de alta.

**Tabla 1**

*Exámenes de laboratorio*

**Bioquímica**

Descripción	Valores de la paciente	Valores referenciales
Glucosa	91,10 mg/dl	(70,00 - 110,00)
Urea	16,10 mg/dl	(15,00 - 45,00)
Creatinina	0.79 mg/dl	(0,50 - 0,90)
Ácido Úrico	4,60 mg/dl	(2,60 - 7,20)
TGP/ALT	14,60 U/l	(0,00 - 40,00)
TGO/AST	18,50 U/l	(0,00 - 40,00)

**Hematología**

HGB	9,9 g/dl	(12,00 - 17,40)
HEMATOCRITO	28.1%	37% - 48%

**Serología**

V.D.R.L	Negativo
HIV 4ta GEN	No reactivo

## **Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Betty Neuman**

### **Persona**

La paciente es entendida como un sistema abierto que interactúa constantemente con su entorno, compuesto por múltiples dimensiones: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual y de desarrollo. En este caso, se trata de una mujer de 39 años, primigesta, con un embarazo planificado y adecuadamente controlado, que ha seguido rigurosamente todas las indicaciones prenatales. Fisiológicamente, presenta alteraciones producto del evento quirúrgico como dolor postoperatorio, anemia leve causada por el sangrado y fatiga. Psicológicamente, enfrenta ansiedad relacionada al proceso del parto distócico, el bienestar del recién nacido y los cambios físicos abruptos. Socioculturalmente, es una mujer casada, con estudios universitarios, que vive en una zona urbana y probablemente cuenta con apoyo familiar. Aunque no se describe su dimensión espiritual, esta podría influir en su afrontamiento del evento quirúrgico y la transición a la maternidad. Como mujer en etapa adulta, experimenta una transición significativa al asumir el rol materno por primera vez.

### **Entorno**

El entorno comprende todas las fuerzas externas que influyen directa o indirectamente en el equilibrio del sistema personal. En este caso, la paciente se encuentra inmersa en un entorno hospitalario, donde es atendida por un equipo multidisciplinario que actúa frente a una urgencia obstétrica. Está expuesta a factores físicos como el ambiente quirúrgico, procedimientos invasivos y equipos médicos. Socialmente, recibe apoyo de su pareja o familiar durante la hospitalización, lo cual puede reducir su nivel de ansiedad. Además, el sistema de salud al que accede influye positivamente en su recuperación, al garantizar controles prenatales adecuados, educación en salud, atención quirúrgica oportuna y seguimiento postoperatorio. Este entorno, si bien estresante por la emergencia obstétrica, actúa como factor protector ante posibles complicaciones.

### **Salud**

La salud en el modelo de Neuman se interpreta como el estado de equilibrio o estabilidad del sistema frente a los estresores internos y externos. En este caso, la paciente presentó un buen estado de salud durante el embarazo, reflejado en el seguimiento riguroso del control prenatal, niveles adecuados de glucemia, suplementación oportuna y ausencia de patologías preexistentes. Sin embargo, ese equilibrio fue alterado bruscamente por el trabajo de parto obstruido, la necesidad de una cesárea de emergencia y las complicaciones asociadas (triple circular de cordón, dolor postoperatorio). Actualmente, su sistema se encuentra en proceso de recuperación: hay estabilidad hemodinámica, útero tónico, cicatrización adecuada, pero persisten factores que amenazan su completo restablecimiento (anemia, proteinuria leve). Por lo tanto, su salud se encuentra en una fase de restablecimiento progresivo del equilibrio.

## Enfermería

La enfermería en este modelo cumple el rol fundamental de proteger y fortalecer las defensas del sistema personal, mediante intervenciones que previenen, reducen o eliminan los efectos de los estresores. En este caso, las acciones de enfermería se han desplegado en los tres niveles de prevención. En la prevención primaria, destaca la participación de la paciente en sesiones educativas prenatales, consejería de lactancia y vacunación, facilitadas por el equipo de salud. En la prevención secundaria, las enfermeras actuaron en la detección temprana de signos de alarma (dolor, sangrado, alteraciones vitales), el manejo del dolor y la preparación quirúrgica. En la prevención terciaria, se incluyen la administración de hierro parenteral, el monitoreo constante de signos vitales y estado general, el acompañamiento emocional, la educación postquirúrgica y la preparación para el alta. La enfermería, entonces, se convierte en un pilar clave para restaurar la estabilidad del sistema personal y promover la adaptación saludable frente al nuevo rol materno.

### Tabla 2

#### *Proceso de Atención de Enfermería*

---

<b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>
Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés
Clase 2. Respuestas de afrontamiento
00146 - Ansiedad r/c Complicaciones prenatales (anemia, triple circular del cordón) m/p expresa angustia, inseguridad sobre el proceso de recuperación
<b>PLANIFICACIÓN (NOC)</b>
Dominio III: Salud psicosocial
N - Adaptación psicosocial
1302 - Afrontamiento de problemas
Indicadores
<ul style="list-style-type: none"><li>● 130201 - Reconoce la situación estresante</li><li>● 130208 - Se adapta a los cambios en desarrollo</li><li>● 130210 - Adopta conductas para reducir el estrés</li><li>● 130213 - Busca apoyo emocional</li></ul>
<b>IMPLEMENTACIÓN (NIC)</b>
T Fomento de la comodidad psicológica
5820 - Disminución de la ansiedad
Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"><li>● Evaluar el nivel de ansiedad y miedos expresados verbalmente</li><li>● Proporcionar un entorno tranquilo y de confianza</li><li>● Enseñar técnicas de respiración y relajación</li></ul>

---

- Fomentar la verbalización de sentimientos
- Brindar información clara sobre los procedimientos y estado del bebé
- Facilitar la participación de la madre en el cuidado del recién nacido en la medida que su condición lo permita

7104 - Estimulación de la integridad familiar: familia con niño

Intervenciones

- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias
- Animar a los progenitores a expresar sus valores, creencias y expectativas respecto a la paternidad.
- Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de afrontamiento adaptados para tratar la transición a la paternidad.
- Favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones e inquietudes acerca de la experiencia del nacimiento.

5270 - Apoyo emocional

Intervenciones

- Escuchar activamente sin juzgar
- Validar sus emociones y preocupaciones
- Estimular el contacto con su red de apoyo (pareja, familia)

### Tabla 3

*Proceso de Atención de Enfermería*

#### DIAGNÓSTICO (NANDA)

Dominio 2. Nutrición

Clase 5. Hidratación

00027 déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de sangre (hemorragia posparto de 700 ml), cesárea de emergencia e/p sangrado vaginal abundante.

#### PLANIFICACIÓN (NOC)

Dominio II: Salud fisiológica

E- Cardiopulmonar

0413 - Severidad de la pérdida de sangre

Indicadores

- 041301 - Pérdida sanguínea visible
- 041307 - Sangrado vaginal
- 041308 - Hemorragia postoperatoria
- 041316 - Disminución de la hemoglobina (Hgb)

- 
- 041317 - Disminución del hematocrito (Hct)
- 

## **IMPLEMENTACIÓN (NIC)**

---

W - Cuidados de un nuevo bebé

4026 - Disminución de la hemorragia: útero posparto

Intervenciones

- Monitorizar cantidad y características del sangrado vaginal cada 15-30 minutos en las primeras 2 horas.
- Masaje uterino según protocolo.
- Administrar uterotónicos según prescripción médica (ej. oxitocina).
- Observar las características de los loquios (p. ej., color, coágulos y volumen).
- Monitorizar el color, nivel de consciencia y dolor de la madre.
- Evaluar la distensión de la vejiga.

6930 - Cuidados posparto

Intervenciones

- Monitorizar los signos vitales
  - Masajear suavemente el fondo uterino hasta que esté firme, si es necesario.
  - Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios, ayudándola cuando sea necesario.
  - Controlar el dolor de la paciente.
  - Proporcionar información sobre los cambios del estado de ánimo (p. ej., tristeza del posparto, depresión y psicosis), incluidos los síntomas que requieran más evaluación y tratamiento.
  - Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiológicos y psicológicos y su manejo.
  - Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido.
  - Ayudar al progenitor a programar las consultas de exploración del recién nacido y de exploración posparto.
  - Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieran ser notificados de inmediato (p. ej., fiebre, depresión).
- 

## **DISCUSIÓN**

Diversos autores coinciden en que el desarrollo de un parto distócico está asociado a múltiples factores de riesgo presentes en la gestante. Un ejemplo de ello es la investigación de Véliz et al. (2024), que identificó factores como la obesidad y el sobrepeso entre las principales condiciones predisponentes en gestantes primíparas. En dicho estudio, más del 50 % de las embarazadas presentaron exceso de peso, destacando que el 30,8 % tenía un índice de masa corporal (IMC) entre 25,6 a 28,6. Estos hallazgos refuerzan la relación entre el sobrepeso y la mayor probabilidad de desarrollar un parto distócico.

Se ha documentado que uno de los factores maternos predisponentes para un parto distócico es la edad extrema, especialmente en adolescentes y mujeres mayores de 35 años. En este sentido, el estudio de (Jaramillo y Jaramillo, 2017) demostró que las gestantes mayores de 35 años presentaron una mayor prevalencia de distocia (41,2 %) en comparación con las mujeres más jóvenes (19,9 %). En el caso analizado, la paciente tiene 39 años, situándose en la categoría de maternidad a edad avanzada, lo que representa un factor de riesgo importante que pudo haber contribuido al desarrollo del parto distócico.

La intervención de enfermería se orienta desde un cuidado humanizado en todas las fases perioperatorias del caso. En el periodo preoperatorio, la enfermera brinda contención emocional y educación breve sobre el procedimiento, asegurando consentimiento informado y preparando a la paciente para la cesárea (asepsia del área quirúrgica, canalización intravenosa, profilaxis antibiótica). Durante la cirugía, el personal de enfermería garantiza la seguridad de la paciente, vigilando constantes vitales, manejando el dolor según la anestesia y ofreciendo apoyo emocional continuo, colaborando con el equipo quirúrgico para un parto quirúrgico eficaz (Sung et al., 2024); cuando es factible, se permite la presencia de un acompañante elegido, lo que provee un apoyo psicológico adicional a la madre durante la cesárea de emergencia (Nedergaard et al., 2022).

Asimismo, se administra oxitocina u otros uterotónicos según protocolo y se fomenta el contacto piel con piel precoz madre-hijo (incluso en quirófano), ya que la evidencia muestra que esta práctica aumenta la contractilidad uterina, reduce la pérdida sanguínea y el dolor materno, a la vez que incrementa la satisfacción, la estabilidad neonatal (menos llanto) y la tasa de lactancia temprana (Pérez-Jiménez et al., 2023). Durante el postoperatorio mediato, la enfermera continúa controlando el dolor mediante analgesia escalonada y promueve la deambulación temprana, intervenciones que aceleran la recuperación funcional de la madre (Mullman et al., 2020).

Además, vigila signos de complicaciones (infección de herida, subinvolución uterina, trombosis), refuerza el apoyo emocional evaluando el estado anímico materno y, ante evidencia de anemia posquirúrgica, gestiona la administración de hierro parenteral para optimizar la recuperación hemática; estudios recientes demuestran que el hierro intravenoso en el posparto eleva más rápidamente la hemoglobina y disminuye la fatiga materna en comparación con el hierro oral (Neef et al., 2024).

Un aspecto fundamental del rol enfermero es la educación continua: durante la gestación se brindó educación prenatal, la cual se asocia con menor temor al parto, menos depresión posnatal y mejor afrontamiento del dolor de parto (Alizadeh-Dibazari et al., 2023); tras la cesárea, la enfermera proporciona enseñanza postquirúrgica sobre autocuidado (higiene de la herida, signos de alarma como sangrado excesivo o fiebre) y cuidados neonatales (lactancia, higiene del cordón, signos de ictericia), atendiendo las necesidades individuales de la madre para una transición segura al hogar (McCarter et al., 2022). Todas estas intervenciones, realizadas con calidez, respeto y empatía, reflejan un cuidado de enfermería humanizado centrado en la madre,

el neonato y la familia, lo cual se asocia a menores complicaciones postquirúrgicas y mejor bienestar físico-emocional materno.

Además, en base a la Organización Mundial de la Salud, los controles prenatales son fundamentales para preservar la salud materna y neonatal, ya que permiten la detección oportuna de posibles complicaciones. Se recomienda un mínimo de cinco controles durante el embarazo. En el estudio de López, J. A. (2018) se identificó que el 17 % de las gestantes con parto distócico realizaron seis o más controles prenatales. En el caso analizado, la paciente asistió a 10 controles durante su gestación, lo que, en teoría, debería haber contribuido a una menor probabilidad de complicaciones. No obstante, a pesar del adecuado seguimiento prenatal, se presentó un parto distócico, lo cual sugiere que pueden existir otros factores determinantes más allá del número de controles.

Según Veintimilla Chinga et al. (2020), la baja estatura materna se asocia con una mayor frecuencia de partos distócicos. En su investigación, el 40,8 % de las mujeres con una talla inferior a 155 cm presentaron este tipo de complicaciones. Además, de un total de 250 casos de distocia analizados, 176 sí presentaron complicaciones equivalentes al 70,4 %, siendo la cesárea la intervención más frecuente, con una incidencia del 52,4 %. En el caso descrito, la paciente reúne ambos factores: una estatura inferior a 155 cm y la necesidad de una cesárea debido a estrechez pélvica y triple circular de cordón, lo que refuerza la asociación señalada en el estudio.

Costello et al. (2024) manifiestan que, en la medida de lo posible, y si las condiciones son estables, se aplica el concepto de “cesárea humanizada” permitiendo un breve contacto visual o táctil de la madre con su recién nacido aún en el quirófano. Por ejemplo, acercar el bebé al rostro de la madre unos instantes (tras asegurar que el recién nacido esté clínicamente estable) puede favorecer el vínculo emocional inicial. Este gesto humanizado, aunque breve, mejora la satisfacción materna y allana el camino para una exitosa iniciación de la lactancia en cuanto sea factible.

El estudio de Véliz et al. (2024) identifica a la anemia como una de las complicaciones más frecuentes asociadas al parto distócico. Su aparición y persistencia pueden extenderse hasta el final del embarazo y durante el parto, y se ha relacionado con una mayor prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragia posparto. En dicho estudio, el 9 % de las gestantes presentó hemorragia posparto como consecuencia directa de la anemia. En el caso analizado, la paciente presentó anemia leve posterior a una hemorragia posquirúrgica tras la cesárea, realizada debido a una presentación fetal anómala, lo que confirma la asociación descrita en la literatura.

El Modelo de Sistemas de Betty Neuman propone un cuidado holístico enfocado en identificar y controlar los estresores que amenazan la estabilidad de la paciente, aplicando intervenciones en niveles primario, secundario y terciario (White, 2022). En un contexto de parto distócico con cesárea de emergencia (primigesta de 39 años, trabajo de parto obstruido por estrechez pélvica y triple circular de cordón), el personal de enfermería adopta un enfoque

humanizado que respeta la dignidad y la autonomía de la madre, brindando cuidados respetuosos y atentos que le devuelvan el protagonismo en su experiencia de parto (Abril et al., 2023). Este enfoque centrado en la persona, combinado con la teoría de Neuman, guía las intervenciones de enfermería para manejar efectivamente el dolor, apoyar emocionalmente a la paciente y mantener su estabilidad fisiológica y psicológica durante todas las fases perioperatorias de la cesárea.

El proceso de cuidado enfermero en una paciente con parto distócico resuelto por cesárea de emergencia abarca intervenciones especializadas antes, durante y después de la cirugía, todas fundamentadas en un enfoque humanizado y holístico. Aplicando el modelo de Betty Neuman, la enfermería logró mantener la estabilidad de la paciente frente a múltiples estresores (físicos como el dolor y riesgo hemorrágico, y psicológicos como el miedo y la incertidumbre). Se destacaron acciones basadas en evidencia reciente: control estricto de signos vitales y hemorragia posparto (previniendo complicaciones mayores) (Patel, 2024), manejo multimodal del dolor poscesárea para una recuperación más rápida (Barnes y Alston, 2023), apoyo emocional continuo que redujo la ansiedad intraoperatoria (Roshangar et al., 2020), administración oportuna de hierro intravenoso mejorando la condición posparto de la madre (Neef et al., 2024), y consejería en lactancia y autocuidados que aumentó la confianza materna y la duración de la lactancia exclusiva (Kerkez y Kaplan, 2025). Este abordaje integral de enfermería no solo atendió las necesidades inmediatas de la paciente, sino que promovió su reconstitución y bienestar a largo plazo, facilitando la transición exitosa a la maternidad tras una experiencia de parto compleja.

### CONCLUSIONES

El parto distócico es una condición obstétrica compleja que conlleva un alto riesgo tanto para la madre como para el feto, evidenciándose en este caso clínico por factores como la edad materna avanzada, la estatura menor a 155 cm, la triple circular de cordón y la estrechez pélvica, que culminaron en una cesárea de emergencia. A través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), fundamentado en la teoría de los sistemas de Betty Neuman, se abordó de manera integral la atención de la paciente, considerando sus dimensiones físicas, emocionales y sociales. Este estudio evidencia la importancia de una atención de enfermería humanizada y personalizada, enfocada en la identificación oportuna de factores de riesgo, la prevención de complicaciones y el acompañamiento continuo durante el pre, intra y posparto. Además, se resalta la relevancia de la vigilancia clínica, la educación perinatal y la intervención oportuna en el manejo de partos distócicos, promoviendo así una mejora en los resultados maternos y neonatales. La experiencia obtenida fortalece el rol del profesional de enfermería como pieza clave en la atención segura y empática de pacientes en condiciones obstétricas de alto riesgo.

## REFERENCIAS

- Abril, R., Chisag, M., Campos, A., Benítez, K., & Ocaña, M. (2023). Rol de enfermería en la atención del parto humanizado en mujeres gestantes. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 489. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023489>
- Alizadeh-Dibazari, Z., Abdolalipour, S., & Mirghafourvand, M. (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 541. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0>
- Barnes, A., & Alston, M. (2023). Perioperative Pain Control for Patients Undergoing Cesarean Delivery. *Topics in Obstetrics & Gynecology*, 17, 1-5. [https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=01938899-202311300-00001&Journal\\_ID=5188715&Issue\\_ID=6799106#:~:text=match%20at%20L414%20after%20delivery,decrease%20pain%20after%20delivery%20during](https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=01938899-202311300-00001&Journal_ID=5188715&Issue_ID=6799106#:~:text=match%20at%20L414%20after%20delivery,decrease%20pain%20after%20delivery%20during)
- Barriga, P., & Encalada, D. (2022). Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital “Homero Castanier Crespo” Azogues 2020. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/38495>
- Batista, M., Araujo, A., Santos, R., Lima, D., Nunes, T., & Souza, A. (2021). Retos de la enfermería frente al parto humanizado: percepciones de los profesionales sobre la humanización en obstetricia. *saúdecoletiva*, 11(67), 6956-6962. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6949-6962>
- Becas, M., Blasco, I., Caballero, M., Fernández, A., Gregorio, M., & Salete, C. (2024). Plan de cuidados de enfermería post distocia de hombros. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(3), 39-45. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-post-distocia-de-hombros-caso-clinico/#:~:text=2,neonatali%20della%20distocia%20di%20spalle>
- Cabrera, S. (2023). Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Rev. peru. ginecol. obstet*, 69(3). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2553>
- Caiza, E., & Medina, G. (2019). Plan de cuidados de enfermería para mujeres embarazadas que padecen placenta previa oclusiva total y que son atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital General Docente Ambato. Ambato, Ecuador: UNIANDES. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/10877/1/IFECUAENF016-2019.pdf>
- Chacaliza, Y., & Noa, M. (2023). Parto Distocico En Gestantes Con Covid 19 Atendidos En El Hospital Santa Maria Del Socorro Ica 2020. <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5d22fdcf-2619-4e45-b269-b060346f1bc5/content>

- Colan, L., Barreto, M., Ayala-Peralta, F., Leon, E., & Torres, F. (2018). Factores Asociados Al Parto Distócico En Gestantes Atendidas En Hospital Público De Lima. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 7(2), 37-40. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018116>
- Costello, S., Santillan, D., Shelby, A., & Bowdler, N. (2024). Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding After Planned Cesarean Birth Before and During the COVID-19 Pandemic. *Breastfeed Med*, 19(3), 166-176. <https://doi.org/10.1089/bfm.2023.0195>
- Delgado, V. (2019). Factores Que Desencadenan Parto Distocico En Las Embarazdas Que Se Asisten Al Hospital General Sur Delfina Torres De Concha. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/af6743dc-bc77-46a2-ab36-8225b59b8b33/content>
- Echavarría, L., Campo, M., & Gómez, A. (2004). Manejo activo del trabajo de parto y su relación con la morbilidad materno perinatal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2), 122-128. <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214306004.pdf>
- Gonçalves, S., Pereira, C., Mourão, E., Costa, F., Barreto, R., & do Vale, F. (2024). Aplicabilidad del Modelo de Sistemas de Neuman a la práctica de enfermería gerontológica: revisión de alcance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 32, e4223. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6977.4224>
- González, C., & Ramos, M. (2023). Disrupción del pubis asociada a parto distócico en pelvis inmadura. *Ortho-tips*, 19(2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110718>
- Huillca, L. (2021). Características de las gestantes con parto distócico atendidos en el hospital de apoyo de Huanta 2019. <https://repositorio.unh.edu.pe/items/670dd887-d9f3-4af2-993d-8809daaed1a7>
- Jaramillo, D., & Jaramillo, D. A. (2017). Parto Distócico Y Factores Relacionados En Pacientes Atendidas En El Área De Gineco-Obstetricia Del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Enero Del 2015 - Junio Del 2016, Cuenca-Ecuador. <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b0714089-2641-45bc-b8bd-49cadb7e422e/content>
- Karlsson, H., & Pérez, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(1). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es)
- Kerkez, M., & Kaplan, M. (2025). Evaluation of discharge training given by nurses to postpartum mothers to artificial intelligence: an alternative approach to health care. *BMC Nursing*, 24(296). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02966-5>
- Leon, E., & Torres, F. (2018). Factores Maternos, Fetales Y Socioculturales Asociados Al Parto Distócico En Gestantes Atendidas En Hospital De Huaycan - 2017.

<https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/813/1/LEON%20MORETO%20ELKE%20LUCILA-TORRES%20LINARES%20FRIZSIA%20ROMINA.pdf>

- López, J., & De la Cruz, J. (2018). Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016. <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b056c985-f013-48dd-9ad4-9d6636eb53db/content>
- McCarter, D., Law, A., Cabullo, H., & Pinto, K. (2022). Scoping Review of Postpartum Discharge Education Provided by Nurses. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 51(4), 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.03.002>
- Minooee, S., Cummins, A., Foureur, M., & Travaglia, J. (2021). Catastrophic thinking: Is it the legacy of traumatic births? Midwives' experiences of shoulder dystocia complicated births. *Women Birth*, 34(1), e38-346. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.008>
- Monteiro, A., Martins, E., Pereira, L., Freitas, J., Silva, R., & Jorge, H. (2020). Practice of obstetric nurses in humanized childbirth care in a highrisk maternity. *Rev Rene*, 21, e43863. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143863>
- Mullman, L., Hilden, P., Goral, J., Gwacham, N., & Tauro C. (2020). Improved Outcomes With an Enhanced Recovery Approach to Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 136(4), 685-691. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004023>
- Nedergaard, H., Balaganeshan, T., Weitling, E., Petersen, H., & Brøchner, A. (2022). Presence of the partner in the operating room during emergency caesarean section: A scoping review. *European journal of anaesthesiology*, 39(12), 929-952. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001761>
- Neef, V., Choorapoikayil, S., Hof, L., Meybohm, P., & Zacharowski, K. (2024). Current concepts in postpartum anemia management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 37(3), 234-238. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001338>
- Obregón, L. (2007). Primigesta de edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 67(3). [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322007000300003&lng=es](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300003&lng=es)
- OMS. (2023). Fortalecer el parto humanizado es una necesidad para mejorar la calidad de atención a las mujeres. <https://www.paho.org/es/noticias/22-3-2023-fortalecer-parto-humanizado-es-necesidad-para-mejorar-calidad-atencion-mujeres#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la.de%20juntar%20esfuerzos%20para%20lograrlo>
- Ormeño, K., & Saavedra, F. (2021). Complicaciones Obstétricas Durante El Parto En Adolescentes Atendidas En El Hospital Santa María Del Socorro De Ica, Perú, 2019.

<https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5d6f55b8-dfd1-4249-98ae-38da68b63fb8/content>

- Patel, M. (2024). Postpartum Hemorrhage: Enhancing Outcomes for Mothers by Effective Management. *J Obstet Gynecol India*, 74, 191-195. <https://doi.org/10.1007/s13224-024-02022-3>
- Pérez-Jiménez, J., Luque-Oliveros, M., Gonzalez-Perez, D., Rivera-Sequeiros, A., & Rodriguez-Blanco, C. (2023). Does immediate skin-to-skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial. *Nursing open*, 10(2), 649-657. <https://doi.org/10.1002/nop2.1331>
- Pogo, R. (2023). Rol de la enfermera en los cuidados en parto eutócico y atención integral al neonato. *LATAM*, IV(1), 4490. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.584>
- Rivera, E., & Leal, E. (2024). Choque Hemorrágico En Post Cesárea Por Parto Distócico En Una Institución De Nivel Iii, Lima – 2018. [https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/3343/Elizabeth\\_trab-acad\\_titulo\\_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/3343/Elizabeth_trab-acad_titulo_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rivera, G. (2024). Repercusiones Emocionales Y Sociales Del Embarazo En Adolescentes: Una Mirada Desde El Cuidado De Enfermería. *Enfoque*, 34(30), 109-122. <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v34n30.a4712>
- Romero, G., Ríos, L., Cortés, S., & Ponce, A. (2007). Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Ginecol Obstet Mex*, 533-538. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/factores-de-riesgo-asociados-con-el-parto-distocico>
- Roshangar, F., Lofti, M., Mirza, A., Asghan, E., & Aghaei, E. (2020). The Effect of "Nurse Companionship" on Anxiety and Vital Sign Changes of Cesarean Section Candidates: A Randomized Control Trial. *CJMB*, 7(2), 267-273. [https://doi.org/https://www.cjmb.org/uploads/pdf/pdf\\_CJMB\\_208.pdf](https://doi.org/https://www.cjmb.org/uploads/pdf/pdf_CJMB_208.pdf)
- Salvador, R., Cruz, S., Sanz, A., de los Rios Quintanero, B., Malalana, A., de la Cruz, M., & Martínez, O. (2022). Incidence of obstetric brachial plexus palsy after a training program in shoulder dystocia. *Anales de pediatría*, 97(6), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.06.011>
- Sánchez-González, M., Crespo-Naranjo, J., & de Oca-González, S. (2023). Influencia de la edad de la madre en los desenlaces perinatales y maternos. *Ginecol. obstet. Méx*, 91(1). <https://doi.org/10.24245/gom.v91i1.8174>
- Sarmiento, D. (2021). Proceso de atención de enfermería en paciente de 29 años con desgarro perineal. <https://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10470>

- Shorey, S., & Debby, E. (2023). Midwives' perceptions of and experiences with normal physiologic birth: A qualitative systematic review. *Birth*, 50(4), 749-763. <https://doi.org/10.1111/birt.12763>
- Sung, S., Mikes, B., & Martingano, D. (2024). Cesarean Delivery. In: StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
- Vaquero, N., Gafas, C., Pazmiño, A., Duque, J., & Cherrez, I. (2022). Complicaciones Materno-Fetales En Embarazadas Añosas. Centro De Salud San Jacinto De Buena Fe, 2020. *Más Vita*, 4(2), 257-266. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0126>
- Veintimilla, O., Ledezma, M., Marrero, D., López, L., & Loor, H. (2020). Factores de riesgo asociados a distocias del mecanismo del parto en gestantes primíparas atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. *QhaliKay*, 4(2), 1-8. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2725/2821>
- Véliz, Y., Marrero, D., & Navas, V. (2024). Risk factors related to dystocia in primiparous women at the Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova. *Revista Gregoriana De Ciencias De La Salud*, 1(1), 10-25. <https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i1.3098>
- White, A. (2022). Holistic Nursing Practice: Implementing The Neuman Systems Model. *Nursing Specialties*, 10. <https://nursingcecentral.com/holistic-nursing-practice-implementing-the-neuman-systems-model/#:~:text=The%20important%20role%20of%20nurses,the%20patient%20move%20towards%20reconstitution>